

# Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten

Kostnader, aktivitet og utvalgte pasientgrupper

SAMDATA spesialisthelsetjeneste 2021

---

Rapport  
IS-3053



# Innhold

Sammendrag	6
1 Bruk av spesialisthelsetjenester	8
2 Kostnadsutvikling og økonomisk situasjon	8
3 Henvisninger, ventetid og fristbrudd	9
4 Barn og unge i psykisk helsevern – nye pasienter i 2021	9
5 Utskrivningsklare pasienter i somatisk spesialisthelsetjeneste	10
6 Telefon og videokonsultasjoner	11
7 Prioritering av psykisk helsevern og rusbehandling	11
8 Pasienter med alvorlige psykiske lidelser	12
<b>Innledning</b>	<b>15</b>
<b>1. Bruk av spesialisthelsetjenester – status og utviklingstrekk</b>	<b>17</b>
1.1 Innledning	18
1.2 Somatisk spesialisthelsetjeneste	19
1.3 Psykisk helsevern for voksne over 18 år	23
1.4 Psykisk helsevern for barn og unge 0-17 år	26
1.5 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	29
<b>2. Kostnader og økonomisk status</b>	<b>32</b>
2.1 Innledning	33
2.2 Kostnadsutviklingen for helseforetak i spesialisthelsetjenesten	33
2.3 Regionale variasjoner i kostnad per innbygger til spesialisthelsetjenester	37
2.4 Regionale variasjoner i lys av kostnadsutvikling og produktivitet	38
2.5 Avtalespesialister	41
2.6 Økonomisk situasjon	43
<b>3. Henvisninger, ventetid og fristbrudd</b>	<b>49</b>
3.1 Innledning	49
3.2 Planlagte henvisninger, ventetid og fristbrudd	50
3.3 Figurer	53
<b>4. Barn og unge i psykisk helsevern – nye pasienter i 2021</b>	<b>56</b>
4.1 Innledning	56
4.2 Data og metode	57
4.3 Kjennetegn ved nye pasienter i PHV-BU i 2021	58
4.4 Kjennetegn ved start av behandlingsforløp i PHV-BU	61

4.5	Start av behandlingsforløp i døgnbehandling	64
4.6	Poliklinisk start av behandlingsforløp	70
4.7	Vedlegg	76
<b>5.</b>	<b>Utskrivningsklare pasienter i somatisk spesialisthelsetjeneste</b>	<b>77</b>
5.1	Innledning	77
5.2	Kjennetegn ved utskrivningsklare pasienter	79
5.3	Alle utskrivningsklare pasienter	82
5.4	Utskrivningsklare pasienter med overliggerdøgn	85
5.5	Reinnleggelser	89
5.6	Utvikling og variasjon i andel reinnleggelse for alle utskrivningsklare pasienter	89
5.7	Utvikling og variasjon i andel reinnleggelse for utskrivningsklare med overliggerdøgn	90
5.8	Tjenester i kommunen for utskrivningsklare pasienter	91
5.9	Utskrivningsklare pasienter med vedtak om langtidsplass i institusjon	94
5.10	Andre kommunale tjenester for utskrivningsklare som fikk vedtak om langtidsplass i 2021	97
<b>6.</b>	<b>Telefon og videokonsultasjoner</b>	<b>99</b>
6.1	Innledning	99
6.2	Nasjonalt og regionalt nivå	100
6.3	Somatisk sektor	101
6.4	Psykisk helsevern for voksne	102
6.5	Psykisk helsevern for barn og unge	103
6.6	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	104
6.7	Variasjon i mellom foretakene i andel telefon- og videokonsultasjoner	105
6.8	Definisjon av datagrunnlag	106
<b>7.</b>	<b>Prioritering av psykisk helsevern og rusbehandling</b>	<b>108</b>
7.1	Innledning	108
7.2	Kostnader	111
7.3	Aktivitet - poliklinikk	112
7.4	Gjennomsnittlig ventetid	113
7.5	Pakkeforløp og epikriser	115
7.6	Døgnpasienter med tvangsmiddelvedtak	118
<b>8.</b>	<b>Pasienter med alvorlige psykiske lidelser</b>	<b>119</b>
8.1	Innledning	119
8.2	Beskrivelse av pasientgruppen	121

8.3	Omfang av pasienter med alvorlige psykiske lidelser i helsefellesskapene	123
8.4	Døgnbehandling og forløp etter utskrivning	125
8.5	Poliklinisk behandling	131
8.6	Bruk av tjenester i TSB	137
	<b>Vedlegg: Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten</b>	<b>140</b>



# Sammendrag

Flere pasienter, økt aktivitet og økte kostnader kjennetegnet det psykiske helsevernet i 2021. Dette gjaldt både tjenestene for voksne og tjenestene for barn unge, men veksten var sterkest for barn og unge. Korrigert for befolkningsutviklingen var det 15,6 prosent flere barn og unge i alderen 0-17 år i det psykiske helsevernet i 2021 enn i 2019. For de nye pasientene i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2021 var veksten størst for jenter i aldersgruppen 13-15 år. Den store økningen av pasienter i tjenestene til barn og unge kom sammen med flere polikliniske kontakter per pasient, samt kortere oppholdstid for akutte innleggelser.

I somatisk sektor ble det behandlet 2,54 millioner pasienter i 2021, og var på samme nivå som i 2019, justert for befolkningsutviklingen. Det var færre pasienter som fikk døgnbehandling, og andelen pasienter som kun fikk poliklinisk behandling økte. Færre pasienter i døgnbehandling relateres i hovedsak til at planlagte døgnbehandlinger, målt per innbygger, var 17,5 prosent lavere i 2021 enn i 2019 - på grunn av pandemien. Dreningen mot mer bruk av poliklinikk er en praksisendring som har vedvart over tid, uavhengig av pandemisituasjonen.

Økt omfang av pasienter i psykisk helsevern, og lavere planlagt aktivitet i somatisk sektor, kom sammen med økte ventetider til tjenestene fra 2020 til 2021.

Kostnadene i spesialisthelsetjenesten var 167,2 mrd. kr. i 2021, og økte med 5,7 mrd. kr. (3,4 prosent) fra 2020, justert for prisvekst. Sammenlignet med årene før pandemien, hvor realveksten i kostnadene var om lag 1 prosent årlig, var det en sterkere kostnadsvekst for spesialisthelsetjenesten i 2020 og i 2021. Dette kan delvis identifiseres som merkostnader knyttet til pandemien.

Pasienter som hadde behov for kommunale tjenester etter status som utskrivningsklar fra spesialisthelsetjenesten til kommunale tjenester hadde 63 686 oppholdsdøgn i somatisk sykehus i 2021. Målt per innbygger var omfanget om lag på samme nivå som i 2019. Det var store regionale variasjoner i både nivå og utvikling for oppholdsdøgn etter status som utskrivningsklar. Analysen viser også at utskrivningsklare pasienter som fikk vedtak om kommunal langtidsplass i institusjon hadde langt færre innleggelser og oppholdsdøgn i sykehus etter vedtaket.

Pasienter med alvorlige psykiske lidelser hadde høyere bruk av spesialisthelsetjenester sammenlignet med den totale pasientpopulasjonen i psykisk helsevern i 2021. Innad i gruppen med alvorlige psykiske lidelser var bruken høyest for pasienter med schizofreni, og for pasienter med samtidig ruslidelse. Det var lite geografisk variasjon i omfanget av pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Det var geografisk variasjon i bruken av tjenester, ved at andelen av pasientene som fikk døgnbehandling, og at antall polikliniske kontakter per pasient, varierte mellom helsefelleskapene sine områder.

I denne rapporten gis det en bred beskrivelse av utvikling og status for spesialisthelsetjenesten i perioden 2017 til 2021. Rapporten utgjør sammen med andre rapporter og data presentert på web publikasjonen SAMDATA Spesialisthelsetjenesten ([SAMDATA spesialisthelsetjenesten - Helsedirektoratet](#)).

Følgende 8 kapitler inngår i denne rapporten;

- 1) **Bruk av spesialisthelsetjenester, status og utviklingstrekk 2017-2021.** Kapitlet presenterer nasjonal utvikling for pasienter og aktivitet for ulike tjenesteområder, samt foretaksvise variasjoner i 2021.
- 2) **Utvikling i kostnader og økonomisk situasjon.** For kostnadsutviklingen fokuseres det på realvekst i kostnader på kort og lang sikt, samt regionale variasjoner i kostnader per innbygger til spesialisthelsetjenester. Regionale variasjoner i kostnad per innbygger diskuteres i lys av forutsetninger i inntektsmodellen og produktivitetsindikatorer. Delen om økonomisk situasjon fokuserer på utvikling i i) resultat (overskudd/underskudd), ii) investeringer, iii) verdi på eiendeler, iv) gjeldsgrad.
- 3) **Henvisninger, ventetider og fristbrudd.** Det fokuseres i hovedsak på nasjonal utvikling, men utvikling i ventetid presenteres også på regionalt nivå.
- 4) **Barn og unge i psykisk helsevern – nye pasienter i 2021.** Kapitlet beskriver kjennetegn ved de nye pasientene i tjenestene, og endringer i forhold til 2019 og 2020. I tillegg beskrives bruken av tjenester for de nye pasientene i 2021, med fokus på om bruken er endret i forhold til årene før.
- 5) **Utskrivningsklare pasienter i somatisk spesialisthelsetjeneste.** Her beskrives omfanget av, og utviklingen i, pasienter med behov for kommunale tjenester etter behandling i somatisk spesialisthelsetjeneste. I tillegg blir informasjon om kommunale tjenester for denne pasientgruppen benyttet for å belyse samvariasjon mellom bruk av spesialisthelsetjenester og kommunale helsetjenester.
- 6) **Telefon- og videokonsultasjoner.** Variasjoner i bruk av telefon – og videokonsultasjoner presenteres på regionalt nivå og på foretaksnivå.
- 7) **Prioritering av psykisk helsevern og rusbehandling.** I oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet til RHF-ene HOD var prioritering av psykisk helsevern og rusbehandling en målsetting. Det var satt konkrete måltall knyttet til i) vekst i kostnader og ii) aktivitet, iii) ventetid til tjenestene, iv) andel pasienter i pakkeforløp utredet innen anbefalt tid, v) andel pasienter i pakkeforløp som hadde evaluert poliklinisk behandling, vi) andel epikriser sendt i løpet av 1 dag og vii) reduksjon i antall døgnpasienter med tvangsmiddelvedtak. Disse temaene belyses i kapittel 7 i denne rapporten.
- 8) **Pasienter med alvorlige psykiske lidelser.** Kapitlet presenterer oppdatert statistikk om bruk av spesialisthelsetjenester på regionalt nivå og på nivå for helsefelleskapene. Her belyses omfanget av pasienter med alvorlig psykisk lidelse, bruk av tjenester og variasjoner mellom regioner og helsefelleskap.

## 1 Bruk av spesialisthelsetjenester

*Flere pasienter i psykisk helsevern, stabilt i somatisk sektor, færre i rusbehandling*

Det ble behandlet 267 600 pasienter i psykisk helsevern i 2021, og det var 16 700 flere enn i 2019. Korrigert for befolkningsutviklingen økte pasientraten med 3 prosent i psykisk helsevern for voksne over 18 år, og med 15,6 prosent for barn og unge i alderen 0-17 år. Den sterke veksten i pasientraten for barn og unge kom i hovedsak siste år fra 2020 til 2021. I tjenestene for voksne ble flere pasienter behandlet poliklinisk i 2021, og det var dermed en dreining mot mer poliklinisk behandling. Det var flere pasienter både i døgnbehandling og poliklinikkene i tjenestene for barn og unge i 2021 sammenlignet med i 2019. Innleggelser i form av øyeblikkelig hjelp økte med 50 prosent i psykisk helsevern for barn og unge i toårsperioden, og det var 2 260 slike innleggelser i 2021 mot 1 500 i 2019. 2/3 av økningen i innleggelser som øyeblikkelig hjelp kom i 2021, mens 1/3 kom i 2020.

I somatisk sektor ble det behandlet 2,54 millioner pasienter i 2021. Justert for befolkningsutviklingen var pasientraten stabil fra 2019 til 2021, etter en nedgang i 2020. Det var en dreining mot mer poliklinisk behandling, og mindre døgnbehandling. En lavere andel av pasientene i somatisk spesialisthelsetjeneste ble lagt inn i 2021. Omfanget av planlagte døgnopphold målt per innbygger var 17,5 prosent lavere i 2021 enn i 2019. Omfanget av døgnopphold som øyeblikkelig hjelp, målt per innbygger, var på nesten på samme nivå i 2021 som i 2019, etter et lavere nivå i 2020.

Fra 2019 til 2021 gikk tallet på pasienter i rusbehandling ned med 500, og det ble behandlet 32 500 ruspasienter i spesialisthelsetjenesten i 2021. Justert for befolkningsutviklingen var nedgangen i pasientraten 3 prosent. Det var færre pasienter både i poliklinikkene og i døgnbehandling. Nedgangen i pasientraten for rusbehandling står i motsetning til vekst i det psykiske helsevernet og stabile pasientall i somatisk sektor.

## 2 Kostnadsutvikling og økonomisk situasjon

*Sterk kostnadsvekst for spesialisthelsetjenesten – markert realvekst for psykisk helsevern i 2021*

Kostnadene til spesialisthelsetjenester var 167,2 milliarder kroner i 2021. Korrigert for prisvekst økte kostnadene med 5,7 milliarder kroner, tilsvarende 3,4 prosent, fra 2020. Kostnadene til psykisk helsevern utgjorde 27,2 milliarder kroner i 2021, og realveksten fra 2020 var på 900 millioner kroner. I de forutgående årene var realveksten i kostnader til psykisk helsevern på om lag 200 millioner kroner årlig. Relativt sett var det mest vekst i kostnadene til psykisk helsevern for barn og unge hvor realveksten var på 7 prosent fra 2020 til 2021. Kapittel 1 viste også en sterk vekst på 14 prosent i omfanget av pasienter i tjenestene for barn og unge.

*Pasientbehandling i somatisk sektor kostet mer i 2021 enn i 2019*

Tall for sammenlignbare pasientbehandlinger, omtalt som DRG-poeng, viser at et gjennomsnittlig sykehusopphold i somatisk sektor kostet 58 100 kroner i 2021, og kostnaden hadde økt med 10 prosent fra 2019, justert for prisvekst. Dyrere pasientbehandling skyldtes både høyere kostnader til pasientbehandling (pluss åtte prosent) og fortsatt lavere omfang av pasientbehandling (minus 2 prosent) i 2021 sammenlignet med 2019. Pandemisituasjonen i 2020 og i 2021 er en sentral faktor bak kostnadsveksten, og et lavere omfang av pasientbehandling fordi et stort omfang av planlagte operasjoner ble utsatt.



Fra 2020 til 2021 gikk kostnaden for et gjennomsnittlig sykehusopphold ned med 2 prosent fra 59 400 kroner i 2020. Aktiviteten økte mer enn kostnadene fra 2020 til 2021, men omfanget av planlagte behandlinger var fortsatt lavere enn i 2019.

#### *Overskudd og økt omfang av investeringer*

Helseforetakenes sitt samlede overskudd i driften var på 4,1 mrd. kr. i 2021. Akkumulert overskudd i perioden fra 2002 til 2021 var på 23,6 mrd. kr, hvorav 10,3 mrd. kr. av det akkumulerte overskuddet kom de to siste årene i perioden.

Brutto investeringer var på 16,7 mrd. kr i 2021. I perioden fra 2015 til 2018 var nivået på brutto investeringer rundt 8 mrd. kr årlig, og investeringsnivået har økt med om lag 2,5 mrd. kr årlig etter 2018. Helse Vest hadde det høyeste investeringsnivået i 2021. Investeringene var i hovedsak finansiert av økt låneopptak, men egenkapitalen bidro også. I 2021 økte gjeldsgradene til om lag 85 prosent for helseforetakene, fra om lag 75 prosent i 2020. Helseforetakene vurderer at risikoen er akseptabel, og at egenkapitalen er betydelig.

### **3 Henvisninger, ventetid og fristbrudd**

#### *Økt ventetid i psykisk helsevern fra 2020 til 2021 – press på tjenestene*

I psykisk helsevern for barn og unge gikk ventetiden opp med 5,5 døgn fra 2020 til 2021, og var i gjennomsnitt på 49,6 døgn i 2021. Selv om spesialisthelsetjenesten hadde tatt inn mange flere pasienter til behandling og økt kostnadsinnsatsen betydelig i 2021, så indikerer den økte ventetiden at presset på tjenestene fortsatt var høyt. Andelen brudd på individuell frist til første kontakt var på 5,1 prosent i 2021, mot 2,7 prosent i 2019 og 2020.

Ventetiden økte også i det psykiske helsevernet for voksne. De henviste pasientene ventet i gjennomsnitt 46 dager i 2021, mot 43,8 dager i 2020. Andelen brudd på individuell frist til første kontakt var på rundt 4 prosent i 2020 og 2021, mot om lag 1 prosent i årene fra 2017 til 2019.

Både i det psykiske helsevernet for voksne, og for barn og unge var det en sterk vekst i tallet på nyhenviste pasienter til tjenestene.

Ventetiden til rusbehandling var stabil på 32-33 døgn i perioden fra 2017 til 2021.. Andelen brudd på individuell frist til første kontakt økte, men økningen var ikke like sterk som i det psykiske helsevernet.

For somatikken medførte pandemien en umiddelbar økning i ventetid i 2020, men noe nedgang igjen i 2021. De henviste ventet i gjennomsnitt 62,6 dager i 2021. Andelen brudd på individuell frist til behandling økte og var på 5,1 prosent i 2021, mot en stabil andel på i overkant av 2 prosent i årene fra 2017 til 2019.

### **4 Barn og unge i psykisk helsevern – nye pasienter i 2021**

#### *Flere nye pasienter i 2021 sammenlignet med 2019, mest vekst for jenter 13-15 år*

I løpet av 2021 startet 31 400 nye barn og unge behandling i psykisk helsevern, mot 25 930 i samme periode i 2019. Det var en vekst på 5 470 (21 prosent) nye pasienter i tjenestene for barn og unge, fordelt på 4 630 flere jenter og 840 flere gutter. Av jentene var nær 2 300 av de nye i alderen 13-15 år, og det tilsvarte en vekst på 59 prosent.

### *Sammensatte begrunnelser for nyhenviste jenter*

For jentene var begrunnelsen for nye henvisninger til psykisk helsevern sammensatt. Det var stor vekst i mistanke om depresjon, ADHD, spiseforstyrrelser og angstlidelse for jentene. For guttene var veksten i nye henvisninger i hovedsak begrunnet med mistanke om ADHD.

### *Økt press på tjenestene kom sammen med flere kontakter per pasient i poliklinikkene og kortere varighet for akutte døgnopphold*

De fleste nyhenviste til tjenestene for barn og unge starter behandlingen i poliklinikk. I 2021 startet 94 prosent av de 31 400 nye pasientene behandlingen i poliklinikk, og 6 prosent startet med døgnopphold. Sammenlignet med samme periode i 2019, så fikk de nye pasientene flere polikliniske kontakter i løpet de første 90 dagene av behandlingsforløpet i 2021. I 2021 fikk de nye pasienten 7 polikliniske kontakter (median verdi), mot 6 i 2019 og i 2020. Antall kontakter i løpet av de første 90 dagene har en geografisk gradient, hvor pasienter bosatt i Sør-Øst mottar flest (8), deretter følger Vest (7) og så Midt-Norge og Nord som gir færre (6). For alle områder var det vekst i polikliniske kontakter per pasient (+1) i starten av forløpet i 2021 sammenlignet med 2019. Dette kan indikere mer behandling i poliklinikkene, og kan være naturlig å se lys av økt press på tjenestene og lengre ventetider.

2 200 av de nye pasientene i 2021 startet behandlingen med et døgnopphold. Sammenlignet med 2019 var det en økning på 654 pasienter (42 prosent). Veksten var fordelt på 619 flere jenter og 35 flere gutter. Det var jenter i aldersgruppen 13-15 år som representerte den største veksten. Innleggelse kan ha hastegrad øyeblikkelig hjelp (akutt) eller planlagt. Økningen på 654 nye pasienter som startet behandlingsforløpet med et døgnopphold gjaldt i sin helhet øyeblikkelig hjelp, og tallet på nye pasienter som startet med et planlagt døgnopphold var stabilt fra 2019 til 2021. Varigheten av døgnoppholdene, målt som median oppholdstid, gikk ned fra 4 til 3 døgn i toårsperioden. Nedgangen i median varighet knyttes til kortere oppholdstid for øyeblikkelig hjelp, mens median varighet for planlagte opphold var uendret. Kortere varighet av akutte døgnopphold kan være nærliggende å knytte opp mot økt behov for tjenestene.

## **5 Utskrivningsklare pasienter i somatisk spesialisthelsetjeneste**

### *Økte regionale forskjeller i omfanget av oppholdsdøgn i sykehuset etter at pasienten ble meldt klar til kommunale tjenester*

Pasienter som blir meldt utskrivningsklare fra spesialisthelsetjenesten er pasienter med behov for kommunale tjenester i etterkant av sykehusoppholdet. Dette er en gruppe pasienter som har særlig behov for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester.

I den somatiske spesialisthelsetjenesten hadde utskrivningsklare pasienter 63 686 oppholdsdøgn i sykehusene etter at de ble meldt utskrivningsklare til kommunale tjenester. Det er ønskelig med et lavt omfang av slike oppholdsdøgn i spesialisthelsetjenesten. På nasjonalt nivå var omfanget i 2021 omtrent på samme nivå som i 2019 justert for befolkningsutviklingen, etter en nedgang i 2020. Det var regionale variasjoner for utviklingen i omfanget av oppholdsdøgn i sykehus etter at pasienten var meldt utskrivningsklar til kommunale tjenester. Bak et stabilt omfang på nasjonalt nivå hadde Helse Midt-Norge og Helse Nord en økning i toårsperioden, mens Helse Sør-Øst og Helse Vest hadde en nedgang. Nivået av slike oppholdsdøgn i sykehusene varierte mye mellom regionene i 2021, fra en rate på rundt 8 per 1

000 innbyggere i Helse Sør-Øst og i Helse Vest, til 19,8 i Midt-Norge og 28,7 i Helse Nord. Dette indikerer store regionale forskjeller i utfordringsbildet knyttet til samhandling om disse pasientene.

#### *Nedgang i døgnopphold og oppholdstid i sykehus etter vedtak om langtidsplass i kommunen*

Pasienter som i løpet av 2021 fikk vedtak om langtidsplass i kommunale helse- og omsorgstjenester hadde 12 980 døgnopphold hvor de var meldt utskrivningsklare til kommunen - før vedtaket. Etter, eller samtidig med, vedtak om langtidsplass hadde de 2 856 døgnopphold. Etter vedtaket hadde disse pasientene nesten ingen oppholdsdøgn som utskrivningsklare i sykehus. Varigheten av døgnopphold i sykehus gikk betydelig ned. Dette indikerer at langtidsplass i kommunen er assosiert med både færre innleggelser i sykehus, og kortere oppholdstider, for denne pasientgruppen.

## **6 Telefon og videokonsultasjoner**

Digitalisering er en del av løsningen for å opprettholde bærekraft i helsetjenestene. De regionale helseforetakene satte som mål at 15 prosent av de polikliniske konsultasjonene kunne foretas ved bruk av telefon- eller videokonsultasjoner. Dette måltallet ble videreført for 2022, og ble foreslått økt til 20 prosent i 2023.

Andelen telefon- og videokonsultasjoner i spesialisthelsetjenesten var 14,2 prosent i 2021, hvorav 10,9 prosent var telefonkonsultasjoner og 3,2 prosent var videokonsultasjoner. I somatisk sektor var andelen 9,2 prosent, mens den i psykisk helsevern og rusbehandling var 22-28 prosent.

Det var regionale variasjoner i andelen telefon- og videokonsultasjoner i 2021, fra 10,9 prosent for foretakene i Vest til 16,4 prosent for foretakene i Midt-Norge. Omleggingen til mer bruk av telefon- og videokonsultasjoner kan skje i ulik takt for de ulike regionene, og variasjonen mellom regionene kan dermed se annerledes ut i kommende år.

## **7 Prioritering av psykisk helsevern og rusbehandling**

#### *Kostnads- og aktivitetmessig prioritering av psykisk helsevern for barn og unge*

Det var et mål om kostnadmessig prioritering av psykisk helsevern og rusbehandling i 2021. Alle RHF-ene oppfylte målsettingen for psykisk helsevern for barn og unge, men ikke alle for områdene psykisk helsevern for voksne og rusbehandling. En klar kostnadsvekst i psykisk helsevern for barn og unge fra 2020 til 2021 kan sees i sammenheng med det økte omfanget av pasienter i tjenestene. Graden av måloppnåelse for kostnadmessig prioritering av psykisk helsevern for voksne og rusbehandling varierte fra ingen måloppnåelse (Helse Sør-Øst), delvis måloppnåelse (Helse Midt-Norge og Helse Nord) og full måloppnåelse (Helse Vest).

Målet for aktivitetmessig prioritering av psykisk helsevern i 2021 var at den polikliniske aktiviteten skulle øke mer for psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatisk sektor. Alle RHF-ene oppfylte målet for psykisk helsevern for barn og unge. Kapittel 4 i denne rapporten har også vist mer behandling i poliklinikkene for barn og unge, med flere kontakter per pasient i behandlingsforløpet. I psykisk helsevern for voksne og rusbehandling var graden av måloppnåelse mer variert. For psykisk helsevern for voksne oppfylte Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord målet. For rusbehandling var det kun Helse Midt-Norge som oppfylte målet.

### *Økt ventetid til psykisk helsevern til tross for økte ressurser og økt aktivitet*

Målet for ventetid til tjenestene var mindre enn 35 dager til psykisk helsevern for barn og unge, mindre enn 40 dager til psykisk helsevern for voksne og mindre enn 30 dager til rusbehandling.

Ingen av RHF-ene oppfylte målsettingen om ventetid til psykisk helsevern for barn og unge i 2021. Kapittel 3 viste også at ventetiden til tjenestene for barn og unge gikk opp med 5,5 dager fra 2020 og var nær 50 dager i 2021. Dette til tross for at kostnadene og aktiviteten i tjenesten for barn og unge økte sterkt.

For psykisk helsevern for voksne oppfylte Helse Vest målet om kortere ventetid enn 40 dager. For rusbehandlingen oppfylte Helse Vest og Helse Midt-Norge målet om kortere ventetid enn 30 dager.

Både for det psykiske helsevernet for voksne og for barn og unge viste kapittel 3 i denne rapporten en stor økning i tallet på nyhenviste til tjenestene. Dette indikerer at selv om aktiviteten og ressursene har økt i det psykiske helsevernet, og omstilling til å intensivert pasientbehandling, så var omfanget av nyhenviste pasienter så stort at ventetidsmålet ikke ble nådd.

## **8 Pasienter med alvorlige psykiske lidelser**

### *69 000 pasienter med alvorlig psykisk lidelse i 2021*

Pasienter med alvorlige psykiske lidelser er en av fire prioriterte pasientgrupper i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Dette er pasienter som har store og sammensatte behov og hvor det kreves god samhandling mellom flere aktører og på tvers av forvaltningsnivå i helse- og omsorgstjenesten.

I 2021 hadde 69 000 pasienter over 18 år kontakt med psykisk helsevern for registrert diagnose schizofreni (8 700), bipolar lidelse (9 550), depresjon (43 150) og personlighetsforstyrrelser (14 600). Gruppen omtales som pasienter med alvorlige psykiske lidelser, men alvorlighetsgraden varierer mellom de ulike diagnosene. Pasientgruppen utgjorde 42 prosent av den totale pasientpopulasjonen over 18 år i psykisk helsevern for voksne i 2021.

### *Høyest bruk av tjenester blant pasienter med schizofreni og pasienter med samtidig ruslidelse*

Pasienter med alvorlige psykiske lidelser har høyere bruk av spesialisthelsetjenester sammenlignet med den totale pasientpopulasjonen i psykisk helsevern. Innenfor gruppen med alvorlige psykiske lidelser mottok 24 prosent av pasientene døgntilrettelagt behandling i løpet av 2021 – mot 16 prosent i den totale pasientpopulasjonen. Gruppen med alvorlig psykisk lidelse hadde i gjennomsnitt 18 polikliniske kontakter per pasient i løpet av 2021, mot 13 kontakter for hele populasjonen. Pasienter med schizofreni hadde høyest bruk av både døgntilrettelagt behandling og polikliniske tjenester, herunder også ambulante kontakter.

Pasientene med samtidig ruslidelse hadde høyere bruk av tjenester i psykisk helsevern enn pasienter uten samtidig ruslidelse. Andelen pasienter med samtidig ruslidelse var om lag 14 prosent både i gruppen med alvorlig psykisk lidelse og i hele populasjonen. Forekomsten av samtidig ruslidelse var høyest blant pasienter med schizofreni (33 prosent) og personlighetsforstyrrelser (21 prosent).

### *Lite geografisk variasjon i omfanget av pasienter – mer geografisk variasjon i bruk av tjenester*

Pasientgruppen med alvorlige psykiske lidelser utgjør 1,6 prosent av den voksne befolkningen. Omfanget av pasienter var på omtrent samme nivå i alle de fire helseregionene. Bruken av helsetjenester varierte

imidlertid. Det ble brukt mer døgnbehandling i Helse Vest og i Helse Nord enn i Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst, og dette gjelder også for den totale pasientpopulasjonen i psykisk helsevern.

Bruken av tjenester blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser varierte også mellom helsefelleskapene. Det var for eksempel betydelige forskjeller i andel pasienter som har fått døgnbehandling og i andel pasienter med ambulant kontakt.



# Innledning

Et godt og velfungerende helse- og omsorgssystem gir riktig, sikker og virkningsfull behandling og oppfølging uavhengig av hvor man bor i landet, og på tvers av sosiale skillelinjer. I samfunnsoppdraget til Helsedirektoratet fremgår det at Helsedirektoratet har ansvar for å analysere utviklingstrekk og gjøre gode samlede vurderinger på hvordan tjenestene og forvaltningen møter målene som er satt i helsepolitikken. Helsedirektoratet har ansvar for å sørge for god styringsinformasjon og analyser på nasjonalt nivå som beskriver status og utvikling for helsetjenesten. I SAMDATA spesialisthelsetjenesten utarbeider og analyserer vi styringsdata, og publikasjonen er et viktig element i vår følge-med rolle.

SAMDATA spesialisthelsetjenesten har blitt utarbeidet og publisert i ulike former siden 1988. Målet med publikasjonen har vært å fremskaffe sammenlignbare data og indikatorer for spesialisthelsetjenesten som grunnlag for analyser av utvikling og status. De gjennomgående hovedtema for publikasjonen har vært ressursinnsats, aktivitet, bruk av tjenester, produktivitet og praksis. Dette beskrives for tjenesteområdene somatisk virksomhet, psykisk helsevern og rusbehandling (TSB). Enkelte år har SAMDATA også inkludert kvalitet som tema.

I årets publikasjon har målet vært å gi en oppsummering av hovedresultater for spesialisthelsetjenesten basert på publiserte tematiske rapporter og data tilgjengeliggjort på web.

Nytt i Samdata hovedrapport for 2021 er at kjennetegn for pasientgrupper med særlig behov for samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste blir nærmere belyst. Pasientgrupper med behov for samhandling er et fokusert område i Nasjonal Helse- og Sykehusplan for 2020-2023. Dette beskrives i kapittel 5 og kapittel 8 i denne rapporten. Kapittel 5 omhandler pasienter med behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra sykehusopphold i somatisk sektor, og informasjon om bruk av kommunale tjenester for denne pasientgruppen er tatt inn i analysen. Kapittel 8 beskriver bruk av spesialisthelsetjenester for pasienter over 18 år med alvorlig psykisk lidelse, som også er en gruppe med store og sammensatte behov og hvor det kreves god samhandling.

Rapporten inneholder også en ny analyse av veksten i pasienter i det psykisk helsevern for barn og unge i 2021, med fokus på kjennetegn ved de nye pasientene i tjenesten og starten av behandlingsforløpet. Denne analysen presenteres i kapittel 4.

Det er i tillegg utviklet en definisjon for avgrensning av telefon- og videokonsultasjoner for statistikkformål, hvor indikatorer på nasjonalt, regionalt og foretaksnivå omtales i kapittel 6.

SAMDATA spesialisthelsetjenesten omfatter flere rapporter og mer detaljerte data på web med tilhørende korte notater med hovedfunn.

Se <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten>.





# 1. Bruk av spesialisthelsetjenester – status og utviklingstrekk

*Det ble behandlet 2,54 millioner pasienter i den somatiske spesialisthelsetjenesten i 2021. Justert for befolkningsutviklingen var omfanget av pasienter på samme nivå som i 2019, etter færre pasienter i 2020. Sammenlignet med 2019 var det færre pasienter i døgnbehandling i 2021. De aller fleste pasientene som har fått døgnbehandling har også polikliniske kontakter. En stabil pasientrate fra 2019 til 2021 skyldes stabilt omfang av pasienter i poliklinikkene.*

*Det var geografiske variasjoner i bruk av døgnopphold i somatisk spesialisthelsetjeneste i 2021. Høyere bruk av døgnopphold var assosiert med lavere bruk av poliklinikk i 2 av 4 regioner (Vest og Nord). Midt-Norge hadde høyere bruk av både poliklinikk og døgnopphold, mens Sør-Øst hadde lavere bruk av døgnopphold, samtidig som at bruken av poliklinikk var på landsgjennomsnittet. Bruken av poliklinikk inkluderer både helseforetak og bidrag fra avtalespesialister.*

*I det psykiske helsevernet for voksne ble det behandlet 3 prosent flere pasienter i 2021 enn i 2019, justert for befolkningsutviklingen. Pasientraten økte med 4 prosent i poliklinikkene gjennom toårsperioden, mens den gikk ned for døgnbehandlingen. I poliklinikkene var det 5 prosent flere polikliniske kontakter per innbygger i 2021 sammenlignet med 2019. Raten for oppholdsdøgn og døgnpasienter økte igjen fra 2020 til 2021, men nivået i 2021 var fortsatt lavere enn i 2019.*

*På regionalt nivå var mer bruk av innleggelser assosiert med mindre bruk av poliklinikk i det psykiske helsevernet for voksne i 2021. Avtalespesialistene sitt bidrag i den polikliniske behandlingen utjevnet bruken av poliklinikk når bruken i Vest, Midt-Norge og Nord sammenlignes. Sør-Øst hadde et større bidrag fra avtalespesialister som trakk bruken av poliklinikk over landsgjennomsnittet, samtidig som at bruken av innleggelser var lavere.*

*Tallet på pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge økte med 15,6 prosent fra 2019 til 2021, målt per innbygger. Veksten i pasientraten kom i hovedsak fra 2020 til 2021, og det var vekst i alle regioner. I 2021 var det regionale variasjoner i omfanget av poliklinisk behandling for barn og unge. Tallet på polikliniske kontakter per innbygger var høyere i Nord sammenlignet med gjennomsnittet for landet, og lavere i Midt-Norge.*

*Det ble behandlet 3 prosent færre pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2021 enn i 2019, justert for befolkningsutviklingen. Nedgangen omfattet både døgnbehandling og poliklinikk. Tallet på innleggelser og oppholdsdøgn økte siste år i perioden, og i 2021 var nivået nesten på linje med aktiviteten i 2019. Den polikliniske aktiviteten var derimot lavere i 2021 enn i 2019.*

## 1.1 Innledning

I dette kapitlet ser vi på utviklingen i bruk av spesialisthelsetjenester for tjenesteområdene i) somatikk, ii) psykisk helsevern for voksne over 18 år, iii) psykisk helsevern for barn og unge i alderen 0-17 år og iv) tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - i perioden fra 2017 til 2021.

Aldersinndelingen for psykisk helsevern betyr for eksempel at ungdom over 18 år, behandlet i en barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, vil inngå i tallmaterialet under punkt ii), og omvendt for barn og unge under 18 år behandlet i en voksenpsykiatrisk enhet. Det vil da være konsistens mellom pasienttall og befolkningstall for disse to aldersgruppene.

Utviklingen betraktes i et befolkningsperspektiv. Det vil si at det tas utgangspunkt i pasienter og aktivitet målt per innbygger. Pasienter og aktivitet målt per innbygger omtales som rater. Spørsmålene om utvikling som belyses, på nasjonalt nivå, er;

- 1) Har flere eller færre pasienter fått behandling i spesialisthelsetjenesten? Vi viser tall for femårsperioden, men fokuserer mest på utviklingen fra 2019 til 2021 gjennom pandemiperioden. Det blir sett på om utviklingen i pasienttallet har utviklet seg likt eller ulik for de ulike tjenesteområdene. Herunder ser vi nærmere på utvikling i henholdsvis døgnpasienter og polikliniske pasienter.
- 2) Hvordan har døgnaktiviteten utviklet seg de siste årene? Herunder – har utviklingen for de ulike tjenesteområdene vært forskjellig? Det har over tid vært en utvikling med kortere og mer spesialisert døgnbehandling og også overgang til mer poliklinisk behandling, for både somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern. Driftsåret 2021 var, i likhet 2020, preget av pandemien, med nedtak av planlagt aktivitet i somatisk sektor. I det psykiske helsevernet var det press på tjenestene for barn og unge. I tillegg ble det aktualisert å stanse nedgangen i døgnplasser og døgnaktivitet i det psykiske helsevernet.
- 3) Hvordan har den polikliniske aktiviteten utviklet seg? Blir trenden med økt bruk av poliklinisk behandling, som er observert over tid, forsterket gjennom pandemiperioden? Er utviklingen forskjellig for de ulike tjenesteområdene?

Videre ser vi på geografiske variasjoner mellom foretaksområder i ratene for bruk av døgnbehandling i 2020 og 2021, og for poliklinisk behandling i 2021. For somatisk sektor er aktiviteten i foretaksområdene kjønns- og aldersstandardisert. Spørsmålene som belyses er:

- 4) Er det geografiske variasjoner i rater for døgnopphold? Herunder, har foretaksområder med høyere bruk av døgnopphold lavere bruk av polikliniske kontakter, og omvendt?
- 5) Ser vi en utjevning av forbruksratene i poliklinikkene når aktivitet i foretak og hos avtalespesialister betraktes samlet? Med utjevning menes her mindre avvik i forhold til et landsgjennomsnitt. I forhold til bruk av tjenester hos avtalespesialister kan det også være en grensedragnings mot aktivitet hos fastlege som ikke vil kommenteres i denne analyse

Data om pasienter, døgnopphold og polikliniske kontakter i spesialisthelsetjenesten er basert på pasientdata fra norsk pasientregister<sup>1</sup>. Befolkningstallene er hentet fra SSB.

## 1.2 Somatisk spesialisthelsetjeneste

*Stabilt omfang av pasienter men færre pasienter fikk døgnbehandling i 2021 enn i 2019*

Det ble behandlet 2,54 millioner pasienter i den somatiske spesialisthelsetjenesten i 2021. Omfanget var på samme nivå i 2021 som i 2019, med en rate på 468 pasienter per 1 000 innbyggere begge år. I 2020 var tallet på pasienter per innbygger 2,5 prosent lavere enn i 2021 – se figur 1.1.

Bak et stabilt omfang av pasienter i den somatiske spesialisthelsetjenesten fra 2019 til 2021 var det færre pasienter i døgnbehandling. For døgnbehandlingen var det 98 pasienter per 1 000 innbyggere i 2019, men nivået ble redusert med 4,3 prosent til en rate på 94 i 2021. Omfanget av pasienter i poliklinikkene var på samme nivå i 2021 som det var i 2019. De aller fleste pasientene som får døgnbehandling har også vært i poliklinikkene, og det betyr at den totale pasientraten for både poliklinikk og døgnbehandling i praksis styres av omfanget av pasienter i poliklinikkene. Når pasientraten var stabil fra 2019 til 2021, så kom det av en stabil pasientrate i poliklinikkene, men færre pasienter fikk døgnbehandling i tillegg.

Et lavere omfang av pasienter i døgnbehandling knyttet til mindre planlagt døgnbehandling på grunn av pandemien, men også med overgang til mer poliklinisk behandling uavhengig av pandemien.

*Døgnopphold som ø-hjelp i 2021 omtrent på samme nivå som i 2019, planlagte opphold 17 prosent lavere*

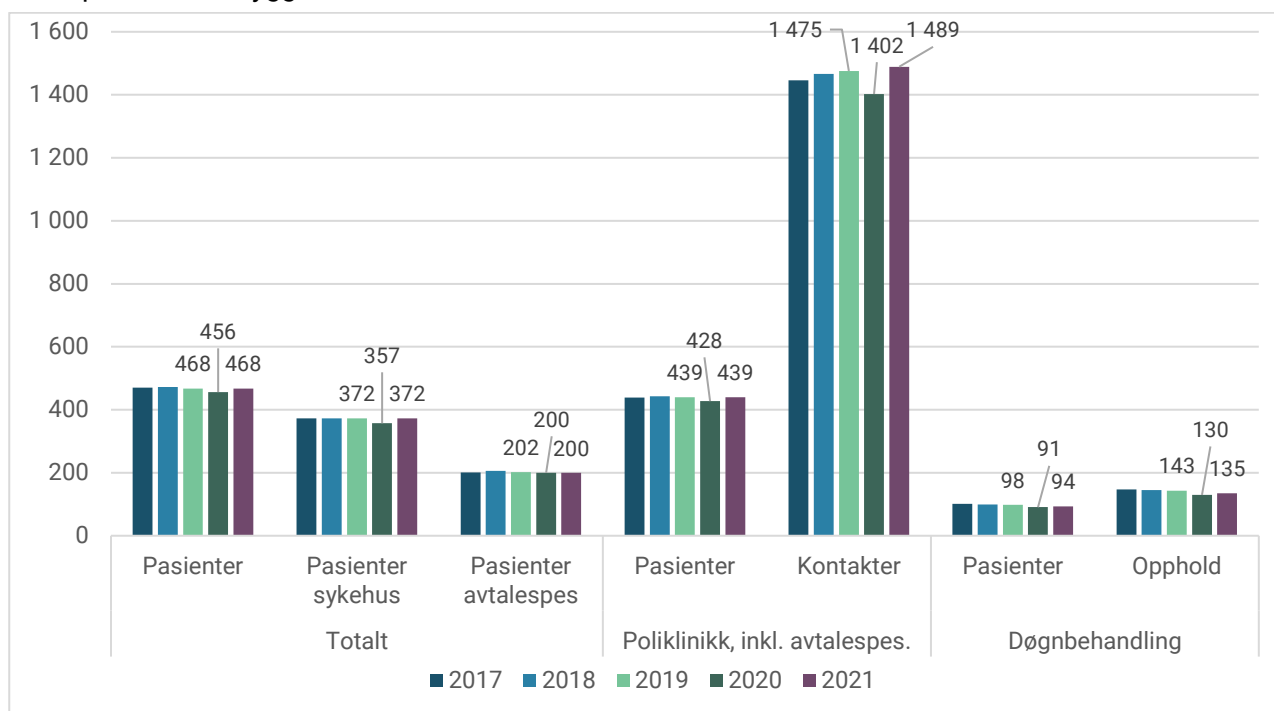
I 2021 var 730 500 døgnopphold i den somatiske spesialisthelsetjenesten, og det tilsvarte en rate på 135 pasienter per 1 000 innbyggere<sup>2</sup>. Fra 2019 til 2021 gikk pasientraten ned med 5,5 prosent, fra en rate på 143 i 2019. Nedgangen på 5,5 prosent i pasientraten innebar 24 350 færre døgnopphold i 2021 sammenlignet med 2019. 24 350 færre døgnopphold i 2021 var fordelt på 32 050 færre planlagte opphold, og 7 720 flere opphold som øyeblikkelig hjelp. Omfanget av døgnopphold som øyeblikkelig hjelp i 2021 var dermed omtrent på nivå med omfanget i 2019, justert for befolkningsutviklingen. Omfanget av planlagte opphold var derimot om lag 17 prosent lavere.

---

<sup>1</sup> Se også [Somatikk - Helsedirektoratet](#), [Psykisk helsevern - Helsedirektoratet](#) og [Tverrfaglig spesialisert rusbehandling \(TSB\) - Helsedirektoratet](#) for nærmere definisjon og beskrivelse av aktivitetsdataene.

<sup>2</sup> Se [Dashboard - Somatikk - bruk av tjenester med kart - Copy \(helsedirektoratet.no\)](#) (Lenke vil oppdateres med 2021 tall)

Figur 1.1 Pasienter, døgnopphold og polikliniske kontakter i somatisk spesialisthelsetjeneste 2017-2021. Rater per 1000 innbyggere.



Samdata Hovedrapport 2020 viste en nedgang i døgnopphold på om lag 10 prosent, eller 61 000 opphold, fra 2019 til 2020. Nedgangen var fordelt på om lag 5 prosent færre opphold som øyeblikkelig hjelp og 24 prosent færre planlagte opphold. Fra 2020 til 2021 økte tallet på døgnopphold med 36 000. Veksten i døgnopphold siste år gjaldt både planlagte opphold (+ 6 200), og opphold som øyeblikkelig hjelp (+ 29 800). Selv om det var vekst i planlagte døgnopphold i deler av 2021, var det også, på grunn av pandemien, perioder med nedtak av planlagt døgnbehandling

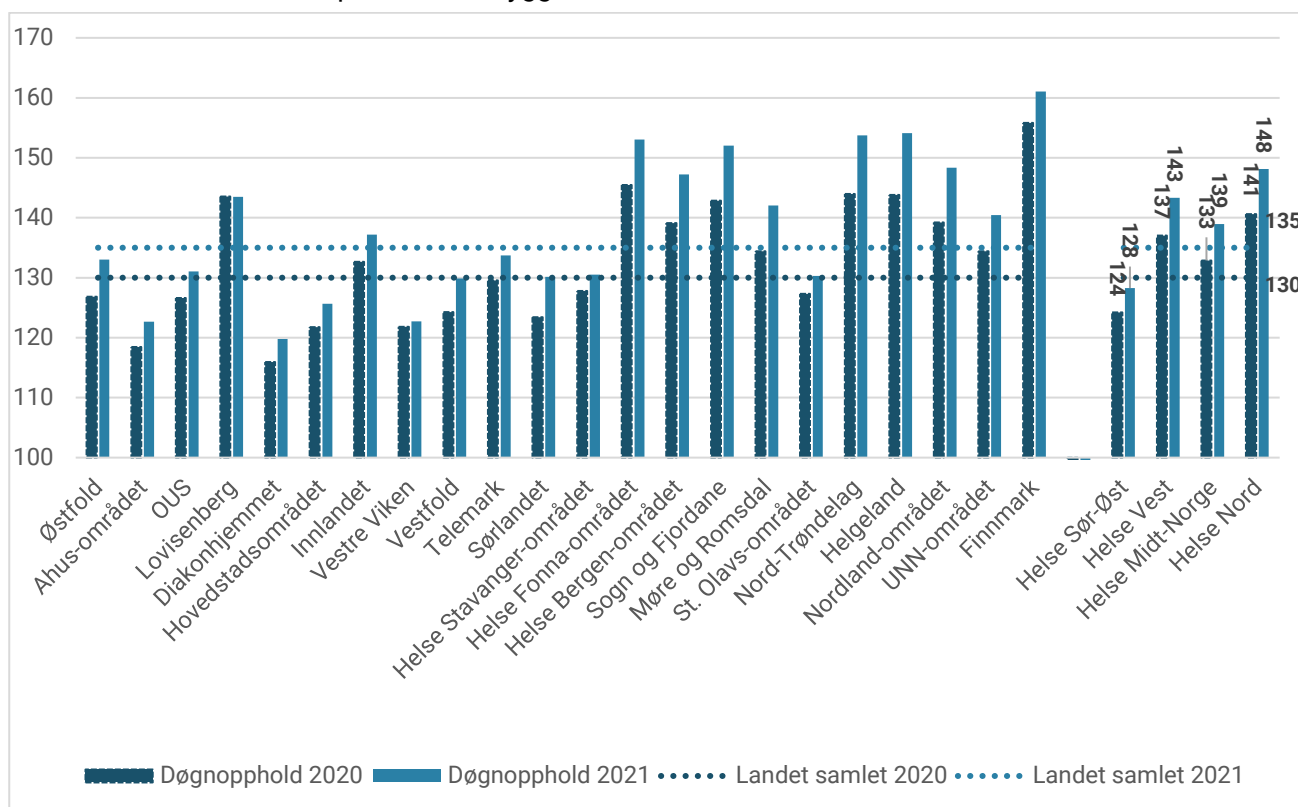
#### *Flere kontakter per pasient i poliklinikkene*

Aktiviteten i poliklinikkene økte fra 1 475 kontakter per 1000 innbyggere i 2019 til 1 489 i 2021. Målt per innbygger var det en vekst på 1 prosent. Omfanget av telefon- og videokonsultasjoner har økt fra 2019 til 2021. Endringer i retningslinjer for registrering av telefon- og videokontakter gjør at det ikke presenteres statistikk for utvikling i rater for denne type kontakter. Kapittel 6 i denne rapporten viser foretaksvis variasjoner i andel telefon- og videokonsultasjoner i 2021. Pasientraten i poliklinikkene var stabil, noe som sammen med økt rate for kontakter betyr at hver pasient i gjennomsnitt hadde flere kontakter i 2021 enn i 2019. Aktivitetsveksten i poliklinikkene har dermed gått til flere kontakter per pasient, og ikke til flere pasienter i poliklinikkene. Telefonkonsultasjoner inngår i tallgrunnlaget.

#### *Lavere bruk av døgnopphold i Sør-Øst, høyere i Vest, Midt-Norge og i Nord*

Det var geografiske variasjoner i bruken av døgnopphold i den somatiske spesialisthelsetjenesten i 2021. Befolkningen i Sør-Øst hadde færre døgnopphold sammenlignet med gjennomsnittet, og befolkningen i Nord og i Vest hadde flere, se figur 1.2. Tallene er standardiserte i forhold til ulik kjønns- og alderssammensetning i befolkningen.

Figur 1.2 Geografiske variasjoner i bruk av døgnopphold i somatiske sykehus i 2020 og 2021. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbyggere.



Lavere bruk i av døgnopphold i Sør-Øst gjaldt i særlig grad for befolkningen i opptaksområdene til Diakonhjemmets Sykehus, Akershus Universitetssykehus og Vestre Viken. Høyere bruk av døgnopphold i Nord gjaldt alle de fire foretaksområdene, men knyttes i sterkest grad til befolkningen som sogner til Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset. I Vest hadde befolkningen i 3 av 4 foretaksområder høyere bruk av døgnopphold i somatiske sykehus. Unntaket i Vest var de som hører til opptaksområdet for Helse Stavanger – hvor det var lavere bruk av døgnopphold. Høyere bruk av døgnopphold i Midt-Norge gjaldt for 2 av 3 foretaksområder (Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag), men befolkningen som sogner til St Olavs Hospital hadde lavere bruk.

### Større geografisk variasjon i bruk av døgnopphold i 2021 sammenlignet med 2020

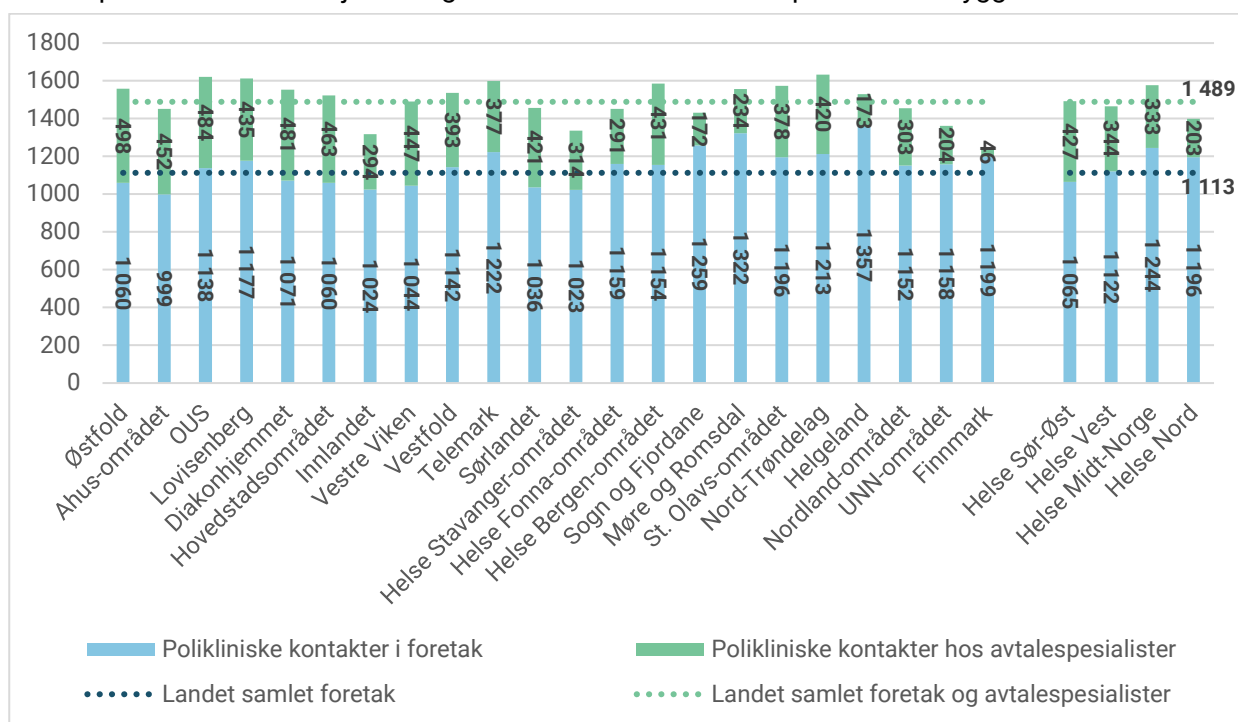
De geografiske variasjonene i omfanget av døgnopphold i den somatiske spesialisthelsetjenesten, etter korleksjon for ulik kjønns- og alderssammensetning, har vært nokså stabil over tid. Fra 2020 til 2021 var økningen i raten for døgnopphold noe svakere i Sør-Øst, hvor befolkningen i utgangspunktet hadde lavere bruk av døgnopphold. For de 3 andre regionene, hvor utgangspunktet var høyere bruk av døgnopphold, økte bruken mer siste år. Variasjonen mellom foretaksområdene i bruk av døgnopphold har dermed økt fra 2020 til 2021. Fra 2019 til 2020 var variasjonen i bruk av døgnopphold relativt stabil på regionalt nivå<sup>3</sup>. Det må påpekes at aktiviteten i sykehusene, både i 2020 og i 2021, var påvirket av pandemien. Nivået på aktiviteten i form av døgnopphold, samt de geografiske variasjonene som er vist her, kan endre seg i kommende år.

<sup>3</sup> Se [Dashboard - Somatikk - bruk av tjenester med kart - Copy \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no)

### Høyere bruk av poliklinikk i Midt-Norge falt sammen med høyere bruk av døgnopphold

Figur 1.3 viser at befolkningen i Midt-Norge hadde høyest bruk av polikliniske kontakter i 2021. Alle de tre foretaksområdene i Midt-Norge hadde høyere bruk sammenlignet med gjennomsnittet for landet. Med unntak for befolkningen som hører til St. Olavs Hospital sitt opptaksområde, så korresponderte høyere bruk av polikliniske kontakter med høyere bruk av døgnopphold. Det vil si at høyere bruk av poliklinikk ikke var assosiert med lavere omfang av døgnopphold. På regionalt nivå hadde bidraget fra avtalespesialistene en utjevne effekt på variasjoner i bruk av poliklinikk. Unntaket er for befolkningen i Nord-Trøndelag, hvor bidraget fra avtalespesialistene økte avstanden til gjennomsnittet.

Figur 1.3 Geografiske variasjoner i bruk av polikliniske kontakter i somatiske sykehus og hos avtalespesialister i 2021. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbyggere.



### Lavere bruk av poliklinikk og høyere bruk av døgnopphold i Nord

Befolkningen i Nord hadde, på regionalt nivå, lavest bruk av poliklinikk i den somatiske spesialisthelsetjenesten i 2021. Samtidig hadde befolkningen i Nord høyest bruk av døgnopphold. Lavere omfang av polikliniske kontakter for befolkningen i Nord korresponderer med mindre bruk av avtalespesialister sammenlignet med de andre regionene. Lavere bruk av avtalespesialister gjaldt i særlig grad befolkningen i Finnmark. Befolkningen som hører til opptaksområdet for Helgelandssykehuset hadde derimot et omfang av polikliniske kontakter som var litt over landsgjennomsnittet. Det vil si befolkningen på Helgeland hadde høyere bruk av både døgnopphold og polikliniske kontakter i 2021 sammenlignet med gjennomsnittet.

### Lavere bruk av poliklinikk assosiert med mer døgnbehandling på regionalt nivå i Vest

Bruk av poliklinikk i den somatiske spesialisthelsetjenesten i Vest var litt under nivået for landet samlet i 2021. Lavere bruk av poliklinikk på regionalt nivå knyttes til mindre bruk av avtalespesialister. Bruken av poliklinikk i foretakene var på linje med gjennomsnittet for landet samlet. Det vil si at bidraget fra avtalespesialisten ikke hadde noen utjevne effekt på bruken av poliklinikk for befolkningen i Vest,

fordi nivået for bruk av poliklinikk var lengre fra gjennomsnittet når avtalespesialistenes bidrag inkluderes. På regionalt nivå kom lavere bruk av poliklinikk sammen med høyere bruk av døgnopphold. For befolkningen i Stavangerområdet var det derimot lavere bruk av både poliklinikk og døgnopphold. Befolkningen i opptaksområdet til Helse Bergen hadde høyere bruk av poliklinikk enn gjennomsnittet i 2021, sammen med høyere bruk av døgnopphold.

#### *Avtalespesialistene har en utjevne effekt på bruk av poliklinikk i Sør-Øst*

Befolkningen i Sør-Øst hadde en bruk av polikliniske kontakter i spesialisthelsetjenesten som var tråd med gjennomsnittet for landet i 2021. Samtidig var bruken av døgnopphold litt lavere. Bruken av avtalespesialister hadde en utjevne effekt på nivået for bruk av polikliniske kontakter i Sør-Øst. Bruken av avtalespesialister var høyere i Sør-Øst enn i de andre tre regionene. Befolkningen knyttet til opptaksområdene til Sykehuset i Østfold, Oslo Universitetssykehus og Diakonhjemmets Sykehus hadde høyest bruk av avtalespesialister. Hvis bidraget fra avtalespesialistene ekskluderes, så var bruk av poliklinikk ved foretakene under landsgjennomsnittet i Sør-Øst.

Befolkningen i opptaksområdet til Sykehuset Innlandet hadde lavere bruk av poliklinikk i 2021 enn landsgjennomsnittet, både for kontakter i sykehus og hos avtalespesialister. Samtidig var det høyere bruk av døgnopphold.

### **1.3 Psykisk helsevern for voksne over 18 år**

#### *3 prosent flere pasienter i 2021 sammenlignet med 2019*

Korrigert for befolkningsutviklingen ble 3 prosent flere pasienter behandlet i det psykiske helsevernet for voksne i 2021 sammenlignet med 2019. Målt per 1 000 innbygger var det 47,9 pasienter i 2021 mot 46,6 i 2019 – se figur 1.4. Det var dermed en vekst i pasientraten i det psykiske helsevernet for voksne i toårsperioden, mot en stabil pasientrate i somatisk sektor.

#### *Flere pasienter og mer behandling i poliklinikkene i 2021 enn i 2019, reduksjon for døgnbehandlingen*

Målt per innbygger ble det behandlet 4 prosent flere pasienter i helseforetakene sine poliklinikker, mens det derimot var en nedgang på 4 prosent for pasienter i døgnbehandling fra 2019 til 2021. Veksten i den samlede pasientraten på 3 prosent knyttet dermed til flere pasienter i poliklinikkene.

I 2021 var det 469 polikliniske kontakter per 1 000 innbyggere ved helseforetakenes poliklinikker, mot 446 i 2019. Veksten i raten for kontakter i toårsperioden tilsvarte 5 prosent. For døgnaktiviteten var det en nedgang i raten for innleggelser på 7 prosent.

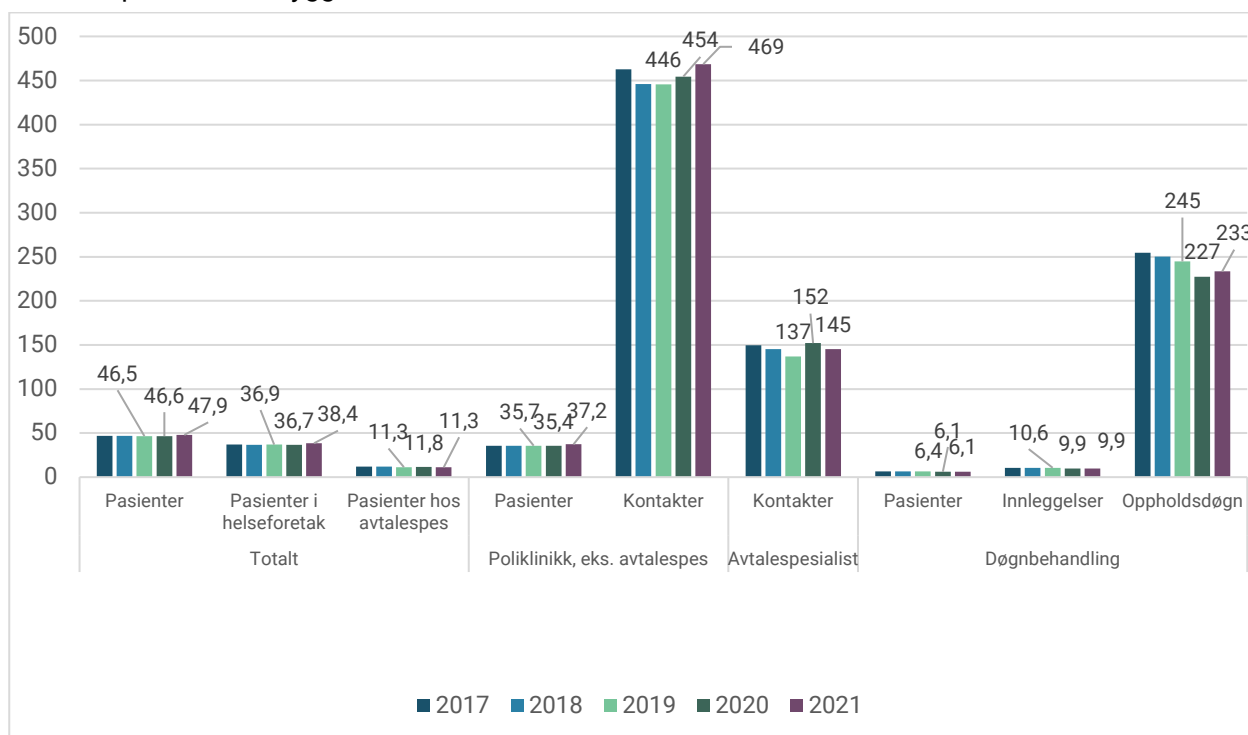
#### *Flere oppholdsdøgn i det psykiske helsevernet for voksne i 2021 enn i 2020*

Siste år i perioden, fra 2020 til 2021 var det en vekst i raten for oppholdsdøgn på 2,6 prosent, fra en rate på 227 per 1 000 innbyggere i 2020 til 233 i 2021 – se figur 1.4. Samtidig økte også raten for døgnpasienter litt med en vekst på 0,5 prosent. Det betyr at hver døgnpasient i gjennomsnitt fikk flere døgn i det psykiske helsevernet for voksne i 2021 sammenlignet med 2020. For driftsåret 2022 er det angitt som mål i helseforetakenes oppdragsdokument at døgnaktiviteten skal øke sammenlignet med 2021.

### Mer bruk av innleggelser i det psykiske helsevernet for voksne i Nord, mindre i Sør-Øst

Fra 2020 til 2021 var raten for innleggelser stabil på nasjonalt nivå, med en rate på 9,9 innleggelser per 1 000 innbyggere begge år. Omfanget av innleggelser i det psykiske helsevernet for voksne var høyere i Nord, med en rate på 13,7 innleggelser per 1000 innbyggere i 2021 – og lavere i Sør-Øst med en rate på 9,0. I Nord var det særlig befolkningen som hører til Universitetssykehuset i Nord-Norge og Finnmarkssykehuset som hadde høyere bruk av innleggelser. Lavere rate for innleggelser i Sør-Øst knyttes særlig til befolkningen som hører til Diakonhjemmets Sykehus, Akershus Universitetssykehus og Oslo Universitetssykehus. De geografiske variasjonene i omfanget av innleggelser per innbygger har vært stabile over tid.

Figur 1.4 Pasienter, innleggelser og polikliniske kontakter i det psykiske helsevernet for voksne over 18 år. Rater per 1000 innbyggere over 18 år.



### Lavere bruk av innleggelser i Sør-Øst sammenfaller med høyere bruk av poliklinikk.

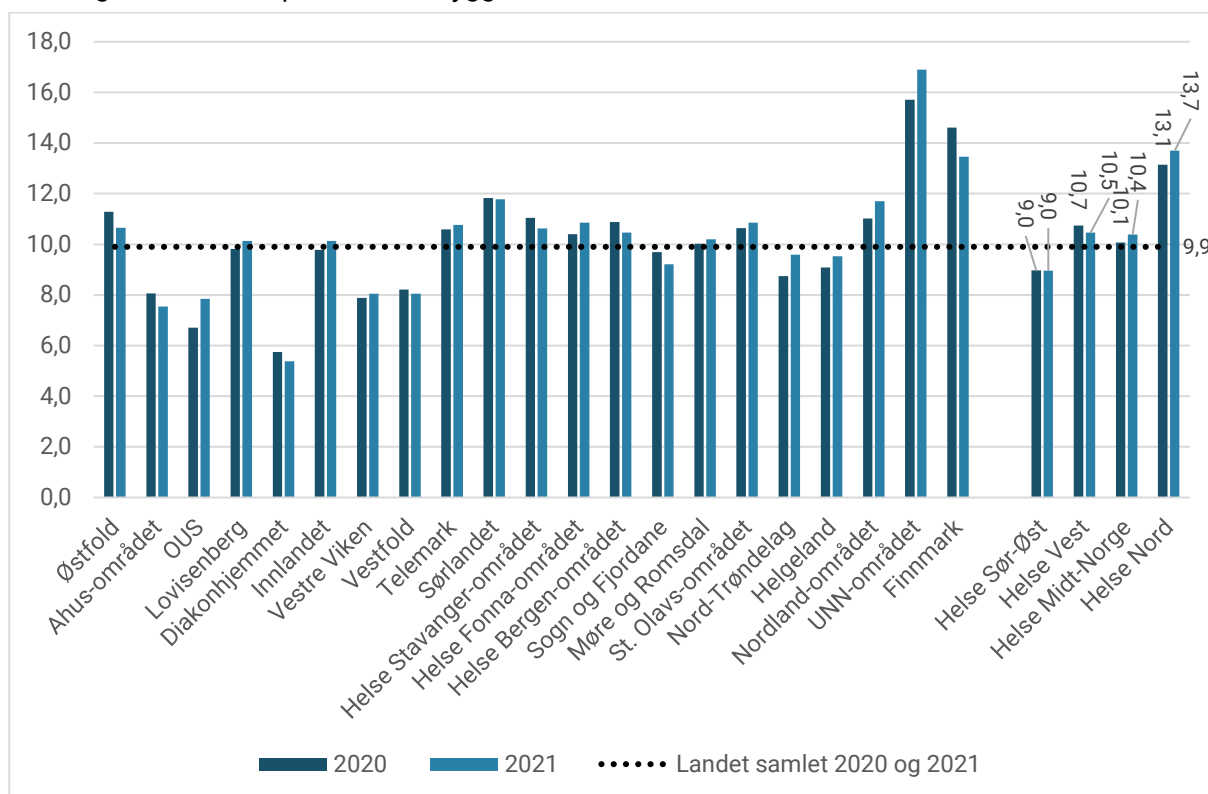
Omfanget av polikliniske kontakter i det psykiske helsevernet for voksne, målt per innbygger, var høyere for befolkningen i Sør-Øst sammenlignet med de tre andre regionene. Mer bruk av poliklinisk behandling knyttes til mer bruk av avtalespesialister. Bruken av avtalespesialister i Sør-Øst bidrar ikke til utjevning mellom regionene i bruk av poliklinisk behandling *isolert sett*, men den trekker bruken av poliklinikk over gjennomsnittet i Sør-Øst. Omfanget av døgnbehandling i form av innleggelser var lavere i Sør-Øst enn i de øvrige regionene – se figur 1.5. Det vil si at høyere bruk av poliklinikk motsvares av lavere bruk av innleggelser i Sør-Øst, og videre at mer bruk av avtalespesialister kan bidra i denne behandlingsprofilen. Høy bruk av poliklinikk gjelder særlig befolkningen som hører til opptaksområdene for Lovisenberg diakonale sykehus, Diakonhjemmets sykehus og Oslo Universitetssykehus. Befolkningen som hører til Diakonhjemmets sykehus og Oslo Universitetssykehus hadde også mindre bruk av innleggelser.



### Lavere bruk av poliklinikk og høyere bruk av innleggelser i Vest sammenlignet med Sør-Øst.

Befolkningen i Vest hadde en bruk av polikliniske kontakter i det psykiske helsevernet for voksne som var om lag på nivå med bruken i Midt-Norge og i Nord, men lavere enn i Sør-Øst. Bruken av innleggelser var på linje med nivået for Midt-Norge, men høyere enn i Sør-Øst. Sammenlignet med Midt-Norge og Nord så hadde bidraget fra avtalespesialistene i Vest en utjevrende effekt på den samlede bruken av polikliniske kontakter – se de regionale ratene i figur 1.6. Befolkningen som hører til opptaksområdet for Helse Bergen hadde mer bruk av poliklinikk sammenlignet med både de andre foretakene i Vest og med gjennomsnittet for landet samlet. Dette knyttes til mer bruk av avtalespesialister i opptaksområdet for Helse Bergen.

Figur 1.5 Geografiske variasjoner i bruk av innleggelser i det psykiske helsevernet for voksne over 18 år i 2020 og i 2021. Rater per 1000 innbyggere over 18 år.



### Lavere bruk av poliklinikk og høyere bruk av innleggelser i Midt-Norge sammenlignet med Sør-Øst

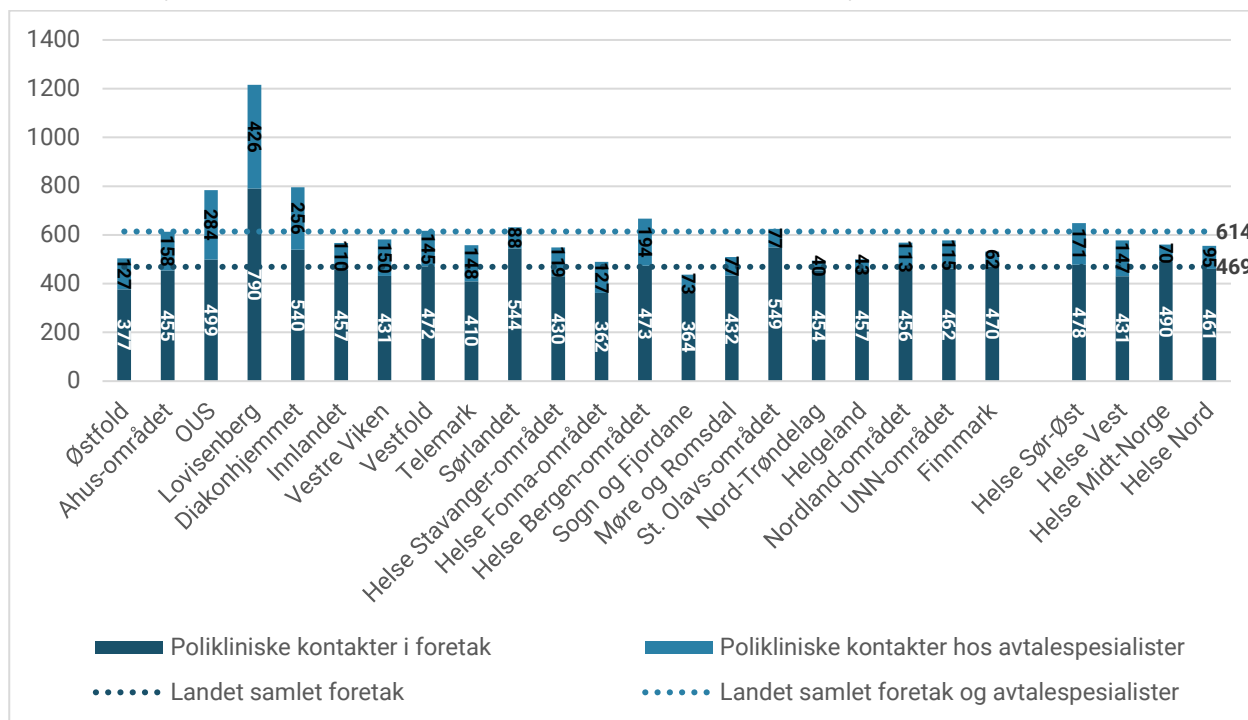
Bruken av poliklinikk i det psykiske helsevernet for voksne for befolkningen i Midt-Norge var samlet sett på linje med nivået i Vest i 2021, men lavere enn i Sør-Øst. Det motsatte gjaldt for bruken av innleggelser. Befolkningen i Midt-Norge hadde lavest bruk av avtalespesialister. Sammenlignet med Vest og i Nord, så hadde lavere bruk av avtalespesialister i Midt-Norge en utjevrende effekt på den samlede bruken av poliklinikk. Befolkningen som hører til St. Olavs Hospital hadde en høyere bruk av poliklinikk sammenlignet med befolkningen i de to andre opptaksområdene i Midt-Norge. Dette knyttes til høyere bruk av poliklinikk i helseforetak for befolkningen som sogner til St. Olavs Hospital.

### Høyere bruk av innleggelser i Nord sammenfaller med lavere bruk av poliklinikk

Befolkningen i Nord hadde lavere bruk av poliklinikk i det psykiske helsevernet enn befolkningen i Sør-Øst. I Nord var bruken av poliklinikk på linje med bruken i Midt-Norge og i Vest, mens bruken av

innleggelser var høyere. Bruken av polikliniske kontakter var lavest for befolkningen som hører til Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset. Raten for innleggelser var samtidig høyere enn gjennomsnittet for befolkningen i Finnmark. Befolkningen som hører til Helgelandssykehuset hadde lavere rate både for innleggelser og for polikliniske kontakter i det psykiske helsevernet for voksne.

Figur 1.6 Geografiske variasjoner i bruk av polikliniske kontakter i det psykiske helsevernet for voksne over 18 år. Sykehus og avtalespesialister, 2021. Rater per 1000 innbyggere over 18 år.



#### 1.4 Psykisk helsevern for barn og unge 0-17 år

*16 prosent flere pasienter i 2021 enn i 2019, vekst både i poliklinikkene og i døgnbehandlingen*

Justert for befolkningsutviklingen, så var det 16 prosent flere barn og unge i det psykiske helsevernet i 2021 sammenlignet med 2019. Veksten i pasienttallet kom i hovedsak siste år fra 2020 til 2021. Pasientraten økte både ved poliklinikkene og i døgnbehandlingen. De fleste pasientene behandles poliklinisk i det psykiske helsevernet for barn og unge.

*Flere innleggelser i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2021*

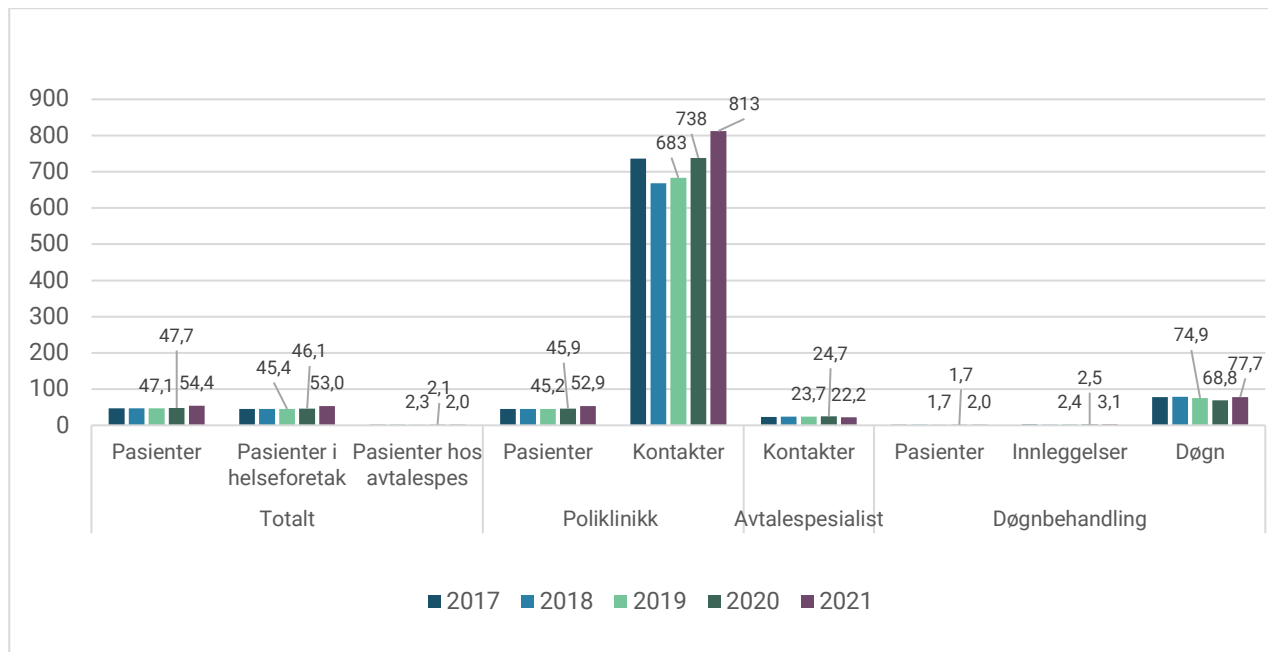
Antall polikliniske kontakter per innbygger økte med nær 19 prosent fra 2019 til 2021, om lag i tråd om veksten i omfanget av pasienter ved poliklinikkene.

Det var en vekst på 25 prosent i raten for innleggelser for barn og unge i aldersgruppen 0-17, korrigert for manglende rapportering fra institusjonen Østbyttet i Sør-Øst<sup>4</sup>. Det var vekst i raten for innleggelser i alle de fire regionene. Omfanget av døgnbehandling i det psykiske helsevernet for barn og unge er relativt sett lavt. I 2019 var det 2 630 innleggelser og i 2021 var det 3 320 innleggelser, korrigert for manglende

<sup>4</sup> Dette gjelder institusjonen Østbyttet, hvor det var 135 innleggelser i 2021.

rapportering fra Østbyttet. Endringer i tall for pasienter og innleggelser i 2021 gir dermed store prosentvise utslag. Kapittel 4 i denne rapporten gir en bredere beskrivelse av de nye pasientene tatt til behandling i PHV-BU siste år.

Figur 1.7 Pasienter, innleggelser og polikliniske kontakter i det psykiske helsevernet for barn og unge 2017-2021. Rater per 1 000 innbyggere 0-17 år.



#### Lavere omfang av innleggelser i Sør-Øst, og høyere i Nord

Bruken av innleggelser i det psykiske helsevernet for barn og unge, målt per innbygger, var lavere for befolkningen i Sør-Øst og høyere i Nord sammenlignet med landsgjennomsnittet – se figur 1.8. Dette samsvarer med bildet for det psykiske helsevernet for voksne – se figur 1.5.

Høyere bruk av innleggelser i Nord enn for landsgjennomsnittet gjaldt alle de fire foretaksområdene. Bruken var høyest for befolkningen som hører til Nordlandssykehuset. Lavere bruk av innleggelser i Sør-Øst gjelder jevnt over alle foretaksområder, med unntak for befolkningen som hører til Sykehuset Østfold hvor raten for innleggelser var høyere enn landsgjennomsnittet.

#### Mindre bruk av poliklinikk i Midt-Norge, mer i Nord

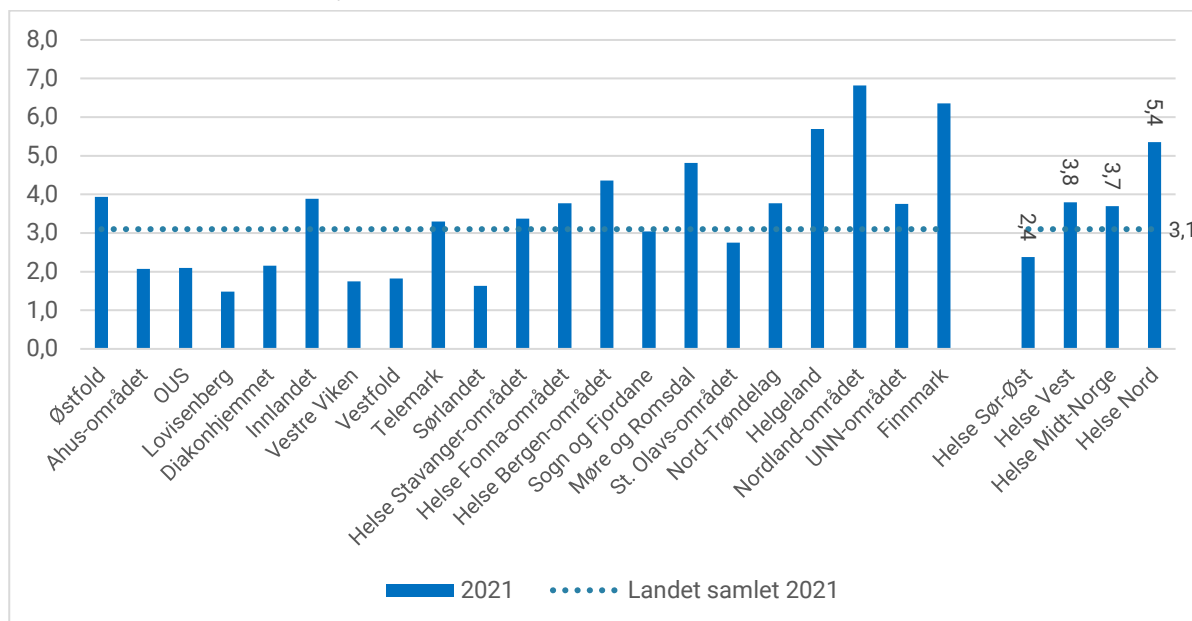
Barn og unges bruk av polikliniske kontakter i det psykiske helsevernet i 2021 var lavere enn landsgjennomsnittet i Midt-Norge, og høyere i Nord. For Sør-Øst og Vest var tallet på polikliniske kontakter per innbygger om lag på gjennomsnittet – på regionalt nivå.

#### Variasjoner mellom helseforetaksområdene

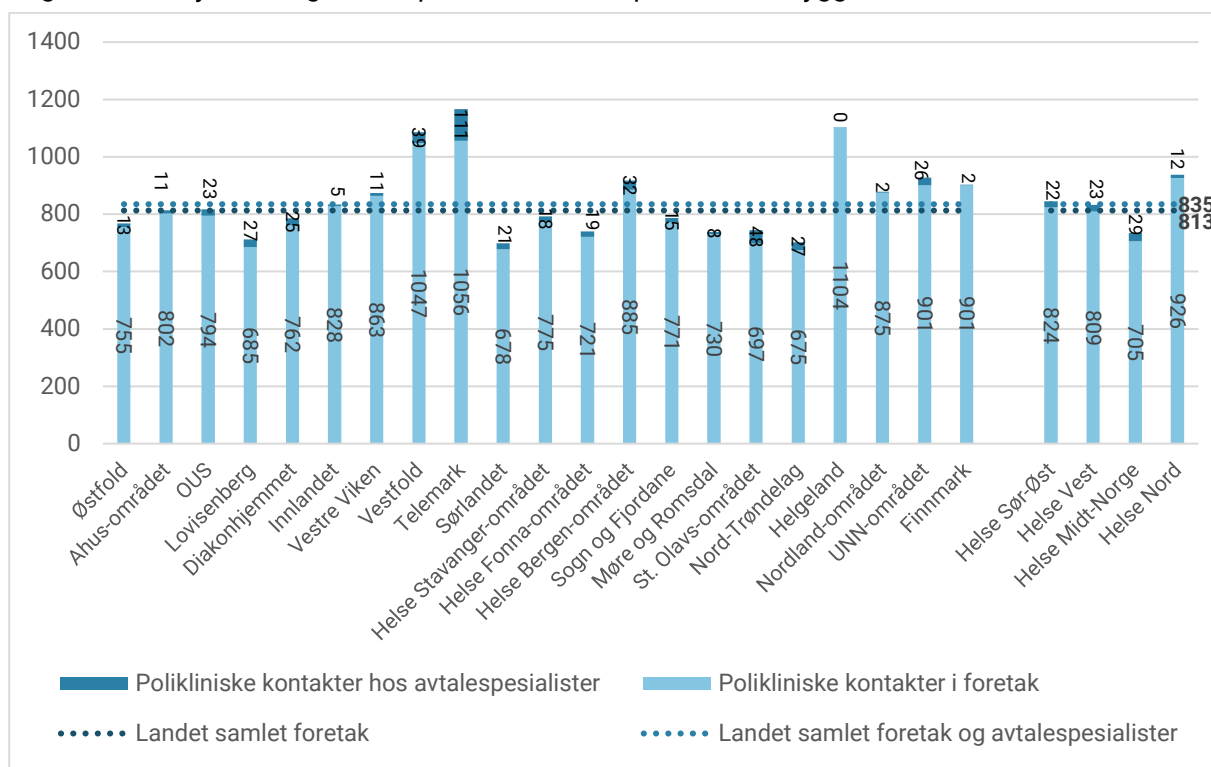
Lavere bruk av poliklinikk for barn og unge i Midt-Norge gjelder alle de tre foretaksområdene. Høyere bruk i Nord gjelder også alle de fire foretaksområdene, men figur 1.9 viser at bruken i særlig grad var høyere for barn og unge som sogner til Helgelandssykehuset. I Sør-Øst var bruken av poliklinikk på regionalt nivå i tråd med landsgjennomsnittet, men figur 1.9 viser relativt store variasjoner mellom foretaksområdene. Befolkningen i Telemark og Vestfold hadde en høyere bruk av poliklinikk, og for Telemark var dette bildet

forsterket med mer bruk av avtalespesialister. Barn og unge i opptaksområdene til Lovisenberg Diakonale Sykehus og Sørlandssykehuset hadde lavere bruk av polikliniske kontakter. For barn og unge i Vest var bruken av poliklinikk i tråd med landsgjennomsnittet – på regionalt nivå. Figur 1.9 viser at bak det samlede bildet for Vest så var det høyere bruk av poliklinikk for barn og unge som sogner til Helse Bergen, mens bruken var lavere for de som hører til de tre andre foretaksområdene i Vest.

Figur 1.8 Geografiske variasjoner i bruk av innleggelser i psykisk helsevern for barn og unge 0-17 år i 2021. Rater per 1 000 innbyggere over 0-17 år.



Figur 1.9 Geografiske variasjoner i bruk av polikliniske kontakter 2021. Psykiske helsevern for barn og unge 0-17 år. Sykehus og avtalespesialister. Rater per 1000 innbyggere 0-17 år.



## 1.5 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

*Nedgang på 3 prosent i pasientraten fra 2019 til 2021, nedgang både for døgnpasienter og poliklinikk.*

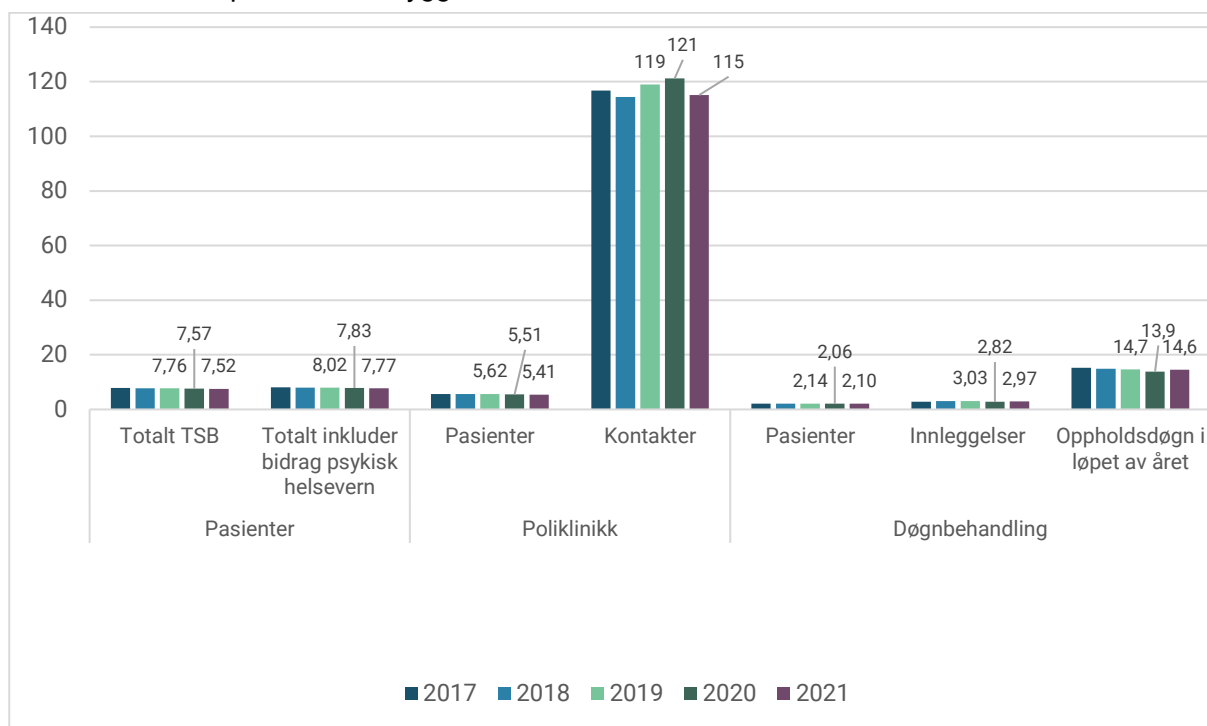
Målt per innbygger var det 3 prosent færre pasienter i TSB i 2021 sammenlignet med 2019. Det var 7,76 pasienter per 1 000 innbyggere i TSB i 2019 mot en tilsvarende rate på 7,52 i 2021. I poliklinikkene gikk pasientraten ned med 3,7 prosent, og for døgnbehandlingen gikk den ned med 1,8 prosent. Nedgangen i pasientraten for TSB gjennom toårsperioden stod i motsetning til stabile pasientrater i somatisk sektor og økning for det psykiske helsevernet. Siste år i perioden, fra 2020 til 2021, var det vekst i raten for pasienter i døgnbehandling i TSB.

*Mer døgnbehandling i 2021 sammenlignet med 2020, mindre poliklinisk behandling*

Fra 2020 til 2021 økte raten for innleggelser i TSB med 5 prosent, og raten for oppholdsdøgn økte i samme takt. Figur 1.4 viser at raten for oppholdsdøgn også økte i det psykiske helsevernet for voksne fra 2020 til 2021. Omfanget av innleggelser og oppholdsdøgn i TSB siste år økte mer enn veksten i pasientraten som var på 2 prosent. Hver pasient fikk dermed i gjennomsnitt flere opphold og flere oppholdsdøgn i 2021 sammenlignet med 2020.

For poliklinikkene var det derimot reduksjon i pasientraten på 1,8 prosent fra 2020 til 2021, og raten for polikliniske kontakter gikk ned med 5 prosent. Det var færre polikliniske pasientene, de fikk også i gjennomsnitt færre kontakter i 2021 enn i 2020. For TSB viser tallene mer døgnbehandling og mindre poliklinisk behandling fra 2020 til 2021, målt per innbygger. Reduksjonen i raten for polikliniske pasienter og kontakter siste år i perioden for sektoren TSB står i motsetning til vekst i poliklinikkene for det psykiske helsevernet for voksne og for somatisk sektor – se figur 1.4 og figur 1.1.

Figur 1.10 Pasienter, innleggelser og polikliniske kontakter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), 2017-2021. Rater per 1 000 innbyggere over 18 år.



#### Regionale variasjoner i behandlingsprofilen for TSB i 2021

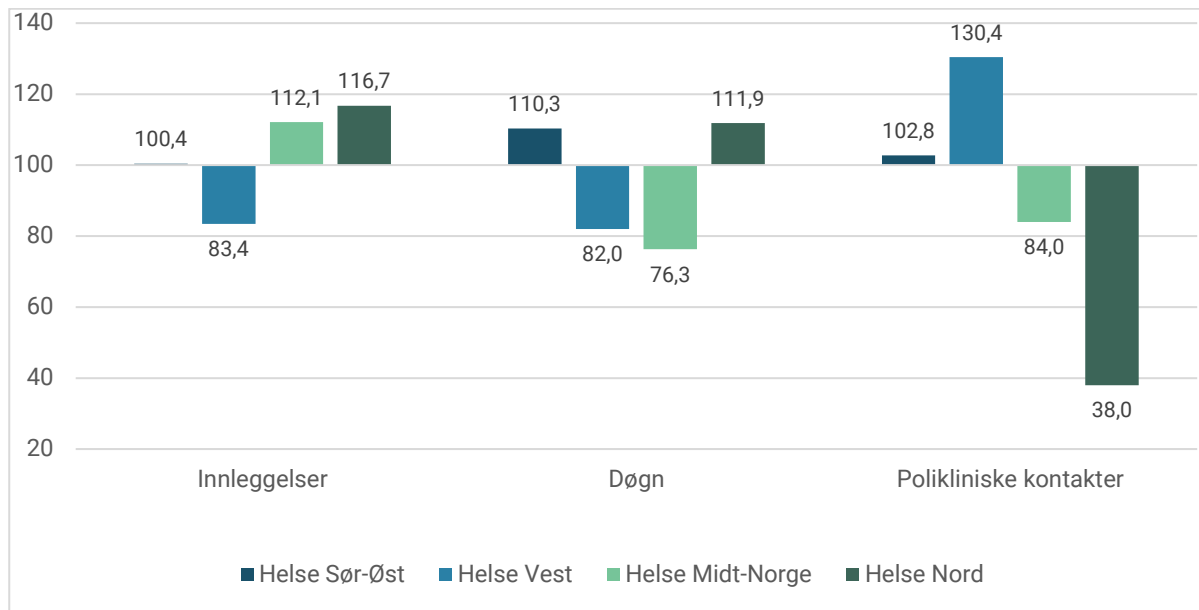
I Sør-Øst var det 10 prosent flere oppholdsdøgn per innbygger i TSB sammenlignet med gjennomsnittet for regionene samlet, samtidig som omfanget av innleggelser var i tråd med gjennomsnittet. Dette indikerer at pasientoppholdene i gjennomsnittet hadde lengre varighet i Sør-Øst.

I Vest var det en poliklinisk profil for behandlingstilbudet i TSB. Det var 30 prosent flere polikliniske kontakter per innbygger i Vest sammenlignet med den gjennomsnittlige raten. Samtidig var nivået på innleggelser og oppholdsdøgn 16-18 prosent under raten for regionene samlet.

For befolkningen i Midt-Norge var det et behandlingstilbud i TSB med høyere rater for innleggelser kombinert med lavere rater for oppholdsdøgn sammenlignet med landsgjennomsnittet. Omfanget av innleggelser var 12 prosent over landsgjennomsnittet, mens omfanget av oppholdsdøgn var 24 prosent under. Dette indikerer flere døgnopphold med kortere varighet, sammenlignet med gjennomsnittet. Samtidig var det lavere omfang av polikliniske kontakter med rate som var 16 prosent under gjennomsnittet.

Det var mer døgnbehandling for befolkningen i Nord sammenlignet med landsgjennomsnittet. Målt per innbygger var omfanget av innleggelser og oppholdsdøgn 12-17 prosent høyere. Samtidig var raten for polikliniske kontakter 62 prosent lavere enn gjennomsnittet for regionene samlet.

Figur 1.11 Regionale variasjoner i rater for innleggelser, oppholdsdøgn og polikliniske kontakter for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2021. Relativt til landsgjennomsnitt = 100.



## 2. Kostnader og økonomisk status

Helseforetakenes kostnader utgjorde totalt 167,2 mrd. kr i 2021, og realveksten fra 2020 var på 3,2 prosent. I perioden fra 2008 til 2021 var det en samlet realvekst i kostnadene på 25 prosent.

Fra 2019 til 2021 var realveksten i kostnader til spesialisthelsetjenesten rundt 3 prosent per år, mot om lag 0,5 til 1 prosent per år fra 2013 til 2019. Pandemien var en faktor bak sterkere kostnadsvekst de to siste årene. Pandemien ga en mervekst på om lag 1 mrd. kr i pandemirelaterte kostnader som eksempelvis ekstrahjelp, vikarer, overtid og innleie av personell. Dette utgjorde om lag 0,3 prosentpoeng av den årlige kostnadsveksten i 2020 og 2021. Helseforetakene fikk kompensasjon for merkostnader knyttet til pandemien, og det var større overskudd i driften disse to årene sammenlignet med forutgående årene.

I det psykiske helsevernet var realveksten i kostnader 3,3 prosent fra 2020 til 2021. 2021 var det første året etter 2010 hvor realveksten i kostnader til det psykiske helsevernet var klart sterkere enn veksten i folketallet. Kostnadene til psykisk helsevern for barn og unge økte mest med 7 prosent, mens de økte med om lag 2,4 prosent for voksne.

Det var regionale variasjoner i nivået på kostnader per innbygger til spesialisthelsetjenester. Korrigert for ulikheter i behov og struktur, hadde Helse Nord i 2021 en kostnad per innbygger som var 7 prosent over landsgjennomsnittet, mens de øvrige regionene hadde et nivå som var 1 prosent under. Når vi ser nærmere på de ulike behandlingssektorene somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling, var det ytterligere variasjoner mellom regionene. Helse Midt-Norge hadde en kostnad per innbygger til somatisk sektor som var 2 prosent over forventet nivå i 2021, mens Helse Vest lå 2 prosent under.

Kostnadene til avtalespesialister utgjorde nær 5 mrd. kr. i 2021. Det var en nominell vekst i kostnadene på 19 prosent fra 2017 til 2021. Kostnadsveksten til avtalespesialistene var i tråd med utviklingen for helseforetakene. Refusjoner fra Helfo utgjorde 63 prosent av kostnadene til avtalespesialister i 2021. I perioden fra 2017 til 2021 økte refusjonene fra Helfo til avtalespesialistene med 23 prosent. Refusjonene fra Helfo til avtalespesialistene økte dermed mer enn tilskuddene fra helseforetakene. Veksten i utbetalinger fra Helfo var sterkere i Helse Midt-Norge og i Helse Vest enn i de to andre regionene, med en vekst på 29-30 prosent fra 2017 til 2021.

Helseforetakenes sitt samlede overskudd i driften var på 4,1 mrd. kr. i 2021. Akkumulert overskudd i perioden fra 2002 til 2021 var på 23,6 mrd. kr, hvorav 10,3 mrd. kr. av det akkumulerte overskuddet kom de to siste årene i perioden.

Brutto investeringer var på 16,7 mrd. kr i 2021. I perioden fra 2015 til 2018 var nivået på brutto investeringer rundt 8 mrd. kr årlig, og investeringsnivået har økt med om lag 2,5 mrd. kr årlig etter 2018. Helse Vest hadde det høyeste investeringsnivået i 2021.



*Investeringene var i hovedsak finansiert av økt låneopptak, men egenkapitalen bidro også. Gjeldsgradene økte til om lag 85 prosent for helseforetakene, fra om lag 75 prosent i 2020. Helseforetakene vurderer at risikoen er akseptabel, og at egenkapitalen er betydelig.*

## 2.1 Innledning

I første del av dette kapitlet beskrives utvikling i, og nivå på, kostnader for helseforetakene i spesialisthelsetjenesten. På nasjonalt nivå presenteres:

- a) Realvekst i kostnader fra 2008 til 2021 for helseforetakene samlet, og for de ulike sektorene. Spørsmålet som belyses er om det er reell vekst i kostnadsinnsatsen, når vi korrigerer for lønns- og prisvekst, overføring av nye oppgaver og befolkningsutviklingen.
- b) Utviklingen i kostnader som i særlig grad antas å være påvirket av pandemien. Det blir vist kostnader til vikarer, overtid, ekstrahjelp, innleie av helsepersonell, medisinske forbruksvarer og reisekostnader i 2020 og 2021. Det blir sett nærmere på i hvor stor grad disse pandemirelaterte kostnadene har vært drivere for kostnadsutviklingen.

På regionalt nivå presenteres:

- c) Faktisk og forventet variasjon i kostnad per innbygger til spesialisthelsetjenester for de ulike tjenesteområdene i 2021. Regional variasjon i nivået på kostnad per innbygger diskuteres i lys av variasjon i kostnadsutvikling og produktivitetsindikatorer.

En nærmere beskrivelse av datagrunnlag og definisjoner som ligger til grunn finnes på Helsedirektoratet sine nettsider ([Kostnader og produktivitet - Helsedirektoratet](#)).

På nasjonalt og regionalt nivå presenteres også:

- d) Utviklingen i kostnader til avtalespesialister i perioden 2017-2021. Formålet er å beskrive omfanget av, og regionale variasjoner i, kostnader til avtalespesialister. Bakgrunnen for å presentere denne oversikten er pilotprosjektet om rettighetsvurdering i avtalepraksis, og RHF-enes arbeid med å vurdere om avtalespesialistene bør inn i felles henvisningsmottak.

I andre del av dette kapitlet beskrives utviklingen i helseforetakenes økonomiske situasjon. Dette gjøres ved å se nærmere på utviklingen i: e) kostnadskontroll, målt ved økonomisk resultat i form av overskudd/underskudd i driften, f) investeringer og herunder hvordan de er finansiert, g) verdiutvikling på eiendeler og h) soliditet i form av gjeldsgrad.

## 2.2 Kostnadsutviklingen for helseforetak i spesialisthelsetjenesten

### *Sterkere realvekst i kostnader i 2020 og i 2021*

Kostnadene til helseforetak utgjorde 167,2 mrd. kroner i 2021. Det var en realvekst på 3,3 prosent fra 2020, og korrigert for befolkningsveksten var realveksten på 2,7 prosent. Realvekst betyr her at kostnadsutviklingen er korrigert for prisvekst og budsjettstyrkinger knyttet til ansvar for nye legemidler tidligere finansiert av Helfo. Korreksjonen for nye legemidler utgjorde 212 mill. kr i 2021, og uten denne korreksjonen ville realveksten blitt 3,4 prosent fra 2020 til 2021.

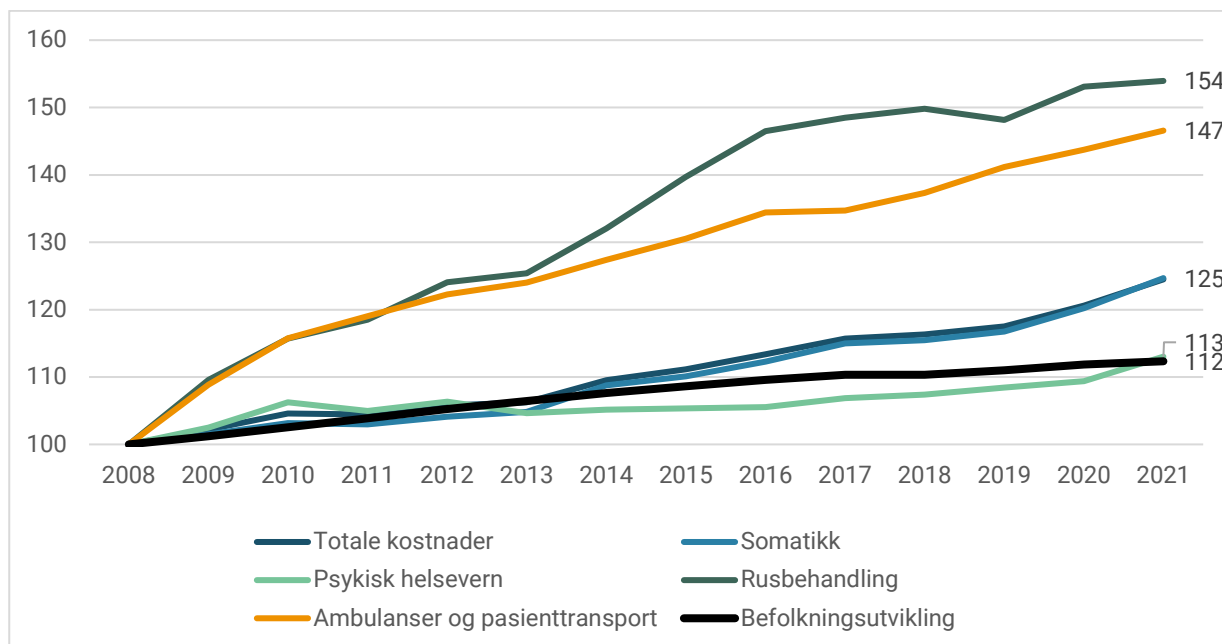
Fra 2008 til 2021 var realveksten i kostnadene til helseforetak 25 prosent. Folketallet økte med 12 prosent i samme periode. 20 prosentpoeng av realveksten kom etter 2013. I perioden fra 2008 til 2013 var realveksten i kostnader i tråd med befolkningsveksten, og etter 2013 har kostnadene reelt sett økt mer

enn folketallet. Figur 2.1 viser at 2021 var det første året etter 2010 hvor kostnadene til psykisk helsevern økte markert mer enn befolkningsveksten.

Realveksten i kostnader var sterkere i de to siste årene i perioden, det vil si fra 2019 til 2021. I disse to årene var realveksten rundt 3 prosent per år, mot om lag 0,5 – 1 prosent årlig i perioden fra 2013 til 2019. Sterkere kostnadsvekst de to siste årene i perioden er nærliggende å knytte til pandemisituasjonen. Del to i dette kapitlet, som beskriver økonomisk status for helseforetakene, viser til økonomiske kompensasjoner for helseforetakene i 2020 og 2021 på grunn av pandemien. Selv om kostnadsveksten var sterkere i 2020 og 2021 så hadde helseforetakene samlet sett overskudd i driften disse årene.

Nettsiden [Dashboard - Regionale kostnader 2021 \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no) viser regional utvikling i kostnader, samt regnskapsdata fra helseforetakene som ligger til grunn for indikatorer og analyser.

Figur 2.1 Prosentvis endring for kostnader i helseforetakene 2008-2021. Korrigert for prisutvikling og nye legemidler. Indeks, 2008 = 100.



Tabell 2.1 SSB sin indeks for lønns- og prisvekst i statlige helsetjenester 2008-2021.

	2008	2013	2017	2018	2019	2020	2021
Lønns- og prisvekst fra året før	1,0601	1,0403	1,0123	1,0199	1,0442	0,9853	1,0534
Akkumulert deflator (2021 = 1)	1,4397	1,2036	1,1053	1,0838	1,0379	1,0534	1,0000

*Pandemien - mervekst på 1,4 mrd. kr. i kostnader til vikarer, overtid, ekstrahjelp, innleie, overtid og medisinske forbruksvarer fra 2019 til 2021*

Sterkere kostnadsvekst i 2020 og 2021 er nærliggende å se i lys av pandemisituasjonen, som medførte krav om mer ressurser til eksempelvis beredskap og smittevernutstyr. Tabell 2.2 viser utviklingen i

kostnader til vikarer, overtid, ekstrahjelp og innleie av helsepersonell, samt kostnader til medisinske forbruksvarer som rommer smittevernustyr. Utviklingen i disse kostnadene kan antas å være direkte påvirket av pandemien på grunn av økt beredskap og testing. Kostnadene er målt i nominelle, det vil si ikke priskorrigerede, størrelser. Tabell 2.2 viser at de nevnte kostnadene har økt med 20-30 prosent i løpet av de siste to årene, mot om lag 10 prosent for totale kostnader i helseforetak. Hvis disse utvalgte kostnadene hadde økt i samme takt som totale kostnader, det vil si om lag 10 prosent, så hadde den totale kostnadsveksten de to siste årene vært 1,4 mrd. kr svakere – se tabell 2.3. Det vil si at en antatt mervekst i disse kostnadene har bidratt til en total mervekst på 1,4 mrd. kr i helseforetakene fra 2019 til 2021.

#### *Pandemien - reduksjon i reisekostnader på 0,5 mrd. kr. i 2020 og 2021*

På den andre siden viser tabell 2.2 at reisekostnadene har blitt redusert med 60 prosent fra 2019 til 2021. Dette gjelder kostnader for ansatte i helseforetak, det vil si at det ikke gjelder pasientreiser og ambulansetransport. Hvis reisekostnadene hadde økt i tråd med øvrige kostnader gjennom disse 2 årene, så ville den totale kostnadsveksten vært om lag 0,5 mrd. kr. sterkere – se tabell 2.3.

Oppsummert kan vi si at pandemien har medført 0,96 mrd. kr netto i merkostnader knyttet til kostnadskomponentene vist i tabellene 2.2 og 2.3. Målt i prosent tilsvarer dette en mervekst på om lag 0,6 prosent for de totale kostnadene i helseforetakene fra 2019 til 2021, eller om lag 0,3 prosent per år. I årene 2020 og 2021 var realveksten i kostnader om lag 3 prosent årlig, mot om lag 0,5-1 prosent i de forutgående årene. Dette betyr at sterkere kostnadsvekst i 2020 og 2021, sammenlignet med forutgående år, ikke bare kan knyttes til de utvalgte direkte pandemirelaterte kostnadskomponentene. Driftsåret 2021 var assosiert med sterkere vekst i de øvrige lønns- og driftskostnadene også.

Tabell 2.2 Utvikling i utvalgte kostnadskomponenter knyttet til pandemien, 2019-2021.

Kostnader i helseforetak	Mill. kr.		Prosentandel		Endr. 2019 - 2021	
	2019	2021	2019	2021	Pst.	Mill. kr.
Totalt, herav utvalgte kostnader:	151 532	167 155	100	100	10,3	15 624
Vikarer, overtid, ekstrahjelp <sup>1</sup>	8 775	10 532	5,8	6,3	20,0	1 757
Innleie av helsepersonell <sup>2</sup>	1 041	1 387	0,7	0,8	33,2	346
Medisinske forbruksvarer <sup>3</sup>	3 353	4 038	2,2	2,4	20,4	686
Reisekostnader <sup>4</sup>	704	285	0,5	0,2	-59,5	-419

1 Kostnader hentet fra konto 501, 510, 512, 513 og 514 i Helseforetakenes kontoplan.

2 Kostnader fra konto 468 i Helseforetakenes kontoplan.

3 Kostnader fra konto 407 i Helseforetakenes kontoplan.

4 Kostnader fra konto 710, 713, 714, 715 og 716 i Helseforetakenes kontoplan.

Tabell 2.3 Faktisk og normalisert vekst fra 2019 til 2021 for utvalgte kostnader knyttet til pandemien.

Utvalgte kostnader:	A: Faktisk endring. mill. kr.	B: Endring lik total kostnadsutvikling (10 prosent) mill. kr.	C = A-B: Mervekst mill. kr.
Vikarer, overtid, ekstrahjelp <sup>1</sup>	1 757	878	878
Innleie av helsepersonell <sup>2</sup>	346	115	231
Medisinske forbruksvarer <sup>3</sup>	686	343	343
Reisekostnader <sup>4</sup>	-419	70	-489
SUM	2 369	1 406	963

1 Kostnader hentet fra konto 501, 510, 512, 513 og 514 i Helseforetakenes [kontoplan](#).

2 Kostnader fra konto 468 i Helseforetakenes [kontoplan](#).

3 Kostnader fra konto 407 i Helseforetakenes [kontoplan](#).

4 Kostnader fra konto 710, 713, 714, 715 og 716 i Helseforetakenes [kontoplan](#).

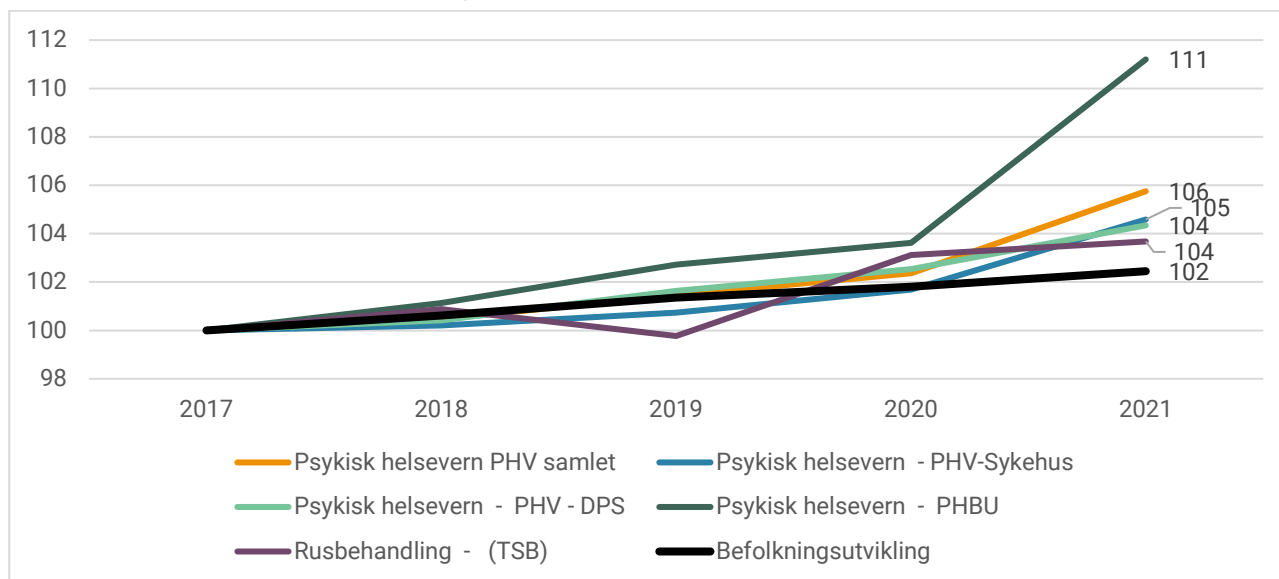
### *Realvekst på 3,3 prosent i kostnader til psykisk helsevern i 2021, herunder 7 prosent for barn og unge*

Figur 2.2 viser at realveksten i kostnader til psykisk helsevern samlet var på 6 prosent i perioden fra 2017 til 2021. Siste år var realveksten på 3,3 prosent. Realveksten samlet på 3,3 prosent kan dekomponeres i 7 prosent for barn og unge, 3 prosent for voksne i sykehus, og 2 prosent for voksne i DPS. Det vil si at kostnadsveksten i 2021 var særlig sterk for tjenester til barn og unge i. Se [Dashboard - Regionale kostnader 2021 \(helsedirektoratet.no\)](#) for informasjon om utviklingen på regionalt nivå.

Henvisningene av barn og unge til psykisk helsevern har økt det siste året. Sterkere vekst i kostnader til barn og unge kommer dermed etter registrert press på tjenestene, herunder også økt ventetid – se kapittel 3. Kapittel 4 i denne rapporten beskriver kjennetegn ved de nye pasientene i det psykiske helsevernet for barn og unge.

Kapittel 7 belyser indikatorer for prioritering av psykisk helsevern og rusbehandling, herunder utviklingen i kostnader målt uten kostnader til pensjon, kapital og legemidler – som er kostnadstyper hvor omfang og endring treffer psykisk helsevern og somatisk sektor ulikt.

Figur 2.2 Prosentvis endring i kostnader til ulike deler av det psykiske helsevernet og rusbehandling 2017-2021. Korrigert for prisutvikling og nye legemidler. Indeks, 2017 = 100.



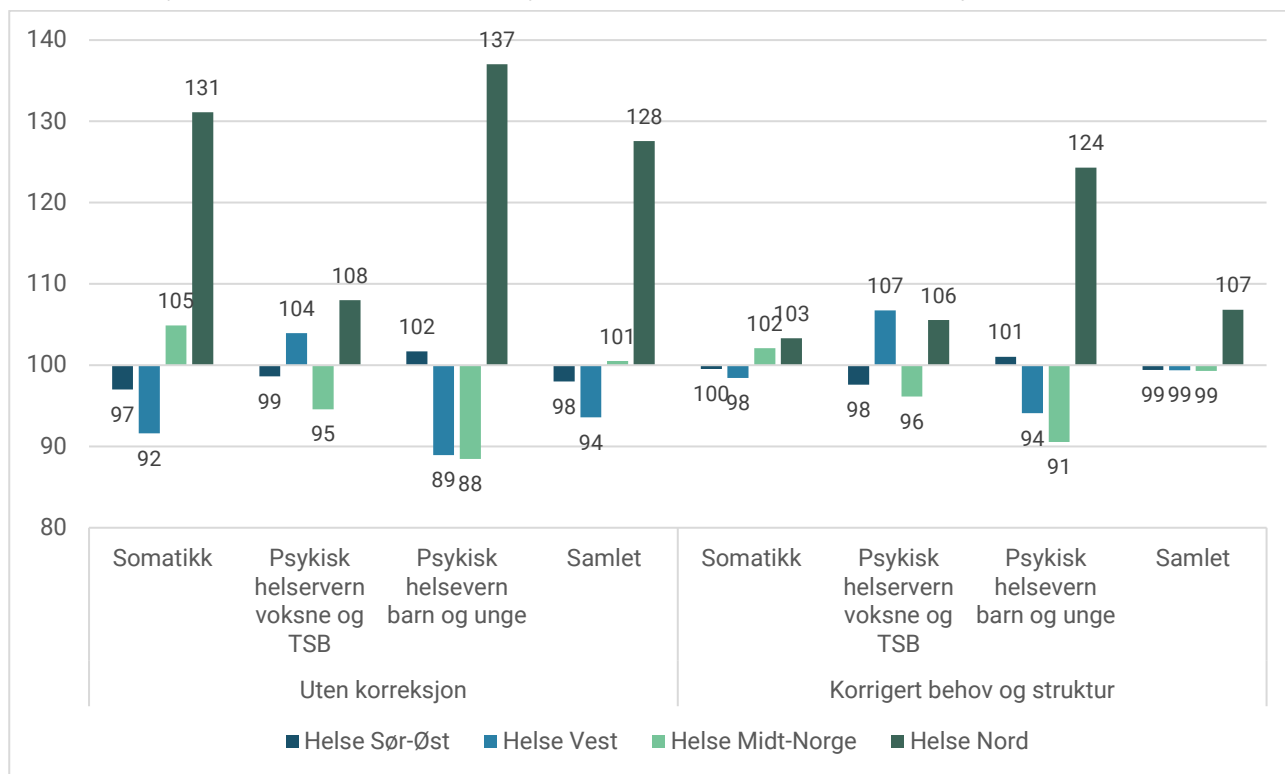
### 2.3 Regionale variasjoner i kostnad per innbygger til spesialisthelsetjenester

#### *Kostnad per innbygger 7 prosent høyere enn forventet i Helse Nord i 2021*

Figur 2.3 viser at kostnadene til spesialisthelsetjenester i helseforetak, målt per innbygger, varierte fra 28 prosent over landsgjennomsnittet for Helse Nord, til 6 prosent under for Helse Vest i 2021. Det er forventet at kostnaden per innbygger skal variere mellom regionene. En årsak til variasjon mellom regionene er ulikt behov for spesialisthelsetjenester. Eksempler på faktorer som gir ulikt behov for spesialisthelsetjenester er geografiske variasjoner i sykelighet og ulik alderssammensetning. Rad A i tabell 2.4 viser de regionale behovsindeksene, som også reflekteres i driftsinntektene til de regionale helseforetakene. En annen årsak til variasjon mellom regionene i kostnad per innbygger til spesialisthelsetjenester er ulike strukturelle forhold. Med strukturelle forhold forstås f. eks. ulikheter i befolkningstetthet, reisetid og behov for beredskap i forhold til aktivitet. Rad B i tabell 2.4 viser regionale strukturindekser som også reflekteres i driftsinntektene til de regionale helseforetakene.

Når vi korrigerer for ulikheter i behov og struktur, hadde Helse Nord i 2021 en driftskostnad per innbygger til spesialisthelsetjenester som var 7 prosent over gjennomsnittet for tjenesteområdene samlet. For de øvrige tre regionene var den 1 prosent under gjennomsnittet – se figur 2.3.

Figur 2.3 Regionale variasjoner i relativt nivå på kostnad per innbygger 2021 for tjenesteområdene somatikk, psykisk helsevern og TSB og psykisk helsevern for barn og unge. Gjennomsnitt = 100.



Tabell 2.4 Behovs- og strukturindekser for 2021. Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet og NOU 2019:24.

Behovs- og strukturindekser 2021		Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord
A: Behovsindeks	Somatikk	0,9992	0,9572	1,0186	1,0754
	PHV-V og TSB	1,0048	0,9881	0,9852	1,0186
	PHV-BU	1,0095	0,9481	0,9798	1,1055
B: Strukturindeks	Somatikk	0,977	0,974	1,01	1,182
	PHV-V og TSB	1,005	0,985	0,998	1,004
	PHV-BU	1	1	1	1
C= A*B Samlet indeks behov og struktur	Somatikk	0,9762	0,9324	1,0288	1,2711
	PHV-V og TSB	1,0099	0,9733	0,9832	1,0227
	PHV-BU	1,0095	0,9481	0,9798	1,1055

## 2.4 Regionale variasjoner i lys av kostnadsutvikling og produktivitet

Avvik fra forventet nivå på kostnad per innbygger i regionene presentert i figur 2.3 blir sett opp mot regional kostnadsutvikling og produktivitet i pasientbehandlingen i diskusjonen som følger nedenfor. Det kan også være relevant å diskutere variasjon i kostnad per innbygger i lys av omfang av pasienter og

aktivitet i tjenestene – men det blir ikke nærmere kommentert her. Grunnlagene som benyttes for diskusjonen i dette avsnittet er:

- Regional kostnadsutvikling for de ulike tjenesteområdene: [Dashboard - Regionale kostnader 2021 \(helsedirektoratet.no\)](#)<sup>5</sup>
- Produktivitetsutvikling for spesialisthelsetjenesten: [Dashboard - Somatikk - Produktivitet \(helsedirektoratet.no\)](#)
- Produktivitetsutvikling i psykisk helsevern og rusbehandling: [Dashboard - PHR - Produktivitet \(helsedirektoratet.no\)](#)

#### *Høyere kostnad per innbygger i somatisk sektor i Helse Nord*

Korrigert for behov og struktur hadde Helse Nord i 2021 en kostnad per innbygger til somatiske tjenester som var 3 prosent over landsgjennomsnittet. Dette kan tolkes som at kostnadsinnsatsen til somatiske tjenester var 3 prosent over forventet nivå. Den regionale kostnadsutviklingen viser at Helse Nord hadde en realvekst i kostnader til somatiske tjenester på 13 prosent fra 2017 til 2021, mot 11 prosent for regionene samlet. Samtidig har folketallet gått ned i Helse Nord. Nedgang i folketallet trekker også isolert sett mot høyere kostnad per innbygger.

Produktivitetsindikatorerne viser at Helse Nord i 2021 hadde et nivå på kostnad per DRG-poeng i somatisk sektor som var 24-25 prosent over gjennomsnittet i 2021, mot om lag 19 prosent over i 2017. Strukturindeksen vist i tabell 2.4 forutsetter et kostnadsnivå som er 18,2 prosent over gjennomsnittet for Helse Nord. Negativ produktivitsutvikling i perioden relateres for det første til sterkere kostnadsvekst for Helse Nord sammenlignet med de øvrige regionene. I tillegg var det mer nedgang i DRG-poengene relativt sett i Nord. Dette kan indikere at negativ produktivitsutvikling de siste årene relateres til både sterkere kostnadsvekst og utfordringer med aktivitetsnivået.

Helse Nord RHF skriver i sin årlige melding for 2021 til Helse- og omsorgsdepartementet at foretakene hadde betydelige utfordringer med å ta igjen utsatt pasientbehandling, samt at det var lagt betydelig ressurser ned i å bygge tilstrekkelig intensiv- og laboratoriekapasitet<sup>6</sup>.

#### *Høyere kostnad per innbygger til psykisk helsevern og rusbehandling i Helse Nord*

Kostnaden per innbygger til psykisk helsevern for voksne og rusbehandling var 6 prosent over gjennomsnittet i Helse Nord i 2021, etter korreksjon for ulikheter i behov og struktur. Dette kan tolkes som at kostnadsinnsatsen var 6 prosent over forventet nivå per innbygger. Den regionale kostnadsutviklingen viser at Helse Nord hadde en vekst i kostnader til psykisk helsevern og rusbehandling på nær 9 prosent i perioden fra 2017 til 2021, mot 5 prosent for regionene samlet. Samtidig gikk folketallet ned i Nord. Dette trekker i retning av økt kostnad per innbygger.

Produktivitetsindikatorerne for det psykiske helsevernet og rusbehandling viser at kostnaden per oppholdsdøgn i Helse Nord var 11 prosent høyere enn gjennomsnittet i 2021. Strukturindeksen i tabell 2.4 forutsetter at kostnadsnivået for det psykiske helsevernet i Helse Nord skal være omtrent på

---

<sup>5</sup> Kostnadsgrunnlaget er ikke korrigert for nye ansvar knyttet til legemidler.

<sup>6</sup> Se Årlig melding 2021 fra Helse Nord RHF: [arlig-melding-2021-helse-nord-rhf.pdf \(regjeringen.no\)](#)

gjennomsnittet. Produktivetsindikatorerne viser at det var en høyere andel pasienter i døgntilrettelagt i det psykiske helsevernet i Helse Nord, sammenlignet med andelen døgntilrettelagte pasienter for regionene samlet.

#### *Kostnad per innbygger til somatiske tjenester i Midt-Norge var høyere enn forventet i 2021*

Helse Midt-Norge hadde i 2021 en kostnad per innbygger til somatiske spesialisthelsetjenester som var 2 prosent over gjennomsnittet, når vi korrigerer for ulikheter i behov og struktur. Det kan forstås som at kostnadsinnsatsen til somatisk sektor var 2 prosent over forventet nivå per innbygger. Den regionale kostnadsutviklingen viser en realvekst i somatisk sektor på 9 prosent i perioden fra 2017 til 2021 for Helse Midt-Norge, mot 11 prosent for landet samlet. Svakere kostnadsvekst i Helse Midt-Norge trekker isolert sett i retning av kostnadene per innbygger har beveget seg ned mot gjennomsnittet gjennom perioden.

Produktivetsindikatorerne viser at Helse Midt-Norge hadde et nivå på kostnad per DRG-poeng som var om lag på linje med gjennomsnittet for landet i 2021, etter at produktiviteten hadde vært litt over gjennomsnittet i 2020. Tabell 2.4 viser at strukturindeksen for somatisk sektor i Helse Midt-Norge er 1,01, det vil si at det forutsettes et kostnadsnivå som er 1 prosent over gjennomsnittet. Det kan tolkes som at det målte nivået på kostnad per DRG-poeng for foretakene i Midt-Norge er omtrent i tråd med det strukturindeksen i inntektsmodellen forutsetter. Tallene indikerer at selv om kostnadsveksten i somatisk sektor relativt sett har blitt dempet i Helse Midt-Norge, produktiviteten er som forutsatt, så var kostnadsinnsatsen i somatisk sektor fortsatt høyere enn forventet i 2021.

#### *Lavere kostnad per innbygger til psykisk helsevern og rusbehandling i Helse Midt-Norge*

Kostnaden per innbygger til psykisk helsevern og rusbehandling i Helse Midt-Norge var 4 prosent under gjennomsnittet i 2021, når det korrigeres for ulikheter i behov og struktur. I perioden fra 2017 til 2021 økte kostnadene til psykisk helsevern og rusbehandling med nær 6 prosent i Helse Midt-Norge, som var en vekst omtrent på linje med utviklingen for landet samlet.

Produktivetsindikatorerne viser at kostnaden per oppholdsdøgn i det psykiske helsevernet og rusbehandlingen i Helse Midt-Norge var 2 prosent under gjennomsnittet i 2021. Samtidig var oppholdstiden for pasientene i døgntilrettelagt lavere i Helse Midt-Norge, med en gjennomsnittlig oppholdstid på 31 døgn per pasient mot 33 for landet samlet. I tillegg var andelen pasienter i døgntilrettelagt litt lavere i Helse Midt-Norge. Det vil si at en lavere kostnad per innbygger til psykisk helsevern og rusbehandling i Helse Midt-Norge er assosiert med kortere oppholdstider, billigere oppholdsdøgn og mer poliklinisk behandling. Kapittel 6 viser større grad av digitalisering i Midt-Norge, ved at andelen telefon- og videokontakter er høyere enn for de øvrige regionene.

#### *Lavere kostnad per innbygger til somatiske tjenester i Helse Vest knyttes til høyere produktivitet*

I Helse Vest var kostnaden per innbygger til somatiske spesialisthelsetjenester 2 prosent under forventet nivå i 2021, korrigert for ulikheter i behov og struktur. I perioden fra 2017 til 2021 økte kostnadene i somatisk spesialisthelsetjenesten med 1 prosent i Helse Vest, som var i tråd med utviklingen for landet samlet.

Produktivetsindikatorerne viser at Helse Vest hadde en kostnad per DRG-poeng som var 6 prosent lavere enn gjennomsnittet i 2021. Strukturindeksen for Helse Vest forutsetter et kostnadsnivå i



pasientbehandlingen på om lag 2,5 prosent under gjennomsnittet. Det vil si at kostnadsnivået i somatisk sektor i Helse Vest var lavere (eller produktiviteten høyere), enn hva strukturindeksen i finansieringsmodellen forutsetter.

#### *Høyere kostnad per innbygger til psykisk helsevern og rusbehandling i Helse Vest*

Korrigert for behov og struktur, så var kostnad per innbygger til psykisk helsevern og rusbehandling 7 prosent høyere enn forventet i Helse Vest i 2021. Kostnadsutviklingen fra 2017 til 2021 viser en realvekst i kostnader på 4 prosent i Helse Vest, mot 5 prosent for regionene samlet. Svakere vekst i kostnader i Helse Vest trekker isolert sett nivået på kostnad per innbygger mot gjennomsnittet (forventet nivå) gjennom perioden.

Produktivitetsindikatorerne viser at kostnaden per pasient var 6 prosent over gjennomsnittet i 2021. Videre framgår det at oppholdstidene i døgnbehandlingen var lengre i Helse Vest, med en gjennomsnittlig oppholdstid på 37 døgn per pasient, mot 33 for regionene samlet.

#### *Kostnaden per innbygger til somatiske tjenester i Sør-Øst i tråd med forventet nivå*

Figur 2.3 viser at Helse Sør-Øst hadde et nivå på kostnad per innbygger til somatiske spesialisthelsetjenester som forventet, korrigert for ulikheter i behov og struktur. Gjennomsnittlig nivå omtales her som forventet nivå. Helse Sør-Øst er en stor region som veier tungt i et gjennomsnitt for regionene samlet. Realveksten i kostnader for somatisk sektor i Helse Sør-Øst gjennom perioden fra 2017 til 2021 var 11 prosent, i tråd med utviklingen for regionene samlet.

Produktivitetsindikatorerne for somatisk pasientbehandling viser høyere produktivitet for foretakene under Helse Sør-Øst RHF, med en kostnad per DRG-poeng som er 2 prosent lavere enn gjennomsnittet for regionene samlet. Strukturindeksen for somatisk sektor i Helse Sør-Øst (se tabell 2.4) er også om lag 2 prosent lavere enn gjennomsnittet. Dette indikerer at produktiviteten i somatisk sektor er på et nivå som forutsatt i inntektsmodellen.

#### *Lavere kostnad per innbygger til psykisk helsevern og rusbehandling i Helse Sør-Øst i 2021*

Kostnaden per innbygger til psykisk helsevern og rusbehandling i Helse Sør-Øst var 2 prosent under gjennomsnittet, korrigert for ulikheter i behov og struktur. Kostnadsutviklingen viser en realvekst på 5 prosent fra 2017 til 2021 for Helse Sør-Øst, i tråd med utviklingen for regionene samlet.

Produktivitetsindikatorerne viser at oppholdstiden for døgnbehandlingen i Helse Sør-Øst var litt kortere, med en gjennomsnittlig varighet på 32 døgn per pasient, mot 33 for regionene samlet. Samtidig var det en litt lavere andel pasienter i døgnbehandling, med en andel på 13 prosent i Helse Sør-Øst mot 14 prosent for regionene samlet. Lavere andel pasienter i døgnbehandling betyr at en høyere andel behandles kun poliklinisk.

## **2.5 Avtalespesialister**

#### *Kostnadene til avtalespesialister var på 4,96 mrd. kr i 2021, en vekst på 19 prosent fra 2017*

Avtalespesialistenes inntekter består av tilskudd fra RHF-ene, refusjoner fra Helfo og egenbetalinger fra pasientene. Disse inntektene omtales også som kostnader til avtalespesialister.

Avtalespesialistenes inntekter var 4,96 mrd. kr. i 2021. Inntektene hadde økt fra 4,2 mrd. kr i 2017, noe som tilsvarer en nominell vekst på 19 prosent fra 2017 til 2021. Helseforetakenes totale kostnader økte til sammenligning også nominelt sett med 19 prosent i samme periode. Det vil si at utbetalingene til avtalespesialistene samlet sett har økt i takt med kostnadsutviklingen for helseforetakene i denne perioden.

Avtalespesialistene sine inntekter kan deles inn i tre komponenter; i) tilskudd fra RHF, ii) refusjoner fra Helfo og iii) egenandeler fra pasientene. Refusjonene fra Helfo var 3,26 mrd. kr., eller 63 prosent, av de samlede inntektene til avtalespesialistene i 2021. Tilskuddene fra RHF-ene var 1,25 mrd. kr. som tilsvarte 25 prosent av inntektene til avtalespesialistene. Tilskudd til avtalespesialister utgjorde dermed om lag 0,7 prosent av de samlede kostnadene i helseforetakene på 167,2 mrd. kr i 2021.

#### *Veksten i refusjoner fra Helfo til avtalespesialister varierte fra 7 prosent i Nord til 30 prosent i Vest*

Figur 2.4 viser at utbetalingene fra Helfo til avtalespesialistene har økt med 23 prosent fra 2017 til 2021, mens tilskuddene fra RHF-ene økte med 15 prosent og egenandelene økte med 7 prosent. Figur 2.4 viser også at Helse Vest og Helse Midt-Norge har hatt en sterkere vekst i utbetalinger fra Helfo, med en vekst på 29-30 prosent mot 23 prosent for regionene samlet. Helse Nord hadde derimot en svakere vekst på 7 prosent.

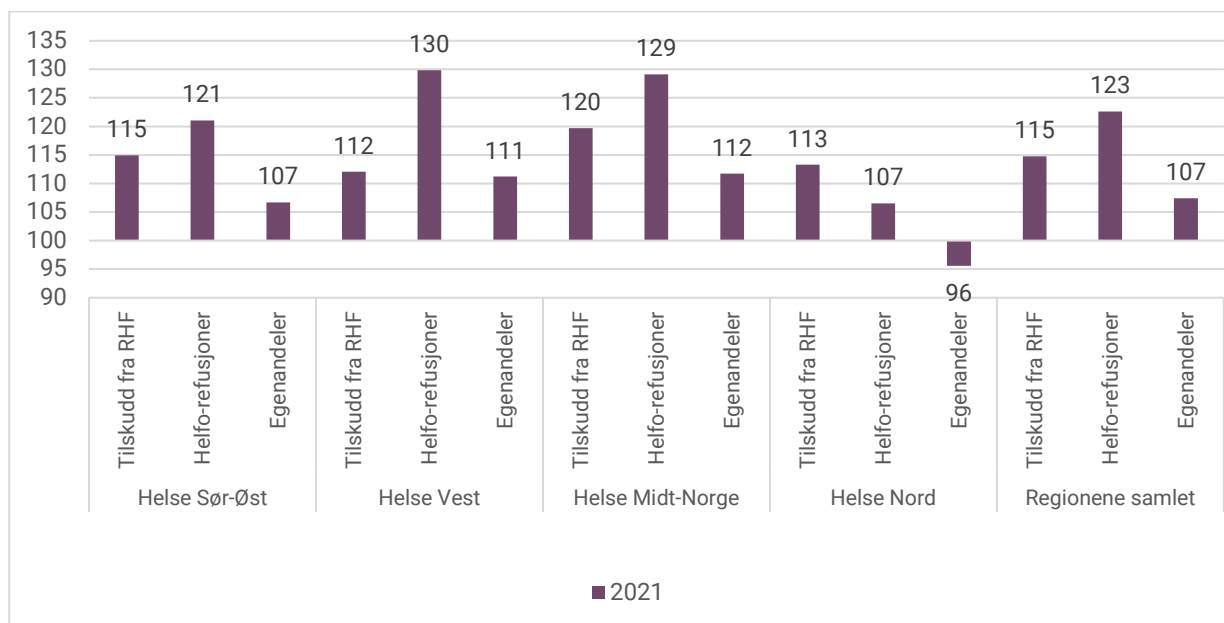
#### *Høyere kostnader til avtalespesialister i Sør-Øst, lavere i Midt-Norge og i Nord*

3,26 mrd. kr, tilsvarende 65,4 prosent, av de samlede utbetalingene til avtalespesialistene på 4,96 mrd. kr i 2021 gikk til avtalespesialister i Sør-Øst. Andelen av utbetalingene til avtalespesialister i Sør-Øst var høyere enn befolkningsandelen på 56,7 prosent. Utbetalingene til avtalespesialister i Helse Midt-Norge og Helse Nord utgjorde henholdsvis 9,6 og 5,2 prosent av de samlede utbetalingene, og det var lavere enn befolkningsandelene på henholdsvis 13,6 og 8,9 prosent. Utbetalingene til avtalespesialister i Helse Vest var på om lag 20 prosent, i tråd med befolkningsandelen. Sett i forhold til folkemengden indikerer dette en høyere tetthet av avtalespesialister i Helse Sør-Øst, og en lavere tetthet i Helse Midt-Norge og i Helse Nord.

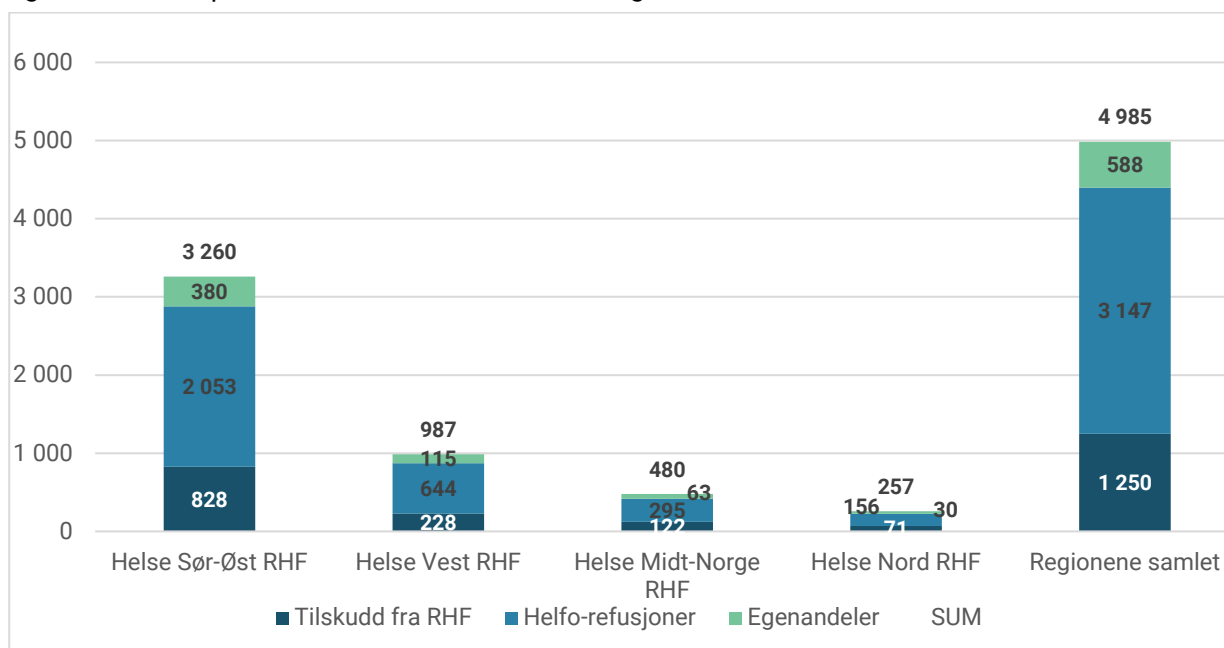
Tabell 2.5 Tilskudd fra RHF-ene, refusjoner fra Helfo og egenandeler til avtalespesialister 2017-2021. Mill. kr., løpende priser.

		2017	2018	2019	2020	2021
Helse Sør-Øst	Tilskudd fra RHF	720	736	764	799	828
	Helfo-refusjoner	1 696	1 770	1 874	1 828	2 053
	Egenandeler	356	361	372	368	380
Helse Vest	Tilskudd fra RHF	203	211	219	221	228
	Helfo-refusjoner	496	534	578	512	644
	Egenandeler	104	107	112	104	115
Helse Midt-Norge	Tilskudd fra RHF	102	109	117	119	122
	Helfo-refusjoner	228	242	262	220	295
	Egenandeler	57	58	62	56	63
Helse Nord	Tilskudd fra RHF	63	66	72	72	71
	Helfo-refusjoner	146	150	152	129	156
	Egenandeler	32	32	32	29	30
Regionene samlet	Tilskudd fra RHF	1 089	1 122	1 172	1 212	1 250
	Helfo-refusjoner	2 566	2 696	2 866	2 690	3 147
	Egenandeler	547	559	579	557	588

Figur 2.4. Prosent endring i kostnader til avtalespesialister fra 2017-2021. Helseregioner. Endring målt i løpende priser, indeksert hvor 2017 = 100.



Figur 2.5 Inntekter til avtalespesialister fordelt på tilskudd fra RHF-ene, refusjoner fra Helfo og egenandeler fra pasientene. 2021, mill. kr. Helseregioner.



## 2.6 Økonomisk situasjon

### Overskudd i tre av fire regioner

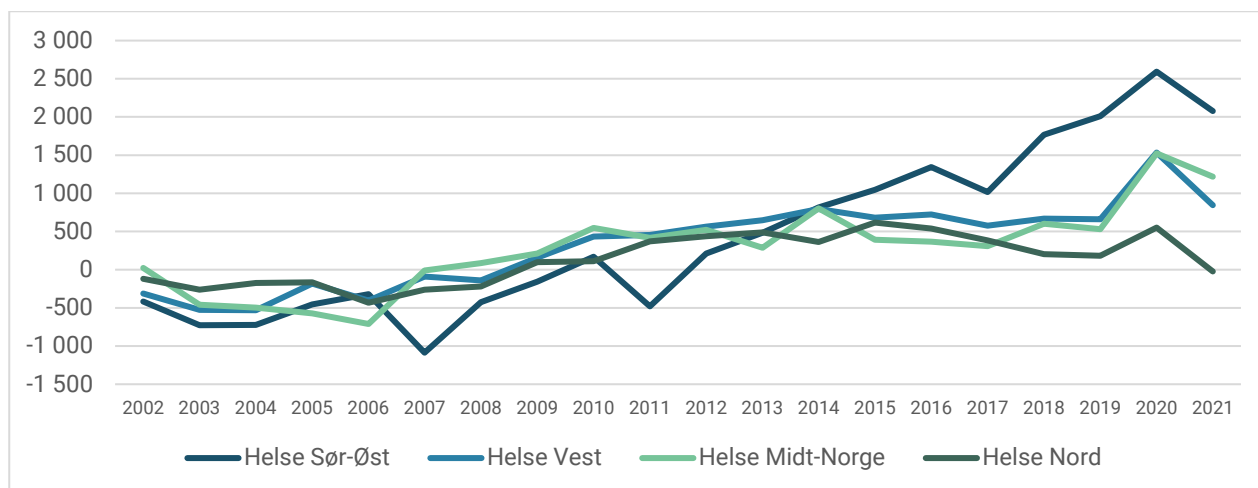
I 2021 var helseforetakenes samlede overskudd på 4,1 mrd. kr. Resultatet utgjorde 2,3 prosent av driftsinntektene, og var dermed om lag på samme nivå som i 2018 og 2019, men lavere enn i 2020, hvor overskuddet var 6,2 mrd. kr (3,8 prosent). Et høyt overskudd i 2020 kan i hovedsak relateres til at

pandemirelaterte tilleggsbevilgninger var større enn økningen i kostnader. Totalt var tilskudd som kompensasjon for økte kostnader og tapte inntekter knyttet til pandemien på 8,5 mrd. kroner i 2020. Tilsvarende bevilgninger ble redusert til 4,0 mrd. kr i 2021.

Historiske resultat for hver av regionene er illustrert i figur 2.6. De tre største regionene hadde overskudd i 2021: 2,1 mrd. kr i Helse Sør-Øst, 845 mill. kr i Helse Vest og 1,2 mrd. kr i Helse Midt-Norge. Som første foretaksgruppe siden 2011, hadde Helse Nord negativt avvik i forhold til eiers styringskrav, med et underskudd på 20 mill. kr i 2021. Årsberetningen fra Helse Nord peker på endrede inntekter og kostnader som følge av pandemien på om lag 140 mill. kr, men også høyere underliggende kostnadsnivå enn forutsatt, som hovedforklaringer på det negative avviket.

I perioden 2017–2021 har foretaksgruppene et akkumulert overskudd på 19,2 mrd. kroner. 82 prosent av det opparbeidede overskuddet siden foretaksreformen i 2002, ble akkumulert i siste femårsperiode. Den gunstige utviklingen har gitt foretakene økonomi til nødvendige investeringer.

Figur 2.6 Resultat korrigert for eiers styringskrav, 2002–2021. Mill. kr, helseregioner. Kilde: Årsregnskap RHF.



Tabell 2.6 Resultat i mill. kr og resultatgrad.

	2002	2009	2017	2020	2021	Akkumulert 2017-2021	Akkumulert 2002-2021
Resultat <sup>1</sup>	-826	312	2 282	6 202	4 118	19 226	23 580
Resultatgrad <sup>1</sup>	-1,4 %	0,3 %	1,6 %	3,8 %	2,3 %	2,4 %	1,0 %

<sup>1</sup> Resultat målt som avvik i forhold til eiers styringskrav. Resultatgrad målt som resultat i prosent av driftsinntekt.

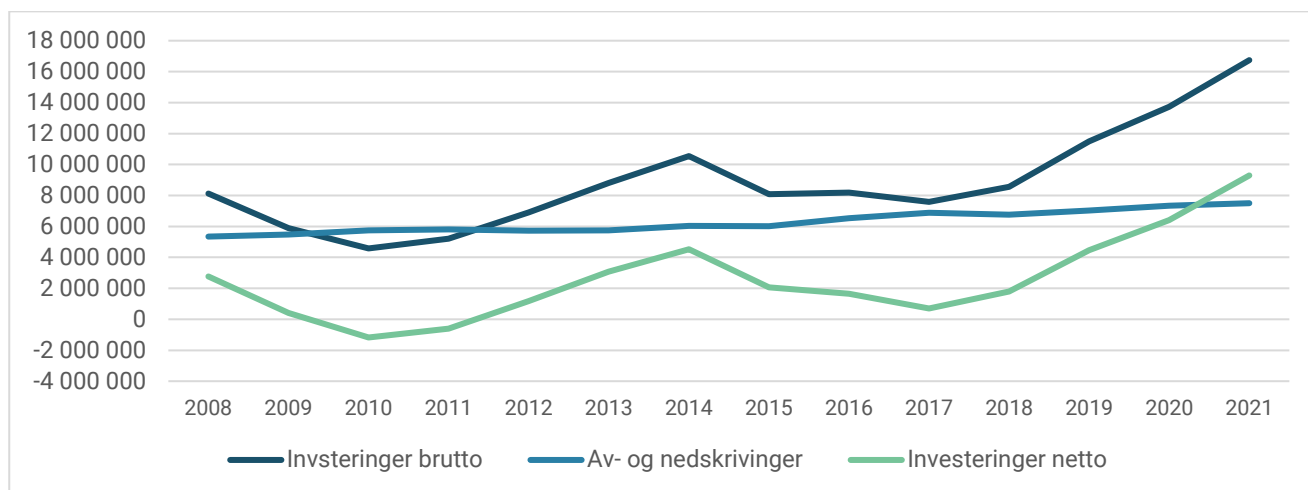
### Økt investeringstakt

Helseforetakenes brutto investeringer var 16,7 mrd. kr i 2021, en nominell økning på 22 prosent fra 2020. Av- og nedskrivninger beløp seg samlet til 7,5 mrd. kr, slik at netto investeringer var 9,3 mrd. kr. Fra 2015 til 2018 lå brutto investeringer stabilt omkring 8 mrd. kr, men har i gjennomsnittsnitt økt 2,5 mrd. kr per år fra perioden fra 2018 til 2021.

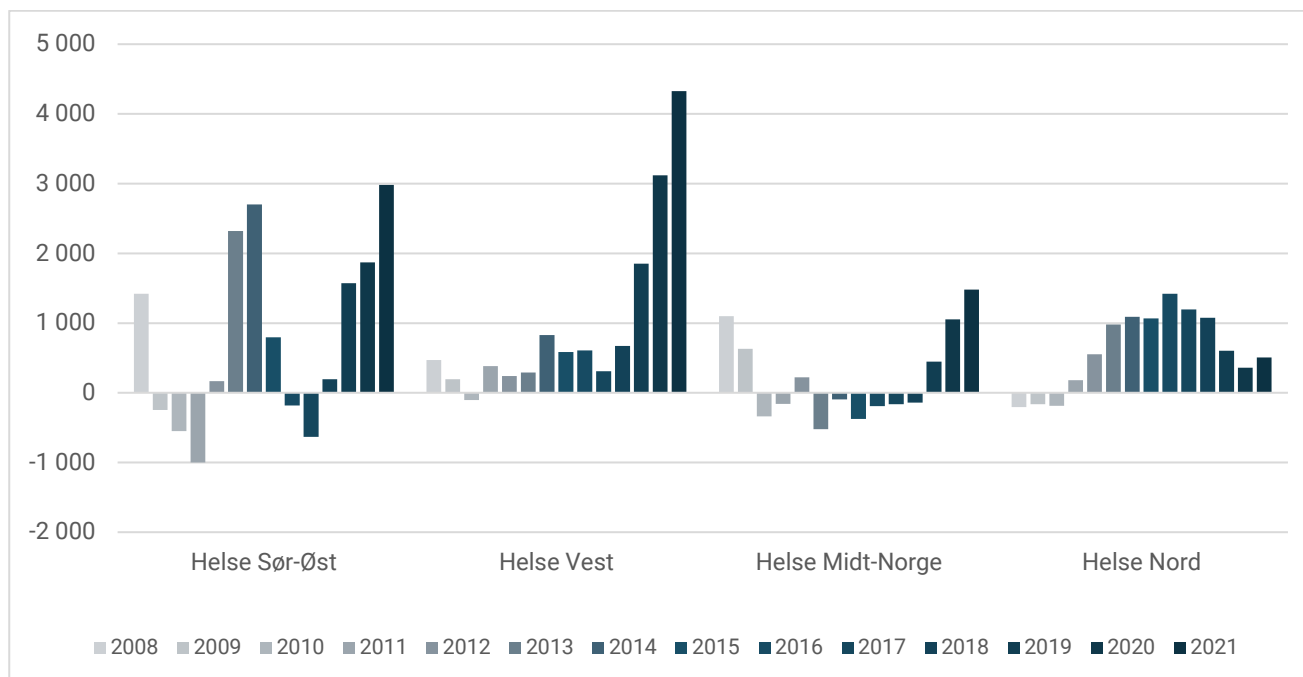
Samtlige regioner hadde positive og økte netto investeringer i 2021. Justert for av- og nedskrivninger, var investeringene tyngst i Helse Vest, hvor balanseførte verdier steg 4,3 mrd. kroner. Netto investeringer ellers var 3,0 mrd. kr i Helse Sør-Øst, 1,5 mrd. kr i Helse Midt-Norge og 0,5 mrd. kr i Helse Nord.

Helseforetakenes økonomiske langtidsplaner indikerer en videre opptrapping av investeringer i 2022 og 2023, med et planlagt omfang på henholdsvis 22,8 mrd. kroner og 29,6 mrd. kroner. Særlig stor vekst er lagt til grunn i Helse Sør-Øst. Regionen sto for 43 prosent av brutto investeringer i 2020 og 2021, som forventes økt til 48 prosent i 2022, og 58 prosent i 2023.

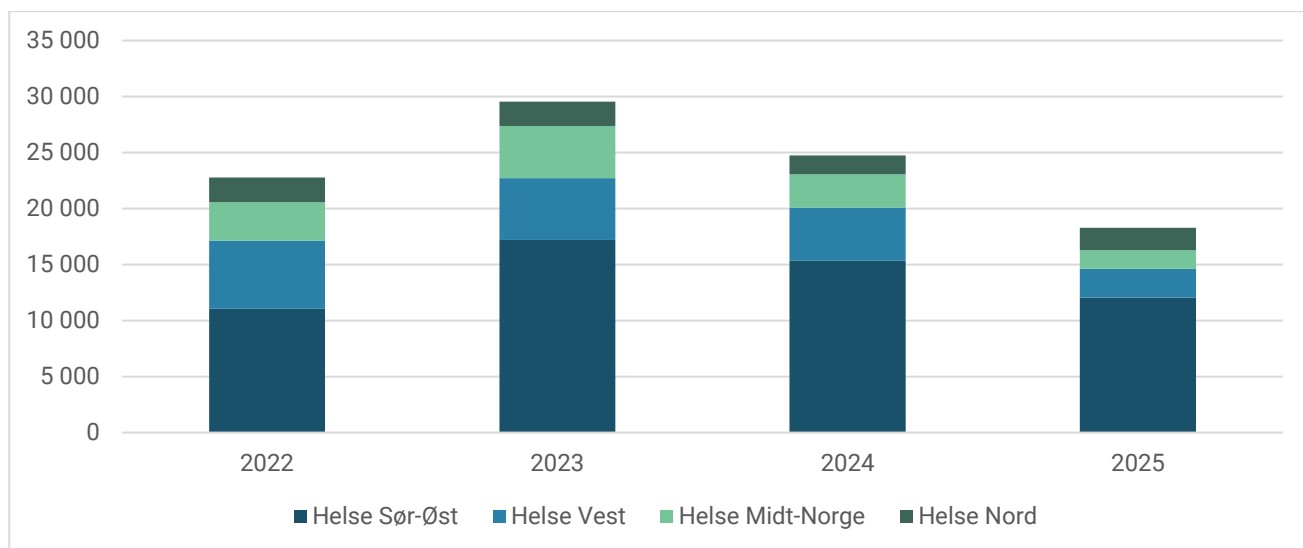
Figur 2.7 Investeringer (brutto) og endringer i bokførte verdier (netto), 2008–2020. 1 000 kr, kilde: Årsregnskap RHF.



Figur 2.8 Årlig endring i balanseførte verdier for varige driftsmidler og immaterielle eiendeler, 2017–2021. Mill. kr. Kilde: Årsregnskap RHF.



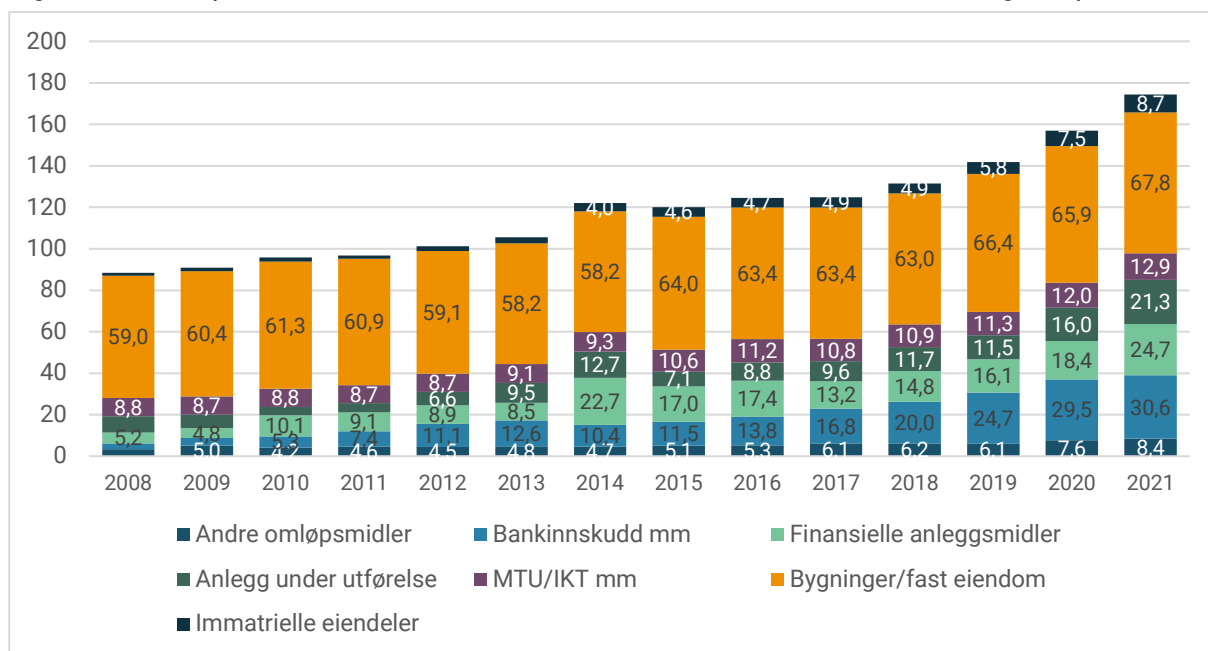
Figur 2.9 Planlagte investeringer i de regionale helseforetakene, 2022–2025. Mill. kr. Kilde: Økonomisk langtidsplan RHF.



### 11 prosent vekst i balanseførte eiendeler

De balanseførte eiendelene til helseforetakene steg 17,4 mrd. kr i verdi fra 2020 til 2021, og utgjorde samlet 174,4 mrd. kr i 2021. Større investeringer reflekteres i at verdien av anlegg under utførelse i 2021 var 21,3 mrd. kr, sammenlignet med 11,5 mrd. kr i 2019. Størst vekst var det i verdien av finansielle anleggsmidler, som steg 6,2 mrd. kr. fra 2020 til 2021. Storparten av veksten i finansielle anleggsmidler kan tilskrives en økning i netto balanseførte pensjonsmidler på 5,8 mrd. kr.

Figur 2.10 Verdi på helseforetakenes eiendeler, 2008–2021. Mrd. kr. Kilde: Årsregnskap RHF.



#### Investeringer primært finansiert av økt låneopptak

Økningen i verdien av foretakenes eiendeler på 17,4 mrd. kr i 2021, ble i hovedsak finansiert gjennom økt opptak av langsiktig gjeld på 7,2 mrd. kr, kortsiktig gjeld på 4,5 mrd. kr, samt overskuddet i 2021 som gav 4,1 mrd. kr større egenkapital. 93 prosent av den langsiktige gjelden er til Helse- og omsorgsdepartementet, og økte 7,0 mrd. kr i 2021. Som et resultat av betydelige låneopptak, falt egenkapitalandelen fra 52,3 prosent i 2020, til 49,4 prosent i 2021. Gjennomgående vurderer foretaksgruppene i sine årsberetninger, at egenkapitalen er betydelig og tilfredsstillende.

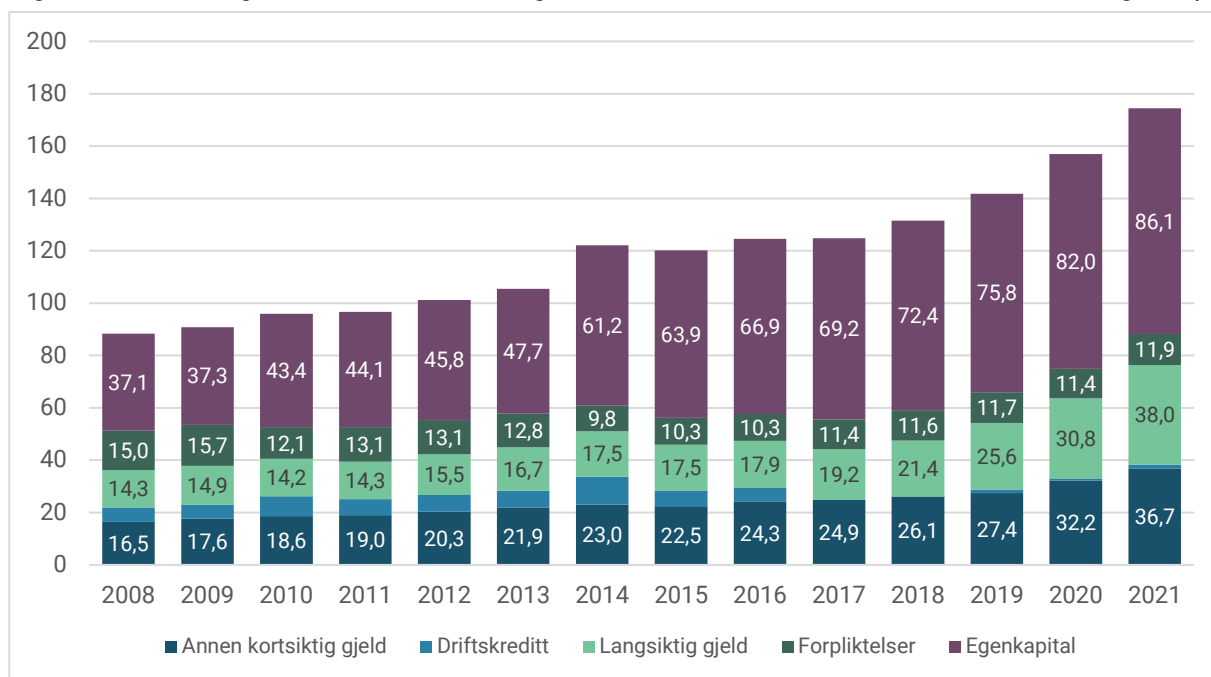
#### Gjeldsgraden økte i alle regioner

Foretaksgruppenes gjeldsgrader<sup>7</sup> varierte i 2021 fra 84 prosent i Helse Nord til 96 prosent i Helse Vest. Helse Vest hadde den sterkeste økningen i gjeldsgrad av alle regionene, med en økning på 20 prosentpoeng fra 2020, hvor hovedforklaringen ligger i de store investeringene. Investeringer nær 2021-nivå er indikert i økonomisk langtidsplan for 2022 og 2023, slik at utviklingen kan forventes å vedvare på kort sikt.

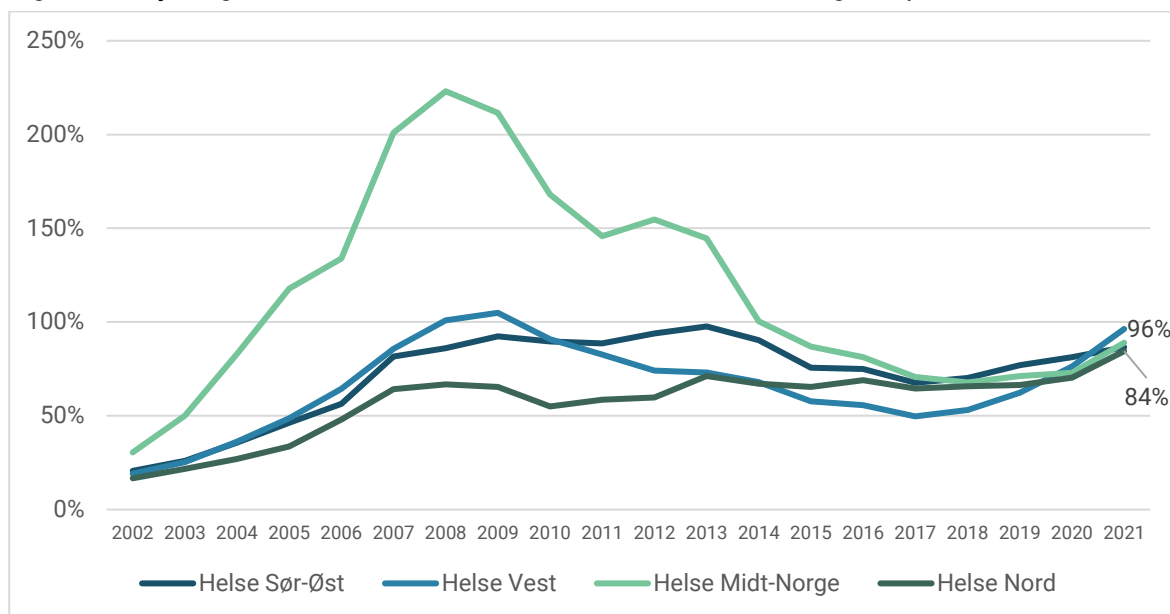
I de øvrige regionene var det også økning i gjeldsgraden fra 2020 til 2021: 5 prosentpoeng i Helse Sør-Øst, 16 prosentpoeng i Helse Midt-Norge og 14 prosentpoeng i Helse Nord. Trenden vil trolig fortsette i 2022 og 2023, gitt det planlagte investeringsomfanget. Voksende gjeldsgrader sammenfaller med en urolig makroøkonomisk situasjon, med høyere inflasjon og renter. Alle foretaksgruppene vurderer likevel renterisikoen som akseptabel, men usikkerheten omkring helseregionenes langtidsplaner har økt.

<sup>7</sup> Gjeldsgraden beregnes som summen av langsiktig gjeld og annen kortsiktig gjeld i prosent av egenkapital.

Figur 2.11: Utvikling i RHF-enes finansiering av eiendeler, 2008–2021. Mrd. kr. Kilde: Årsregnskap RHF.



Figur 2.12 Gjeldsgrad for helseforetakene 2002–2021. Kilde: Årsregnskap RHF.





# 3. Henvisninger, ventetid og fristbrudd

*Det var tydelige forskjeller mellom sektorene psykisk helsevern, rusbehandling og somatikk for utviklingen i omfanget av nye henvisninger, ventetid og fristbrudd i perioden fra 2017 til 2021.*

*Innen psykisk helsevern for barn og unge gikk den gjennomsnittlige ventetiden gradvis ned fra 2017 til 2020. Dette til tross for jevn vekst i henvisningene. Ventetiden økte med 5,5 døgn fra 2020 til 2021, og var på 49,6 døgn i 2021. Økt ventetid for barn og unge i 2021 knyttes til sterk vekst i antall nyhenviste pasienter fra 2020 til 2021. Den samme utviklingen gjelder også for psykisk helsevern for voksne, men ikke i like sterk grad som for barn og unge. Andelen brudd på individuell frist til første kontakt økte både for barn og unge og for voksne fra 2019 til 2021. Tall for 1. tertial 2022 indikerer ytterligere økt ventetid til behandling og utredning i det psykiske helsevernet i 2022.*

*Ventetiden til rusbehandling har vært stabil på 32-33 døgn i perioden fra 2017 til 2021. Tallet på nyhenviste pasienter gikk ned 5 prosent i denne perioden. Andelen brudd på individuell frist til første kontakt økte, men økningen var ikke like sterk som for det psykiske helsevernet.*

*For somatikken medførte pandemien en umiddelbar økning i ventetid i 2020, men noe nedgang igjen i 2021. Antall ventende har også økt litt i hele perioden 2017-2021 i somatikken, selv om tallet på nyhenviste ikke har økt. Andelen brudd på individuell frist til behandling økte og var på 5,1 prosent i 2021, mot en stabil andel på i overkant av 2 prosent i årene fra 2017 til 2019. Tall for 1. tertial 2022 indikerer økt ventetid til behandling og utredning i somatisk sektor i 2022 sammenlignet med 2021.*

*Det er viktig å se den skisserte utviklingen i lys av pandemien og at denne kan ha påvirket henvisninger og ventetid i noe ulikt i ulike sektorer.*

## 3.1 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet gir overordnede føringer til de regionale helseforetakene i årlige oppdragsdokumenter. I disse står det at RHF-ene skal innrette sin virksomhet slik at man reduserer unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen. Basert på rapporterte henvisninger og ventetidsinformasjon fra helseforetakene ser vi i dette kapitlet nærmere på:

- 1) Endringer i andel avviste henvisninger, nyhenviste på venteliste, ordinært avviklede fra ventelisten og punktdata for antall ventende ved slutten av året.
- 2) Hvordan ventetiden til utredning og behandling har utviklet seg.

- 3) Hvordan omfanget av fristbrudd har utviklet seg. Forskriften for fristbrudd var ikke gjeldende våren 2020 på grunn av nedstengningen, og resultatene må sees i lys av dette.

Beskrivelsen gjelder perioden 2017-2021, men med hovedfokus på siste år. Det skilles mellom somatisk sektor, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge, samt tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

### 3.2 Planlagte henvisninger, ventetid og fristbrudd<sup>8</sup>

Spesialisthelsetjenesten mottok nesten 1,5 millioner nye henvisninger til planlagt utredning og/eller behandling i 2021. Alle som henvises skal få sin henvisning vurdert innen 10 dager fra den mottas av sykehuset eller annen type enhet. Omtrent 6 prosent av henvisningene ble vurdert til at personen ikke hadde behov for videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten i 2021 (ca. 90 000). Denne andelen har vært stabil på 6 prosent de siste årene.<sup>9</sup>

#### *1 av 4 henvisninger til psykisk helsevern blir avvist*

Somatikken står for en stor andel av henvisningene til spesialisthelsetjenesten. Figuren nedenfor viser andelen henviste som ikke kom inn på venteliste fordelt på somatikk, psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU) og psykisk helsevern for voksne (PHV-V)<sup>10</sup>. Innen psykisk helsevern for voksne indikerer beregninger at nesten 1 av fire henvisninger ikke ga rett til helsehjelp de siste årene, og andelen for psykisk helsevern for barn og unge nesten på samme nivå (omtrent 1 av 5). For somatikken alene har andelen ligget stabilt på rundt 4 prosent i flere år. De private avtalespesialistene inngår ikke i disse tallene eller i ventelistestatistikken for øvrig.

---

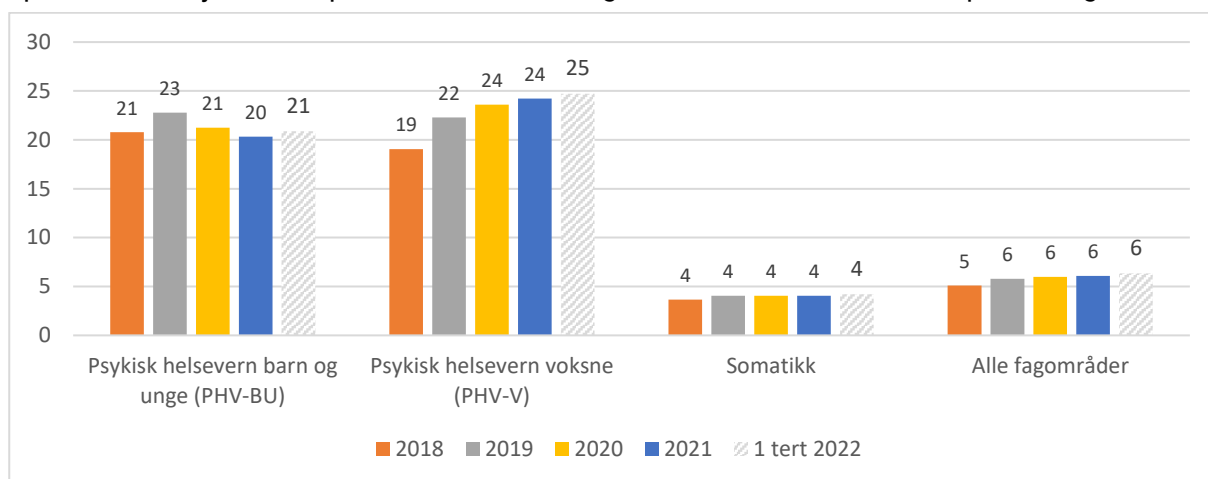
<sup>8</sup> Begrepsforklaringer: Ventetid avviklede er tid fra mottatt henvisning til pasientens første kontakt med tjenesten. Ventende er antall pasienter registrert på venteliste en gitt dag (ofte siste dag i perioden).

Avviklede fra venteliste: antall pasienter som i en periode startet sin utredning og behandling og står ikke lenger på venteliste. Nyhenviste: Nye planlagte henvisninger til spesialisthelsetjenesten (elektive pasienter).

<sup>9</sup> Helsedirektoratet 2021: Ventetider og pasientrettigheter 2021 Rapport, IS-3036

<sup>10</sup> For å kunne skille avviste henvisninger etter tjenesteområde må avdelingskodeverk brukes. Dette er antakelig noe upresist, men gir en god indikasjon på nasjonalt nivå. Rusbehandling (TSB) er holdt utenfor PHV-V så langt det lar seg gjøre. Vi velger å ikke presentere tall for TSB da avgrensingen er vanskelig og andelen kan lettere påvirkes av at enheter ikke er identifisert.

Figur 3.1: Andel henvisninger ikke vurdert til å ha behov for utredning/behandling i spesialisthelsetjenesten i perioden 2017-2021 og 1. tertial 2022. Kilde: Norsk pasientregister



Tallene videre i dette kapitlet omfatter pasienter som har fått sin henvisning vurdert, fått rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og er satt på venteliste. Vi ser på årlig utvikling i nyhenviste satt på venteliste, punktmålinger for ventende ved årsslutt og helårstall for avviklede fra venteliste på nasjonalt nivå. Dette ses i sammenheng med utvikling i ventetid fra henvisning til oppstart behandling samt om nasjonale frister for vurdering og oppstart helsehjelp brytes. Forskriften for fristbrudd var ikke gjeldende under nedstengningen våren 2020, og resultatene må også sees i lys av dette.

Nasjonale utviklingstall for alle tjenesteområdene er vist samlet i figurene 3.2 til figur 3.6.

*PHV-BU: 6 000 flere nyhenviste pasienter i 2021 enn i 2020, ventetid og omfang av fristbrudd økte*

Antall nyhenviste ventelistepasienter innen psykisk helsevern for barn og unge økte med over 5 prosent fra 2019 til 2020 og med hele 22 prosent fra 2020 til 2021 (over 6000 flere nyhenviste). Kapittel 4 i denne rapporten beskriver kjennetegn ved de nye pasientene i det psykiske helsevernet for barn og unge. Tidligere år var det også gradvis vekst, men langt mer moderat. Samlet for perioden 2017 til 2021 økte antall nyhenviste ventelistepasienter med 32 prosent.

Tjenestene i PHV-BU klarte fram til og med 2020 i stor grad å møte veksten i henvisninger med et økt inntak fra venteliste (ordinært avvikla pasienter) og hindre lenger ventetid. Den sterke veksten i antall nyhenviste pasienter i 2021 endret dette. Etter en gradvis reduksjon i gjennomsnittlig ventetid hvert år fra 2017 snudde den i 2021 til å bli lenger enn i 2017 (49,6 dager). Fra 2020 til 2021 økte også andel brudd på vurderingsfristen fra 1,9 til 3,2 prosent og andelen brudd på den individuelle ventetidsfristen til oppstart utredning eller behandling økte fra 2,6 til 5,1 prosent. Tall for første tertial 2022 indikerer fortsatt økning i gjennomsnittlig ventetid.

Forskjellen i ventetid mellom regionene har blitt noe mindre den siste femårsperioden, men alle RHF hadde økt ventetid fra 2020 til 2021. Mindre forskjell i ventetid skyldes mest at ventetiden (i gjennomsnitt) økte mest i Helse Vest, som tidligere hadde noe lavere ventetid enn de andre regionene. Helse Midt-Norge og Helse Vest hadde en fortsatt negativ ventetidsutvikling samlet sett i første tertial 2022. Det kan være store variasjoner i ventetid innad i den enkelte region.

### *PHV-V: 7 000 flere nyhenviste pasienter i 2021 enn i 2020 – ventetiden økte*

Det var nesten 7000 flere nyhenviste ventelistepasienter i 2021 sammenlignet med 2020 innen psykisk helsevern for voksne (+12,3 prosent). I femårsperioden 2017 til 2021 var veksten på 39 prosent. Selv om tjenestene i stor grad har klart å ta etter veksten etter 2017, og redusert ventetiden litt, snudde dette fra 2020 til 2021. Ventetiden er tilbake til 2017-nivå nasjonalt (46 dager i gjennomsnitt). Utviklingen i nyhenviste og i ventetid i det psykiske helsevernet for voksne viser samme trend som for barn og unge. Andelen brudd på individuell ventetidsfrist økte tydelig i 2020, men var stabil fra 2020 til 2021.

Helse Nord hadde en langt mer tydelig økning i gjennomsnittlig ventetid i 2020 og 2021 enn de andre regionene, med 61 dagers ventetid i 2021. Helse Vest hadde lavest gjennomsnittlig ventetid på 39 dager i gjennomsnitt i 2021.

Tall for første tertial 2022, indikerer at ventetiden vil fortsette å øke i 2022.

### *Stabile ventetider og færre nyhenviste i TSB*

Tallene viser ikke samme utvikling i antall nyhenviste ventelistepasienter innen rusbehandling (TSB) som innen psykisk helsevern. Det var en reduksjon gjennom femårsperioden (-4,9 prosent), men mest fra 2019 til 2020. Ventetiden gikk i gjennomsnitt litt opp fra 2020 til 2021, men var likevel litt lavere i 2019-2021 enn i 2017 og 2018. Andel brudd på den individuelle ventetidsfristen har økt litt hvert år og var på 3,1 prosent i 2021, litt lavere enn de andre sektorene. Tall for på utvikling i gjennomsnittlig ventetid 1. tertial de siste årene viser en liten nedgang i 1. tertial 2022 sammenlignet med 2021, men ikke i Helse Nord.

Som tidligere år er det i gjennomsnitt betydelig lenger ventetid i Helse Nord enn i de andre regionene, og forskjellen ser ut til å fortsette å øke inn i 2022. I 2021 var gjennomsnittet 43 dager i Helse Nord, mens ventetiden i Helse Sør-Øst var 33 dager i snitt. Kortest var den i Helse Midt-Norge med 27 dager.

### *Ett døgn lengre ventetid i 2021 sammenlignet med 2019 i somatisk sektor, andel brudd på individuell frist til første kontakt økte*

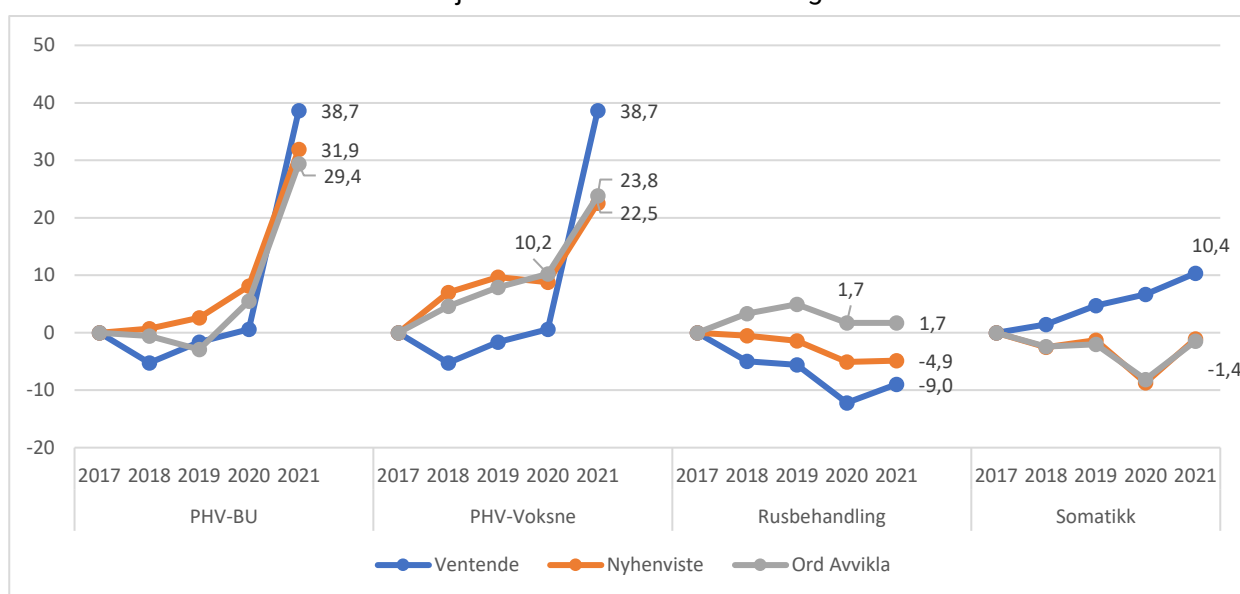
Under pandemien var det et tydelig fall i antall nyhenviste ventelistepasienter fra 2019 til 2020, men i 2021 var antallet igjen oppe på nivå med årene før pandemien. Vi ser at det er stort sammenfall i prosentvise endringer i antall nyhenviste på venteliste og antall som tas av venteliste (starter utredning eller behandling, ordinært avviklet). Under pandemien var det også en sterk vekst i antall brudd på individuell ventetidsgaranti fra 2019 til 2020. Andelen økte fra 2,4 til 7,7 prosent fristbrudd, men gikk litt ned til 5,1 prosent i 2021. Helseforetakene var fritatt fra kravet om overholdelse av individuell frist i flere måneder i 2020. Gjennomsnittlig ventetid økte fra 61 til 65 dager fra 2019 til 2020, men gikk ned igjen gjennom 2021. I første del av 2022 ser det imidlertid ut til at ventetiden igjen øker (tall fra 1. tertial).

I 2021 varierte gjennomsnittlig ventetid fra 69 dager i Helse Nord til 58 dager i Helse Sør-Øst. Forskjellene på regionnivå har økt litt fra de to foregående årene, men skyldes ulik grad av reduksjon i ventetid etter pandemieffekten i 2020.

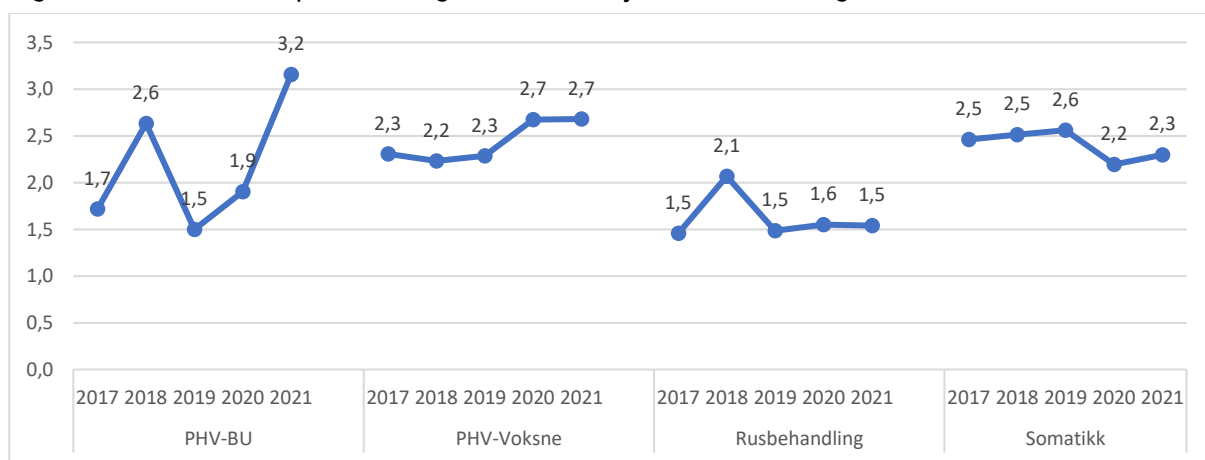
Det kan påpekes at det er ganske stor variasjon i ventetid ut fra hastegrad og kapasitet innen og mellom fagområder innen somatikken<sup>11</sup>. Hva som er forsvarlig ventetid for den enkelte pasient vil innen alle fagområder avhenge av hastegraden for å oppnå et godt resultat. Maksimal ventetid på gruppenivå framgår av retningslinjer gitt i nasjonale prioriteringsveiledere. Kort ventetid er likevel ønskelig for alle pasienter. Øre-nese-hals, øye og ortopedisk kirurgi er store fagområder i somatikken med relativt sett lang gjennomsnittlig ventetid og som har mindre innslag av for eksempel pasienter som bør utredes og behandles svært raskt.

### 3.3 Figurer

Figur 3.2: Prosent endring i antall nyhenviste, avviklede fra venteliste og ventende ved slutten av året, fordelt etter tjenesteområde og år. 2017-2021.

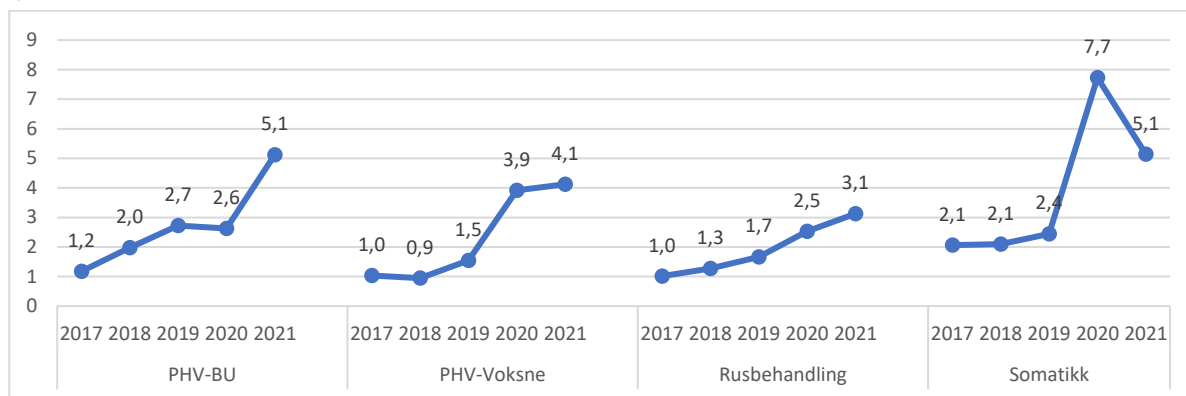


Figur 3.3: Andel brudd på vurderingsfristen etter tjenesteområde og år. 2017-2021.

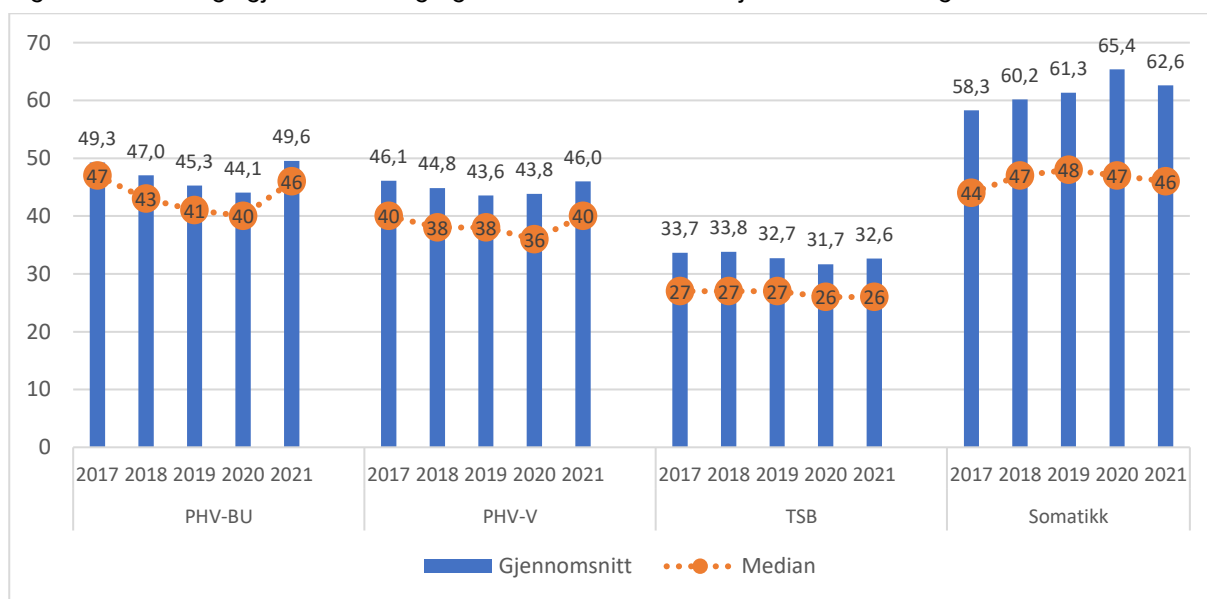


<sup>11</sup> Helsedirektoratet 2022: Ventetider og pasientrettigheter 2021. Rapport, IS-3036

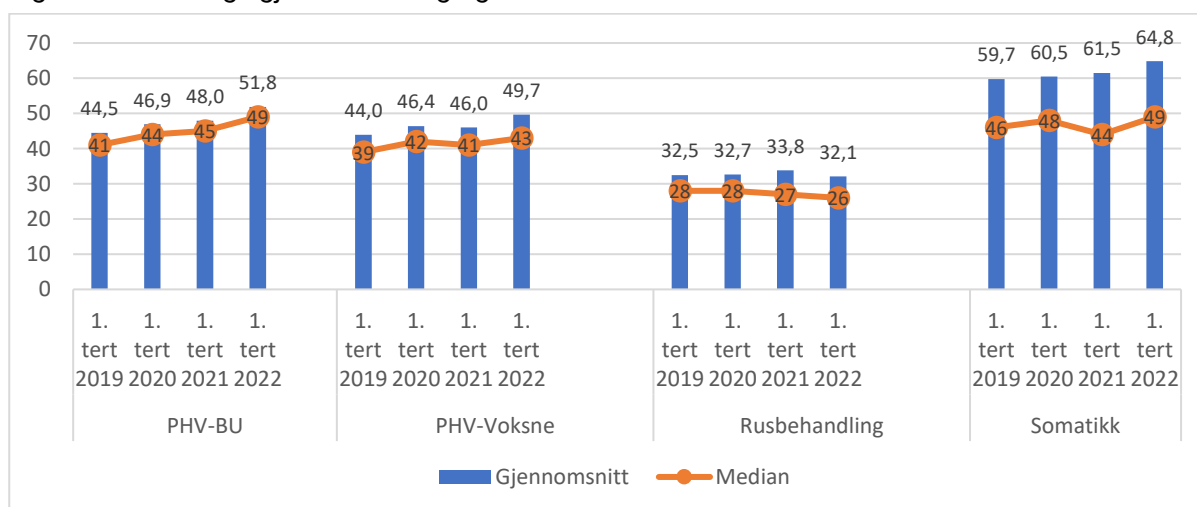
Figur 3.4: Andel brudd på individuell frist til første kontakt for utredning/behandling fordelt etter tjenesteområde og år. 2017-2021.



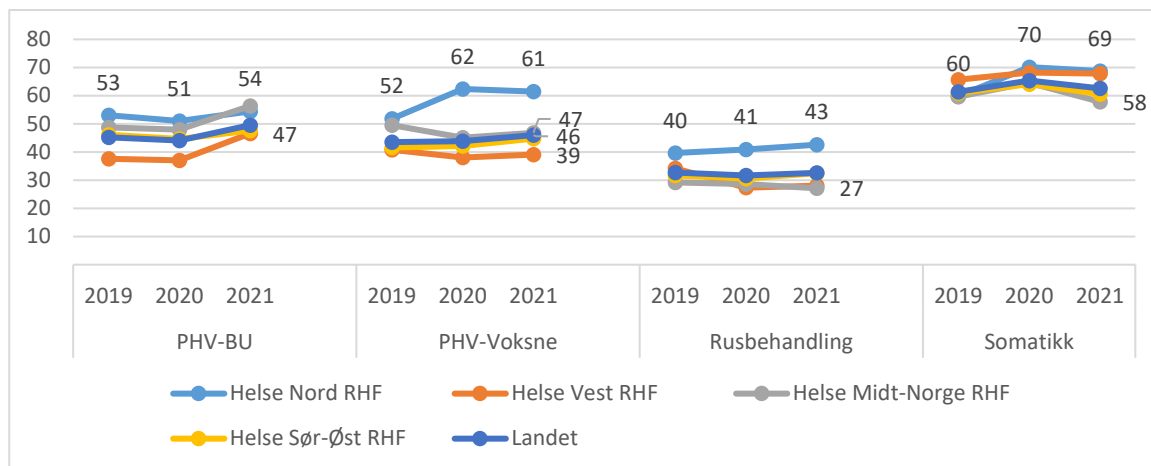
Figur 3.5: Utvikling i gjennomsnittlig og median ventetid etter tjenesteområde og år. 2017-2021.



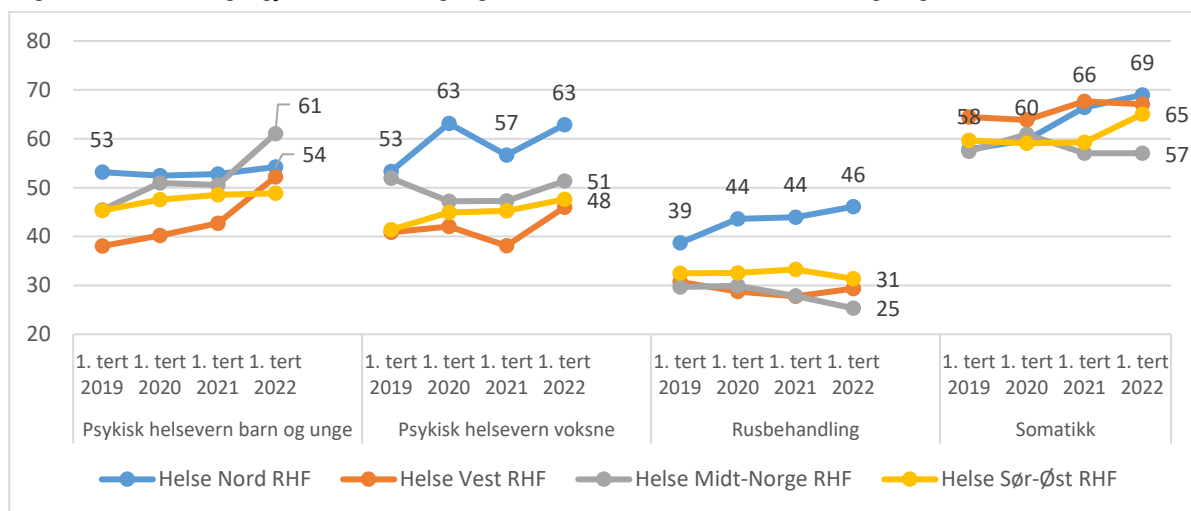
Figur 3.6: Utvikling i gjennomsnittlig og median ventetid. 1. tertial 2019-2022.



Figur 3.7: Utvikling i gjennomsnittlig og median ventetid etter sektor og region. 2019-2021.



Figur 3.8: Utvikling i gjennomsnittlig og median ventetid etter sektor og region. 1. tertial 2019-2022.



## 4. Barn og unge i psykisk helsevern – nye pasienter i 2021

*I 2021 var 64 576 pasienter i kontakt med psykisk helsevern for barn og unge. Blant disse var 31 402 nye pasienter i 2021, det vil si nær 49 prosent. Fra 2019 til 2021 var det en kraftig vekst i nye pasienter i PHV-BU (+21 prosent), dette utgjorde om lag 5 470 nye pasienter. Det var spesielt vekst blant jenter i alderen 13-15 år (+59 prosent) og 16-17 år (+40 prosent). Økningen i nye pasienter fant sted i alle regioner, og i 2021 var andelen jenter over 50 prosent i alle bostedsområder. Mistanke om hyperkinetisk forstyrrelser (ADHD), depresjon eller angstlidelse utgjorde de hyppigst oppgitte årsakene til henvisning til PHV-BU. Det var stor vekst i disse årsakene til henvisning blant jenter i perioden. Mistanke om spiseforstyrrelser, som omfattet en mindre andel av de nye pasientene, økte mest fra 2019 til 2021 (+89 prosent), spesielt gjaldt dette for jenter (+100 prosent).*

*Fra 2019 til 2021 var det en kraftig vekst i nye pasienter som startet behandlingsforløpet i døgnbehandling (+42 prosent), spesielt var veksten stor blant jenter (+53 prosent). I 2021 utgjorde andelen jenter 81 prosent av de nye døgnpasientene. Akutt initierte forløp økte med 48 prosent i perioden, mest for jenter i alderen 13-15 år (+120 prosent). Fra 2019 til 2021 økte andelen øyeblikkelig-hjelpinnleggleser fra 88 til 91 prosent. Varigheten av døgnoppholdene gikk i samme periode ned fra fire til tre dager for de nye pasientene, målt i median varighet. Dette var knyttet til høyere andel akutte døgnopphold, som var betydelig kortere (2 dager) enn planlagte opphold (18 dager), og noe kortere varighet på de akutte oppholdene i perioden.*

*Blant de nye pasientene i PHV-BU startet de fleste behandlingsforløpet med en poliklinisk kontakt (94 prosent). Fra 2019 til 2021 økte antall nye pasienter med poliklinisk start av behandlingsforløpet med nær 21 prosent, størst var veksten for jenter (+37 prosent). Nye polikliniske pasienter mottok flere konsultasjoner etter forløpets tre første måneder (90 dager) i 2021 (7 konsultasjoner) enn i 2019 (6 konsultasjoner), målt i median antall konsultasjoner. Veksten ble ytterligere forsterket lenger ut i forløpet. Dette kan indikere en endret pasientpopulasjon med behov for flere konsultasjoner lengre behandlingssekvenser i poliklinikk i 2021 enn i 2019. Det var vekst i alle regioner, og pasienter i Sør-Øst mottok flest konsultasjoner (8 konsultasjoner) i 2021. Pasienter henvist for mistanke om spiseforstyrrelser hadde flest kontakter i løpet av forløpets første 90 dager både i 2019 (11 konsultasjoner) og i 2021 (12 konsultasjoner).*

### 4.1 Innledning

De siste årene har vært preget av økt fokus på barn og unges psykiske helse. Tema psykiske vansker/lidelser blant barn og unge har vært grundig omtalt og belyst både i media, forskningsrapporter og offentlige dokumenter. Riksrevisjonen, UKOM, SINTEF, HUNT, SKDE/Helseatlas, Ungdata, SHoT, FHI, Barneombudet og Helsedirektoratet er noen av instansene som har utredet, analysert og/eller laget statistikk knyttet til dette området.



En kraftig vekst i nyhenviste ventelistepasienter til psykisk helsevern for barn og unge siden 2020, økte ventetider og fristbrudd (kapittel 3), samt økte kostnader (kapittel 2), gir en indikasjon på økt trykk i tjenestene for barn og unge. Med pandemien som bakteppe ser vi i dette kapitlet på hvem de nye pasientene i det psykiske helsevernet for barn og unge er, og om bruken av tjenester blant disse pasientene er endret siden 2019.

Spørsmål som belyses i kapitlet er:

1. Hva kjennetegner nye pasienter i PHV-BU i 2021 sammenliknet med nye pasienter i 2019 og 2020? Aktuelle bakgrunnsvariabler er kjønn, alder og bosted. I tillegg ser vi på karakteristika ved behandlingsforløpets start som henvisningsgrunn og hastegrad ved start av behandlingen.
2. Er bruken av tjenester blant de nye pasientene i PHV-BU i 2021 endret sammenliknet med de to foregående årene?

Karakteristika ved døgnoppholdene belyses ved å se på variasjoner i varighet av opphold med hensyn til kjønn, pasientens bosted og hastegrad ved start på oppholdene.

Poliklinisk behandling belyses ved å se på volum av kontakter i løpet av forløpenes tre første måneder (90 dager), og variasjon i forhold til kjønn, henvisningsgrunn, pasientens bosted og hastegrad ved start av oppholdene.

## 4.2 Data og metode

Det benyttes pasientdata for psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU) for å analysere de aktuelle problemstillingene knyttet til nye pasienter i tjenesten. Data er innsamlet av Avdeling Helseregister, Helsedirektoratet, og gjelder for perioden 2019 til 2021.

Uttrekket er avgrenset til henvisningsperioder/forløp med mottaksdato i 2019, 2020 og 2021, og der pasientene er tatt til behandling i psykisk helsevern for barn og unge. Dette betyr at pasienter i aldersgruppen 0-17 år som har mottatt behandling i psykisk helsevern for voksne og øvrige spesialisthelsetjeneste, ikke er inkludert i denne analysen.

De fleste av de nye pasientene i PHV-BU har kun en henvisning ved start av behandlingsforløpet, men enkelte har flere henvisningsperioder. Dette kan både være reelt og knyttet til tekniske forhold. I fortsettelsen vil vi se på unike pasienter i beskrivelsen av de nye pasientene, mens henvisningsperiode er enhet i analysen av behandlingsforløpenes start. I kapitlet omtales begge analyseenheter som nye pasienter i PHV-BU.

Pasientdata for barn og unge i psykisk helsevern mangler data fra NKS Østbyttunet behandlingssenter for årene 2019 og 2020. For å ha sammenliknbare tall for perioden 2019 til 2021, vil 2021-data for denne enheten holdes utenfor i analysen av døgnpasienter.

Ved start av behandlingen i psykisk helsevern kartlegges behov for øyeblikkelig hjelp. Dette er rapportert med en kode på variabelen "innmåte hastegrad" i pasientdata. Dette gir en beskrivelse av hastegrad ved pasientens ankomst til helseinstitusjonen. Hastegrad rapporteres for hver poliklinisk kontakt og hvert

avdelingsopphold. Akutt initierte forløp er her definert som nye pasienter der det er angitt behov for øyeblikkelig hjelp i første avdelingsopphold eller polikliniske kontakt.

I analyse av varighet av døgnopphold, er analyseenheten pasientopphold. Dette betyr at pasientens sammenhengende opphold er lenket sammen hvis pasienten har opphold ved ulike behandlingssteder.

Varigheten av døgnbehandlingen er presentert i form av boksplokk. Boksens lengde angir avstanden fra nedre kvartil til øvre kvartil; interkvartilbredden. Median er det samme som 50 prosentilen, det betyr at 50 prosent av observasjonene er mindre enn median. Tilsvarende er 25 prosent av observasjonene mindre enn nedre kvartil (25 - prosentilen) og 75 prosent av observasjonene mindre enn øvre kvartil (75 - prosentilen). Den øvre grensen er estimerte 95 prosentilen (trimpunkt):  $\text{Trimpunkt} = Q_3 + 1.5(Q_3 - Q_1)$ ; hvor  $Q_1 = 25$  prosentil og  $Q_3 = 75$  prosentil.

### 4.3 Kjennetegn ved nye pasienter i PHV-BU i 2021

I 2021 ble det rapportert 35 718 nye henvisningsperioder til psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU). Dette utgjorde 31 402 unike pasienter, da noen hadde flere henvisningsperioder samtidig ved start av behandlingen. Det var en økning på 21 prosent i antall nye pasienter fra 2019 til 2021. Veksten var størst siste år.

Totalt var 64 576 pasienter i kontakt med PHV-BU i 2021. Mange pasienter var i et behandlingsforløp ved årets start, så nye pasienter utgjorde 48,6 prosent av alle pasienter i PHV-BU i 2021.

#### 4.3.1 Kjønn, alder og bosted

Tabell 4.1 viser antall nye pasienter i PHV-BU per år i perioden 2019 til 2021 fordelt på kjønn. Tabell 4.2 viser fordeling for ulike aldersgrupper, og tabell 4.3 fordeling etter pasientens bostedsregion.

Tabell 4.1. Nye pasienter i psykisk helsevern for barn og unge fordelt på kjønn, 2019-2021.

Kjønn	2019	2020	2021	Endring 2019-2021		Endring 2020-2021	
				N	Prosent	N	Prosent
Jenter	12 788	13 762	17 420	4 632	36,2	3 658	26,6
Gutter	13 143	12 876	13 982	839	6,4	1 106	8,6
Totalt	25 931	26 638	31 402	5 471	21,1	4 764	17,9

I 2019 var det en liten overvekt av gutter som startet behandling som nye pasienter i PHV-BU. Fra 2019 til 2021 var det en kraftig vekst i nye pasienter i PHV-BU (+21 prosent), spesielt gjaldt dette jenter (+36 prosent). Veksten var betydelig mindre for gutter (+6 prosent). Den største veksten kom siste år, fra 2020 til 2021, for begge kjønn. Det ble dermed flere jenter enn gutter blant de nye pasientene i tjenestene til barn og unge, og andelen jenter økte fra 49 prosent i 2019 til 55 prosent i 2021.

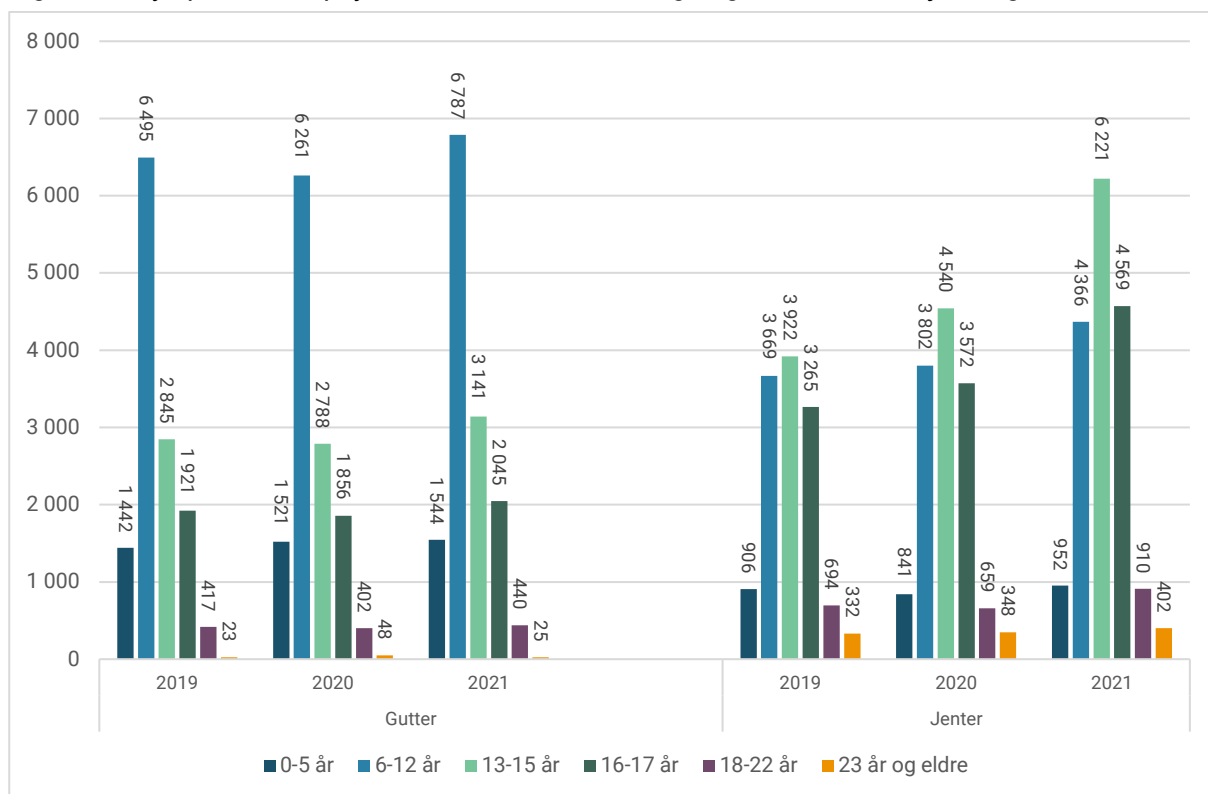
Tabell 4.2. Nye pasienter i psykisk helsevern for barn og unge fordelt på alder, 2019-2021.

Alder	2019	2020	2021	Endring 2019-2021		Endring 2020-2021	
				N	Prosent	N	Prosent
0-5 år	2 348	2 362	2 496	148	6,3	134	5,7
6-12 år	10 164	10 063	11 153	989	9,7	1 090	10,8
13-15 år	6 767	7 328	9 362	2 595	38,3	2 034	27,8
16-17 år	5 186	5 428	6 614	1 428	27,5	1 186	21,8
18-22 år	1 111	1 061	1 350	239	21,5	289	27,2
23 år og eldre	355	396	427	72	20,3	31	7,8
Totalt	25 931	26 638	31 402	5 471	21,1	4 764	17,9

Pasienter i alderen 6-12 år utgjorde den største aldersgruppen blant nye pasienter i det psykiske helsevernet alle tre år. Fra 2019 til 2021 var det imidlertid en kraftig vekst i nye pasienter i alderen 13-15 år (+38 prosent). Det var også betydelig vekst for pasienter over 15 år i perioden. Andelen ungdom (13 år og over) økte dermed blant nye pasienter, fra 52 prosent i 2019 til 57 prosent i 2021.

Figur 4.1 illustrerer volum og vekst for gutter og jenter i ulike aldersgrupper med behandlingsstart i årene 2019 til 2021.

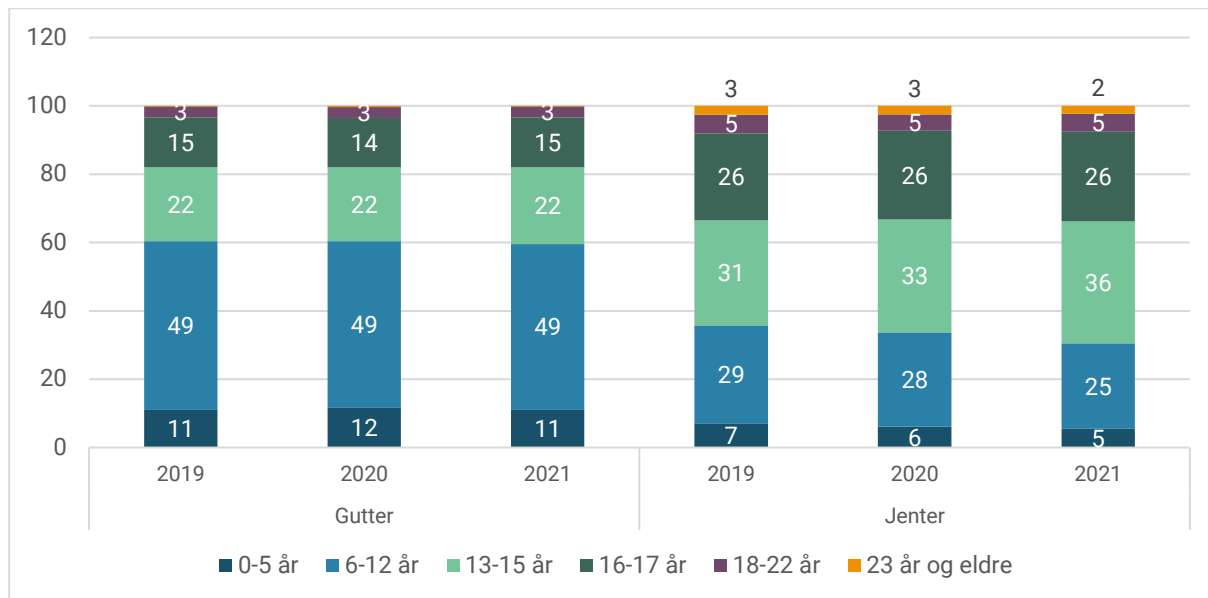
Figur 4.1. Nye pasienter i psykisk helsevern for barn og unge fordelt etter kjønn og alder. 2019-2021.



Fra 2019 til 2021 var veksten i nye pasienter størst blant jenter i alderen 13-15 år (+59 prosent) og 16-17 år (+40 prosent). Tilsvarende var veksten blant gutter i samme alder betydelig lavere med henholdsvis 10 og 6 prosent.

Figur 4.2 viser prosentvis fordeling på kjønn og alder blant nye pasienter i perioden 2019 til 2021.

Figur 4.2. Prosentandel nye pasienter i psykisk helsevern for barn og unge fordelt på kjønn og alder, 2019-2021.



Figuren viser at i løpet av perioden 2019 til 2021 økte andelen jenter i alderen 13 til 15 år fra 31 til 36 prosent blant de nye pasientene, mens andelen jenter under 13 år gikk ned fra 36 til 30 prosent. Blant gutter var det lite endring i alderssammensetningen blant nye pasienter i perioden.

I tabell 4.3 vises antall nye pasienter etter bostedsregion, og i figur 4.3 presenteres utviklingen i prosentandel jenter i bostedsområdene i perioden 2019 til 2021.

Tabell 4.3. Nye pasienter i psykisk helsevern for barn og unge etter bostedsregion, 2019-2021.

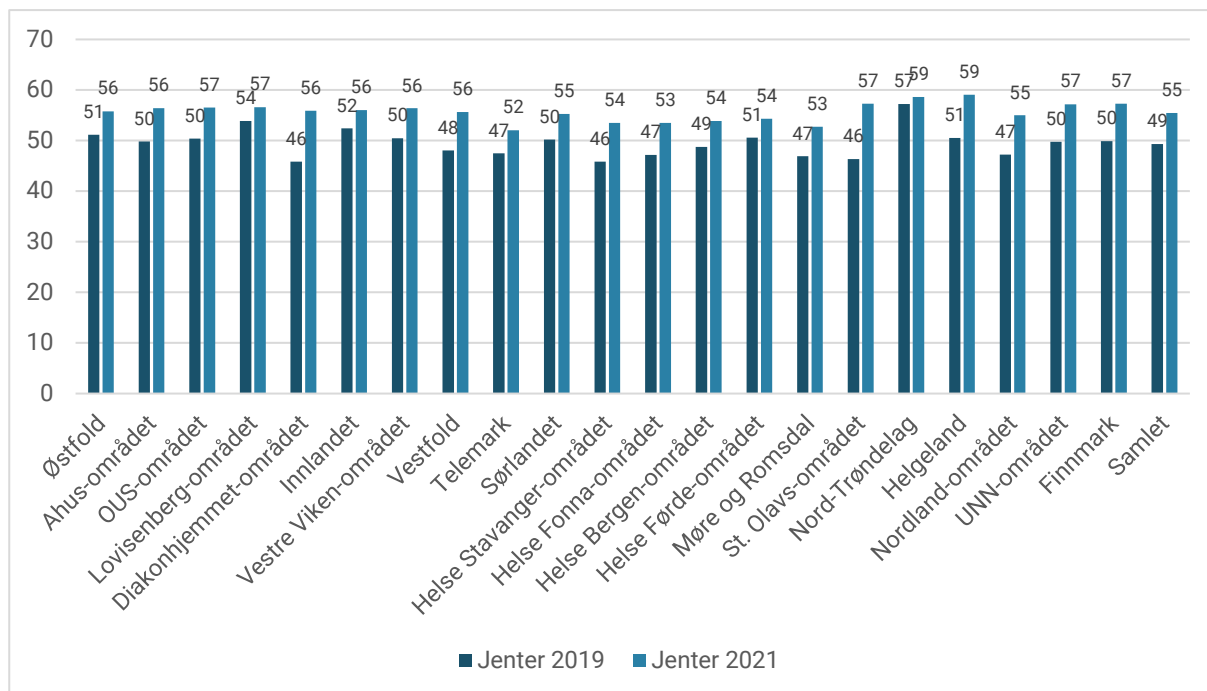
Bosted	2019	2020	2021	Endring 2019-2021		Endring 2020-2021	
				N	Prosent	N	Prosent
Sør-Øst	14 191	14 242	17 132	2 941	20,7	2 890	20,3
Vest	5 582	5 925	6 941	1 359	24,3	1 016	17,1
Midt-Norge	3 512	3 674	4 235	723	20,6	561	15,3
Nord	2 630	2 769	3 076	446	17,0	307	11,1
Utlandet/ bosted mangler	16	28	18	2	12,5	-10	-35,7
<b>Totalt</b>	<b>25 931</b>	<b>26 638</b>	<b>31 402</b>	<b>5 471</b>	<b>21,1</b>	<b>4 764</b>	<b>17,9</b>

Fra 2019 til 2021 var det vekst i antall nye pasienter i alle regioner, størst for pasienter bosatt i Vest (+24 prosent) og minst for pasienter bosatt i region Nord (+17 prosent). Den største veksten kom fra 2020 til 2021 i samtlige regioner.

Det var også vekst i nye pasienter i nesten samtlige bostedsområder når man sammenlikner 2019 og 2021. I tabell v1 i vedlegget vises tallene for de enkelte bostedsområdene.

I figur 4.3 viser andel jenter blant de nye pasientene i bostedsområdene i 2019 og 2021.

Figur 4.3. Prosentandel jenter blant nye pasienter i PHV-BU etter bostedsområde, 2019 og 2021.



Figuren viser at andelen jenter i PHV-BU økte i alle bostedsområder fra 2019 til 2021 blant nye pasienter. Samlet økte andelen jenter fra 49 i 2019 til 55 prosent i 2021. Veksten var imidlertid ulik mellom bostedsområdene. Blant nye pasienter hadde Nord-Trøndelag høyeste andel jenter både i 2019 (57 prosent) og 2021 (59 prosent), mens St. Olavs-område var blant områdene med laveste andel i 2019 (46 prosent). Her var imidlertid veksten i andel jenter størst i perioden, og i 2021 hadde St. Olavs-område en jenteandel på 57 prosent blant de nye pasientene. I 2019 var jenteandelen under 50 prosent i 10 av bostedsområdene, mens i 2021 hadde alle områder over 50 prosent andel jenter blant nye pasienter i PHV-BU.

## 4.4 Kjennetegn ved start av behandlingsforløp i PHV-BU

### 4.4.1 Henvisningsgrunn og henvisende instans

Ved henvisning fra førstelinjetjenesten og andre instanser oppgis hva som ligger til grunn for henvisningen. I pasientdata gjengis dette i form av koder knyttet til variabelen "henvisningsgrunn barnet". Det kan være oppgitt flere henvisningsgrunner, her gjengis viktigste henvisningsgrunn.

I tabell 4.5 presenteres fordelingen på viktigste henvisningsgrunn, fordelt på kjønn.

Tabell 4.5. Viktigste henvisningsgrunn barnet 2021, endring fra 2019 og 2020. Totalt og fordelt på kjønn.

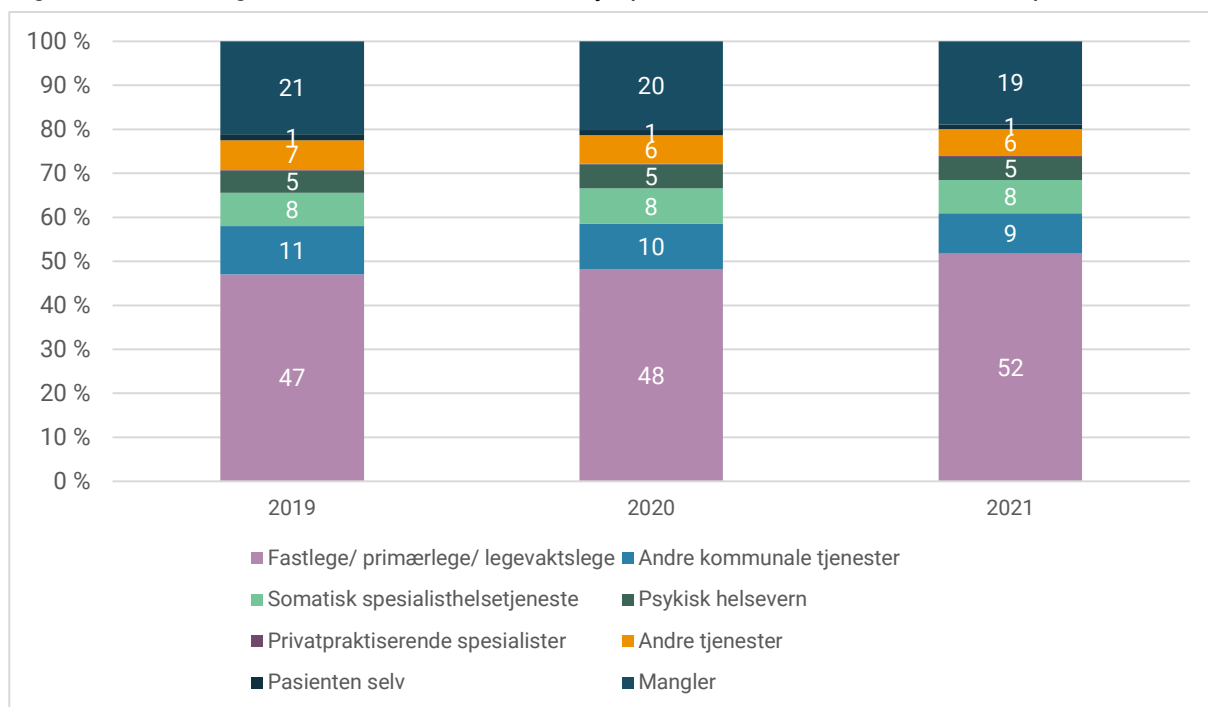
	2021		Endring 2019-2021		Endring 2020-2021		Jenter - endring 2019-2021		Gutter - endring 2019-2021	
	N	Andel	N	Prosent	N	Prosent	N	Prosent	N	Prosent
Alvorlig bekymring for barn under 6 år	669	1,9	40	6,4	46	7,4	35	14,5	5	1,3
Mistanke om gjennomgripende utviklingsforstyrrelse (autisme)	1 017	2,8	145	16,6	252	32,9	60	25,2	85	13,4
Mistanke om trasslidelse / adferdsforstyrrelse	1 628	4,6	-58	-3,4	114	7,5	34	6,3	-92	-8,0
Mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)	5 127	14,4	1454	39,6	1322	34,7	772	63,5	682	27,8
Mistanke om Tourette syndrom	508	1,4	160	46,0	152	42,7	89	96,7	71	27,7
Skolevegring	187	0,5	-16	-7,9	53	39,6	9	9,9	-25	-22,3
Mistanke om angstlidelse	3 002	8,4	490	19,5	563	23,1	512	31,7	-22	-2,5
Mistanke om tvangstanker / tvangshandlinger	632	1,8	110	21,1	94	17,5	96	33,0	14	6,1
Mistanke om spiseforstyrrelse	1 252	3,5	589	88,8	284	29,3	574	99,7	15	17,2
Mistanke om depresjon	3 755	10,5	1 007	36,6	701	23,0	910	50,7	97	10,2
Mistanke om bipolar lidelse	65	0,2	9	16,1	-15	-18,8	15	48,4	-6	-24,0
Vedvarende og alvorlig selvskading	180	0,5	33	22,4	36	25,0	34	26,2	-1	-5,9
Mistanke om psykose	194	0,5	58	42,6	34	21,3	35	52,2	23	33,3
Alvorlige psykiske reaksjoner etter traumer, kriser eller katastrofer	1370	3,8	106	8,4	167	13,9	148	21,9	-42	-7,2
Alvorlige psyk. symptom sekundært til somatisk sykdom	112	0,3	-20	-15,2	9	8,7	-5	-7,2	-15	-23,8
Annet	4 641	13,0	518	12,6	179	4,0	517	25,4	1	0,0
Mangler kode	11 379	31,9	1772	18,4	1 441	14,5	1 868	35,6	-96	-2,2
Totalt	35 718	100	6 397	21,8	5 431	17,9	5 703	38,1	694	4,8

I 2021 var det oppgitt henvisningsgrunn knyttet til barnet for 68 prosent av pasientene som startet behandlingsforløpet i PHV-BU. Andelen uten henvisningsgrunn avtok fra 33 til 32 prosent i perioden 2019 til 2021.

Blant de nye pasientene hvor det var oppgitt årsak til henvisningen, var mistanke om hyperkinetisk forstyrrelser (ADHD) den hyppigst oppgitte årsaken. Dette gjaldt for alle de tre årene i perioden 2019 til 2021. Denne årsaken til henvisning til PHV-BU utgjorde 14 prosent blant de nye pasientene i 2021. Deretter kom mistanke om depresjon med 10,5 prosent og mistanke om angstlidelse med 8,4 prosent. Mistanke om spiseforstyrrelser omfattet en mindre andel av de nye pasientene (3,5 prosent) i 2021, men for denne kategorien var det en vekst på nesten 89 prosent fra 2019 til 2021, spesielt gjaldt dette for jenter (+100 prosent).

Pasienter som tas til behandling i psykisk helsevern, er i de fleste tilfeller henvist fra førstelinjetjenesten. I figur 4.4 presenteres fordelingen av henvisende instans for de nye pasientene i PHV-BU i 2021.

Figur 4.4. Fordeling av henvisende instans for nye pasienter i PHV-BU i 2019-2021, prosentandel.



Henvising fra fastlegen er den vanligste veien inn til PHV-BU. I 2021 stod fastlegen for over halvparten av henvisningene (52 prosent) blant nye pasienter. Andre kommunale tjenester (9 prosent) og somatisk spesialisthelsetjeneste (8 prosent) utgjorde de øvrige store henvisningsinstansene. Henvisninger fra andre deler av psykisk helsevern utgjorde om lag 5 prosent av henvisningene. Fastlegen stod for en økende andel av henvisningene i perioden 2019 til 2022.

#### 4.4.2 Omsorgsnivå

De fleste pasientene i PHV-BU starter behandlingsforløpet i poliklinisk behandling. Dette var også tilfelle for de nye pasientene i årene 2019 til 2021. Om lag 94 prosent startet behandlingen med en poliklinisk kontakt alle år. I tabell 4.4 ser man fordelingen på omsorgsnivå i første kontakt blant nye pasienter i for årene 2019, 2020 og 2021.

Tabell 4.4 viser omsorgsnivå ved start av behandling for nye pasienter i PHV-BU i perioden 2019 til 2021.

Tabell 4.4. Nye pasienter i psykisk helsevern for barn og unge etter omsorgsnivå ved start av henvisningsperioden, 2019-2021<sup>12</sup>.

Omsorgsnivå	2019	2020	2021	Endring 2019-2021		Endring 2020-2021	
				N	Prosent	N	Prosent
Døgnopphold	1 554	1 820	2 220	666	42,9	400	22,0
Dagbehandling	109	80	62	-47	-43,1	-18	-22,5
Poliklinisk kontakt	27 658	28 387	33 436	5 778	20,9	5 049	17,8
Totalt	29 321	30 287	35 718	6 397	21,8	5 431	17,9

Tabell 4.4 viser at det i perioden 2019 til 2021 var en kraftig vekst i nye pasienter hvor starten av behandlingen i PHV-BU var et døgnopphold (+43 prosent). Korrigert for manglete data i 2019 og 2020, var veksten på 42 prosent. Det var også klar vekst i nye pasienter hvor det første møte med tjenesten var en poliklinisk kontakt (+21 prosent). For pasienter i døgnbehandling var det tydelig vekst begge år, mens for pasienter med poliklinisk kontakt først i behandlingsforløpet var veksten størst siste år.

#### 4.5 Start av behandlingsforløp i døgnbehandling

Tabell 4.6 viser omfanget av nye pasienter som årlig startet forløpet i PHV-BU i døgnbehandling i perioden 2019 til 2021, fordelt på kjønn.

Tabell 4.6. Nye pasienter i døgnbehandling i PHV-BU fordelt på kjønn, 2019-2021.<sup>13</sup>

Kjønn	2019	2020	2021	Endring 2019-2021		Endring 2020-2021	
				N	Prosent	N	Prosent
Jenter	1 162	1 383	1 781	619	53,3	398	28,8
Gutter	392	437	427	35	8,9	-10	-2,3
Totalt	1 554	1 820	2 208	654	42,1	388	21,3

Samtlige år i perioden 2019-2021 var det langt flere jenter enn gutter som startet behandlingsforløpet i PHV-BU i døgnbehandling. Fra 2019 til 2021 var det også en sterkere vekst for jenter (+53 prosent) enn gutter (+9 prosent), noe som tilsvarer 619 flere jenter og 35 flere gutter. For gutter var det kun vekst fra 2019 til 2020, mens for jenter var det vekst begge år, sterkest fra 2020 til 2021. Andelen jenter med start behandlingsforløp i døgnbehandling økte derfor med 6 prosentpoeng fra 75 prosent i 2019 til 81 prosent i 2021.

<sup>12</sup> Data for NKS Østbyttet behandlingssenter mangler for 2019 og 2020. I analyse av døgnpasienter senere i kapitlet vil tall for 2021 for denne institusjonen holdes utenfor analysen for å gjøre datagrunnlaget sammenliknbart over år.

I analysen av polikliniske pasienter vil pasienter som hadde et døgnopphold og en poliklinisk kontakt samme dag, holdes utenfor analysen. Antall pasienter i disse analysene vil derfor avvike noe fra tall i tabell 4.4 hvor alle henvisningsperioder er med.

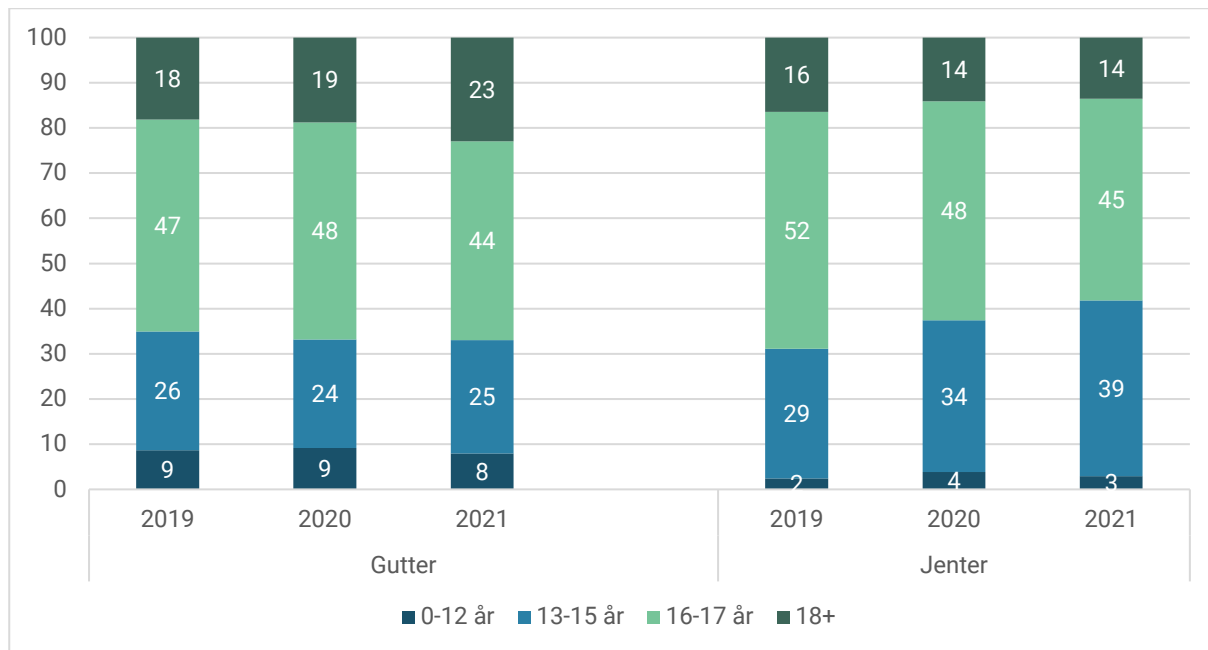
<sup>13</sup> Data for NKS Østbyttet behandlingssenter mangler for 2019 og 2020. Tall for døgnpasienter for 2021 for denne institusjonen er holdt utenfor denne analysen for å gjøre datagrunnlaget sammenliknbart over år.



I 2019 utgjorde pasienter i alderen 16-17 år den største gruppen blant nye døgnpasienter. Fra 2019 til 2021 økte antallet pasienter i alderen 13-15 år sterkt (+83 prosent), spesielt gjaldt dette jenter (+107 prosent).

Figur 4.5 viser utviklingen i den prosentvise fordelingen for de ulike aldersgruppene for jenter og gutter i døgnbehandling i perioden 2019 til 2021.

Figur 4.5. Prosentandel pasienter med start i døgnbehandling fordelt på kjønn og alder, 2019-2021.



I perioden 2019 til 2021 økte andelen jenter i alderen 13-15 år som startet behandlingsforløpet i døgnbehandling i PHV-BU fra 29 til 39 prosent. Blant gutter avtok andelen pasienter under 18 år, mens andelen over 17 år økte fra 2019 (18 prosent) til 2021 (23 prosent).

#### 4.5.1 Henvisningsgrunn

I 2019 og 2021 manglet henvisningsgrunn for 70 prosent av pasientene som startet forløpet i PHV-BU i døgnbehandling. Dette er trolig knyttet til høy andel innleggelser som øyeblikkelig hjelp.

For pasienter hvor det var oppgitt årsak til henvisning, var den hyppigste henvisningsgrunnen mistanke om depresjon samtlige tre år. I løpet av perioden økte depresjon som henvisningsgrunn med 67 prosent. Den nest hyppigste henvisningsgrunnen var mistanke om spiseforstyrrelse. For denne årsaken til henvisning til PHV-BU, var det en vekst på nesten 98 prosent fra 2019 til 2021 blant pasientene som startet forløpet i PHV-BU i døgnbehandling.

#### 4.5.2 Tilstand/diagnose

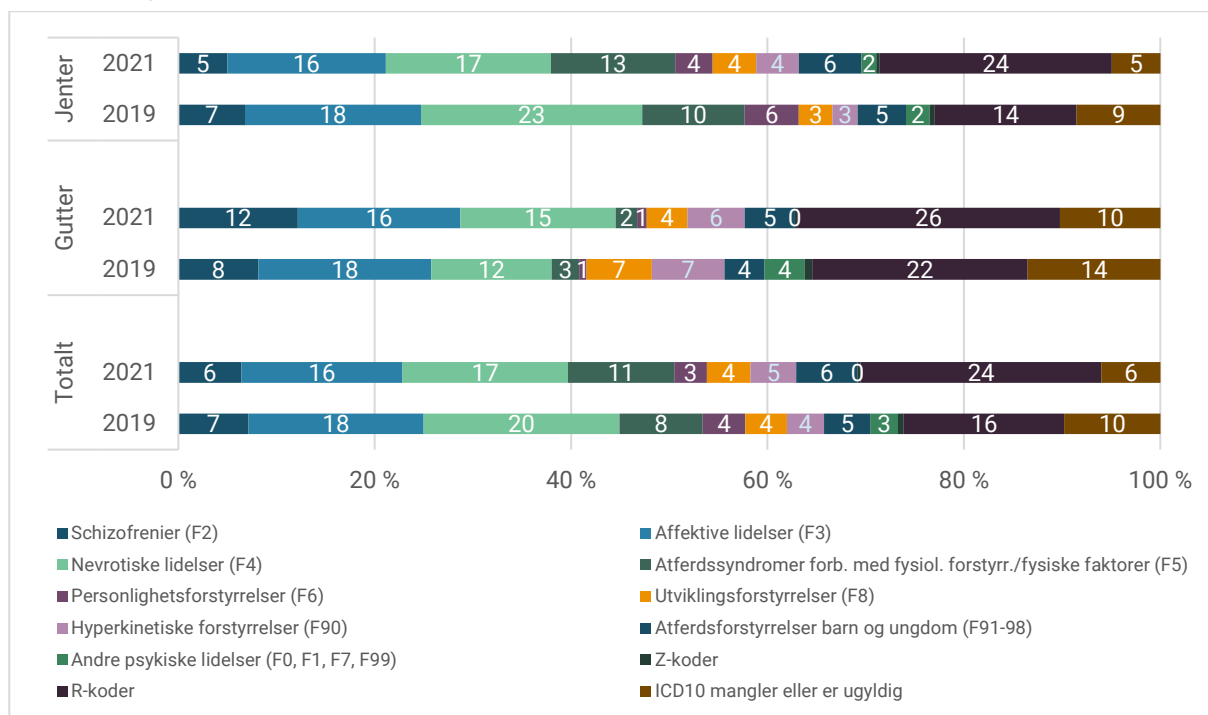
For å belyse pasientenes tilstand/diagnose ved start av forløpet i døgnbehandling, benyttes rapportert hovedtilstand på akse 1 klinisk psykiatrisk syndrom i det multiaksiale klassifikasjonssystemet (ICD-10) i PHV-BU.

I fortsettelsen omtales "Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (F5)" som spiseforstyrrelser, da det i all hovedsak er tilstander i kategoriblokken F50 spiseforstyrrelser.

Blant pasientene som startet forløpet i PHV-BU i døgnbehandling, hadde de fleste pasientene en R-kode<sup>14</sup> ved start av behandlingen (24 prosent). Det var også størst vekst for denne gruppen (+109 prosent) fra 2019 til 2021. For de øvrige diagnosekategoriene, var det størst vekst i antallet pasienter med spiseforstyrrelser (F5) (+77 prosent) og hyperkinetiske forstyrrelser (F90) (+71 prosent). Veksten gjaldt imidlertid bare for jenter. Prosentvis økte antallet jenter med hyperkinetiske forstyrrelser (F90) med 157 prosent, atferdsforstyrrelser (F91-98) med 100 prosent og spiseforstyrrelser med 86 prosent i perioden 2019-2021. For gutter var det små tall, men størst var veksten for pasienter med schizofrenier (F2) (+56 prosent) og nevrotiske lidelser (F4) (+34 prosent).

Figur 4.6 viser prosentvis fordeling for diagnosekategoriene blant de nye døgnpasientene i 2019 og 2021 for begge kjønn ved start av behandlingen i PHV-BU.

Figur 4.6 Hovedtilstand for nye pasienter ved start av forløpet i døgnbehandling i PHV-BU i 2019 og 2021, fordelt på kjønn. Prosentandel.



Figuren viser at blant de nye pasientene som startet forløpet i døgnbehandling, var det en klar vekst i andelen med R-koder fra 16 prosent i 2019 til 24 prosent i 2021. Det var vekst for begge kjønn, og i 2021 var andelen med R-koder omtrent i samme størrelsesorden for både jenter og gutter. At en større andel av de nye pasientene var under utredning med en R-kode i 2021 enn i 2019, kan være et uttrykk for større press på tjenesten og/eller indikere mer komplekse tilstander. Spiseforstyrrelser (F5) utgjorde også en

<sup>14</sup> R-koder er beskrivelse av symptomer som kan være tilstede ved flere lidelser. R-koder er derfor uspesifikke symptombeskrivelser. R-kodene er i kapittel XVIII Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted. R-koder benyttes i stedet for tentative diagnoser (foreløpige diagnoser, arbeidshypoteser) mens pasienten er under utredning, inntil en har tilstrekkelig informasjon for å fastsette en diagnose (Direktoratet for E-helse, 2018).

større andel blant de nye døgnpasientene i 2021 enn i 2019. Dette gjaldt primært for jenter, hvor andelen økte fra 10 til 13 prosent i perioden. Blant jenter var også andelen med hyperkinetiske forstyrrelser (F90), atferdsforstyrrelser (F91-98) og utviklingsforstyrrelser (F8) noe større i 2021 enn i 2019. For gutter økte andelen døgnpasienter med schizofrenier (F2) fra 8 til 12 prosent, og nevrotiske lidelser (F4) fra 12 til 15 prosent i perioden.

#### 4.5.3 Hastegrad ved start av døgnopphold

Ved start av behandlingen i psykisk helsevern kartlegges behov for øyeblikkelig hjelp. Akutt initierte forløp er her definert som nye pasienter der det er angitt behov for øyeblikkelig hjelp i første avdelingsopphold.

I tabell 4.7 vises angitt hastegrad for nye pasienter i døgnbehandling for årene 2019, 2020 og 2021.

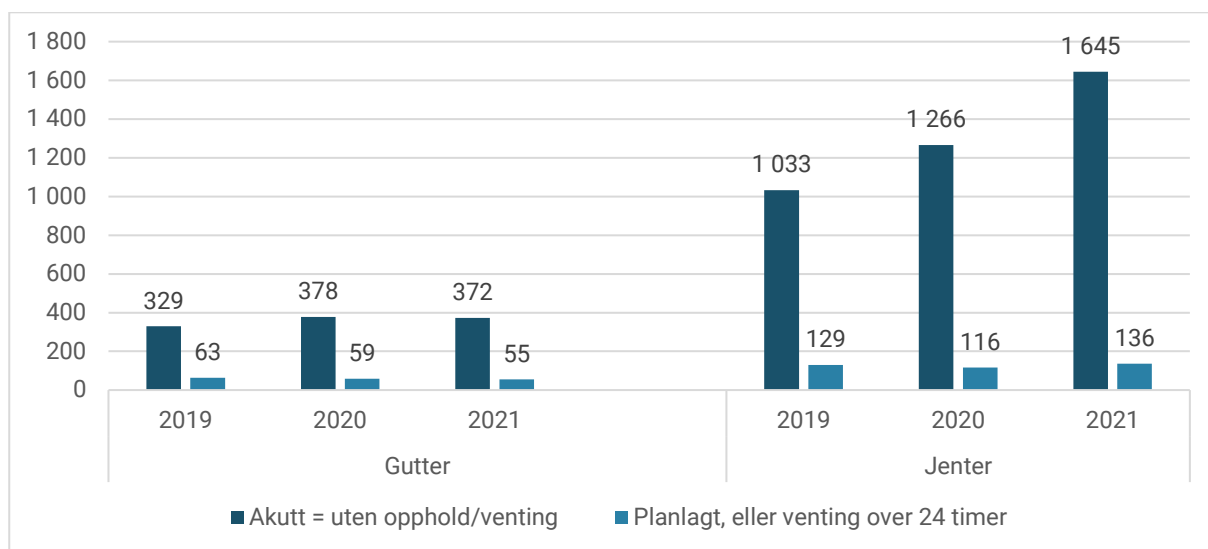
Tabell 4.7 Angitt hastegrad for nye pasienter med start døgnbehandling i PHV-BU, 2019-2021.

Hastegrad	2019	2020	2021	Endring 2019-2021		Endring 2020-2021	
				N	Prosent	N	Prosent
Akutt = uten opphold/venting	1 362	1 644	2 017	655	48,1	373	22,7
Planlagt, eller venting over 24 timer	192	175	191	-1	-0,5	16	9,1
Totalt	1 554	1 820	2 208	654	42,1	388	21,3
Prosentandel akutt	88	90	91				

En svært høy andel av de nye pasientene i døgnbehandling i PHV-BU hadde akutt start av forløpet. Andelen økte fra 88 prosent i 2019 til 91 prosent i 2021. Det var vekst på 48 prosent i akutt initierte forløp, mens planlagte nye forløp gikk svakt ned i toårsperioden. Fra 2020 til 2021 var det igjen en vekst i planlagte forløp (+9 prosent).

Figur 4.7 viser hastegrad ved pasientens ankomst til helseinstitusjonen/start døgnbehandling fordelt på kjønn.

Figur 4.7 Antall nye pasienter med start i døgnbehandling i PHV-BU fordelt etter kjønn og hastegrad i første kontakt, 2019-2021.



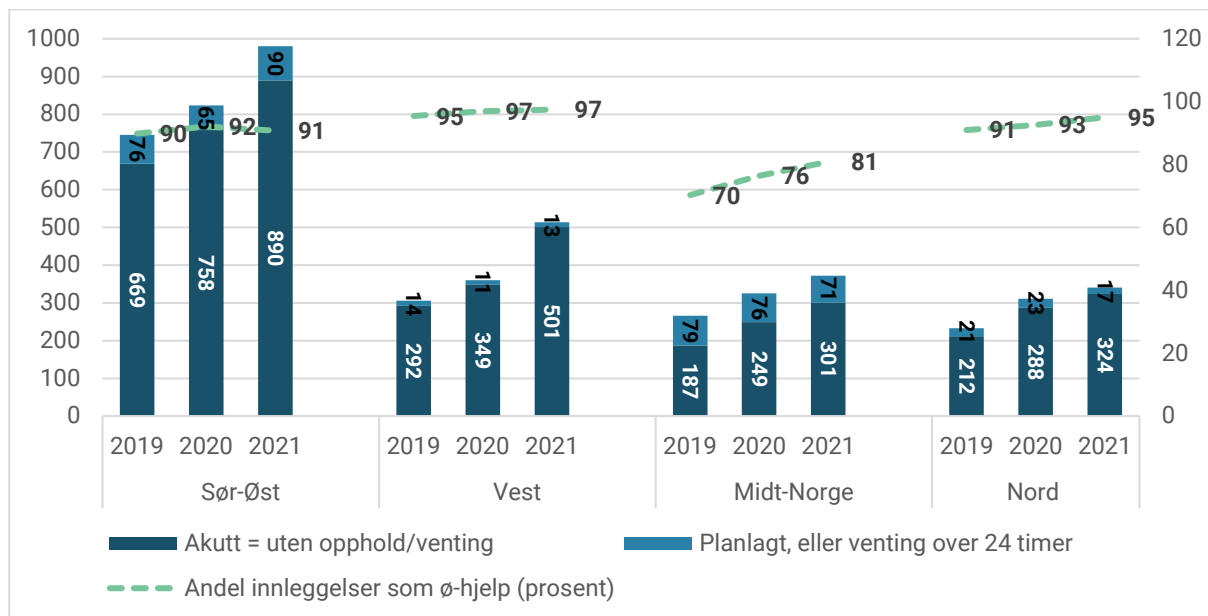
Figuren viser at det var langt flere jenter enn gutter som startet behandlingsforløpet i døgnbehandling som øyeblikkelig-hjelp i perioden 2019 til 2021. Jenter hadde også et høyere volum av planlagte forløp enn gutter i perioden, med et forholdstall på om lag 2:1.

Fra 2019 til 2021 økte i tillegg akutt initierte forløp i døgnbehandling blant jenter med 59 prosent, og spesielt i aldersgruppen 13-15 år (+121 prosent). Figuren viser at det både var vekst fra 2019 til 2020, og fra 2020 til 2021. For gutter var veksten lavere (+13 prosent) i perioden.

Planlagte forløp i døgnbehandling økte kun for jenter fra 2019 til 2021 (+5 prosent).

Figur 4.8 viser omfanget av pasienter i døgnbehandling i regionene fordelt på ø-hjelp/akutt versus elektiv start. Stiplet linje viser andelen ø-hjelp.

Figur 4.8. Antall nye pasienter med start i døgnbehandling fordelt etter bostedsregion og hastegrad i første kontakt, 2019-2021.



Det var vekst i nye pasienter med akutt start av døgnbehandlingen i alle regioner fra 2019 til 2021. Veksten var størst i Vest og Midt-Norge med henholdsvis 72 og 61 prosent. Økningen i akutt initierte forløp var noe lavere for pasienter i Nord (+53 prosent) og Sør-Øst (+33 prosent). Det var imidlertid variasjoner innad i regionene.

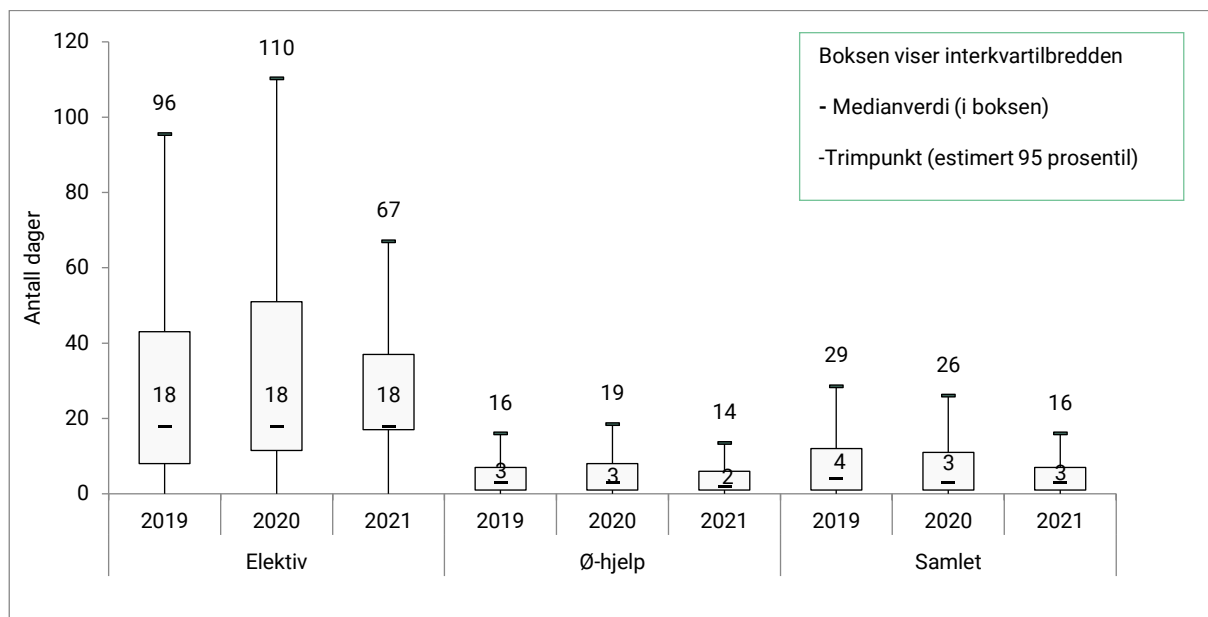
For nye pasienter med elektiv start på døgnbehandlingen, var det kun vekst for pasientpopulasjonen i Sør-Øst (+34 prosent). For de andre regionene var det noe nedgang i planlagte innleggelses i perioden 2019 til 2021.

Den stiplede linjen i figur 4.8 angir hvor stor prosentandel pasienter med akutt initierte forløp utgjorde av totalt antall nye pasienter i døgnbehandling per år. Det var vekst i andel akutte innleggelses i samtlige regioner fra 2019 til 2021. Andelen ø-hjelp var høyest i Vest (95-97 prosent) og lavest i Midt-Norge (70-81 prosent) alle år. Det var imidlertid størst vekst i andelen ø-hjelp blant pasienter bosatt i Midt-Norge fra 2019 til 2021.

#### 4.5.4 Varighet av døgnopphold

Figur 4.9 presenterer varighet av døgnbehandling etter hastegrad ved innleggelse. Beskrivelse av beregninger av varighet er omtalt under avsnittet "Data og metode".

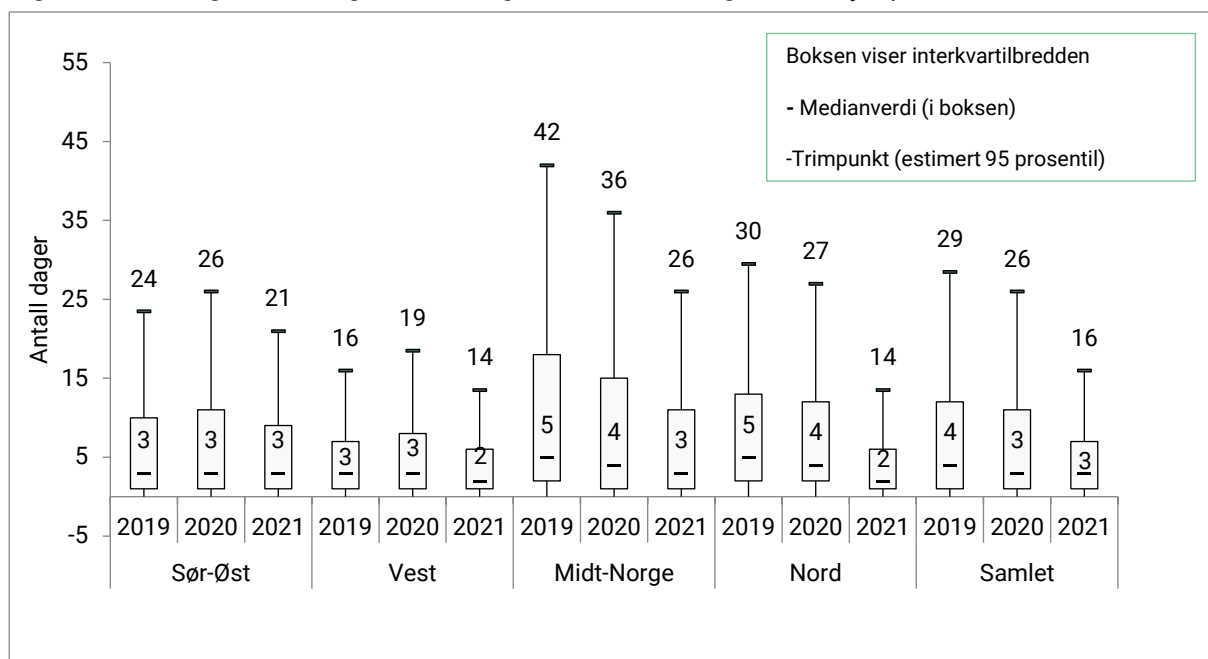
Figur 4.9. Varighet av døgnbehandling etter hastegrad for nye pasienter i PHV-BU, 2019-2021.



Figuren viser at varigheten av døgnopphold for nye pasienter avtok fra fire dager i 2019 til tre dager i 2021, målt i median varighet. Døgnopphold som startet med en øyeblikkelig-hjelp-innleggelse avtok fra tre dager i 2019 til to dager i 2021. Elektive eller planlagte opphold hadde en median varighet på 18 dager både 2019 og 2021. For de planlagte innleggelsene ble de lange døgnoppholdene kortere i perioden. I 2019 var 95 prosent av døgnoppholdene avsluttet innen 96 dager, mens i 2021 var 95 prosent av oppholdene avsluttet innen 67 dager. For begge kjønn ble de lange oppholdene kortere, og for jenter gikk median varighet ned fra 4 til 3 dager i perioden 2019 til 2021. For gutter var varigheten uendret (median 3 dager) i hele perioden.

Utviklingen i den totale varigheten av oppholdene var både preget av at de akutte oppholdene gikk ned, og at andelen akutte opphold økte i perioden. Vi skiller ikke på elektive og akutte opphold i figur 4.10 hvor vi presenterer utviklingen i regionene.

Figur 4.10. Varighet av døgnbehandling etter bostedsregion for nye pasienter i PHV-BU, 2019-2021.



Figuren viser i likhet med figur 4.9 at varigheten av døgnopphold avtok fra fire dager i 2019 til tre dager i 2021 for de nye pasientene i PHV-BU, målt i median varighet. For pasienter i Sør-Øst og Midt-Norge var median antall dager lik varigheten for landet (3 dager) i 2021, mens for pasienter i Vest og Nord var varigheten 2 dager.

I Vest, Midt-Norge og Nord avtok varigheten på oppholdene i perioden 2019 til 2021, målt i median varighet. Midt-Norge og Nord hadde de lengste oppholdene i 2019, og i disse regionene ble det færre lange opphold i perioden 2019 til 2021. Andel ø-hjelp økte mest blant pasienter bosatt i Midt-Norge og Nord, og bidro til kortere varighet. Ø-hjelpsoppholdene var betydelig kortere enn de planlagte oppholdene i alle regioner.

#### 4.6 Poliklinisk start av behandlingsforløp

I tabell 4.8 presenteres omfanget av nye pasienter som årlig startet forløpet i PHV-BU i poliklinisk behandling i perioden 2019 til 2021, fordelt på kjønn.<sup>15</sup>

Tabell 4.8. Nye pasienter i poliklinisk behandling i psykisk helsevern for barn og unge fordelt på kjønn, 2019-2021.

Kjønn	2019	2020	2021	Endring 2019-2021		Endring 2020-2021	
				N	Prosent	N	Prosent
Jenter	13 720	14 744	18 755	5 035	36,7	4 011	27,2
Gutter	13 933	13 645	14 577	644	4,6	932	6,8
Totalt	27 653	28 389	33 332	5 679	20,5	4 943	17,4

<sup>15</sup> I analysen av polikliniske pasienter vil pasienter som hadde et døgnopphold og en poliklinisk kontakt samme dag, holdes utenfor analysen. Antall pasienter i disse analysene vil derfor avvike noe fra tall i tabell 4.4 hvor alle henvisningsperioder er med.

I 2019 var det nesten like mange jenter som gutter blant de nye pasientene som hadde en poliklinisk kontakt i første møte med psykisk helsevern for barn og unge. Fra 2019 til 2021 var det en klar vekst i nye pasienter med polikliniske start på behandlingsforløpet (+21 prosent), spesielt gjaldt dette jenter (+37 prosent). Størst var vekten blant jenter i aldersgruppen 13-15 år (+60 prosent). Veksten var betydelig lavere for gutter (+5 prosent). Det ble dermed flere jenter enn gutter blant de nye pasientene med poliklinisk start på behandlingen i løpet av perioden, og jenteandelen økte fra 50 prosent i 2019 til 56 prosent i 2021.

#### 4.6.1 Hastegrad ved start av polikliniske behandlingsforløp

Ved start av behandlingen i psykisk helsevern kartlegges det om pasienten har behov for øyeblikkelig hjelp. Akutt initierte forløp er her definert som nye pasienter der det er angitt behov for øyeblikkelig hjelp i første poliklinisk kontakt.

I tabell 4.9 vises angitt hastegrad for nye pasienter i polikliniske forløp for årene 2019, 2020 og 2021.

Tabell 4.9. Angitt hastegrad for nye pasienter med start poliklinisk kontakt i psykisk helsevern for barn og unge, 2019-2021.

Hastegrad	2019	2020	2021	Endring 2019-2021		Endring 2020-2021	
				N	Prosent	N	Prosent
Akutt = uten opphold/venting	2 209	2 196	2 431	222	10,0	235	10,7
Planlagt, eller venting over 24 timer	25 441	26 187	30 898	5 457	21,4	4 711	18,0
Totalt	27 653	28 389	33 332	5 679	20,5	4 943	17,4

Blant de nye pasientene med poliklinisk start på forløpet i PHV-BU, var andelen med akutt start av forløpet langt lavere enn i døgnbehandling, og holdt seg relativt stabil rundt 7-8 prosent i perioden. Dette betyr at rundt 93 prosent av forløpene med polikliniske start var elektive. Det var en vekst på 10 prosent i akutt initierte polikliniske forløp fra 2019 til 2021, mens planlagte nye polikliniske forløp økte med 21 prosent. For jenter i alderen 13-15 år økte de akutte forløpene med poliklinisk start med 71 prosent, og de elektive forløpene med 59 prosent.

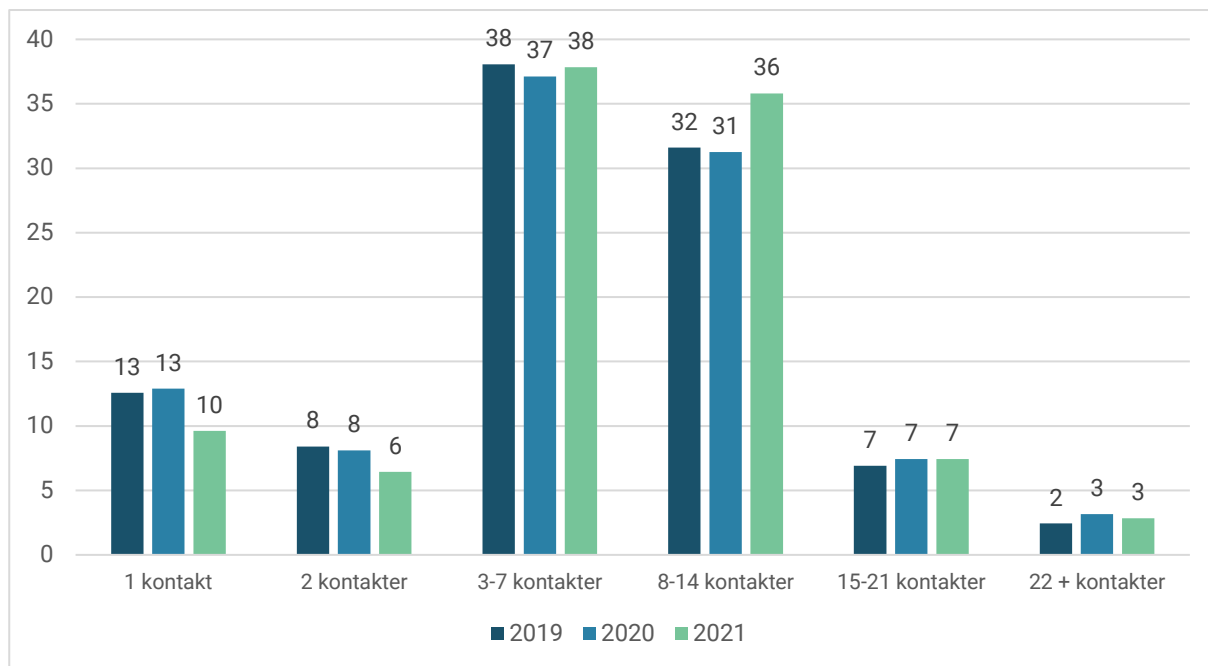
#### 4.6.2 Kontakter i polikliniske behandlingsforløp

Nye polikliniske pasienter mottok flere konsultasjoner etter forløpets tre første måneder (90 dager) i 2021 (7 konsultasjoner) enn i 2019 (6 konsultasjoner), målt i median antall konsultasjoner. Økningen var ytterligere forsterket lenger ut i forløpet. Dette kan indikere en endret pasientpopulasjon med behov for lengre behandlingssekvenser i poliklinikk i 2021 enn i 2019. Det var ingen forskjeller mellom 2019 og 2021 i volum av kontakter etter 30 eller 60 dager.

Vi ser her nærmere på behandlingsintensitet i de polikliniske behandlingsforløpenes første måneder. Dette belyses ved å se på volum av kontakter pasientene mottar i løpet av forløpenes tre første måneder (90 dager). Dette betyr at det er det samme observasjonsintervallet for alle pasienter.

Figur 4.11 viser andel pasienter som mottok en eller flere kontakter i løpet av forløpets første tre måneder (90 dager), etter første kontakt med PHV-BU i 2019 til 2021.

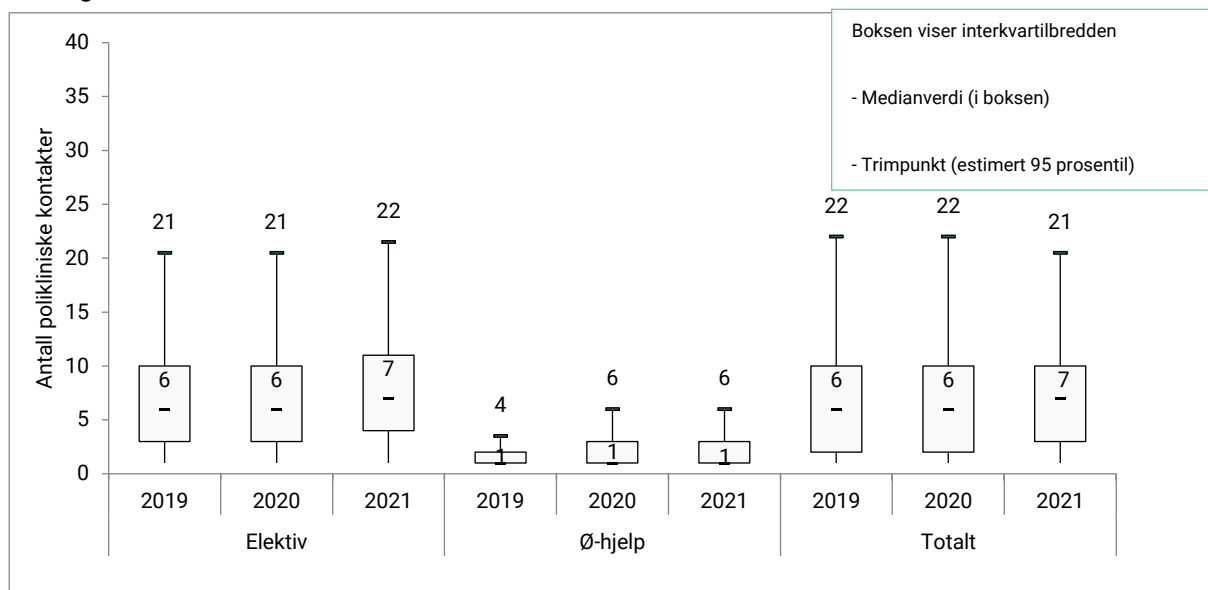
Figur 4.11. Andel polikliniske kontakter i løpet av forløpets 90 første dager i PHV-BU, 2019-2021.



Figuren viser at blant de nye pasientene som hadde poliklinisk behandling i PHV-BU i 2021, mottok 38 prosent mellom 3-7 kontakter og 36 prosent mellom 8-14 kontakter i løpet av de tre første månedene i behandlingsforløpet. I løpet av perioden 2019 til 2021 økte andelen som fikk mellom 8-14 kontakter, mens andelen som mottok 1-2 kontakter gikk ned. Andelen som hadde svært mange kontakter (15 eller flere) i løpet av de første 90 dagene av behandlingsforløpet, var omtrent uendret i perioden på om lag 10 prosent.

Figur 4.12 viser fordelingen av kontakter i løpet av de første 90 dagene i behandling, fordelt på elektiv og akutt start av behandlingsforløpet.

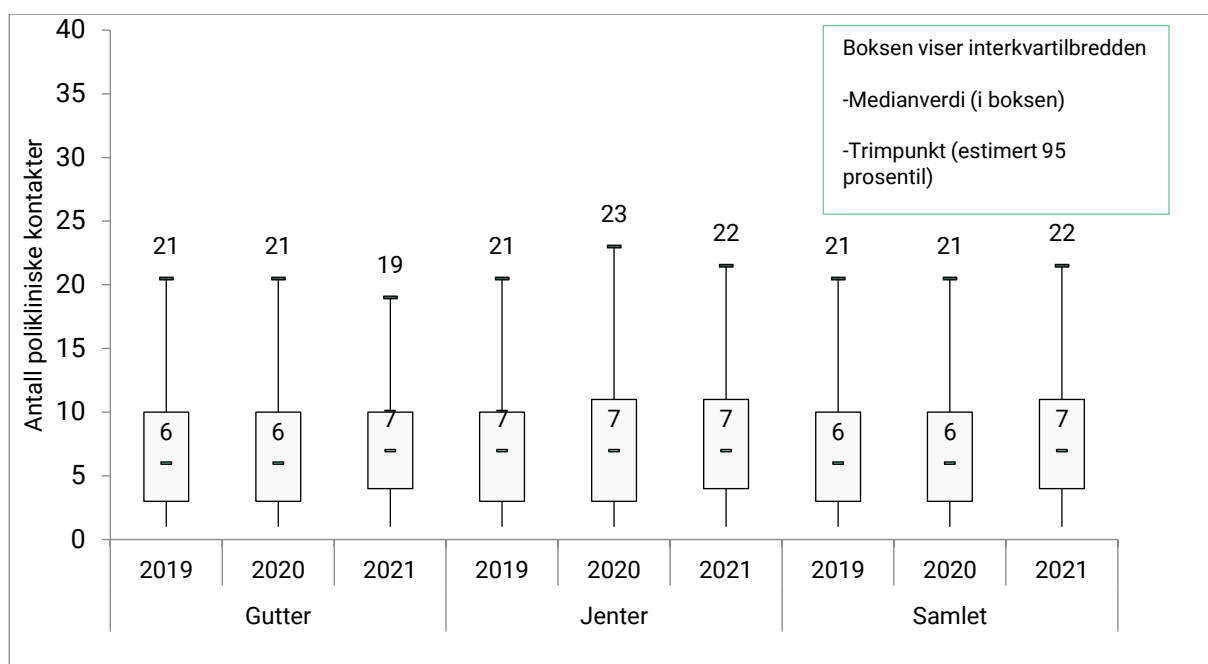
Figur 4.12. Fordeling av polikliniske kontakter i løpet av forløpets 90 første dager i PHV-BU etter hastegrad, 2019-2021.





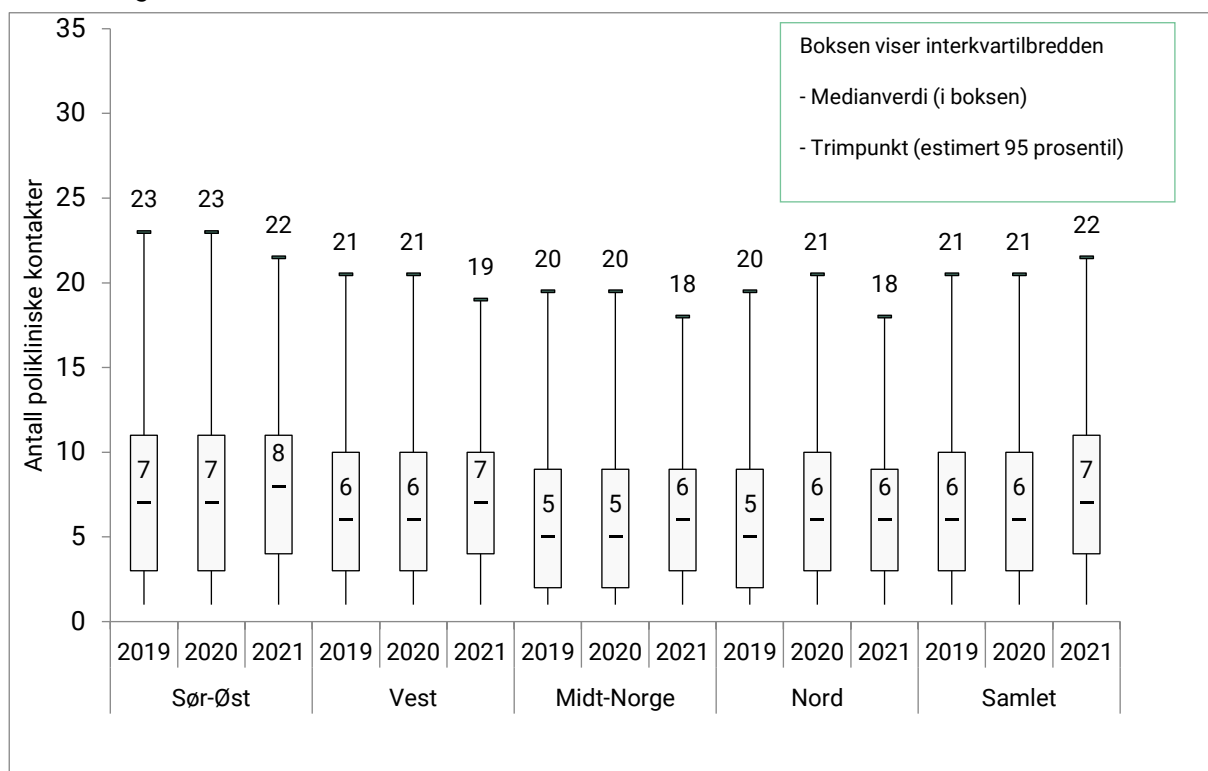
Figur 4.13 viser at pasienter i elektive polikliniske forløp hadde flere kontakter enn pasienter i akutt initierte forløp alle tre år. I 2021 mottok halvparten av pasientene i planlagte forløp syv kontakter etter 90 dager i behandling. I noen forløp var det flere kontakter i løpet av de tre første månedene, men i kun fem prosent av forløpene var det mer enn 22 kontakter (estimert 95 prosentil). I akutt initierte forløp var medianvedien lik en kontakt. I elektive forløp økte antallet kontakter fra seks i 2019 til syv kontakter i 2021, målt i median antall kontakter. Det var liten endring i akutte polikliniske forløp i perioden, men fordelingen av boksplottene viser at spredningen var noe større i 2021 enn i 2019. Dette betyr at noen pasienter fikk flere kontakter også i akutte forløp, men kun i fem prosent av forløpene (estimert 95 prosentil) var det mer enn seks kontakter. Elektive forløp utgjorde som tidligere omtalt 93 prosent av de polikliniske forløpene i 2021. I figur 4.13, 4.14 og 4.15 inngår kun elektive polikliniske forløp.

Figur 4.13. Fordeling av polikliniske kontakter i løpet av forløpets første 90 dager i PHV-BU etter kjønn, 2019-2021.



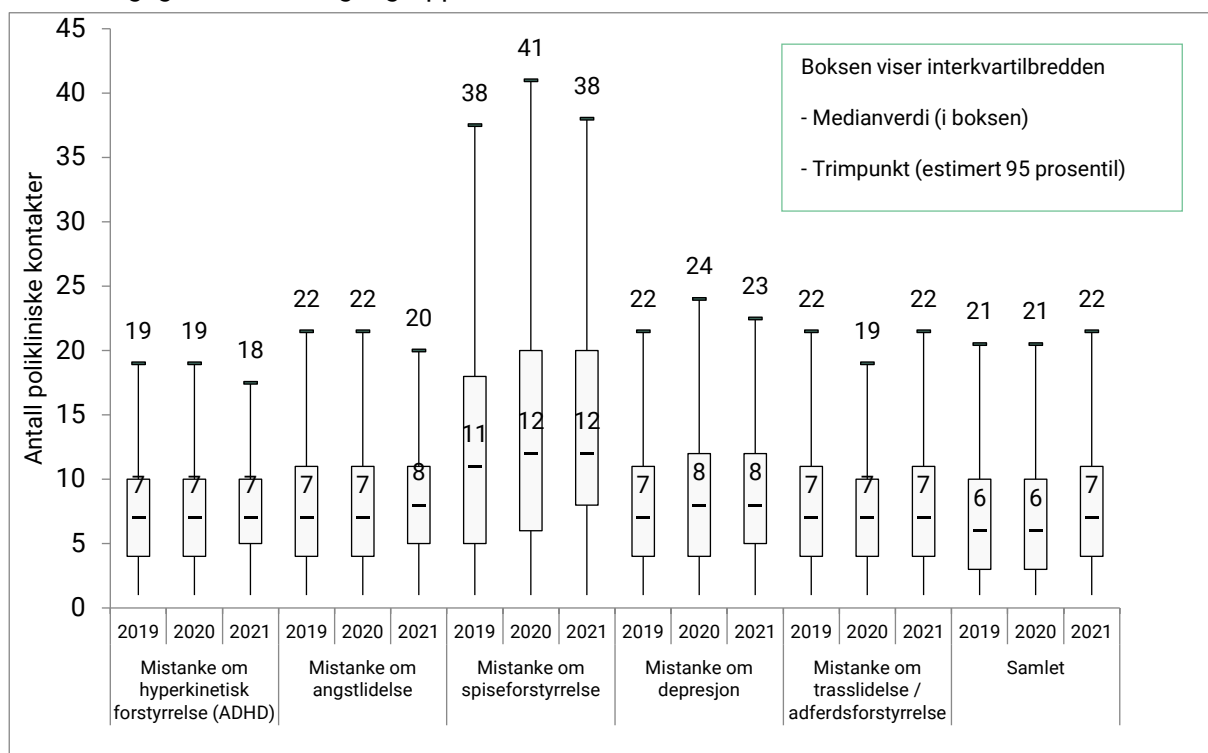
Figuren viser at både gutter og jenter mottok syv poliklinisk kontakter i løpet av forløpets 90 første dager i 2021, målt i median antall kontakter. Mens det var samme omfang av kontakter for jenter alle år, økte antall kontakter i forløpene til gutter fra seks til syv kontakter fra 2020 til 2021. Fordelingen av boksplottene viser at spredningen var noe større for jenter enn gutter i 2020 og 2021. Dette betyr at det i noen forløp var flere kontakter for jenter enn for gutter.

Figur 4.14. Fordeling av polikliniske kontakter i løpet av forløpets første 90 dager i PHV-BU etter bostedsregion, 2019-2021.



Figuren 4.14 viser at pasienter bosatt i Sør-Øst hadde flest poliklinisk kontakter i løpet av forløpets 90 første dager alle tre år, målt i median antall kontakter. I denne regionen var det i halvparten av forløpene åtte polikliniske kontakter i 2021. Deretter kom pasienter bosatt i Vest (syv kontakter), mens for pasienter fra Midt-Norge og Nord, var det seks kontakter i halvparten av forløpene i løpet de første tre månedene. Det var vekst i antall kontakter i løpet av forløpets første 90 dager i alle regioner fra 2019 til 2021.

Figur 4.15. Fordeling av polikliniske kontakter i løpet av forløpets første 90 dager i PHV-BU etter henvisningsgrunn for utvalgte grupper, 2019-2021.



Figur 4.15 viser at pasienter henvist for mistanke om spiseforstyrrelser mottok flest poliklinisk kontakter i løpet av forløpets 90 første dager alle tre år, målt i median antall kontakter. For denne pasientgruppen mottok halvparten av pasientene 12 polikliniske kontakter i 2021 i forløpets første tre måneder, mens 25 prosent av pasientene mottok mer enn 20 kontakter (75 prosentilen). Fem prosent av pasientene henvist for spiseforstyrrelse mottok mer enn 38 kontakter i løpet av de tre første månedene av behandlingsforløpet (estimert 95 prosentil). Blant pasienter henvist for andre lidelser, var det liten variasjon i behandlingsintensitet i første del av behandlingsforløpet (90 dager).

## 4.7 Vedlegg

Tabell v1 Nye pasienter i psykisk helsevern for barn og unge etter bostedsområde, 2019-2021.

	2019	2020	2021	Endring 2019-2021		Endring 2020-2021	
				N	Prosent	N	Prosent
Østfold	1 650	1 566	1 955	305	18,5	389	24,8
Ahus-området	2 729	2 590	3 564	835	30,6	974	37,6
OUS-området	1 084	1 166	1 435	351	32,4	269	23,1
Lovisenberg-området	453	480	629	176	38,9	149	31,0
Diakonhjemmet-området	685	713	801	116	16,9	88	12,3
Innlandet	1 578	1 549	1 665	87	5,5	116	7,5
Vestre Viken-området	2 201	2 096	2 385	184	8,4	289	13,8
Vestfold	1 434	1 578	1 765	331	23,1	187	11,9
Telemark	809	863	1 074	265	32,8	211	24,4
Sørlandet	1 568	1 641	1 859	291	18,6	218	13,3
Helse Stavanger-området	2 030	2 167	2 478	448	22,1	311	14,4
Helse Fonna-området	910	988	1 088	178	19,6	100	10,1
Helse Bergen-området	2 055	2 206	2 703	648	31,5	497	22,5
Helse Førde-området	587	564	672	85	14,5	108	19,1
Møre og Romsdal	1 456	1 502	1 776	320	22,0	274	18,2
St. Olavs-området	1 345	1 353	1 487	142	10,6	134	9,9
Nord-Trøndelag	711	819	972	261	36,7	153	18,7
Helgeland	562	535	667	105	18,7	132	24,7
Nordland-området	546	613	511	-35	-6,4	-102	-16,6
UNN-området	1 101	1 161	1 369	268	24,3	208	17,9
Finnmark	421	460	529	108	25,7	69	15,0
Utlandet/Bosted mangler	16	28	18	2	12,5	-10	-35,7
<b>Totalt</b>	<b>25 931</b>	<b>26 638</b>	<b>31 402</b>	<b>5 471</b>	<b>21,1</b>	<b>4 764</b>	<b>17,9</b>

# 5. Utskrivningsklare pasienter i somatisk spesialisthelsetjeneste

*I 2021 var det totalt om lag 82 500 utskrivningsklare pasienter i somatisk spesialisthelsetjeneste, det er det høyeste antallet i perioden fra 2017 til 2021. Korrigert for befolkningsendringer var imidlertid antallet stabilt i femårsperioden. De utskrivningsklare pasientene oppholdt seg i gjennomsnitt 6,9 døgn på sykehus i 2021. I 2017 og 2019 var oppholdstiden henholdsvis 7,5 døgn og 7,1 døgn. Reduksjonen i oppholdstiden skyldes i hovedsak at pasientene i gjennomsnitt hadde færre døgn før de ble meldt utskrivningsklare.*

*Det var 18 000 opphold med overliggerdøgn i 2021, det utgjør 14 prosent av alle utskrivningsklare opphold i 2021. Det ble rapportert 63 686 overliggerdøgn samme år. Det er omtrent likt som i 2018, og noe høyere enn de andre årene i perioden. Midt-Norge og Nord hadde i hele femårsperioden flere overliggerdøgn per innbygger enn Vest og Sør-Øst. I Midt-Norge og Nord var det en vekst i antall overliggerdøgn per innbygger fra 2017 til 2021, mens det i Sør-Øst og Vest var en svak reduksjon. Dette innebærer at de geografiske forskjellene økte mellom regionene.*

*Andelen reinnleggelser i sykehus for utskrivningsklare pasienter med overliggerdøgn var 18,5 prosent i 2021, og varierte fra 17 prosent for Midt-Norge til 19,8 prosent for Vest. Regionene med lengre oppholdstid for utskrivningsklare i sykehus hadde lavere andel reinnleggelser.*

*Av alle utskrivningsklare pasienter i 2021 hadde 13 prosent vedtak om langtidsopphold i institusjon samme år. Av disse igjen hadde to tredeler vedtak om denne tjenesten kun deler av året. Pasientene som hadde vedtak om langtidsplass i hele 2021 hadde få overliggerdøgn, og færre døgnopphold per pasient enn de som hadde langtidsplass i deler av 2021. De fleste døgnoppholdene og overliggerdøgnene for de med langtidsopphold i deler av året, kom før oppstartdato for vedtaket. I tillegg til døgnopphold i sykehus og langtidsopphold i institusjon, hadde de med langtidsopphold i deler av 2021 i gjennomsnitt 3,3 tidsbegrensede institusjonsopphold per pasient.*

## 5.1 Innledning

I dette kapittelet beskriver vi utvikling og variasjon i bruk av døgnbehandling for utskrivningsklare pasienter i perioden 2017-2021. En utskrivningsklar pasient er en pasient som trenger oppfølging i kommunen etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Betegnelsen utskrivningsklar innebærer at sykehuset ikke kan skrive ut pasienten før kommunen kan gi pasienten de nødvendige tjenestene vedkommende har behov for. Det er en målsetting å ha færrest mulig oppholdsdøgn på sykehus etter at en pasient er meldt utskrivningsklar til kommunene (overliggerdøgn). Bakgrunnen for dette er blant annet at helsetjenesten vil oppleves som mer sømløs og kontinuerlig for pasienten. Det er heller ikke effektiv ressursbruk at ferdigbehandlede pasienter er innlagte i sykehus. Oppholdsdøgn etter at pasienten er meldt utskrivningsklar utløser betalingsplikt for pasientens oppholdskommune.

En av de prioriterte pasientgruppene i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (NHSP)<sup>16</sup> er skrøpelige eldre. Definisjonen av skrøpelighet i NHSP er redusert muskelstyrke, utilsiktet vekttap og redusert motstandskraft mot sykdom. Videre står det i NHSP at disse pasientene som regel har et tilbud i kommunale helse- og omsorgstjenester og legges hyppig inn på sykehus. Det er ikke slik at alle utskrivningsklare pasienter havner inn under definisjonen skrøpelige eldre<sup>17</sup>, men det er et stort sammenfall, og det er en pasientgruppe hvor samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten er viktig. Godt samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten om forebygging av sykdomsforverring og tidlig innsats, samt en bedre utskrivningsprosess, vil bidra til bedre pasientforløp, færre uønskede reinnleggelser og riktigere ressursbruk.<sup>18</sup>

I dette kapittelet beskriver vi:

- a) kjennetegn ved utskrivningsklare pasienter, som kjønn, alder og diagnosegrupper
- b) utvikling og variasjon i antall pasienter per 1 000 innbyggere, antall opphold per 1 000 innbyggere samt oppholdstid for alle utskrivningsklare og for utskrivningsklare med overliggerdøgn
- c) utvikling og variasjon i antall overliggerdøgn, faktisk antall og per 1 000 innbyggere
- d) utvikling og variasjon i andelen reinnleggelser for alle utskrivningsklare pasienter, utskrivningsklare pasienter uten overliggerdøgn og utskrivningsklare pasienter med overliggerdøgn
- e) hvilke kommunale tjenester utskrivningsklare pasienter hadde i 2021, og hvor vi særskilt ser på de som fikk vedtak om langtidsopphold i institusjon i løpet av dette året.

Nedstengningen i forbindelse med pandemien hadde store konsekvenser for tilbudet i spesialisthelsetjenesten i 2020, og aktiviteten var generelt lavere i 2020 enn tidligere i perioden. Dette gjaldt også for utskrivningsklare pasienter. Antall opphold for utskrivningsklare pasienter ble redusert fra 2019 til 2020, og det var langt færre som hadde overliggerdøgn i 2020 enn de andre årene i femårsperioden. I dette kapitlet vil vi derfor i hovedsak sammenligne 2021 med årene før pandemien.

Alle rater (per 1 000 innbyggere) som blir presentert i dette kapitlet er kjønn- og aldersstandardiserte etter befolkningen i 2021. Vi bruker benevnelsen utskrivningsklare pasienter når vi ser på unike pasienter som ble meldt utskrivningsklare, og utskrivningsklare opphold når vi ser på alle oppholdene der pasientene ble meldt utskrivningsklare. Overliggerdøgn blir brukt om døgnene pasientene hadde i sykehus etter at de ble satt som utskrivningsklare. Behandlingsdøgn bruker vi om de døgnene pasientene hadde i sykehus før de ble satt som utskrivningsklare. Den totale oppholdstiden er antall behandlingsdøgn og overliggerdøgn samlet.

En reinnleggelse er definert som en innleggelse for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivning. Det er ikke stilt krav om at pasienten har samme diagnose som ved forrige innleggelse. Reinnleggelse inkluderer ikke pasienter som legges inn og skrives ut samme dag. Analysene av reinnleggelser er basert på pasientdata per 2. tertial alle år 2017-2021. Andel reinnleggelser i august vil være kunstig lavt, siden

---

<sup>16</sup> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse-og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>

<sup>17</sup> Styringsinformasjon til helsefellesskapene. Del 1: Skrøpelige eldre og personer med flere kroniske sykdommer. Rapport IS-2997. Helsedirektoratet, mai 2021. Beate M. Huseby.

<sup>18</sup> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse-og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>

en del av reinnleggelsene etter opphold i august vil komme i første del av 3. tertial. Dette medfører at beregnet andel reinnleggelser er litt lavere enn det faktiske nivået.

I tillegg til NPR har vi koblet på informasjon om vedtak fra kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). KPR inneholder informasjon om personer som har søkt om eller har mottatt helse- og omsorgstjenester fra sin kommune. Registreringene av kommunale helse- og omsorgstjenester i KPR er i noen tilfeller beheftet med feilkilder. For å minske risikoen for å inkludere feilregistreringer er følgende krav benyttet for å regne registreringene innenfor hvert registreringsår som gyldige: Fra-dato for oppstart av tjenesten må være før eller lik til-datoen. Videre må fra-datoen være i perioden fra og med 1980 til og med 31.12. i registreringsåret. Til-datoen må være i perioden fra og med 01.01. i registreringsåret og frem i tid. I tillegg er det et krav om gyldig tjenestekode.

I dette kapittelet har vi gruppert enkelttjenester i fem kategorier. Disse er:

- 1) Tjenester til hjemmeboende, herunder praktisk bistand – daglige gjøremål, praktisk bistand – opplæring daglige gjøremål, praktisk bistand – brukerstyrt personlig assistanse, dagaktivitetstilbud, matombringing, helsetjenester i hjemmet, avlastning utenfor institusjon, støttekontakt og omsorgsstønad.
- 2) Boligtjeneste, herunder bolig som kommunen disponerer for helse- og omsorgsformål.
- 3) Institusjonstjenester – tidsbegrenset, herunder tidsbegrenset opphold – utredning/
- 4) behandling, tidsbegrenset opphold – habilitering/rehabilitering, tidsbegrenset opphold – annet, nattopphold i institusjon, dagopphold i institusjon og kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold.
- 5) Langtidsopphold i institusjon, herunder langtidsopphold i institusjon.

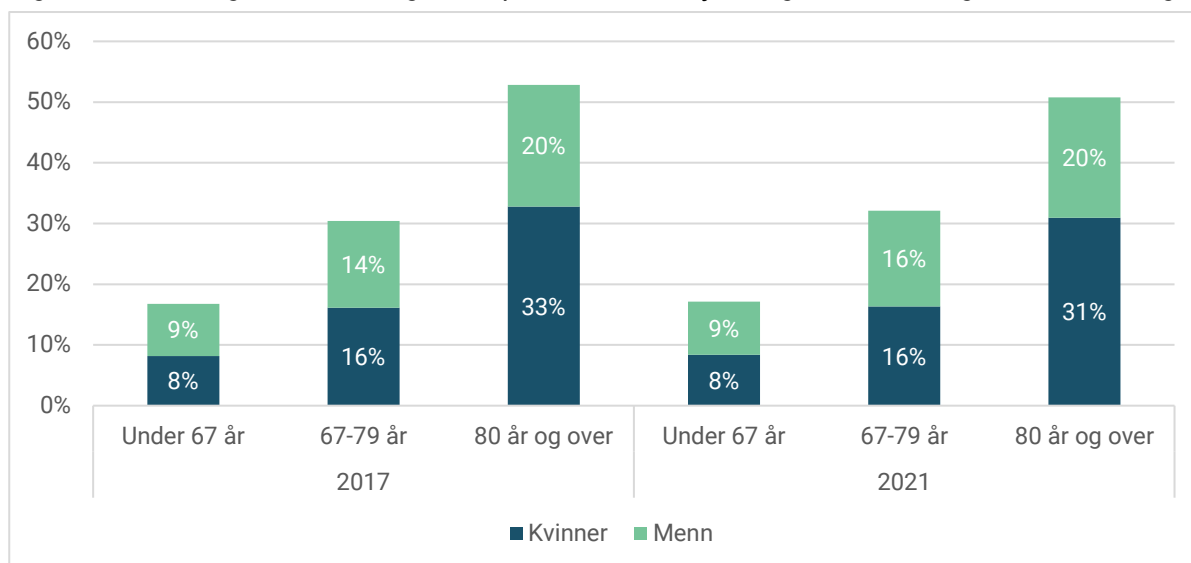
Velferdsteknologi, herunder trygghetsalarm, lokaliseringsteknologi (GPS), elektronisk medisineringsstøtte og digitalt tilsyn.

En nærmere beskrivelse av datagrunnlag og definisjoner for utskrivningsklare pasienter, opphold og oppholdstid finnes på Helsedirektoratet sine nettsider: [Utskrivningsklare pasienter etter bosted – somatikk - Helsedirektoratet](#).

## 5.2 Kjennetegn ved utskrivningsklare pasienter

Gjennomsnittsalderen for utskrivningsklare pasienter var 78 år i 2021. Det framgår av figur 5.1 at over 80 prosent av de som meldes utskrivningsklare er 67 år og eldre, og at over halvparten er 80 år eller eldre både i 2017 og 2021.

Figur 5.1 Fordeling av utskrivningsklare pasienter etter kjønn og alder for Norge totalt, 2017 og 2021.



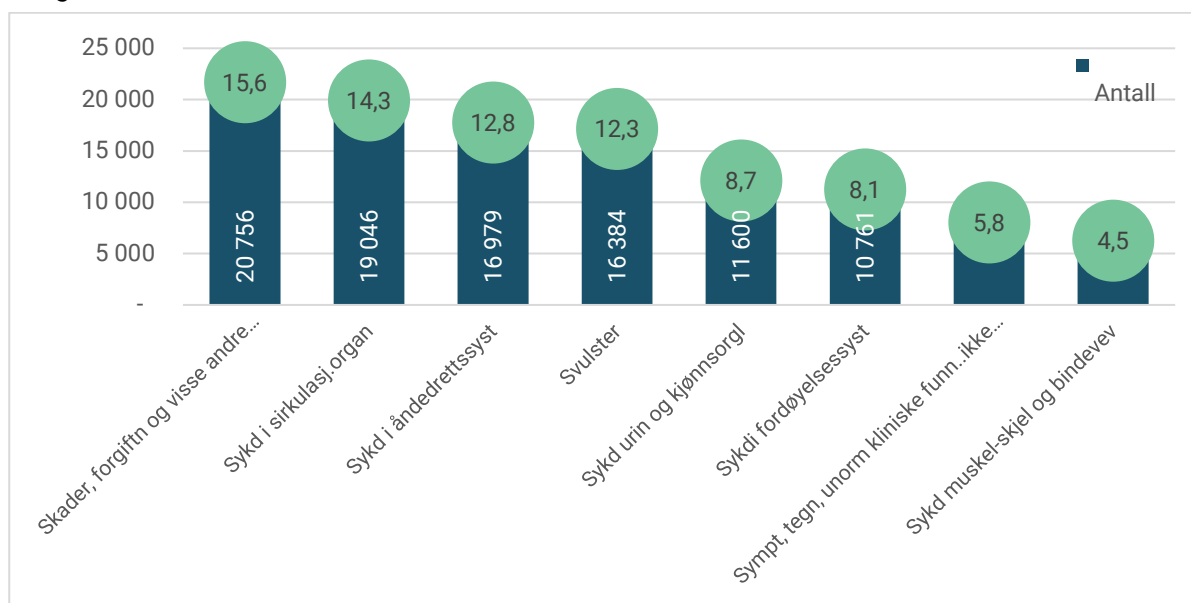
Utskrivningsklare pasienter er en sårbar pasientgruppe som ofte har et sammensatt sykdomsbilde. Av de som hadde utskrivningsklare opphold i 2021, døde 22,5 prosent innen utgangen av samme år. Den typiske utskrivningsklare pasienten har flere lidelser, og mer enn ni av ti pasienter har mer enn én sykdom.<sup>19</sup> ICD-1020 er delt inn i 21 hovedkapitler og i 217 kategoriblokker/tilstandsgrupper. I 2021 var 15,6 prosent av oppholdene knyttet til hovedkapittel *Skader, forgiftning og visse andre konsekvenser av ytre årsak*, se figur 5.1, hvorav en stor andel var knyttet til skader i hofte og lår. Hovedkapitlene *Sykdommer i sirkulasjonsorgan, i åndedrettssystem og svulster* utgjorde til sammen tilnærmet 40 prosent av oppholdene. Ulike typer hjertesykdommer, influensa og lungebetennelser var blant de tilstandsgruppene som en stor del av oppholdene var kategorisert i.

<sup>19</sup> Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2016. Dokument 3:2 (2017-2018).

<sup>20</sup> ICD-10 Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (WHO).



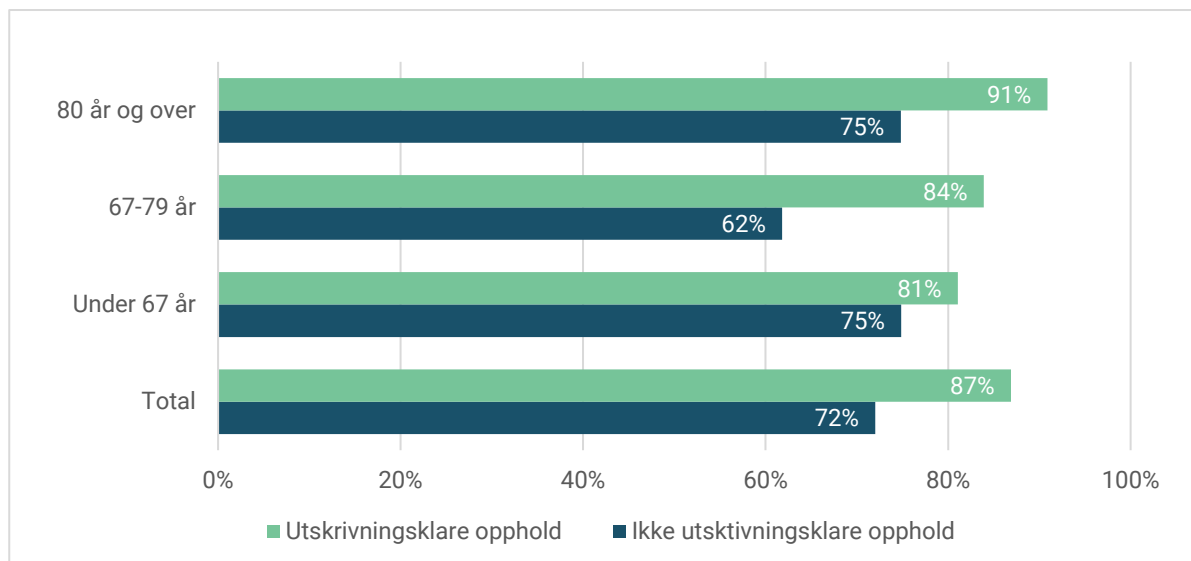
Figur 5.2: Årsak til innleggelse for utskrivningsklare pasienter etter hoveddiagnosegruppe ICD-10 for Norge totalt, 2021.



Pasienter som hadde minst ett opphold i sykehus i 2021 som utskrivningsklare, hadde totalt 183 700 døgnopphold i somatisk sykehus. Det utgjorde 25 prosent av alle døgnoppholdene. Utskrivningsklare pasienter hadde i gjennomsnitt 2,2 døgnopphold i 2021, mot 1,2 opphold for øvrige pasienter. For 55 prosent av pasientene var døgnbehandlingen i 2021 knyttet til ett hovedkapittel, og for 29 prosent var behandlingen registrert innen to ulike hovedkapittel i løpet av året. Videre var det 11 prosent som var innlagt innen tre forskjellige hovedkapittel, mens fem prosent var registrert inn under fire eller flere hovedkapittel. De hadde i gjennomsnitt 14 oppholdsdøgn på sykehus i løpet av året, det er 3,3 ganger flere enn pasienter som ikke ble meldt utskrivningsklare. Gjennomsnittsalderen for pasienter meldt utskrivningsklar er høyere enn for andre pasienter.

Andelen øyeblikkelig hjelp er høyere for utskrivningsklare pasienter enn andre pasienter. I 2021 var 87 prosent av de utskrivningsklare oppholdene registrert som øyeblikkelig hjelp. Det er 16 prosentpoeng høyere enn for andre pasienter. Det framgår av figur 5.3 at det var store forskjeller i andelen øyeblikkelig hjelp mellom utskrivningsklare opphold og ikke utskrivningsklare opphold for de eldste pasientene. Størst forskjell var det for aldersgruppen 67-79 år, hvor andelen øyeblikkelig hjelp var 22 prosentpoeng høyere for utskrivningsklare opphold enn for øvrige opphold. Også for de i alderen 80 år og eldre var det stor forskjell i andelen øyeblikkelig hjelp, hvor 91 prosent av oppholdene for utskrivningsklare pasienter var øyeblikkelig hjelp, mot 75 prosent av ikke-utskrivningsklare opphold.

Figur 5.3 Andel øyeblikkelig hjelp etter utskrivningsklarstatus og tre aldersgrupper for Norge totalt, 2021.

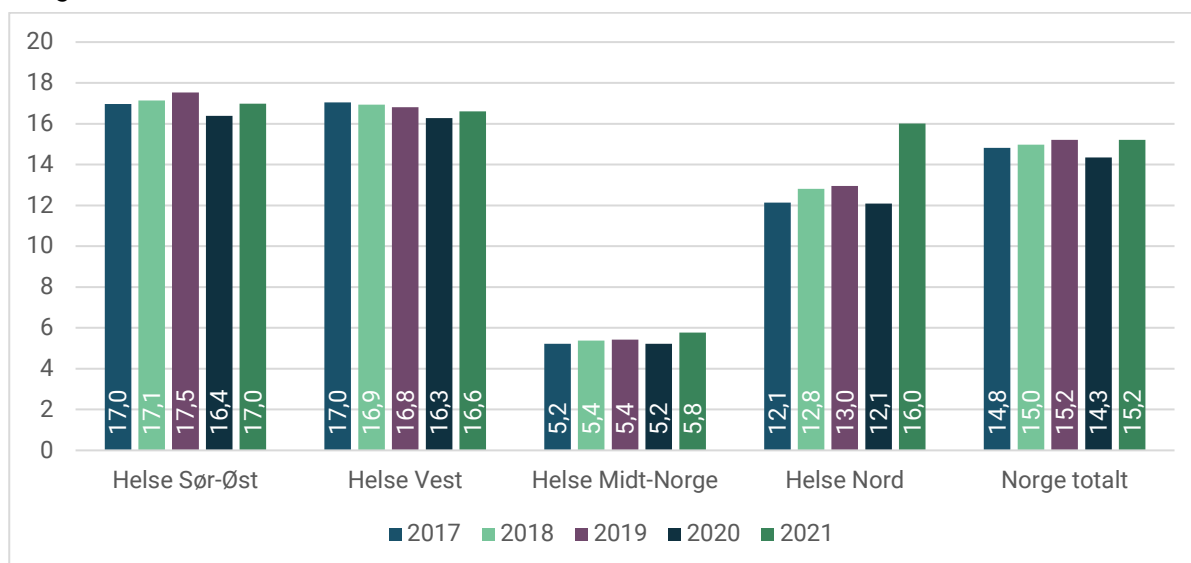


### 5.3 Alle utskrivningsklare pasienter

#### Pasienter og opphold

I 2021 var det 82 492 pasienter som hadde minst ett døgnopphold på sykehus som utskrivningsklar. Det er en vekst på 11,4 prosent fra 2017 og 4,3 prosent fra 2019. Det var store forskjeller mellom bostedsregionene i hvor stor vekst det var i antall utskrivningsklare pasienter i femårsperioden. Figur 5.4 viser antall utskrivningsklare pasienter per 1 000 innbyggere for landet samlet og for regionene fra 2017 til 2021. Totalt antall utskrivningsklare pasienter per 1 000 innbyggere var i 2021 uendret fra 2019 og svakt høyere enn i 2017. For både Sør-Øst og Vest var det liten endring i pasientraten i femårsperioden. Nord hadde flere utskrivningsklare pasienter per innbygger i 2021 enn de fire foregående årene. Ved helseforetakene i Midt-Norge er det en underrapportering av utskrivningsklare opphold uten overliggerdøgn i hele perioden, noe som gjenspeiles i den tydeligere lavere raten for totalt antall utskrivningsklare pasienter sammenlignet med de andre regionene.

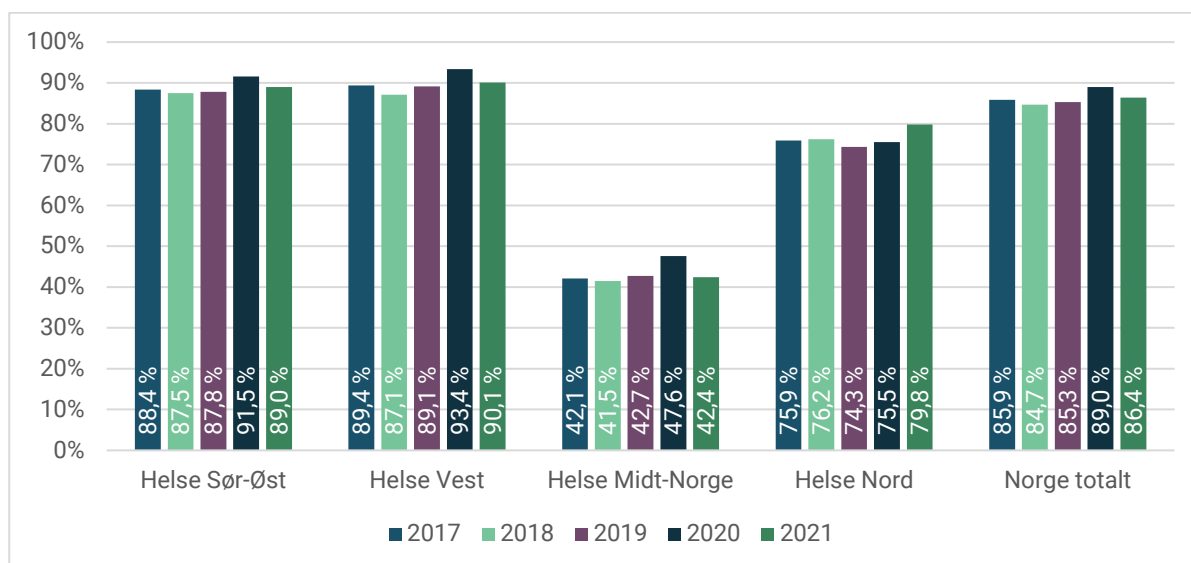
Figur 5.4 Utvikling i antall utskrivningsklare pasienter per 1 000 innbyggere for bostedsregionene og Norge totalt, 2017-2021.



Det var totalt 132 845 utskrivningsklare opphold i 2021. Det er en vekst på 15,7 prosent fra 2017 og 5,3 prosent fra 2019. Andelen utskrivningsklare opphold uten overliggerdøgn utgjør de fleste opphold for pasienter som meldes utskrivningsklare. I 2021 var andelen opphold uten overliggerdøgn på 86,4 prosent for landet samlet, det er noe høyere enn i 2018 og i 2019, se figur 5.5. Alle regionene med unntak av Midt-Norge, hadde høyere andel opphold uten overliggerdøgn i 2021 sammenlignet med årene 2017-2019.

Underrapportering av utskrivningsklare opphold uten overliggerdøgn i Midt-Norge gjenspeiles i den lave andelen av denne typen opphold sammenlignet med de andre regionene. Nord har også en lav andel utskrivningsklare opphold uten overliggerdøgn sammenlignet med Vest og Sør-Øst. For Nord var det en sterk vekst i antall utskrivningsklare opphold uten overliggerdøgn i 2021 sammenlignet med de fire foregående årene. Den ulike registreringspraksisen for utskrivningsklare pasienter uten overliggerdøgn gjør det mindre hensiktsmessig å sammenligne mellom ulike bostedsregioner/bostedsområder også for alle utskrivningsklare pasienter, da utskrivningsklare pasienter uten overliggerdøgn utgjør en stor andel av alle utskrivningsklare pasienter. Dette gjelder også for antall opphold og oppholdstid. Vi vil derfor se nærmere på geografiske forskjeller når vi presenterer tall for utskrivningsklare med overliggerdøgn, da disse dataen er mer sammenlignbare.

Figur 5.5 Andel utskrivningsklare opphold uten overliggerdøgn for bostedsregionene og Norge totalt, 2017-2021.



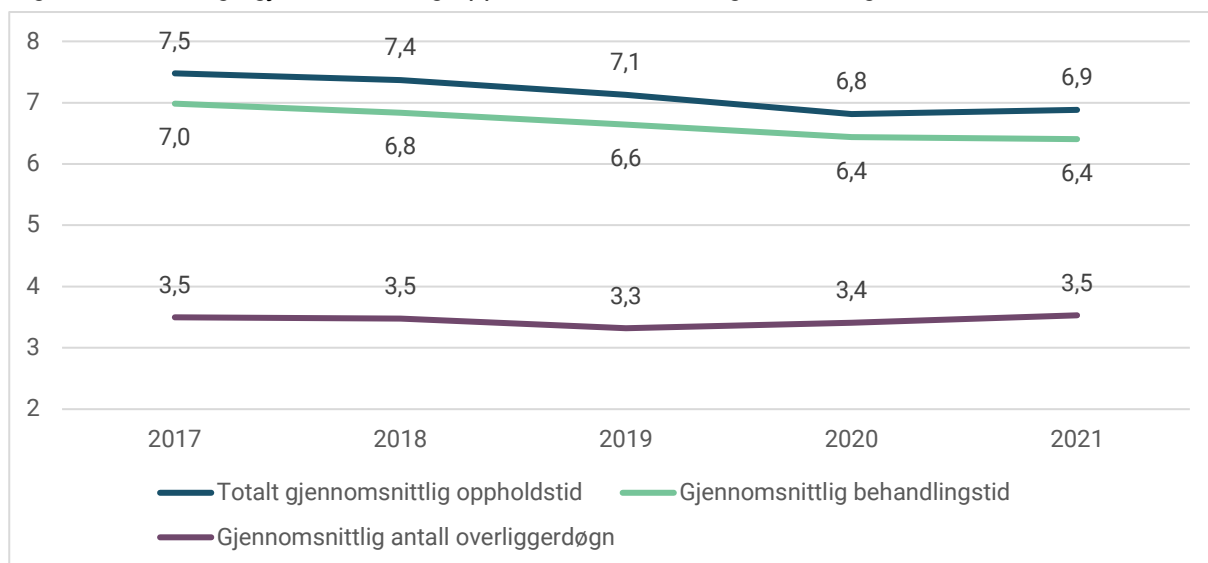
### Oppholdsdøgn og oppholdstid for alle utskrivningsklare opphold

Totalt hadde pasienter som ble skrevet ut til en kommunal tjeneste 914 575 oppholdsdøgn i sykehus 2021. Det er en vekst på 1,7 prosent fra 2019. Veksten kom i Nord og Midt-Norge, mens det var reduksjon i Sør-Øst og Vest. Korrigert for endring i befolkning var antall oppholdsdøgn for utskrivningsklare pasienter for landet samlet lavere i 2021 enn i årene 2017-2019.

For Norge totalt lå en utskrivningsklar pasient i gjennomsnitt 6,9 døgn på sykehus i 2021, se Figur. Tilsvarende i 2017 og 2019 var henholdsvis 7,5 døgn og 7,1 døgn. Total gjennomsnittlig oppholdstid<sup>21</sup> for utskrivningsklare pasienter ble redusert i alle regionene, og i de fleste bostedsområdene i femårsperioden. Reduksjonen i den totale oppholdstiden skyldes i hovedsak at pasientene hadde færre døgn i gjennomsnitt før de ble meldt utskrivningsklar.

<sup>21</sup> Behandlingsdøgn og overliggerdøgn samlet.

Figur 5.6 Utvikling i gjennomsnittlig oppholdstid i antall dager for Norge totalt, 2017-2021.



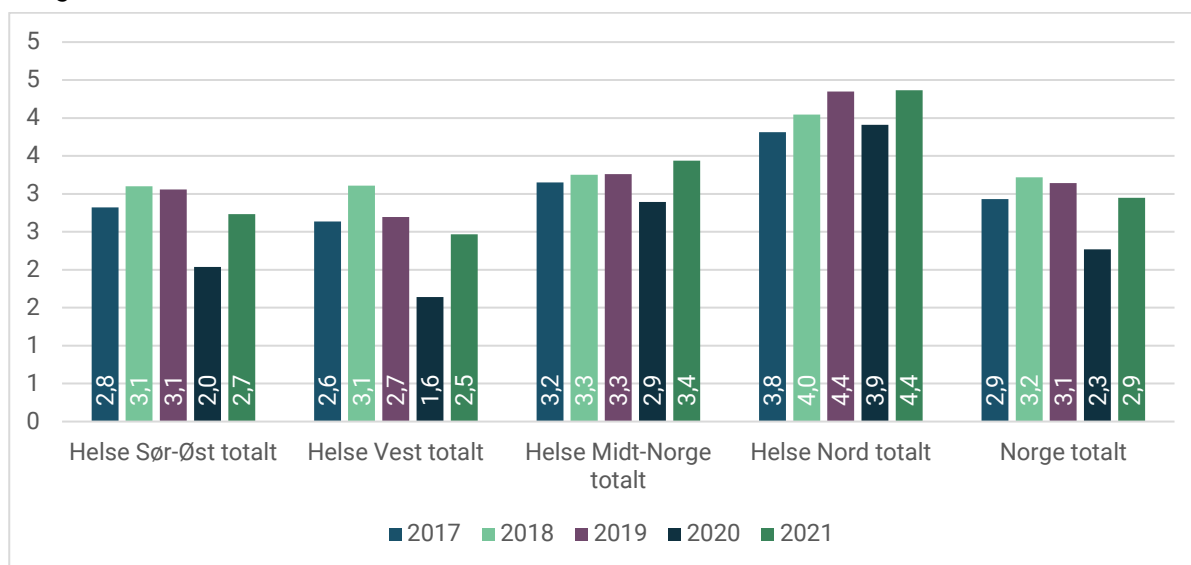
## 5.4 Utskrivningsklare pasienter med overliggerdøgn

### Pasienter

I 2021 var det omtrent 16 000 pasienter som hadde ett eller flere opphold med overliggerdøgn i sykehus. Det er færre enn i 2019, og flere enn i 2017. Alle regionene hadde flere pasienter i 2021 sammenlignet med 2017. I Sør-Øst og Vest var det færre pasienter i 2021 enn i 2019, mens det var en økning i Midt-Norge og Nord.

Det var 2,9 pasienter per 1 000 innbyggere som hadde minst ett opphold i sykehus med overliggerdøgn i 2021, se figur 5.7. For Norge totalt var raten for antall pasienter med overliggerdøgn lik i 2021 som i 2017, og lavere enn i 2018 og 2019. Sør-Øst og Vest hadde færre pasienter med overliggerdøgn i 2021 sammenlignet med årene 2017-2019. I Midt-Norge var antall pasienter med overliggerdøgn per innbygger høyere i 2021 enn de foregående årene i perioden. I Nord var nivået i 2021 likt som i 2019, og noe høyere enn de andre årene.

Figur 5.7 Utvikling i antall pasienter med overliggerdøgn per 1 000 innbyggere for bostedsregionene og Norge totalt, 2017-2021.

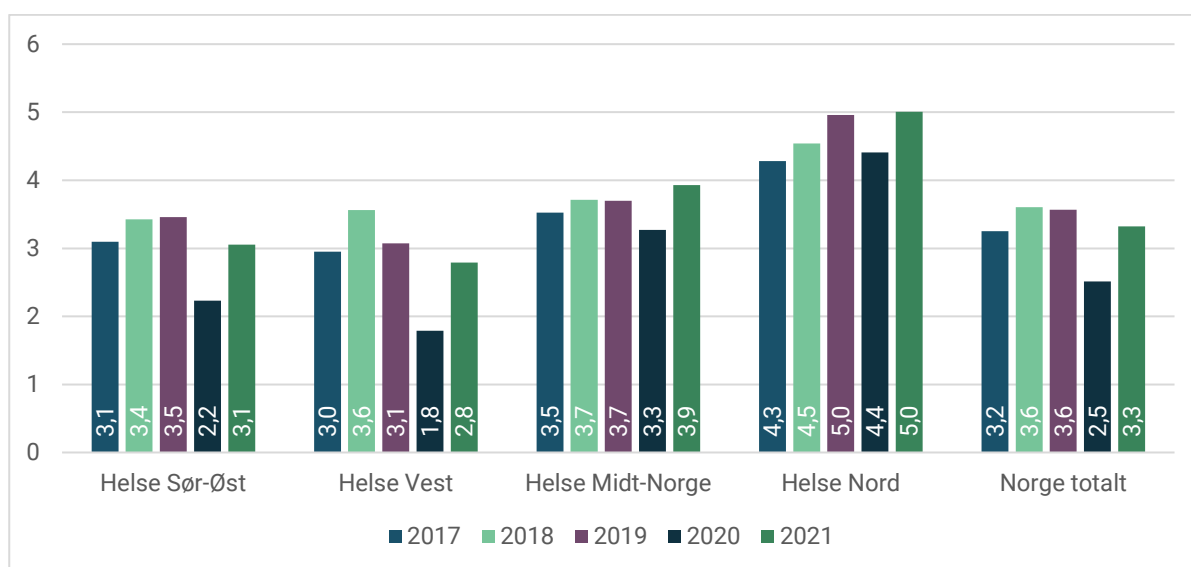


### Opphold med overliggerdøgn

I 2021 var det totalt 18 036 opphold med overliggerdøgn. Det er færre enn både i 2018 og 2019, men noe høyere enn i 2017. Det var sterkere økning i antall opphold med overliggerdøgn fra 2017 til 2021 enn det var i antall pasienter med overliggerdøgn, noe som innebærer en svak vekst

Med unntak av Helse Midt-Norge hadde alle regionene færre opphold med overliggerdøgn per 1 000 innbyggere i 2021 enn i de andre årene i femårsperioden, se Figur 1. Helse Vest hadde, med unntak av i 2018, færrest opphold med overliggerdøgn per 1 000 innbygger, mens Helse Nord hadde flest. I 2021 hadde Helse Vest 2,8 og Helse Nord 5,0 opphold med overliggerdøgn per 1 000 innbyggere. Landsnittet var på 3,3 opphold.

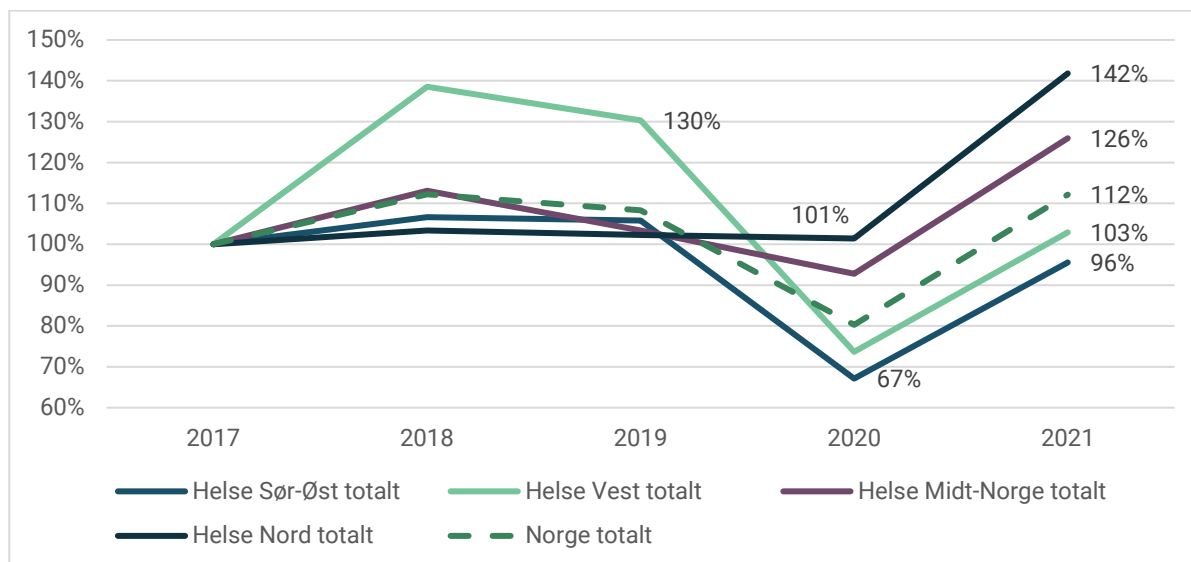
Figur 15.8 Antall opphold med overliggerdøgn per 1 000 innbyggere for bostedsregionene og Norge totalt, 2017-2021.



## Oppholdstid og oppholdsøgn for utskrivningsklare opphold med overliggerdøgn

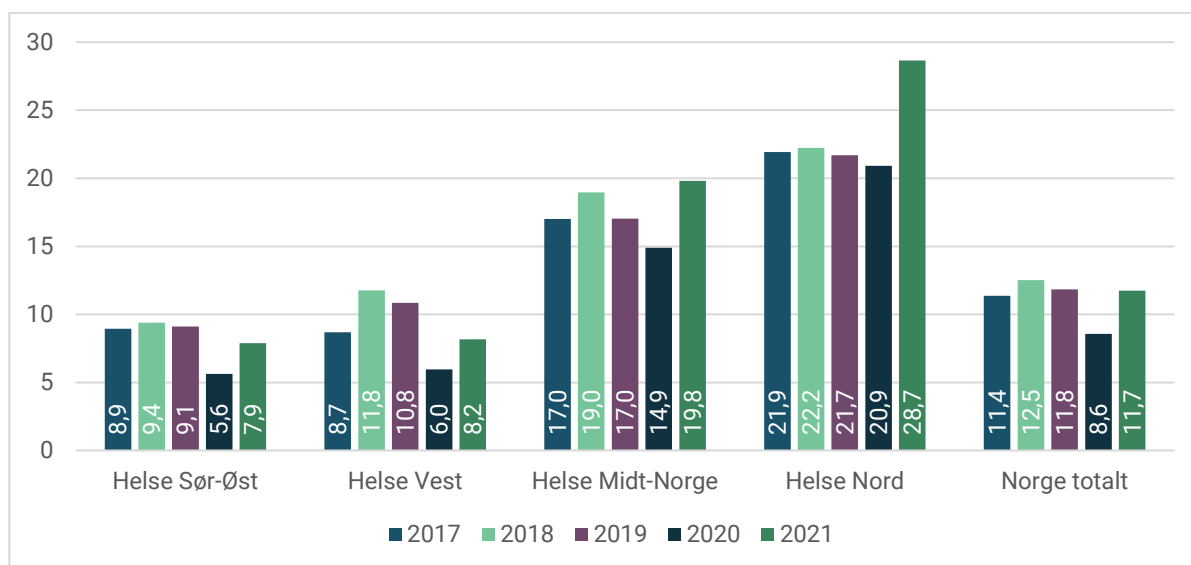
Oppholdsøgn etter at pasienten er meldt utskrivningsklar utløser betalingsplikt for pasientens oppholdskommune. Disse oppholdsøgnene legger beslag på kapasitet i sykehusene, og kan være til hinder for å ta imot nye pasienter. I 2021 ble 63 686 døgn rapportert som overliggerdøgn. Det er omtrent samme antall som i 2018, og noe høyere enn de andre årene i perioden, se figur 5.9.

Figur 5.9 Prosent endring fra 2017(100%) i antall overliggerdøgn for bostedsregionene og Norge totalt, 2017-2021.



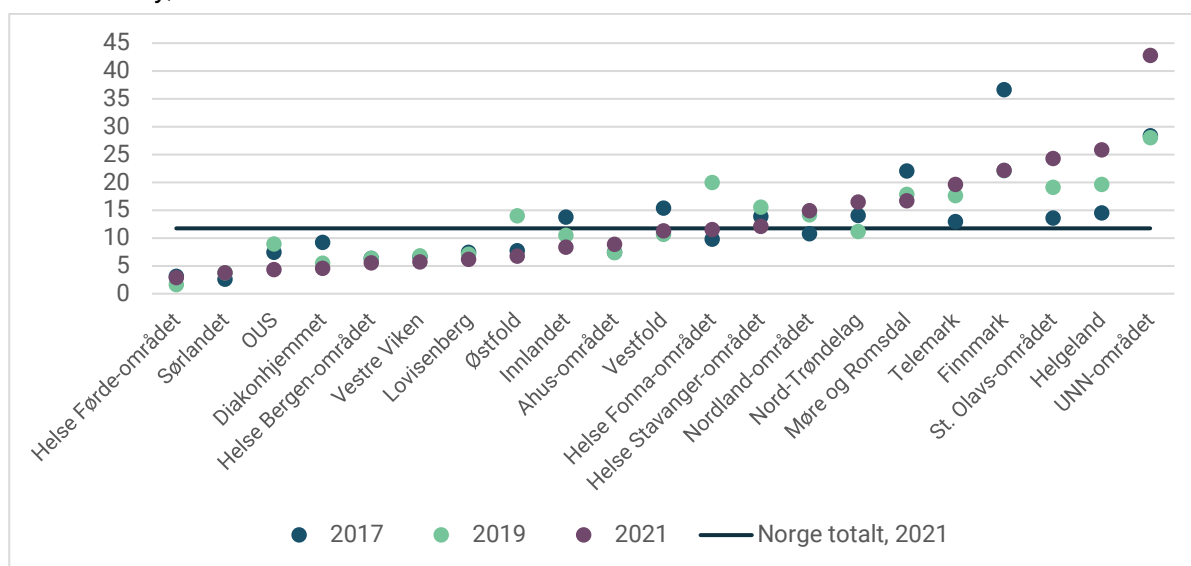
Korrigert for endring i befolkning var antall overliggerdøgn for landet samlet noe lavere i 2021 enn i 2018 og 2019, og noe høyere enn i 2017, se Figur. Sør-Øst var den regionen som i 2021 hadde lavest rate, med 7,9 overliggerdøgn per 1 000 innbyggere. Nord var regionen med høyest rate for overliggerdøgn i hele perioden. I 2021 hadde Nord 28,7 overliggerdøgn per 1 000 innbyggere, som er en vekst på 7 overliggerdøgn per 1 000 innbyggere fra 2019 og tilnærmet 3,6 ganger høyere enn nivået i Sør-Øst.

Figur 5.10 Antall overliggerdøgn per 1 000 innbyggere for bostedsregionene og Norge totalt, 2017-2021.



Det var store forskjeller mellom bostedsområdene i antall overliggerdøgn per innbygger i 2021, og forskjellene har økt i femårsperioden<sup>22</sup>, se figur 5.11. UNN-området, som hadde høyest rate i 2021 med 42,8 per 1 000 innbyggere, hadde 15 ganger så høy rate som Helse Førde-området. UNN-området hadde i perioden 2017 til 2020 en rate på mellom 28 og 30, med en tydelig vekst fra 2020 til 2021. Antall opphold med overliggerdøgn ved UNN-området var lavere i 2021 enn i 2019, og svakt høyere enn 2018. Veksten i antall overliggerdøgn ved området skyldes at pasientene i gjennomsnitt lå lengre etter at de var meldt utskrivningsklar. St. Olavs-området og Helgeland hadde også en tydelig vekst i antall overliggerdøgn per innbygger fra 2017 til 2019, og var sammen med UNN-området de fortaksområdene som hadde høyest rate i 2021. Finnmark, Innlandet og Møre og Romsdal var bostedsområdene med sterkest reduksjon i antall overliggerdøgn per innbygger i femårsperioden. Møre og Romsdal og Finnmark hadde likevel høyere rate i 2021 enn Norge samlet.

Figur 5.11 Antall overliggerdøgn per 1 000 innbyggere etter bostedsområde, i 2017, 2019 og 2021. Sorter fra lav til høy, 2021.



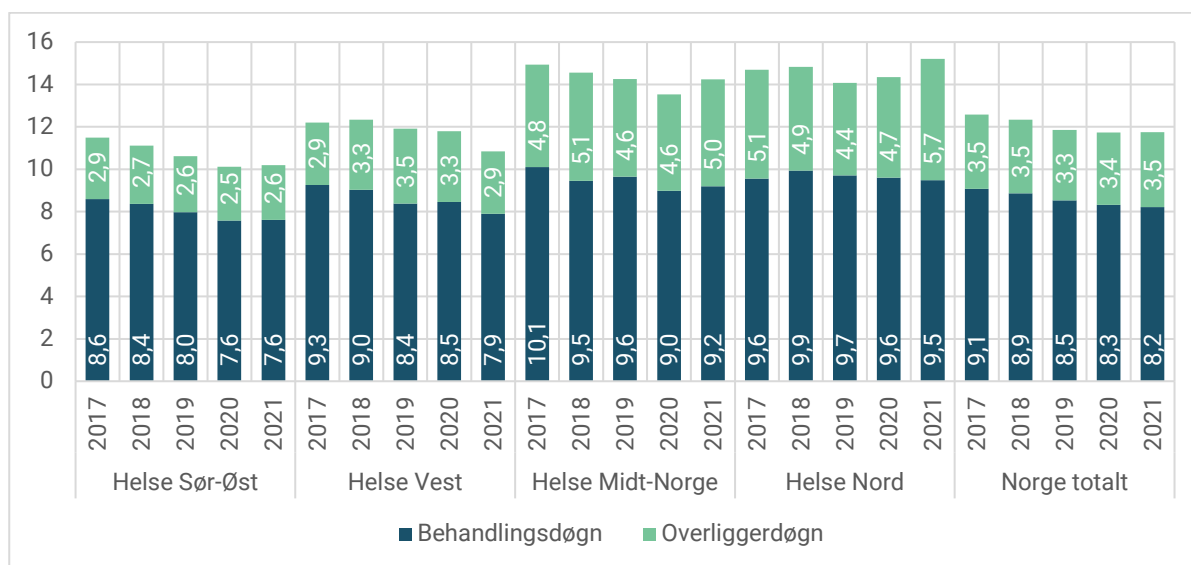
Gjennomsnittlig antall behandlingsdøgn for pasienter som ble meldt utskrivningsklar, var 8,2 døgn i 2021, se Figur. Det er 0,3 døgn kortere enn i 2019 og 0,9 døgn kortere enn i 2017. Alle regionene hadde kortere gjennomsnittlig behandlingstid i 2021 enn i perioden 2017-2019.

For landet samlet var gjennomsnittlig oppholdstid som utskrivningsklar (gjennomsnittlig antall overliggerdøgn) 3,5 døgn, se figur 5.12. Det er like lenge som i 2017 og 2018, og litt lengre enn i 2019 og 2020. Sør-Øst hadde kortere eller omtrent lik gjennomsnittlig oppholdstid som utskrivningsklar (overliggerdøgn) i 2021 som for årene 2017-2020. I Vest var gjennomsnittlig oppholdstid som utskrivningsklar kortere i 2021 enn i 2019 og 2018 og likt som i 2017. I Nord var oppholdstiden som utskrivningsklar i gjennomsnitt 5,7 døgn i 2021, det er 1,4 døgn lengre enn i 2019, og det høyeste nivået i femårsperioden. I Midt-Norge lå pasientene i gjennomsnitt fem døgn etter å ha blitt meldt utskrivningsklar. Det er litt kortere enn i 2018, men lengre enn i de andre årene i perioden.

<sup>22</sup> Både målt med variasjonskoeffisient og differansen mellom høyest og lavest rate.



Figur 5.12 Gjennomsnittlig oppholdstid for pasienter med overliggerdøgn for bostedsregionene og Norge totalt, 2017-2021.



## 5.5 Reinnleggelser

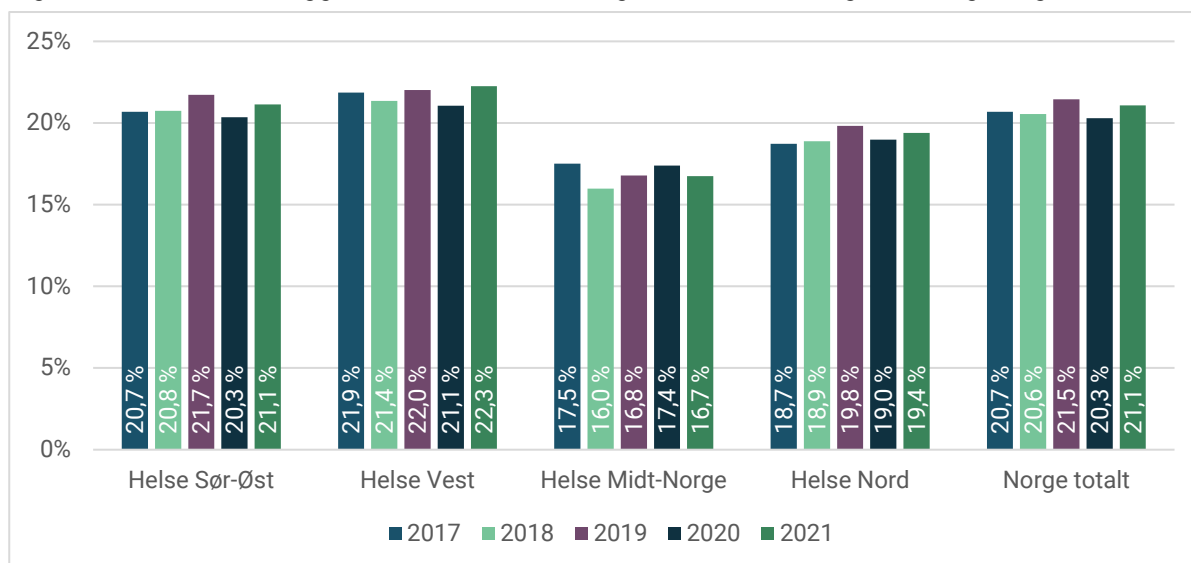
Andel reinnleggelser kan si noe om i kvaliteten på behandling og oppfølging i sykehus eller kommune, og/eller variasjoner i kvaliteten på samhandlingen mellom disse. Noen reinnleggelser er helt nødvendige, men en høy andel reinnleggelser er generelt lite ønskelig både for pasientene og for sykehusene.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

## 5.6 Utvikling og variasjon i andel reinnleggelse for alle utskrivningsklare pasienter

For alle utskrivningsklare var andel reinnleggelser på 21,1 prosent for landet samlet i 2021, se figur 5.13. Det er svakt lavere enn i 2019, og svakt høyere enn i de andre årene i femårsperioden. Alle regionene med unntak av Midt-Norge, hadde en liten økning i andel reinnleggelser fra 2017 til 2021. Sammenlignet med 2019 var det i 2021 en reduksjon i Sør-Øst og Nord, stabil i Midt-Norge, mens Vest hadde svakt høyere andel. Andelen reinnleggelser var høyere for utskrivningsklare opphold uten overliggerdøgn enn utskrivningsklare opphold med overliggerdøgn.

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

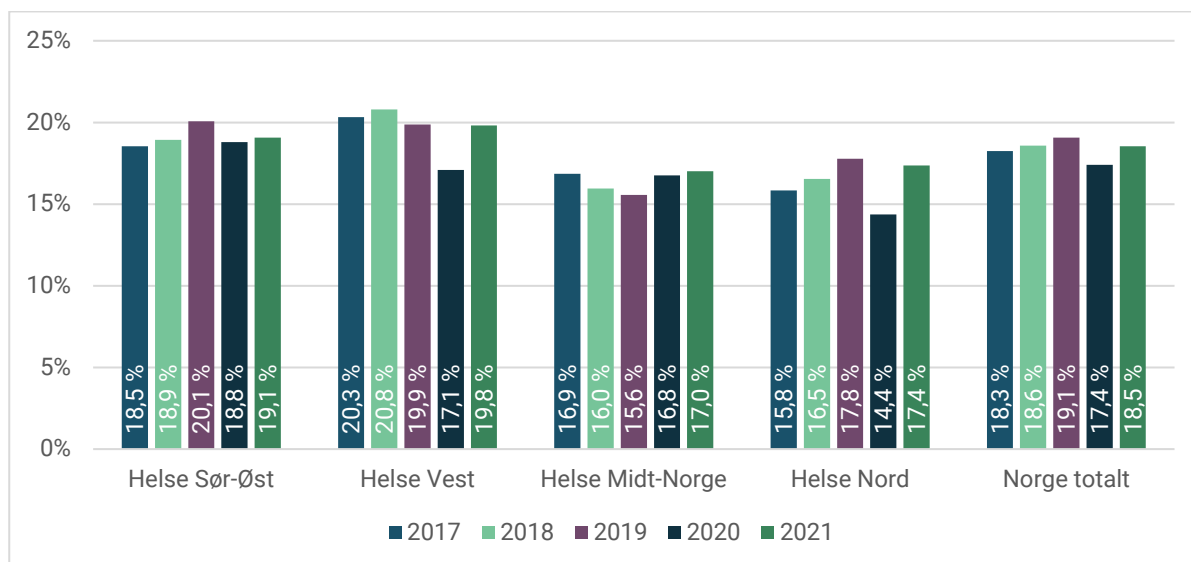
Figur 5.13 Andel reinnleggelser for alle utskrivningsklare, bostedsregionene og Norge totalt, 2017-2021.



## 5.7 Utvikling og variasjon i andel reinnleggelse for utskrivningsklare med overliggerdøgn

I 2021 var andelen reinnleggelser etter opphold med overliggerdøgn 18,5 prosent for landet samlet. Det er noe lavere enn i 2019, og tilnærmet likt som i 2017 og 2018. Andelen reinnleggelser var i hele perioden høyere i Vest og Sør-Øst enn i Midt-Norge og i Nord. I 2021 var andelen reinnleggelser høyest i Vest med 19,8 prosent.

Figur 5.14 Andel reinnleggelser etter opphold med overliggerdøgn, regioner og Norge totalt, 2017-2021.



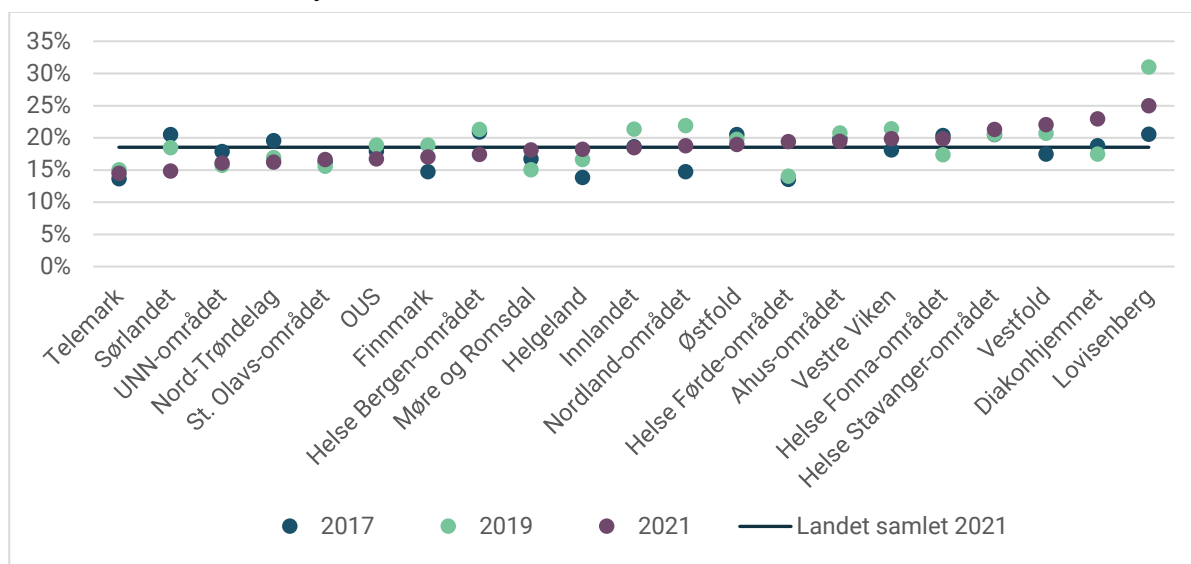
Det var et sammenfall<sup>23</sup> mellom gjennomsnittlig oppholdstid i sykehus for utskrivningsklare pasienter og andel reinnleggelser. Utskrivningsklare pasienter i Helse Midt-Norge og Helse Nord lå i gjennomsnitt lengre på sykehus enn i de to andre regionene, og hadde samtidig lavere andel reinnleggelser. Tilsvarende ser vi et sammenfall for bostedsområdene. Flere bostedsområder med relativt lav andel reinnleggelser,

<sup>23</sup> Målt med korrelasjon.

hadde samtidig lengre gjennomsnittlig oppholdstid enn områder med høy andel reinnleggelser. Vi kan likevel ikke konkludere med at det er en direkte sammenheng mellom disse størrelsene på pasientnivå.

Figur 5.15 viser andelen reinnleggelser etter opphold med overliggerdøgn etter bostedsområde for årene 2017, 2019 og 2021. Variasjonen<sup>24</sup> mellom områdene var høyest i 2019, og omtrent lik i 2021 som i 2017. Andelen reinnleggelser varierte i 2021 fra 14 prosent i Telemark til 25 prosent ved Lovisenberg.

Figur 5.15 Andel reinnleggelser etter opphold med overliggerdøgn etter bostedsområde, i 2017, 2019 og 2021. Sorter fra lav til høy, 2021.



## 5.8 Tjenester i kommunen for utskrivningsklare pasienter

I dette avsnittet gir vi en oversikt over hvilke tjenester pasienter som er meldt utskrivningsklare i sykehus har i kommunen. Vi har informasjon fra KPR Omsorg for pasienter som hadde minst ett opphold registrert som utskrivningsklar i 2021 i sykehusdata fra NPR.

I utgangspunktet skal alle pasienter som er meldt utskrivningsklare ha en kommunal tjeneste etter utskrivning. Det var imidlertid 3 717 pasienter som ble meldt utskrivningsklare i 2021, som vi ikke kan gjenfinne i KPR, og dette tilsvarer 4,5 prosent av utvalget. Det kan være flere grunner til at ikke alle som er meldt utskrivningsklare i sykehus har en registrert tjeneste i kommunen. Det kan skyldes manglende rapportering til KPR. Videre kan en pasient bli skrevet ut til en tjeneste som ikke nødvendigvis blir registrert i KPR Omsorg, for eksempel sykestuer og øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD). En annen mulig forklaring kan være feilregistrering av utskrivningsklar pasient i sykehus. Det kan også tenkes at pasienter som blir liggende på sykehus en periode etter meldt utskrivningsklar, ikke lenger har behov for et kommunalt tilbud når pasienten skrives ut.

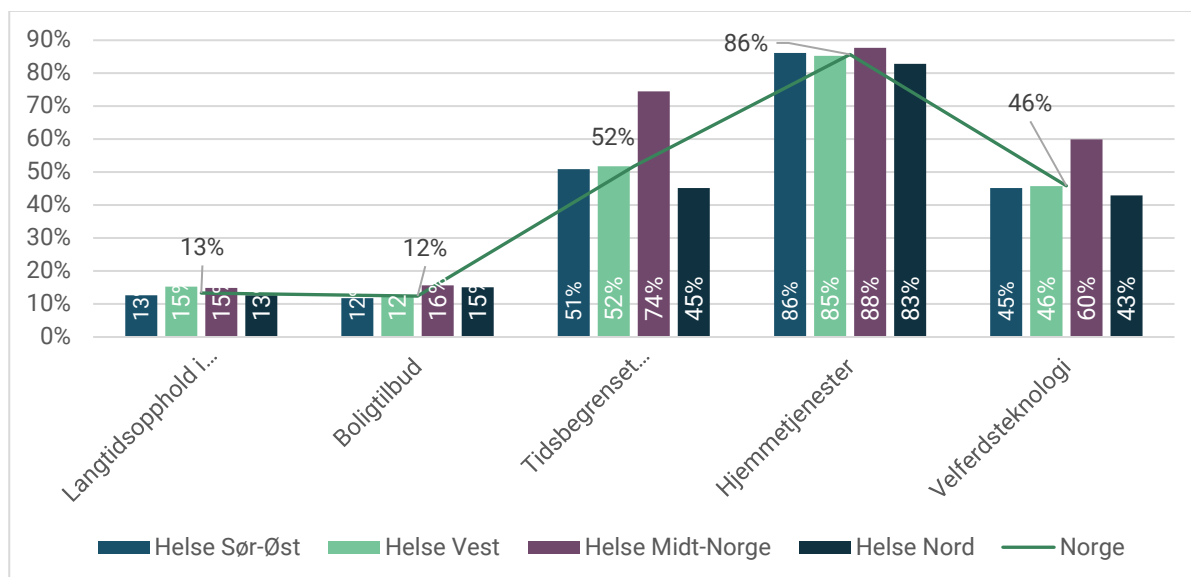
### Tjenester i kommunen for alle utskrivningsklare

Figur 5.16 viser hvor stor andel av de utskrivningsklare pasientene som hadde langtidsopphold i sykehjem, ett eller flere tidsbegrensede institusjonstjenester, hjemmetjenester, boligtilbud og/eller velferdsteknologi i 2021. Personer som mottok flere tjenester i løpet av året, er telt med innenfor hver av

<sup>24</sup> Variasjonskoeffisient=gjennomsnitt/standardavvik\*100.

tjenestetypene de har mottatt. En høy andel (69 prosent) mottok to eller flere tjenestetyper, og 11 prosent fikk flere enn tre. Midt-Norge skilte seg ut med den høyeste andelen mottakere av to eller flere tjenestetyper i løpet av året (86 prosent), og 17 prosent hadde benyttet flere enn tre tjenestetyper. Fordelingen i øvrige regioner var omtrent lik som i landet samlet.

Figur 5.16 Andel mottakere av ulike type tjenester i kommunen for alle utskrivningsklare pasienter, bostedsregioner og landet, 2021.

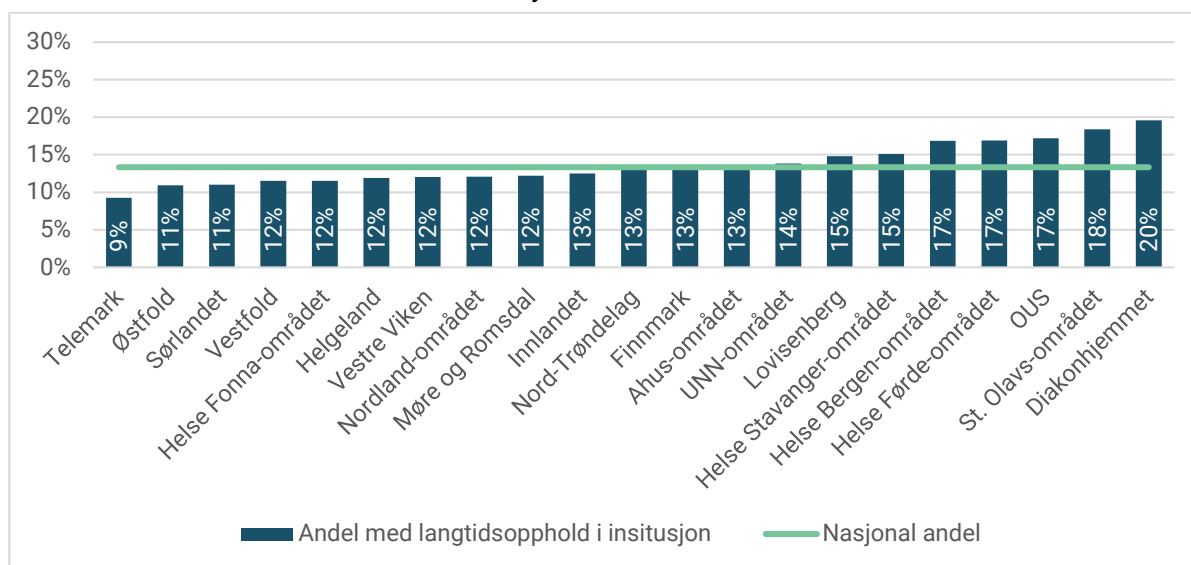


I 2021 hadde 13 prosent av alle utskrivningsklare pasienter et vedtak om langtidsopphold i institusjon i deler av eller hele året. Vest og Midt-Norge hadde høyere andel mottakere enn Sør-Øst og Nord av denne tjenesten. Det var 12 prosent av utvalget som hadde vedtak om boligtilbud. Det var en høyere andel av de utskrivningsklare i Midt-Norge og i Nord, enn i Sør-Øst og Vest, som benyttet boligtilbud i kommunen. Totalt hadde 52 prosent ett eller flere tidsbegrenset opphold i institusjon. Her var det store forskjeller mellom regionene, hvor 74 prosent av utvalget mottok denne typen tjenester i Midt-Norge, mens Nord hadde en andel på 45 prosent. Det er mulig at Nord har andre tjenester, som til dels erstatter tidsbegrensede institusjonsopphold, som for eksempel opphold ved sykestuer og øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Det var 86 prosent som mottok hjemmetjenester totalt i utvalget, mens 46 prosent hadde en velferdsteknologitjeneste. For de sistnevnte tjenestegruppene hadde Midt-Norge høyest nivå og Nord lavest.

Helseforetakene i Midt-Norge har en avvikene registreringspraksis, hvor de i liten grad registrerer utskrivningsklare pasienter uten overliggerdøgn. Dette betyr at de ulike andelene for Midt-Norge, hovedsakelig er beregnet ut fra antall utskrivningsklare pasienter med overliggerdøgn. Nivået til bostedsområdene i Midt-Norge i figurene 5.17, 5.19 og 5.22 må tolkes med det som utgangspunkt.

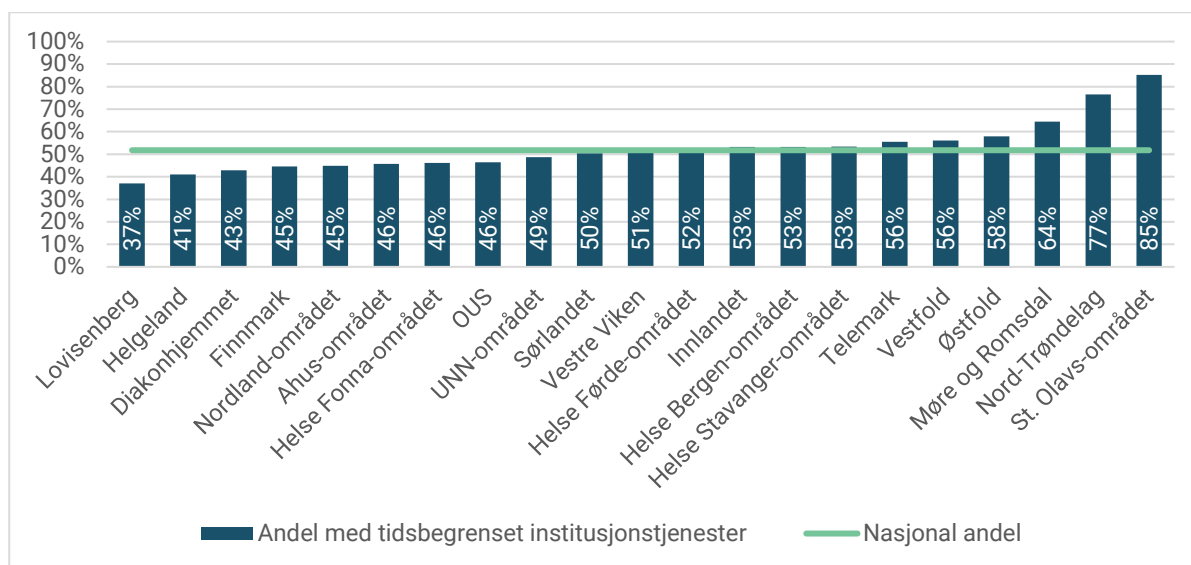
Figur 5.17 viser hvor stor andel av utvalget som hadde langtidsopphold i institusjon i deler eller hele 2021. Ved Diakonhjemmet hadde 20 prosent av de som ble meldt utskrivningsklar i sykehus som denne tjenesten. Det er dobbelt så høy andel sammenlignet med Telemark som var bostedsområdet med lavest andel.

Figur 5.17 Andel mottakere av langtidsopphold i Institusjon for alle utskrivningsklare etter bostedsområde, 2021. Sortert fra lav til høy.



For utenom områdene i Midt-Norge var det Østfold, Vestfold og Telemark som hadde høyest andel som mottok et eller flere tidsbegrenset opphold i institusjon i 2021, se figur 5.18. Bostedsområdene som hadde lavest andel var Lovisenberg, Helgeland og Diakonhjemmet.

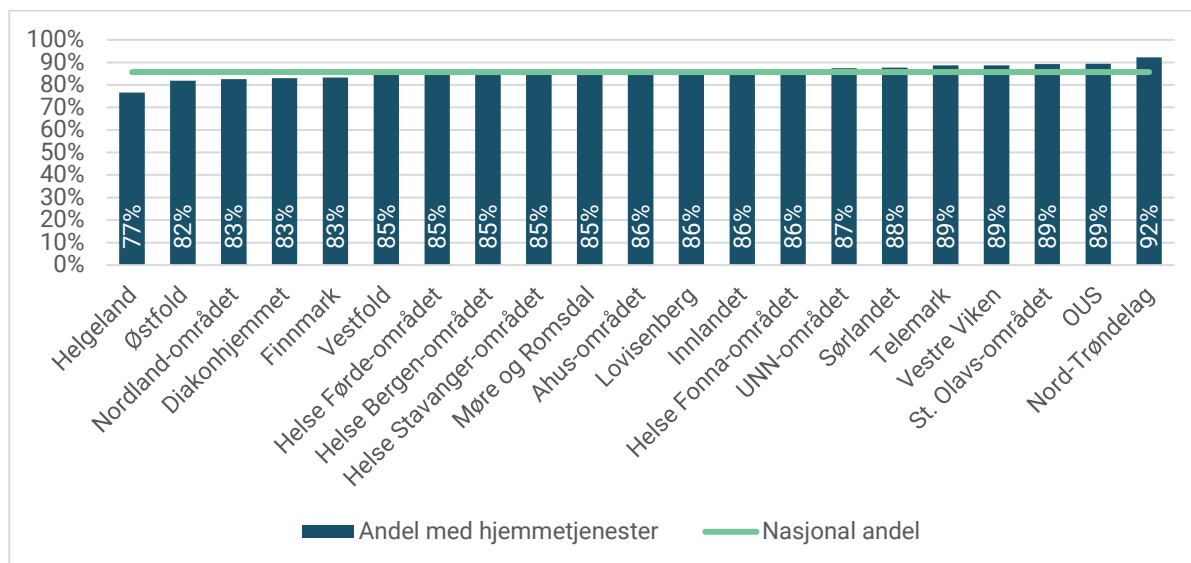
Figur 5.18 Andel mottakere av tidsbegrenset institusjoners tjenester for alle utskrivningsklare etter bostedsområde, 2021.



Som det framgår av figur 5.19 var det bostedsområdene Vestre Viken og Telemark i tillegg til bostedområdene i Midt-Norge, som hadde høyest andel mottakere av tjenester i hjemmet. Ved Helgeland,

som var området med lavest nivå, var andelen 77 prosent. Dette er 16 prosentpoeng lavere enn ved Nord-Trøndelag, og 13 prosentpoeng lavere enn ved Vestre Viken.

Figur 5.19 Andel mottakere hjemmetjenester alle for utskrivningsklare etter bostedsområde, 2021. Sortert fra lav til høy.



De presenterte forskjeller mellom bostedsområdene i hvor stor andel av utvalget som hadde en langtidsplass, ett eller flere tidsbegrenset opphold i institusjon og/eller som mottok minst en hjemmetjeneste kan, som nevnt, dels skyldes ulik pasientsammensetning. Ulik pasientsammensetning relateres til ulik registreringspraksis for utskrivningsklare pasienter i sykehus. Forskjellene kan også indikere at tilbud om tjenester er forskjellig i ulike kommuner og i ulike bostedsområder

### 5.9 Utskrivningsklare pasienter med vedtak om langtidsplass i institusjon

I dette avsnittet ser vi nærmere på pasienter som ble meldt utskrivningsklar i 2021 og som samtidig hadde vedtak om langtidsplass i institusjon. Hvorvidt pasienten hadde langtidsplass i hele 2021 eller deler av året, har betydning for antall innleggelser og antall døgn i sykehus. Vi har derfor valgt å skille mellom utskrivningsklare pasienter som hadde langtidsplass i hele 2021 (eller fram til sin død) og de som hadde langtidsplass i deler av 2021. Videre har vi inkludert alle døgnoppholdene for disse pasientene, det vil si at vi også har tatt med opphold der pasientene ikke ble registrert som utskrivningsklare. For pasientene som hadde langtidsopphold i hele 2021, var det 577 opphold der pasientene ikke ble registrert som utskrivningsklare. For de som hadde langtidsplass i deler av 2021, var tilsvarende 2 326 døgnopphold.

#### Utskrivningsklare med vedtak om langtidsopphold i hele 2021

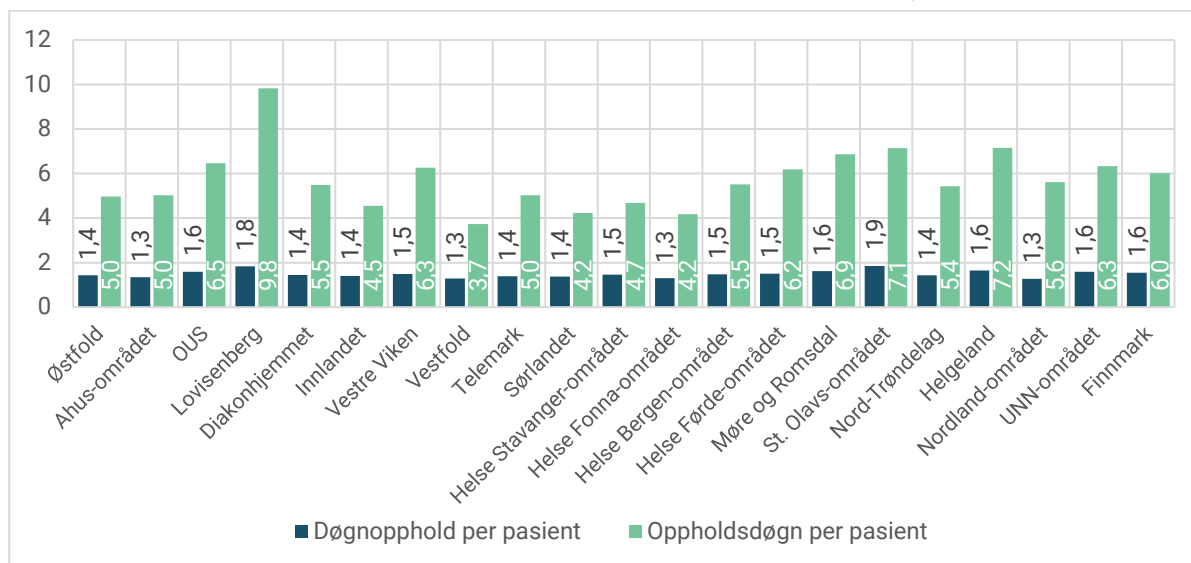
Det var om lag 3 500 personer som hadde vedtak om langtidsplass i hele 2021 eller fram til sin død, og som samtidig hadde minst én innleggelse i sykehus som utskrivningsklar. Av disse døde 40 prosent i løpet av året.

De 3 500 pasientene hadde til sammen 5 100 døgnopphold og 19 000 oppholdsdøgn i sykehus, hvorav i underkant av 300 døgn var overliggerdøgn. Om lag 93 prosent av innleggelsene i sykehus var registrert som øyeblikkelig hjelp. Figur viser antall døgnopphold per pasient og antall oppholdsdøgn i sykehus for

denne pasientgruppen.<sup>25</sup> I gjennomsnitt hadde hver pasient 1,4 døgnopphold. Antall døgnopphold per pasient varierte fra 1,3 i Nordland, Vestfold, Helse Fonna-området og Ahus-området til 1,9 døgnopphold per pasient ved St. Olavs-området.

Gjennomsnittlig antall oppholdsdøgn per pasient for Norge totalt var 5,4 døgn. Færrest oppholdsdøgn per pasient var det for befolkningen i Vestfold med 3,7 døgn. Befolkningen i Lovisenberg hadde flest oppholdsdøgn per pasient med 9,8 døgn, det er nesten 2,6 ganger så mange som for Vestfold.

Figur 5.20 Antall døgnopphold per pasient og totalt antall oppholdsdøgn per pasient i sykehus for utskrivningsklare pasienter som hadde vedtak om langtidsplass i institusjon i hele 2021, 2021.

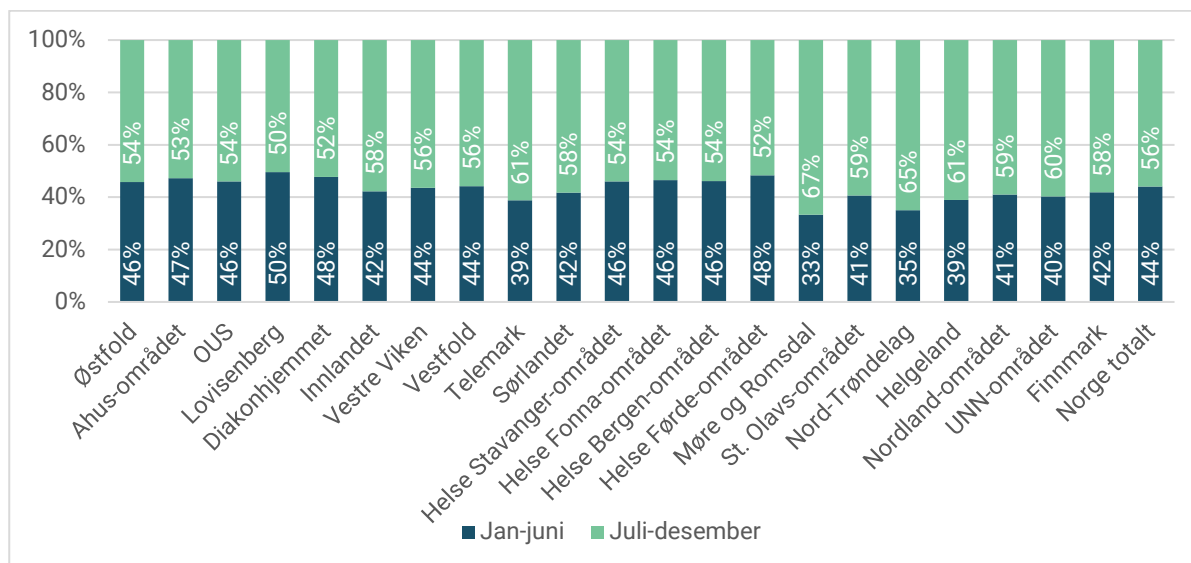


### Utskrivningsklare med vedtak om langtidsopphold i deler av 2021

Det var om lag 7 500 personer som fikk langtidsplass i 2021, og som samtidig hadde minst én innleggelse som utskrivningsklar i sykehus. Av de disse døde 30 prosent i løpet av året. Figur viser hvor stor andel av utvalget som hadde oppstartsdato for vedtaket i første eller siste halvdel av 2021 for bostedsområdene. Nasjonalt var det en større andel (55 prosent) som hadde oppstart i siste halvdel av året. Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag hadde lavest andel mottakere som hadde oppstart av langtidsopphold i første halvdel i 2021, med henholdsvis 33 og 35 prosent.

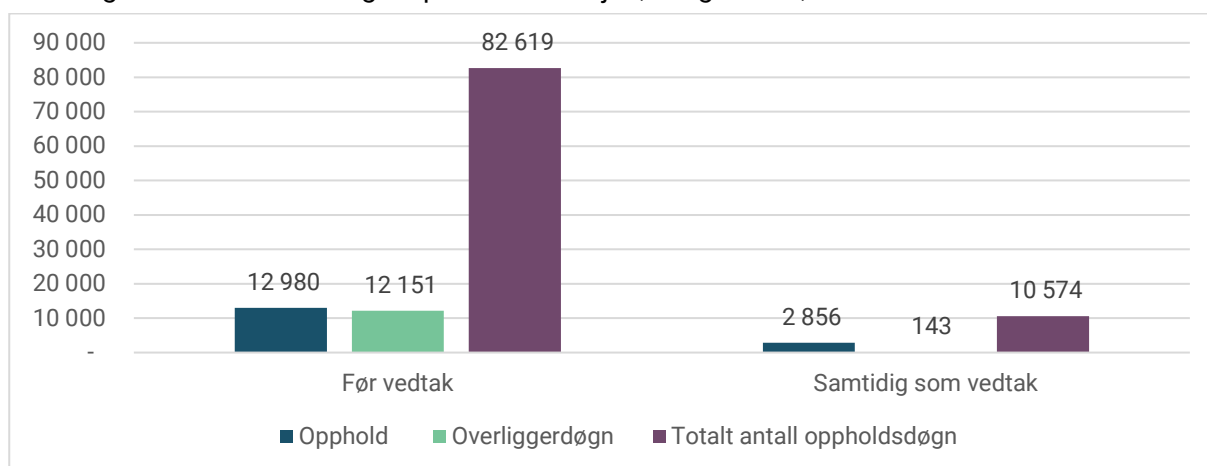
<sup>25</sup> Merk at det er totalt antall oppholdsdøgn per pasient som presenteres, og ikke antall overliggerdøgn per pasient. Dette skyldes at volumet av overliggerdøgn for disse pasienten var lavt.

Figur 5.21 Andel som hadde oppstartsdato for vedtak om langtidsplass i første eller siste halvdel av 2021 etter bostedsområde.



Figur 5.22 viser antall døgnopphold, totalt antall oppholdsdøgn og overliggerdøgn inndelt etter om det var før pasienten hadde langtidsplass i institusjon eller mens pasienten hadde langtidsplass i institusjon. Totalt hadde disse tjenestemottakerne til sammen i overkant av 16 000 døgnopphold og 94 000 oppholdsdøgn i sykehus, hvorav nesten 12 400 døgn var overliggerdøgn. Om lag 93 prosent av innleggelsene i sykehus var registrert som øyeblikkelig hjelp. De aller fleste oppholdene (82 prosent) og overliggerdøgnene (99 prosent) var før pasienten hadde langtidsplass i institusjon. Gjennomsnittlig oppholdstid for oppholdene som kom før langtidsplass var 6,4 døgn, mens gjennomsnittlig oppholdstid for opphold som var samtidig som langtidsplass var 3,7 døgn. Det var også 200 døgnopphold og 60 overliggerdøgn som var etter avsluttet langtidsplass i 2021, som ikke inngår i figuren under.

Figur 5.22 Antall døgnopphold, overliggerdøgn og totalt antall oppholdsdøgn etter om det var før eller samtidig som vedtak om langtidsplass i institusjon, Norge totalt, 2021.



Figur 5.23 viser gjennomsnittlig antall døgnopphold per pasient, overliggerdøgn per pasient og totalt antall oppholdsdøgn per pasient for utskrivningsklare pasienter som fikk vedtak om langtidsopphold i løpet av 2021. I figuren inngår opphold og døgn som kom både før, samtidig som og etter langtidsoppholdet i institusjon. I gjennomsnitt hadde hver pasient 2,1 opphold for Norge sett under ett,

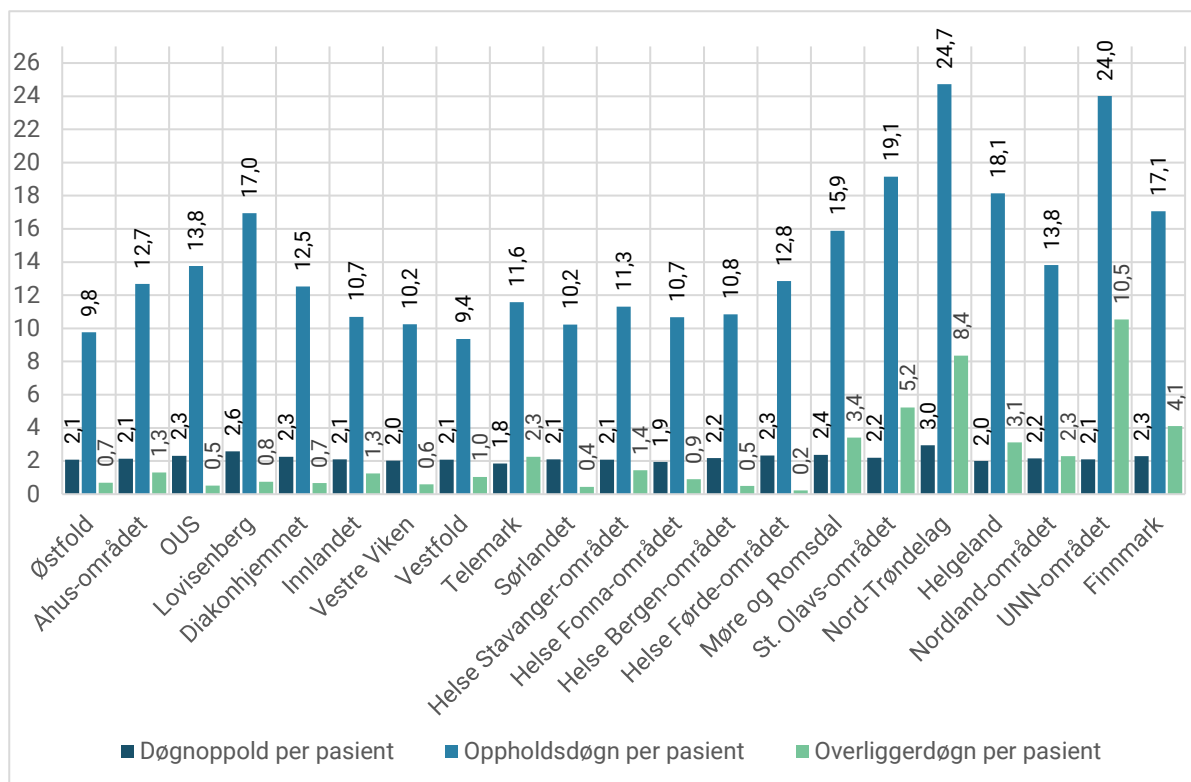


det er 0,7 opphold færre enn for de som hadde vedtak om langtidsplass hele 2021. Antall døgnopphold per pasient varierte fra 1,8 opphold i Telemark til 3 opphold per pasient i Nord-Trøndelag.

Totalt antall oppholdsdøgn per pasient var 12,6 døgn for Norge totalt. Det er 7,2 døgn i gjennomsnitt flere per pasient enn for de som hadde langtidsplass i hele 2021. Det var store forskjeller mellom bostedsområdene. Vestfold hadde færrest oppholdsdøgn per pasient med 9,4 døgn, men Nord-Trøndelag hadde flest med 24,7 døgn per pasient.

For Norge totalt var det 1,6 overliggerdøgn per pasient, men også her var det store forskjeller mellom bostedsområdene. UNN-området hadde flest overliggerdøgn per pasient med 10,5 overliggerdøgn, det er betraktelig flere enn ved Helse Førde-området, som hadde 0,2 overliggerdøgn per pasient. Bostedsområdene i Helse Midt-Norge og Helse Nord hadde flere overliggerdøgn per pasient enn områdene i Helse Sør-Øst og Helse Vest.

Figur 5.23 Antall døgnopphold per pasient, antall overliggerdøgn per pasient og totalt antall oppholdsdøgn for utskrivningsklare pasienter som fikk vedtak om langtidsopphold i institusjon i løpet av 2021 for bostedsområdene.

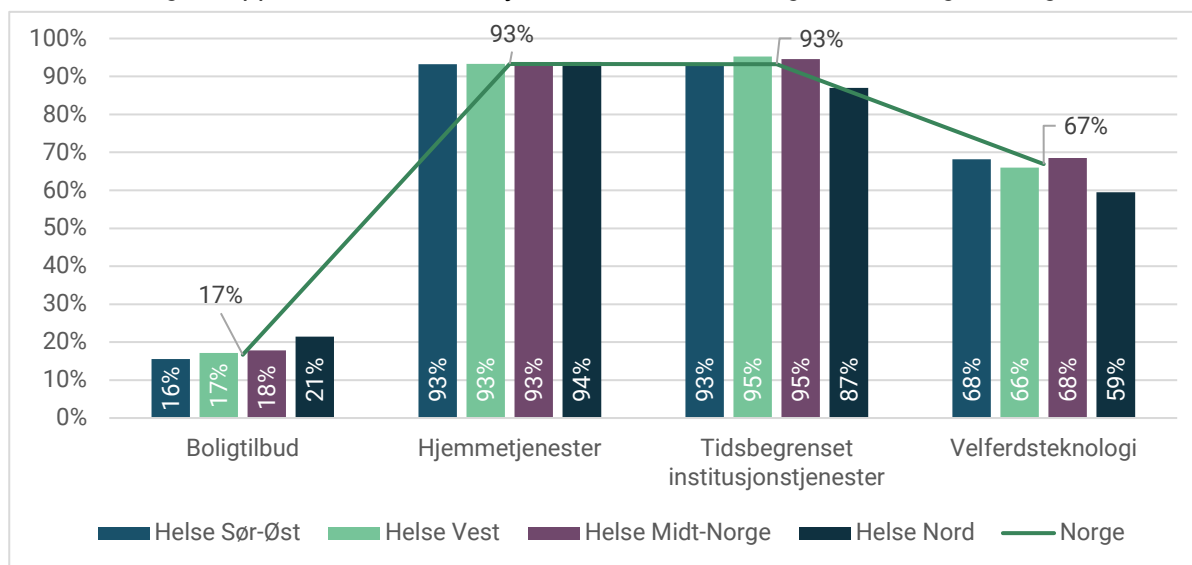


## 5.10 Andre kommunale tjenester for utskrivningsklare som fikk vedtak om langtidsplass i 2021

Figur 5.24 viser hvilke andre omsorgstjenester de utskrivningsklare pasientene som fikk langtidsplass i institusjon hadde i 2021. Det er ikke tatt hensyn til om det var før, under eller etter langtidsopphold i institusjon. Det var 17 prosent av utvalget som hadde et boligtilbud. Det er en noe høyere andel enn for alle utskrivningsklare sett under ett, se Figur. Helse Nord hadde en høyere andel som hadde et boligtilbud

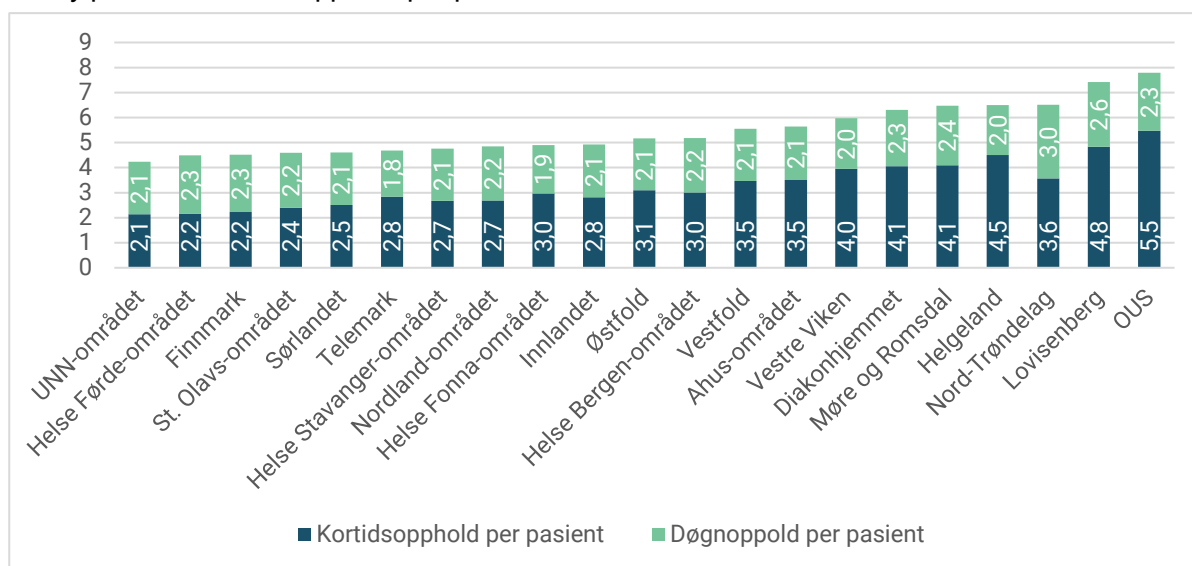
enn for de tre andre regionene. Totalt hadde 93 prosent av utvalget ett eller flere tidsbegrensede opphold i institusjon. Det er en betraktelig høyere andel enn for alle utskrivningsklare pasienter samlet.

Figur 5.24 Andel mottakere av ulike type tjenester i kommunene for utskrivningsklare pasienter som hadde langtidsopphold i institusjon for bostedsregionene og Norge totalt, 2021.



Figuren over viser at de aller fleste i denne gruppen hadde minst ett tidsbegrenset institusjonsopphold (korttidsopphold) i kommunene. I Figur 5.2 har vi sammenstilt antall korttidsopphold per pasient med antall døgnopphold per pasient. For Norge totalt hadde disse pasientene i gjennomsnitt 3,3 korttidsopphold og 2,2 døgnopphold i sykehus i 2021 i tillegg til langtidsopphold i institusjon. Det var flest korttidsopphold i OUS med 5,5 opphold per pasient, det er over dobbelt så mange som i UNN-området.

Figur 5.25 Antall tidsbegrenset institusjonsopphold per pasient og antall døgnopphold per pasient for utskrivningsklare pasienter som fikk iverksatt vedtak om langtidsplass i institusjon, 2021. Sortert fra lav til høy på antall korttidsopphold per pasient.



# 6. Telefon og videokonsultasjoner

*Andelen telefon- og videokonsultasjoner i spesialisthelsetjenesten var 14,2 prosent i 2021, hvorav 10,9 prosent var telefonkonsultasjoner og 3,2 prosent var videokonsultasjoner. Det var en målsetting i 2021 om at denne andelen bør være 15 prosent. I somatisk sektor var andelen 9,2 prosent, mens den i psykisk helsevern og rusbehandling var 22-28 prosent.*

*Det var regionale variasjoner i andelen telefon- og videokonsultasjoner, fra 10,9 prosent for foretakene i Vest til 16,4 prosent for foretakene i Midt-Norge. Omleggingen til mer bruk av telefon- og videokonsultasjoner kan skje i ulik takt for de ulike regionene, og variasjonen mellom regionene kan dermed se annerledes ut i kommende år.*

## 6.1 Innledning

I nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 er det et mål å realisere pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte<sup>26</sup>. Digitalisering er en del av løsningen for å opprettholde bærekraft i tjenestene. RHF-ene fikk i oppgave å utarbeide forslag til definisjoner og måltall for digital hjemmeoppfølging via oppdragsdokumentet for 2021. Denne oppgaven resulterte i sluttrapporten "Digital hjemmeoppfølging, definisjoner, måltall og tilrettelegging" fra RHF-ene i september 2021.

Begrepet digital hjemmeoppfølging rommer tjenester som video- og telefonkonsultasjoner, asynkrone meldinger, data fra sensorer og medisinsk teknisk utstyr, pasientregistrerte data, nettbaserte behandlingsprogram og pasientopplæring. I sluttrapporten påpekte RHF-ene sin arbeidsgruppe at det foreløpig kun var video- og telefonkonsultasjoner som var modent nok for å knyttes måltall til. Som måltall for bruk av telefon- og videokonsultasjoner i den polikliniske behandlingen foreslo RHF-ene at styringskravet om en andel på 15 prosent, som gjaldt for 2021, skulle videreføres for 2022. Videre foreslo RHF-ene at måltallet bør økes til 20 prosent for 2023.

Våren 2022 inviterte helsedirektoratet fagmiljøene i RHF-ene til å gi innspill til innhold i Samdata-publikasjonene. RHF-ene fremmet ønske om standardiserte definisjoner og indikatorer for andel telefon- og videokonsultasjoner fra Helsedirektoratet. Helsedirektoratet etablerte en definisjon for å avgrense datagrunnlag til beregning av andel telefon- og videokonsultasjoner for *statistikkformål*, basert på registrering i pasientdata i 2021. Representanter fra alle fire fulgte etableringen av definisjonen. Arbeidet med definisjonen resulterte i et notat som ble delt med, og kommentert av, RHF-ene. Definisjonsnotatet finnes i Helsedirektoratet sitt arkivsystem<sup>27</sup>. Siste avsnitt i dette kapitlet oppsummerer definisjonene som ble nedfelt og ligger til grunn for indikatorene som presenteres.

<sup>26</sup> Se St. meld. 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.

<sup>27</sup> Saksnr 22/6882-7 i Helsedirektoratet sitt arkivsystem.

I dette kapitlet vil vi presentere foretaksvise variasjoner i andel telefon- og videokonsultasjoner. Dette gir informasjon om hvilke foretak som er nær, eller oppfyller, målsettingen om en andel på 15 prosent, og hvilke foretak som er et stykke i fra måltallet. I tillegg viser vi andelen fordelt på henholdsvis telefon- og videokonsultasjoner.

På foretaksnivå (HF-nivå), og på regionalt nivå (RHF-nivå), presenteres variasjon i andel telefon- og videokonsultasjoner separat for de fire sektorene 1) somatikk, 2) psykisk helsevern for voksne, 3) psykisk helsevern for barn og unge, og 4) tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

På RHF-nivå presenteres regionale variasjon i andel telefon- og videokonsultasjoner når alle de fire sektorene sees samlet.

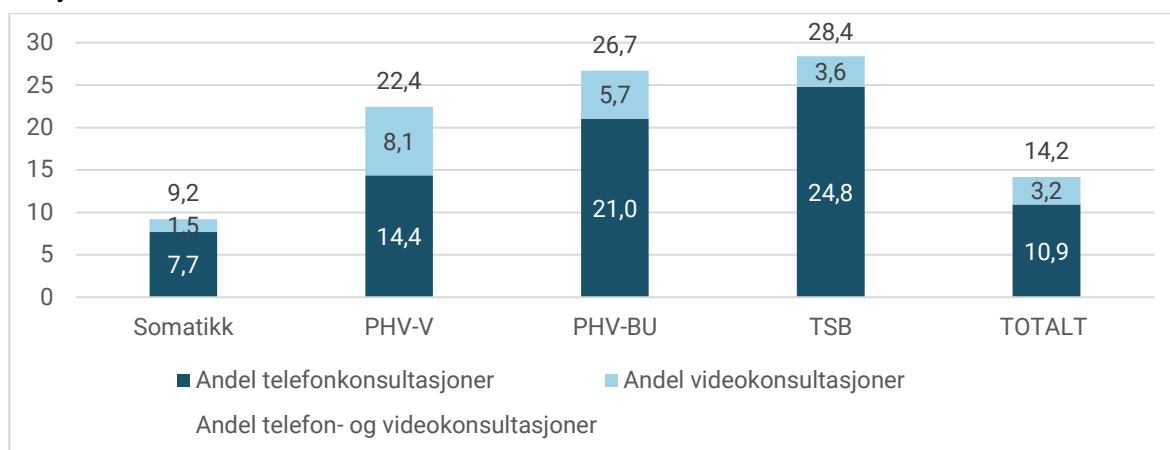
Praksis og retningslinjer for registrering av telefon- og videokontakter har vært i endring i de siste årene, derfor presenteres kun foretaksvise variasjoner for driftsåret 2021. Retningslinjene for registrering vil være like fra 2021 og i de kommende årene. Endringene i retningslinjene for registrering av telefon- og videokonsultasjoner kan ha medført noe ulik praksis som igjen kan ligge bak noe av de foretaksvise variasjonene som framkommer. Omleggingen til mer bruk av telefon og video kan også skje i ulik takt for de ulike foretakene, og det kan være slik at praksisen fortsatt har vært i utvikling og endring gjennom 2021.

## 6.2 Nasjonalt og regionalt nivå

### *Andelen telefon- og videokonsultasjoner var 14,2 prosent i 2021*

Samlet sett for sektorene somatikk, psykisk helsevern for voksne (PHV-V), psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), var andelen telefon- og videokonsultasjoner 14,2 prosent i 2021. Andelen var dermed nær måltallet på 15 prosent. Av andelen på 14,2 prosent utgjorde telefonkontaktene 10,9 prosentpoeng og videokonsultasjonene 3,2 prosentpoeng. Andelen telefon- og videokonsultasjoner varierte mellom sektorene. I somatisk sektor ble 9,2 prosent av de polikliniske konsultasjonene utført ved telefon eller video, mot en andel på 22-28 prosent i PHV og TSB.

Figur 6.1: Prosentandel telefon- og videokonsultasjoner i somatisk sektor, psykisk helsevern for voksne (PHV-V), psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Nasjonalt nivå, 2021.

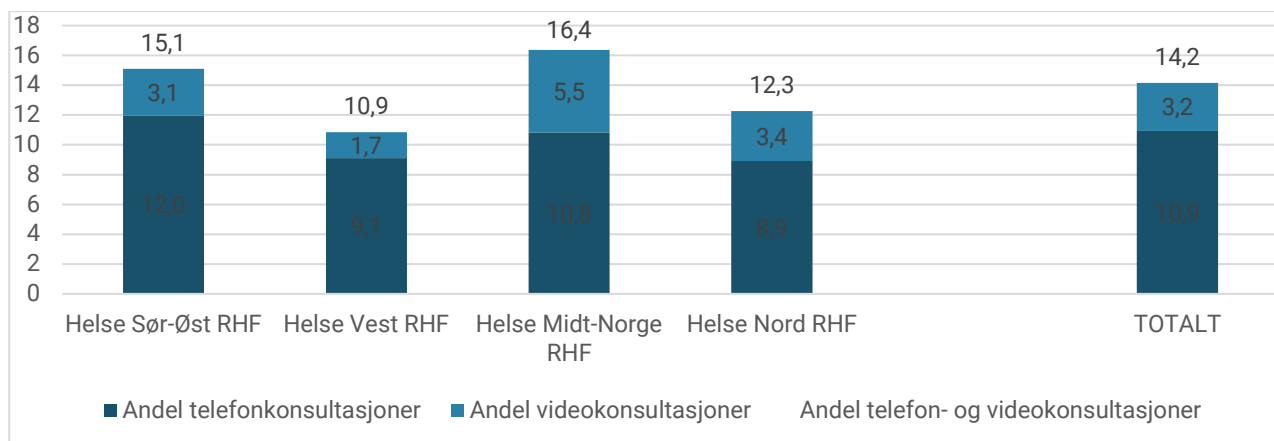


*Andelen varierte fra 10,9 prosent for Helse Vest til 16,4 prosent for Helse Midt-Norge*

Figur 6.2 viser regionale variasjoner i andelen telefon- og videokonsultasjoner i 2021. Andelen varierte fra 10,9 prosent i for foretak under Helse Vest RHF, til 16,4 prosent for foretak under Helse Midt-Norge RHF. En høyere andel for Helse Midt-Norge RHF knyttes til mer bruk av videokonsultasjoner sammenlignet med gjennomsnittet. En lavere andel for Helse Vest RHF skyldes mindre omfang av både telefon- og videokonsultasjoner.

Figur 6.2 viser også at andelen telefon- og videokonsultasjoner var høyere enn gjennomsnittet for foretakene under Helse Sør-Øst RHF, og under gjennomsnittet for foretakene under Helse Nord RHF. En høyere andel for Helse Sør-Øst RHF relateres til mer omfang av telefonkonsultasjoner, og en lavere andel for Helse Nord RHF relateres til mindre bruk av telefon. Andelen videokonsultasjoner var om lag i tråd med gjennomsnittet for landet både for Helse Sør-Øst RHF og for Helse Nord RHF.

Figur 6.2: Prosentandel telefon- og videokonsultasjoner for spesialisthelsetjenesten samlet. Regionale helseforetak, 2021.

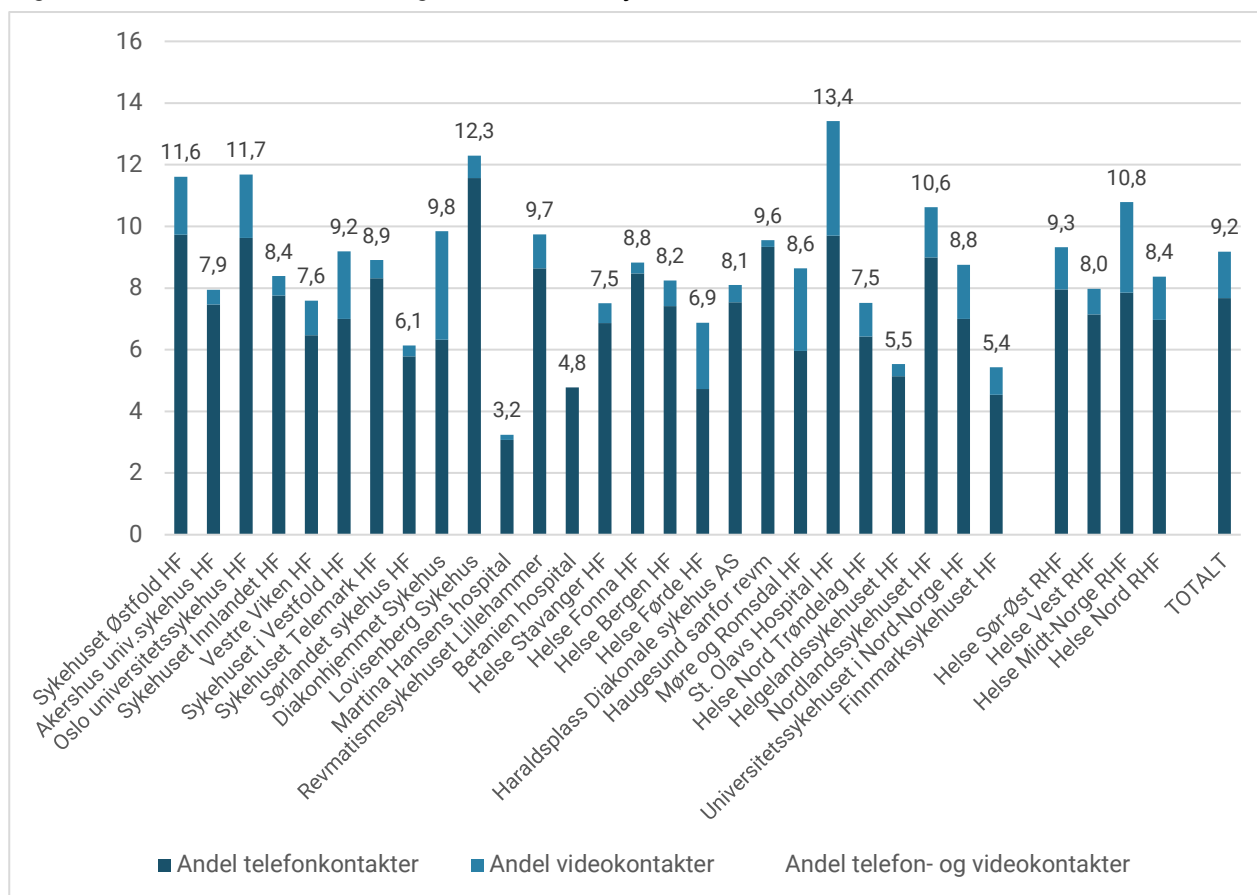


### 6.3 Somatisk sektor

*Andelen telefon- og videokonsultasjoner varierte fra 8,0 prosent i Vest til 10,8 prosent i Midt-Norge*

På nasjonalt nivå var andelen telefon- og videokonsultasjoner i somatisk sektor 9,2 prosent i 2021. Mellom regionene varierte andelen fra 8,0 prosent for foretak under Helse Vest RHF til 10,8 prosent for foretak under Helse Midt-Norge RHF. Figur 6.3 viser at variasjonen var sterkere på foretaksnivå enn på regionalt nivå. St. Olavs Hospital HF og Lovisenberg Diakonale Sykehus hadde høyest andel telefon- og videokonsultasjoner i 2021.

Figur 6.3 Prosentandel telefon- og videokonsultasjoner i somatisk sektor. Helseforetak 2021.

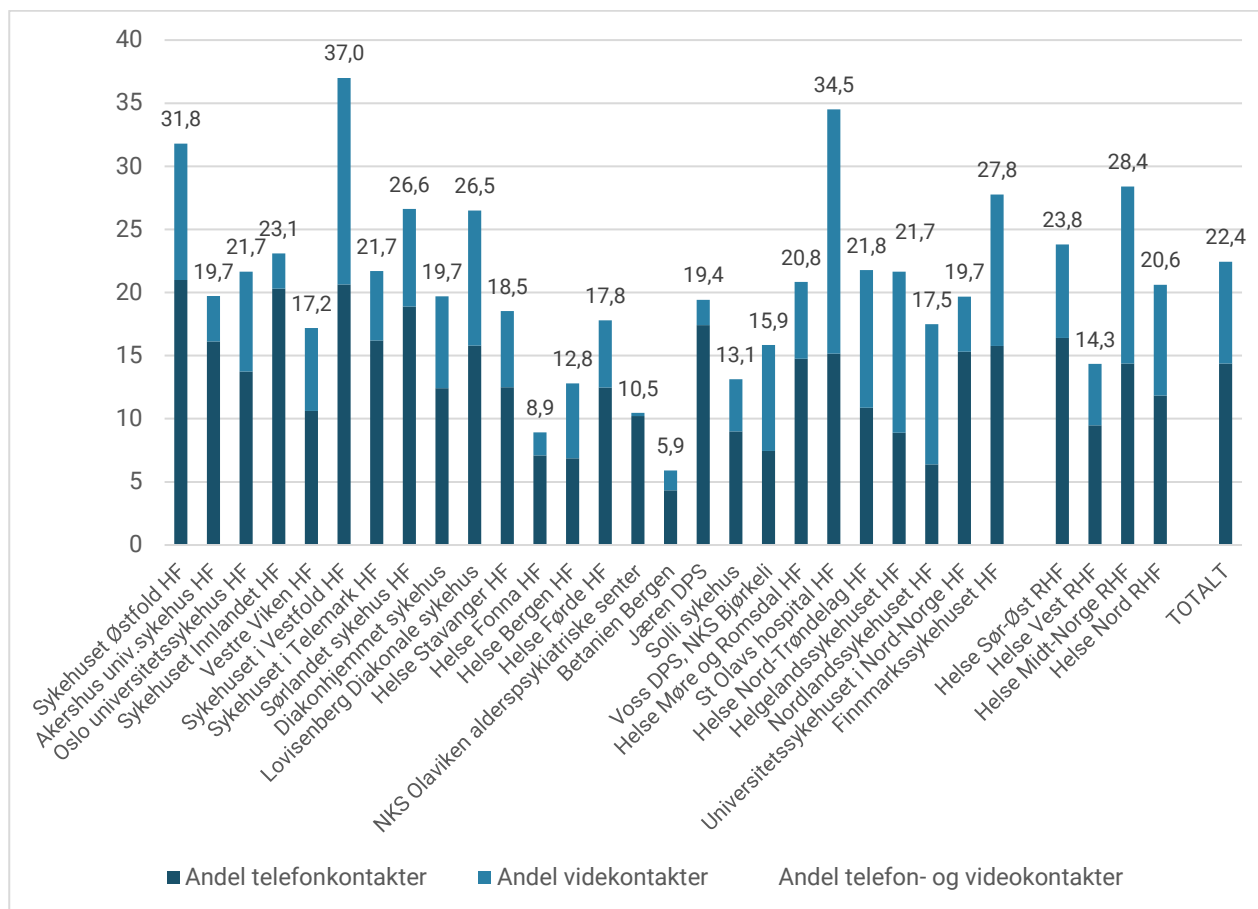


## 6.4 Psykisk helsevern for voksne

*28,4 prosent telefon- og videokonsultasjoner i Midt-Norge mot 14,3 prosent i Vest*

Andelen telefon- og videokonsultasjoner i det psykiske helsevernet for voksne (PHV-V) varierte fra 14,3 prosent for foretakene under Helse Vest RHF til 28,4 prosent for foretakene under Helse Midt-Norge RHF. De regionale variasjonene i andel telefon- og videokonsultasjoner var større i det psykiske helsevernet for voksne sammenlignet med somatisk sektor. Det var mer bruk av telefon- og videokonsultasjoner ved foretakene i Midt-Norge, og figur 6.4 viser høyere andel videokonsultasjoner. Helse Sør-Øst RHF hadde en andel telefon- og videokonsultasjoner på 23,8 prosent, som var litt over gjennomsnittet. Andelen varierte mellom foretakene.

Figur 6.4 Prosentandel telefon- og videokonsultasjoner i det psykiske helsevernet for voksne (PHV-V). Helseforetak, 2021.



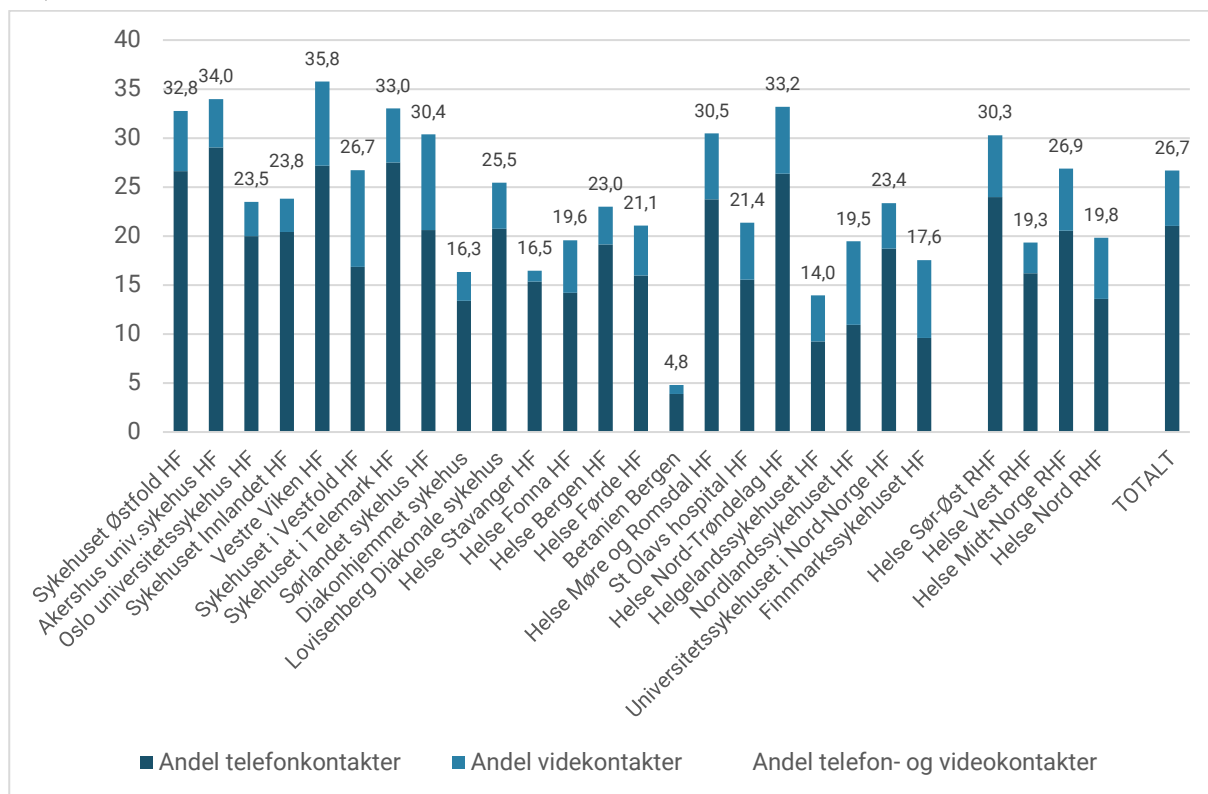
## 6.5 Psykisk helsevern for barn og unge

*Andelen telefon- og videokonsultasjoner varierte fra 19 prosent i Vest til 30 prosent i Sør-Øst*

På nasjonalt nivå var andelen telefon- og videokonsultasjoner i det psykiske helsevernet for barn og unge 26,7 prosent i 2021. Foretakene under Helse Vest RHF og Helse Nord RHF hadde en lavere andel på 19-20 prosent, mens foretakene under Helse Sør-Øst RHF hadde en høyere andel på 30 prosent. Helse Midt-Norge RHF hadde samlet sett en andel i tråd med gjennomsnittet.

En lavere andel for Helse Nord-RHF knyttet til lavere omfang av telefonkonsultasjoner. Lavere andel for Helse Midt-Norge RHF skyldtes lavere omfang av både telefon- og videokonsultasjoner. Høyere andel for Helse Sør-Øst RHF knyttet til høyere omfang av telefonkonsultasjoner. Se figur 6.5.

Figur 6.5 Prosentandel telefon- og videokonsultasjoner i det psykiske helsevernet for barn og unge (PHV-BU). Helseforetak, 2021.



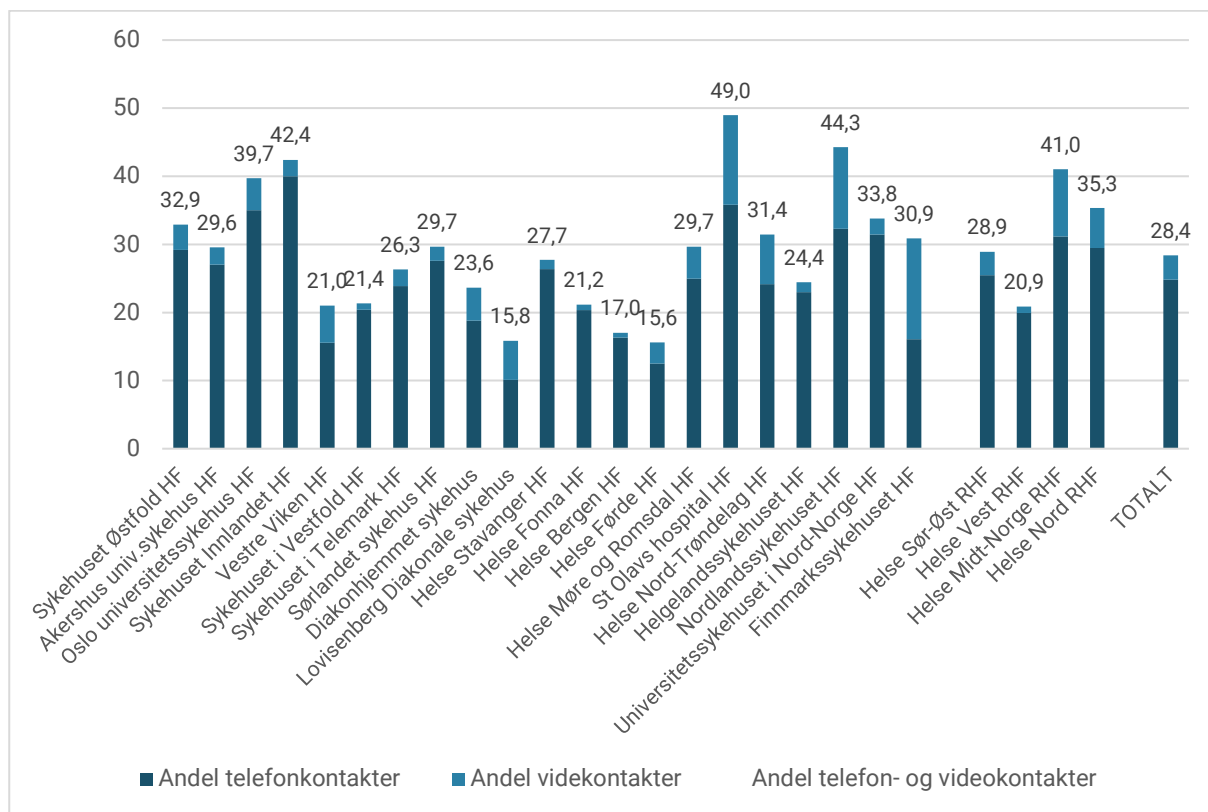
## 6.6 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

*Andelen telefon- og videokonsultasjoner varierte fra 21 prosent i Vest til 41 prosent i Midt-Norge*

Bak den nasjonale andelen telefon- og videokonsultasjoner på 28,4 prosent for den tverrfaglige spesialiserte rusbehandlingen i 2021 var det regionale variasjoner. Andelen varierte fra 21 prosent for foretakene under Helse Vest RHF til 41 prosent for foretakene under Helse Midt-Norge RHF. Høyere andel i Midt-Norge knyttet til aktiviteten ved St. Olavs Hospital HF. Alle de fire foretakene under Helse Vest RHF hadde lavere andel telefon- og videokonsultasjoner sammenlignet med gjennomsnittet. Andelen var også høyere for foretakene under Helse Nord RHF, hvor den var 35 prosent. Omfanget for foretakene under Helse Sør-Øst RHF var samlet sett i tråd med gjennomsnittet.



Figur 6.6 Prosentandel telefon- og videokonsultasjoner i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Helseforetak, 2021.



## 6.7 Variasjon i mellom foretakene i andel telefon- og videokonsultasjoner

Pearsons variasjonskoeffisient måler den relative spredningen i et datamateriale. Variasjonen mellom foretakene i andelen telefon- og videokonsultasjoner var litt større i rusbehandlingen og i psykisk helsevern for voksne (om lag 30 prosent), sammenlignet med det psykiske helsevernet for barn og unge og somatisk sektor (om lag 25 prosent). Dette kan indikere at praksisen varierer noe mer i psykisk helsevern for voksne og rusbehandling, enn i psykisk helsevern for barn og unge og i somatisk sektor. De forutgående avsnittene, som har vist andeler for hver sektor separat, indikerer stor variasjon mellom foretakene i alle de fire sektorene. Det må også påpekes at praksis både for bruk og registrering av telefon- og videokonsultasjoner fortsatt kan være i endring og utvikling i 2021.

Tabell 6.1 Gjennomsnitt og variasjon for andel telefon- og videoonsultasjoner i 2021.

	Somatisk sektor	PHV-BU	PHV-V	TSB
Gjennomsnitt	9,2	26,7	22,4	28,4
Variasjonskoeffisient <sup>1</sup>	24,9	24,8	29,6	32,6
Variasjonsbredde (max-min)	8,0	20,0	25,6	33,3

<sup>1</sup> Pearsons variasjonskoeffisient = standardavvik/gjennomsnitt. Betanien hospital i somatisk sektor, og Betanien Bergen i psykisk helsevern er tatt ut av grunnlaget når variasjonskoeffisient og variasjonsbredde beregnes, fordi disse foretakene har en avvikende lav andel telefon- og videokonsultasjoner sammenlignet med de øvrige foretakene. Rangeringen av sektorene endres ikke hvis disse enhetene inkluderes, men variasjonen blir større.

## 6.8 Definisjon av datagrunnlag

I dette avsnittet presenteres tabeller med oppsummering av grunnlaget for å beregne andelen telefon- og videokonsultasjoner for statistikkformål i Samdata, og avvik i forhold til grunnlaget som benyttes i finansieringsordningen Resultatbasert Finansiering (RBF). Vi viser til saksnr. 22/6882-7 i Helsedirektoratet sitt arkivsystem for et utfyllende definisjonsnotat. Definisjonsnotatet ble utarbeidet i prosess med de regionale helseforetakene våren 2022. Notatet ble delt med, og kommentert av, RHF-ene. Det kan bemerkes at definisjonen for beregning av andelen telefon- og videokonsultasjoner for statistikkformål har et litt bredere uttrekk av poliklinisk aktivitet, sammenlignet med definisjonen som benyttes i finansieringsordningen resultatbasert finansiering (RBF). Konsekvensen er at andelen telefon- og videokonsultasjoner som presenteres her for statistikkformål blir om lag ett prosentpoeng lavere enn hva som ligger til grunn for RBF.

Tabell 6. 2: Definisjon av antall og andel telefon- og videokonsultasjoner i Samdata og RBF – somatikk. Andel =  $T/N \cdot 100$ .

Grunnlag	Samdata (statistikk)	RBF (finansiering)	Avvik
Innfil	Nasjonalt datagrunnlag fra NPR, DRG-grupperte aktivitetsdata for somatisk spesialisthelsetjeneste. Enheten er konsultasjoner aggregert til ISF-opphold, inklusive opphold godkjent og ikke-godkjent for ISF. Offentlige, private ideelle og private kommersielle sykehus inngår.	ISF - datagrunnlag fra NPR, DRG-grupperte aktivitetsdata for somatisk spesialisthelsetjeneste. Enheten er konsultasjoner aggregert til tellende ISF-opphold, godkjent for ISF. Offentlige og private ideelle sykehus inngår.	Ja
Avgrense grunnlag for å beregne andel telefon- og videokonsultasjoner (N - nevner)	Selektare konsultasjoner med aktivitetskategori <sup>1</sup> = 5 eller 6, og videre ekskludere de med kontakttype <sup>2</sup> = 5 eller 12.	Selektare konsultasjoner med DRG-Tjenestetype <sup>3</sup> = poliklinisk kontakt	Ja
Definere herav antall telefon- og videokonsultasjoner (T - Teller)	Selektare konsultasjoner med kontakttype <sup>2</sup> lik 6 eller 7	Selektare konsultasjoner med kontakttype <sup>2</sup> lik 6 eller 7	Nei

1 Se [Definisjoner-aktivitetsdata-somatikk.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#) for definisjon av aktivitetskategorier.

2 Se [Volven](#) for definisjon av kontakttype.

3 Se <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf/DRG-liste.xlsx> for oversikt over DRGTjenestetype.

Tabell 6.2: Definisjon av antall og andel telefon- og videokonsultasjoner i Samdata og i RBF – psykisk helsevern og TSB. Andel = T/N\*100.

Grunnlag	Samdata (statistikk)	RBF (finansiering)	Avvik
Innfil	Nasjonalt datagrunnlag fra NPR, Aktivitetsdataene og telleenheten er episoder i psykisk helsevern og TSB. Offentlige, private ideelle og private kommersielle sykehus inngår.	ISF - datagrunnlag fra NPR, DRG-grupperte aktivitetsdata for somatisk spesialisthelsetjeneste. Enheten er konsultasjoner aggregert til tellende ISF-opphold, godkjent for ISF. Offentlige og private ideelle sykehus inngår.	Ja
Avgrense grunnlag for å beregne andel telefon- og videokonsultasjoner (N - nevner)	Selektene episoder med omsorgsnivå <sup>1</sup> = 3, og så ekskludere episoder med kontakttype <sup>2</sup> = 5 eller 12.	Selektene opphold med DRGTjenestetype <sup>3</sup> = poliklinisk konsultasjon	Ja
Definere herav antall telefon- og videokonsultasjoner (T - Teller)	Selektene konsultasjoner med kontakttype <sup>2</sup> lik 6 eller 7	Selektene konsultasjoner med kontakttype <sup>2</sup> lik 6 eller 7	Nei

1 Det tredelte omsorgsnivået som rapporteres i NPR-melding ligger til grunn.

2 Se [Volven](#) for definisjon av kontakttype.

3 Se [Norsk Pasientklassifisering \(NPK\) - Helsedirektoratet](#) for oversikt over DRGTjenestetype.

# 7. Prioritering av psykisk helsevern og rusbehandling

*Det var et mål om kostnadmessig prioritering av psykisk helsevern og rusbehandling i 2021. Alle RHF-ene oppfylte målsettingen for psykisk helsevern for barn og unge, men ikke alle for områdene psykisk helsevern for voksne og rusbehandling. Graden av måloppnåelse for kostnadmessig prioritering av psykisk helsevern for voksne og rusbehandling varierte fra ingen måloppnåelse (Helse Sør-Øst), delvis måloppnåelse (Helse Midt-Norge og Helse Nord) og full måloppnåelse (Helse Vest).*

*Målet for aktivitetmessig prioritering av psykisk helsevern i 2021 var at den polikliniske aktiviteten skulle øke mer for psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatisk sektor. Alle RHF-ene oppfylte målet for psykisk helsevern for barn og unge. I psykisk helsevern for voksne og rusbehandling var bildet mer variert. For psykisk helsevern for voksne oppfylte Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord målet. For rusbehandling var det kun Helse Midt-Norge som oppfylte målet.*

*For ventetid til tjenestene var målet mindre enn 35 dager til psykisk helsevern for barn og unge, mindre enn 40 dager til psykisk helsevern for voksne og mindre enn 30 dager til rusbehandling. Ingen av RHF-ene oppfylte målsettingen om ventetid til psykisk helsevern for barn og unge i 2021. For psykisk helsevern for voksne oppfylte Helse Vest målet. For rusbehandlingen oppfylte Helse Vest og Helse Midt-Norge målet.*

*For pasienter i pakkeforløp i psykisk helsevern og i rusbehandling var målet at 80 prosent skulle være utredet innen anbefalt forløpstid, og at 80 prosent skulle ha gjennomført evaluering av poliklinisk behandling. På nasjonalt nivå var 55 prosent utredet innen anbefalt tid i psykisk helsevern for barn og unge, 74 prosent i psykisk helsevern for voksne og 83 prosent i rusbehandling. Graden av måloppnåelse varierte mellom helseregionene. Det må tas forbehold om datakvalitet knyttet til registrering av informasjon om pakkeforløpene.*

*Tallet på døgnpasienter i psykisk helsevern med vedtak om bruk av tvangsmidler var stabilt fra 2020 til 2021 på nasjonalt nivå, men det var regionale variasjoner i utviklingen. Helse Vest hadde nedgang i tråd med målsettingen i oppdragsdokumentet.*

## 7.1 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har gitt helseforetakene i oppdrag å prioritere psykisk helsevern og rusbehandlingen. Oppdragsdokumentene fra HOD til de regionale helseforetakene har formulert måltall knyttet til prioritering av disse områdene i spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene rapporterer til HOD på indikatorer som belyser måloppnåelse. I dette kapitlet blir indikatorene presentert og kommentert, ved hjelp av grunnlagstall og definisjoner for indikatorene som benyttes til statistikkformål i Helsedirektoratet sine Samdata-publikasjoner.

## **Problemstillinger, datagrunnlag og definisjoner**

Helseforetakene sine oppdragsdokumenter for 2021 ga flere måltall for prioritering av psykisk helsevern og rusbehandling. Måltallene er knyttet til;

### *Kostnader*

Den prosentvise veksten i kostnader innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skulle være sterkere enn kostnadsveksten i somatisk sektor. Det ble i oppdragsdokumentene for 2021 lagt til grunn særlige mål for å ta hensyn til pandemisituasjonen. Avsnitt 7.2 belyser denne målsettingen på nasjonalt og regionalt nivå. Kostnadene som legges til grunn skal være uten pensjon, legemidler og kapital. Helseledelsen har, i prosess med de regionale helseforetakene, nedfelt og delt definisjoner som for kostnadene som presenteres i Helseledelsens statistikk og analyser<sup>28</sup>. Helseledelsen presenterer regionale kostnader i et "sørge-for" perspektiv – det vil si korrigert for regionalt gjestepasientoppgjør. I tillegg er det verdt å merke seg at Helseledelsen benytter rapporterte regnskap fra private avtaleinstitusjoner i kostnadsgrunnlagene, og ikke tilskudd fra RHF.

### *Aktivitet – poliklinikk*

Oppdragsdokumentene for 2021 hadde som mål at aktiviteten i poliklinikkene skal øke mer for psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatisk sektor. Graden av måloppnåelse belyses i avsnitt 7.3 på nasjonalt og regionalt nivå. Aktivitetsmålet polikliniske kontakter inkluderer telefon- og videokontakter og ambulante kontakter. Helseledelsen har, i prosess med de regionale helseforetakene, nedfelt og delt definisjoner for polikliniske kontakter<sup>29</sup>. Helseledelsen presenter utviklingen i aktivitet ved poliklinikken i et "sørge-for" perspektiv, som vil si at pasientens bosted legges til grunn når kontakter per region telles. Vi velger å presentere utviklingen fra 2019 til 2021 i stedet for fra 2020 til 2021, fordi nedtaket av poliklinisk aktivitet i 2020, på grunn av pandemien, var sterkere i somatisk sektor enn i det psykiske helsevernet. Aktiviteten ved poliklinikkene tok seg dermed mer opp igjen i somatisk sektor fra 2020 til 2021 sammenlignet med det psykiske helsevernet. Utviklingen i antall polikliniske kontakter fra 2019 til 2021 presenteres med og uten bidrag fra avtalespesialistene.

### *Gjennomsnittlig ventetid*

Oppdragsdokumentene for 2021 angir at innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid i det psykiske helsevernet for voksne være lavere enn 40 dager, lavere enn 35 dager i det psykiske helsevernet for barn og unge og lavere enn 30 dager for rusbehandlingen. Disse målsettingene belyses i avsnitt 7.4. Kapittel 3 i denne rapporten omhandler henvisninger, ventetider og fristbrudd, og inkluderer også statistikk for omfanget av avviste henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Utviklingen for gjennomsnittlig ventetid presenteres også for årene 2019, 2020 og 2021, på nasjonalt og regionalt nivå. Gjennomsnittlig ventetid beregnes i et "sørge-for" perspektiv, som vil si at den ventende sitt bosted legges grunn for beregning av de regionale ventetidene. Datagrunnlaget er basert på ventelistedata fra Norsk Pasientregister. Kapittel 3 om henvisninger, ventetid og fristbrudd i denne rapporten viser økt ventetid i det psykiske helsevernet fra 2020 til 2021. I dette kapitlet ser vi nærmere på nasjonale og regionale avvik forhold til de angitte måltallene for 2021.

---

<sup>28</sup> Se definisjonsnotat med saksnr 22/6882-6 i Helseledelsens arkivsystem.

<sup>29</sup> Se forrige fotnote.

### *Pakkeforløp og epikriser*

Oppdragsdokumentene for 2021 angir følgende mål:

- Andel pakkeforløp utredet innen angitt tid skal være minst 80 prosent, for psykisk helsevern for barn og unge, psykisk helsevern for voksne og for TSB<sup>30</sup>.
- Andel pakkeforløp med gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk skal være minst 80 prosent for psykisk helsevern for barn og unge, psykisk helsevern for voksne og for TSB.
- Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB skal være minst 60 prosent.

Avsnitt 7.5 viser disse indikatorene på nasjonalt og regionalt nivå. Datagrunnlaget er hentet fra nasjonale kvalitetsindikatorer publisert av Helsedirektoratet: [Nasjonale kvalitetsindikatorer \(NKI\) - Helsedirektoratet](#). Helsedirektorat skriver på sine nettsider at: "Det kan være utfordringer knyttet til kvalitet i data om pakkeforløp. Tilbakemeldingene fra tjenesten har vært at det tar tid å etablere nye rutiner for registrering, utredning og behandling i henhold til beskrivelsene i pakkeforløpene. Registrering og uttrekk av pakkeforløpsdata har vært påvirket av tekniske problemer, dette gjelder spesielt i Helse Vest og Helse Nord. Det pekes det på lite velfungerende datasystemer som påvirket implementeringen av pakkeforløp negativt. Det blir også stilt spørsmål ved kvalitet og sammenliknbarhet i kodingen på grunn av ulik kodepraksis i og mellom helseforetakene. Koronapandemien har også påvirket tjenestene." Resultatene som presenteres må sees i lys av dette.

### *Reduksjon i antall pasienter med tvangsmiddelvedtak*

Det varet mål at antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) skulle reduseres i 2021. Dette målet omtales i avsnitt 7.6, basert på Helsedirektoratet sine nasjonale kvalitetsindikatorer ([Tvangsmiddelbruk i psykisk helsevern for voksne - Helsedirektoratet](#)). Oppdatert statistikk for denne indikatoren vil også bli tilgjengelig på Helsedirektoratet sine nettsider for psykisk helsevern [Psykisk helsevern - Helsedirektoratet](#) mot slutten av 2022.

### **Styrking av psykisk helsevern og rusbehandling i 2022**

Målsettingene knyttet til styrking av psykisk helsevern og rusbehandling formulert i helseforetakenes oppdragsdokumenter for 2022 er noe justert fra oppdragsdokumentene i 2021. Endringene gjelder:

- a) Kostnader; Målsettingen om vekst i kostnader er ikke videreført i oppdragsdokumentene for 2022.
- b) Aktivitet; I tillegg til vekst i poliklinisk aktivitet, som var angitt som målsetting i oppdragsdokumentene for 2021, har vekst døgnbehandlingen blitt tatt inn som målsetting i oppdragsdokumentene for 2022.
- c) Tvang; Målsettingen om reduksjon i tallet på døgnpasienter med tvangsmiddelvedtak er ikke videreført i oppdragsdokumentene for 2022.

---

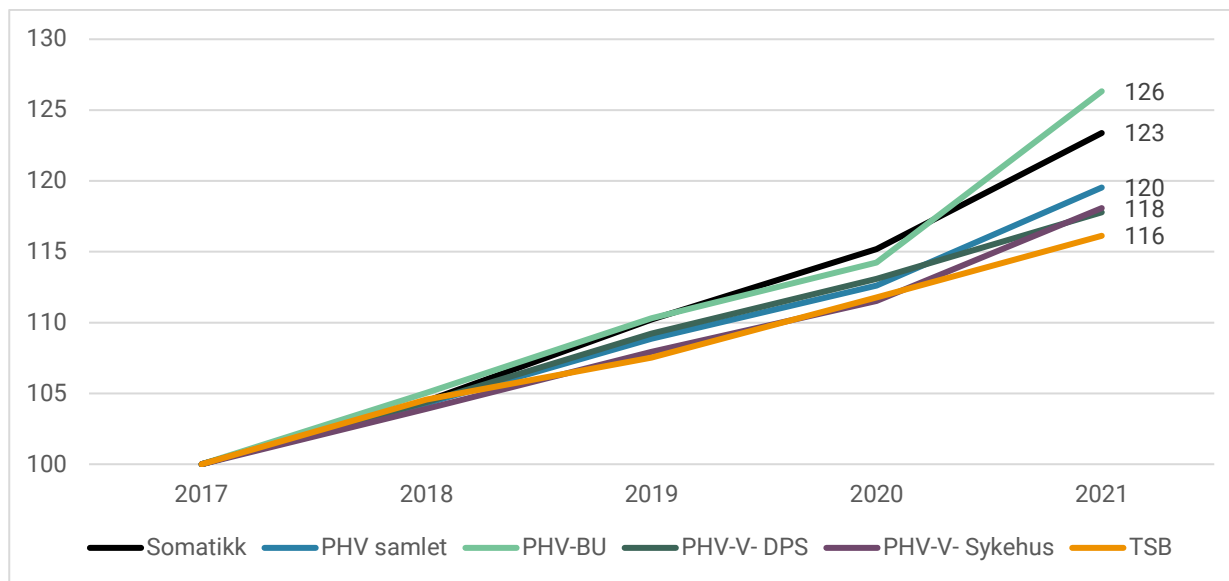
<sup>30</sup> For beskrivelser anbefalt forløpstid se definisjoner: [Nasjonale kvalitetsindikatorer \(NKI\) - Helsedirektoratet](#)

## 7.2 Kostnader

### Nasjonal utvikling 2017-2021

Fra 2017 til 2021 var det sterkere vekst i kostnader til somatikk (+23 prosent) sammenlignet med psykisk helsevern (+20 prosent) og TSB (+16 prosent). Hvis vi skiller kostnadene til psykisk helsevern mellom kostnader til barn og unge (PHV-BU) og voksne (PHV-V), var det sterkere vekst i kostnader til barn og unge (+26 prosent) enn i somatikk i perioden fra 2017 til 2021.

Figur 7.1 Nasjonal utvikling i kostnader somatikk, psykisk helsevern (PHV) og rusbehandling (TSB). Prosentvis endring indeksert hvor 2017 = 100. Kostnader målt uten pensjon, kapital og legemidler.



Kostnadene til psykisk helsevern for barn og unge har økt i takt med kostnadene til somatikk i perioden fra 2017 til 2020 - se figur 7.1. Siste år i perioden, det vil si fra 2020 til 2021, var det sterkere vekst i kostnader til psykisk helsevern for barn og unge enn til somatikk. Kostnadene til psykisk helsevern for barn og unge økte med 10,5 prosent siste år, mot 7 prosent for somatikken. Sterkere vekst i kostnader til psykisk helsevern for barn og unge siste år kom sammen med sterk vekst i aktivitet, ventetid og pasienter, se også kapittel 1, 3 og 4 i denne rapporten.

Kostnadene til psykisk helsevern for voksne *i sykehus* økte mer fra 2020 til 2021, med en vekst på 6 prosent, sammenlignet med en vekst på om lag 4 prosent årlig årene før. Det vil si at i likhet med psykisk helsevern for barn og unge, var det en sterkere kostnadsvekst knyttet til psykisk helsevern for voksne *i sykehus* siste år. I psykisk helsevern for voksne *i DPS*, og i rusbehandlingen (TSB) var det en jevn vekst i kostnadene på om lag 4 prosent per år gjennom hele perioden fra 2017 til 2021.

### Regional prioritering av kostnader til psykisk helsevern og rusbehandling i 2021

Pandemien preget sykehusdriften både i 2020 og i 2021, og det medførte sterkere kostnadsvekst særlig i somatisk sektor på grunn av krav til beredskap og smittevern. I de regionale helseforetakenes oppdragsdokumenter for 2021 ble det angitt som mål at veksten i kostnader til psykisk helsevern og rusbehandling, fra 2020 til 2021, skulle være sterkere enn kostnadsveksten i somatisk sektor fra 2018 til

2019. Tabell 7.1 nedenfor oppsummerer resultatene for de fire helseregionene, og viser at graden av måloppnåelse varierte mellom regionene.

Tabell 7.1 Prosentvis vekst i kostnader til somatikk 2018-2019 og for psykisk helsevern og rusbehandling 2020-2021. Helseregioner.

	Mål: Somatikk 2018-2019	Kostnadsvekst psykisk helsevern og rusbehandling 2020-2021				
		PHV samlet	PHV-BU	PHV-V DPS	PHV-V Sykehus	TSB
Helse Sør-Øst	5,9	5,5	10,2	3,0	5,3	3,0
Helse Vest	5,4	6,2	11,9	5,6	4,3	6,4
Helse Midt-Norge	4,9	6,5	8,7	4,0	7,8	4,6
Helse Nord	4,5	9,0	12,1	6,7	9,9	3,0
Regionene samlet	5,0	6,1	10,6	4,1	5,9	3,9

Alle regionene oppfylte målsettingen om sterkere kostnadsvekst i det psykiske helsevernet for barn og unge. Hvis vi ser på det psykiske helsevernet samlet (barn og unge, voksne i DPS og voksne i sykehus), så oppfylte 3 av 4 regioner målsettingen. For psykisk helsevern samlet var Helse Sør-Øst nær målsettingen med en vekst på 5,5 prosent mot 5,9 prosent som var målet. For rusbehandlingen var det kun Helse Vest som oppfylte målsettingen, men Helse Midt-Norge var også nær å nå målet.

Innad i det psykiske helsevernet var det også et krav at kostnadsvekst i DPS-ene og for barn og unge skulle prioriteres foran vekst i sykehustjenester for voksne. Alle regionene oppfylte dette kravet for barn og unge, men for DPS-ene var kun Helse Vest som oppfylte dette målet.

### 7.3 Aktivitet - poliklinikk

#### Nasjonal utvikling

##### *Målet om prioritering oppfylt for psykisk helsevern, men ikke for rusbehandling*

Det var sterkere aktivitetsvekst for poliklinikkene i psykisk helsevern enn for somatisk sektor fra 2019 til 2021, men veksten i rusbehandling var svakere enn for somatikken – se tabell 7.2. Aktiviteten økte med 3 prosent i somatisk sektor, 7 prosent i psykisk helsevern for voksne, og med 17 prosent i psykisk helsevern for barn og unge – mens det var en nedgang på 2 prosent for rusbehandling. Tallene inkluderer bidrag fra avtalespesialistene. Hvis aktiviteten i psykisk helsevern og for rusbehandling sees sammen, så var veksten på 5 prosent og dermed sterkere enn for somatisk sektor.

Hvis aktivitetsveksten betraktes uten bidraget fra avtalespesialistene, så gjelder fortsatt resultatet om sterkere aktivitetsvekst for poliklinikkene i det psykiske helsevernet sammenlignet med somatisk sektor. Men endringstallene endres noe, ved at veksten i somatisk sektor øker til 5 prosent og veksten i psykisk helsevern for voksne reduseres til 6 prosent. Det betyr at bruken av avtalespesialister i somatisk sektor gikk ned fra 2019 til 2021, mens det motsatte var tilfellet i psykisk helsevern for voksne. Det er ikke avtalespesialister i rusbehandlingen.



## Regional utvikling

Utviklingen ved poliklinikkene som kommenteres tar utgangspunkt i aktivitet inkludert bidrag fra avtalespesialistene. Hvis utviklingen blir annerledes uten bidrag fra avtalespesialistene blir det kommentert (Helse Vest). Kommentarene baseres på endringstall framstilt i tabell 7.2 nedenfor.

Tabell 7.2 Prosentvis vekst i polikliniske kontakter fra 2019 til 2021 for somatisk sektor, psykisk helsevern og rusbehandling. Helseregioner.

		Mål: Aktivitetsvekst somatikk 2018-2019	Aktivitetsvekst psykisk helsevern og rusbehandling 2019-2021		
			PHV-BU	PHV-V	TSB <sup>1</sup>
Med avtale-spesialister	Helse Sør-Øst	1,8	17,7	6,6	-1,5
	Helse Vest	4,6	15,5	6,3	-7,4
	Helse Midt-Norge	5,4	22,3	4,3	18,6
	Helse Nord	4,7	9,8	13,1	-12,2
	Regionene samlet	3,1	17,0	6,8	-1,7
Uten avtale-spesialister	Helse Sør-Øst	4,1	19,0	6,7	-1,5
	Helse Vest	8,0	16,3	3,6	-7,4
	Helse Midt-Norge	6,8	21,5	5,3	18,6
	Helse Nord	5,9	9,5	12,7	-12,2
	Regionene samlet	5,4	17,8	6,4	-1,7

<sup>1</sup> Det er ikke avtalespesialister i rusbehandlingen.

Innenfor psykisk helsevern for barn og unge oppfylte alle regionene oppfylte målsettingen om sterkere aktivitetsvekst enn i somatisk sektor. Dette bildet samsvarer med kostnadsutviklingen vist i tabell 7.1.

For det psykiske helsevernet for voksne oppfylte 3 av 4 regioner målsettingen om sterkere aktivitetsvekst enn i somatisk sektor. Unntaket var Helse Midt-Norge. For Helse Vest bidro avtalespesialistene til at målet ble oppnådd. Fra 2019 til 2021 gikk bruken av avtalespesialister ned i somatisk sektor, mens den økte i det psykiske helsevernet for voksne, i Helse Vest.

Det var kun Helse Midt-Norge som oppfylte målsettingen for rusbehandlingen.

## 7.4 Gjennomsnittlig ventetid

### Nasjonalt nivå

I psykisk helsevern for barn og unge økte gjennomsnittlig ventetid med 12 prosent, eller 6 dager, fra 2020 til 2021. I 2021 var ventetiden i gjennomsnitt 50 dager, og det vil si 15 dager lengre enn måltallet på 35 dager.

Gjennomsnittlig ventetid til psykisk helsevern for voksne økte med 2 dager, eller 5 prosent, fra 2020 til 2021. Gjennomsnittlig ventetid var 46 dager i 2021, 6 dager lengre enn måltallet på 40 dager.

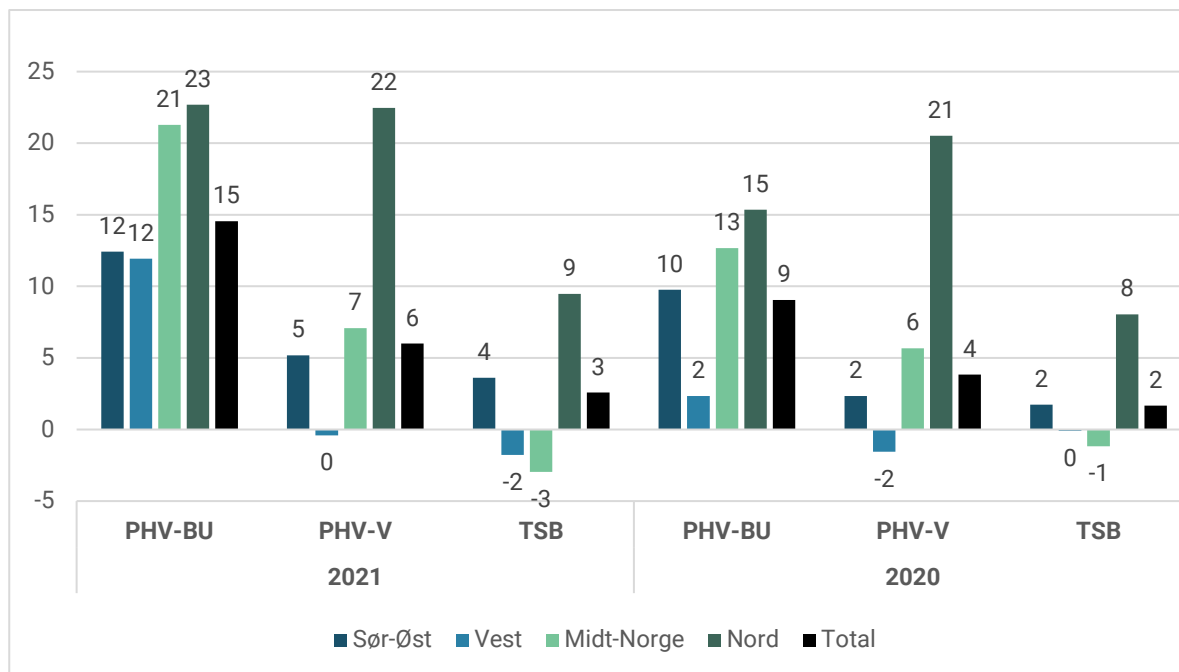
For rusbehandling økte ventetiden med 1 dag, eller 3 prosent, fra 2020 til 2021. Gjennomsnittlig ventetid var 33 dager i 2021, og dermed 3 dager lengre en måltallet på 30 dager.

På nasjonalt nivå ble ikke måltallene for gjennomsnittlig ventetid, knyttet til prioritering av psykisk helsevern og til rusbehandling oppfylt. Gjennomsnittlig ventetid økte også fra 2020 til 2021. Sammenlignet med 2019 var gjennomsnittlig ventetid til rusbehandling uendret.

### Regionalt nivå

Figur 7.2 viser at det var regionale variasjoner i grad av måloppnåelse for gjennomsnittlig ventetid til psykisk helsevern og rusbehandling i 2021.

Figur 7.2 Antall dager avvik fra måltall for gjennomsnittlig ventetid for PHV-BU, PHV-V og TSB i 2021 og i 2020. Avvik målt som faktisk ventetid minus måltall<sup>1</sup> målt i dager.



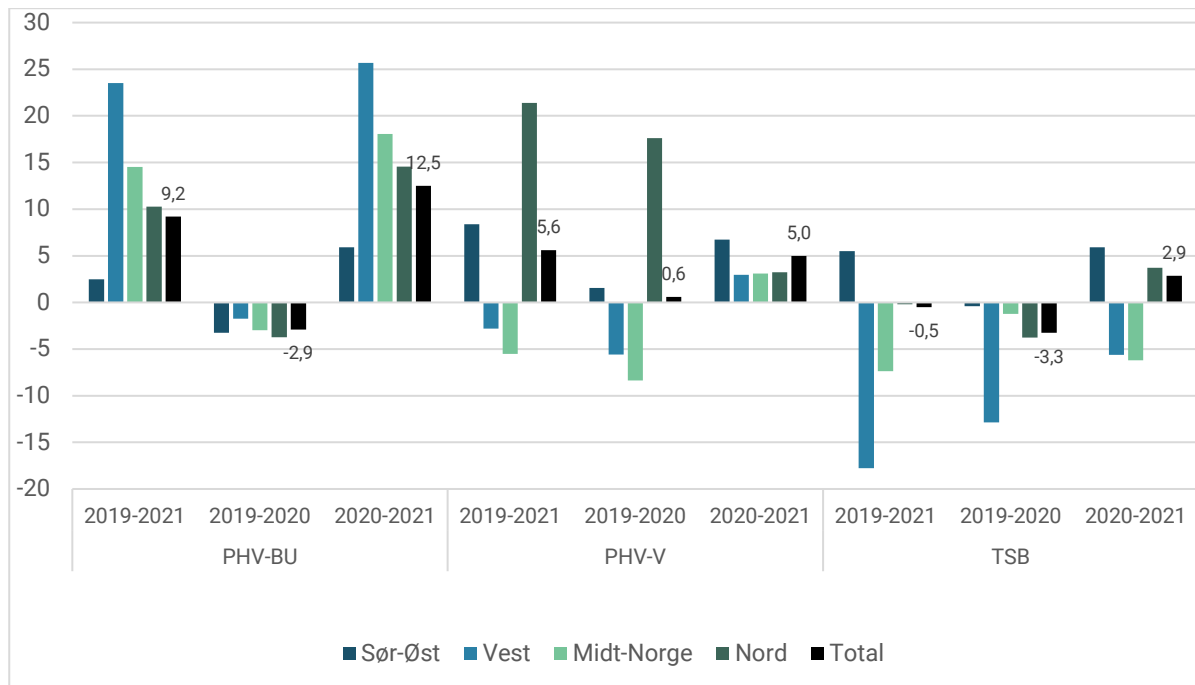
<sup>1</sup> Måltall PHV-BU var 35 dager, PHV-V var 40 dager og TSB var 30 dager.

I det psykiske helsevernet for barn og unge var det ingen av regionene som oppfylte målsettingen om mindre enn 35 dager ventetid. Helse Midt-Norge og Helse Nord var lengst unna målsettingen i 2021. Den gjennomsnittlige ventetiden for barn og unge økte med 5,5 dager fra 2020 til 2021 for regionene samlet (total), og det var økt ventetid i alle regionene. Helse Sør-Øst hadde minst økning i ventetiden til tjenestene for barn og unge.

Innenfor psykisk helsevern for voksne oppfylte Helse Vest målsettingen om mindre enn 40 dager ventetid til tjenestene i 2021. Når regionene betraktes samlet, så var ventetiden til psykisk helsevern for voksne i gjennomsnitt 6 dager lengere enn målet i 2021. Alle regionene hadde økning i ventetiden til psykisk helsevern for voksne fra 2020 til 2021. Helse Nord hadde lengst ventetid, og pasientene ventet i gjennomsnitt 22 dager lengre enn målet på 40 dager – se figur 6.2.

Ventetiden til rusbehandling varierte fra 27 dager i gjennomsnitt for Helse Midt-Norge til 39 dager i gjennomsnitt for Helse Nord i 2021. 2 av 4 regioner (Helse Midt-Norge og Helse Vest) innfridde kravet om mindre enn 30 dager gjennomsnittlig ventetid til rusbehandling i 2021.

Figur 7.3 Prosent endring i gjennomsnittlig ventetid fra 2019-2021 for PHV-BU, PHV-V og TSB. Helseregioner.



## 7.5 Pakkeforløp og epikriser

Resultatene som presenteres i dette avsnittet må sees i lys av informasjon om mulige utfordringer med datakvalitet omtalt i innledningen.

### Nasjonalt nivå

#### *Utfordringer med utredningstid i det psykiske helsevernet for barn og unge*

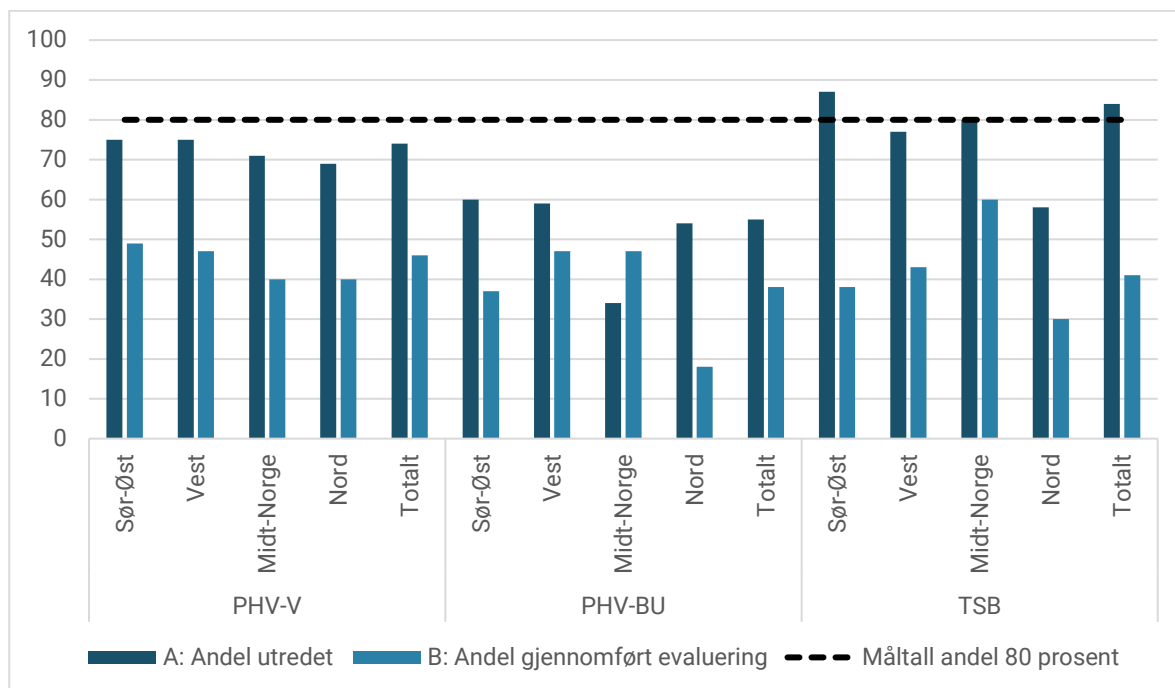
Andelen pasienter i pakkeforløp som var utredet innen anbefalt forløpstid var 55 prosent i det psykiske helsevernet for barn og unge, 74 prosent i det psykiske helsevernet for voksne og 84 prosent i rusbehandlingen. Det psykiske helsevernet for barn og unge var dermed et stykke under målsettingen på 80 prosent i 2021. Det samme bildet gjaldt for 1. tertial 2022.

#### *Målsettingen om 80 prosent gjennomført evaluering av behandlingen et stykke unna i 2021*

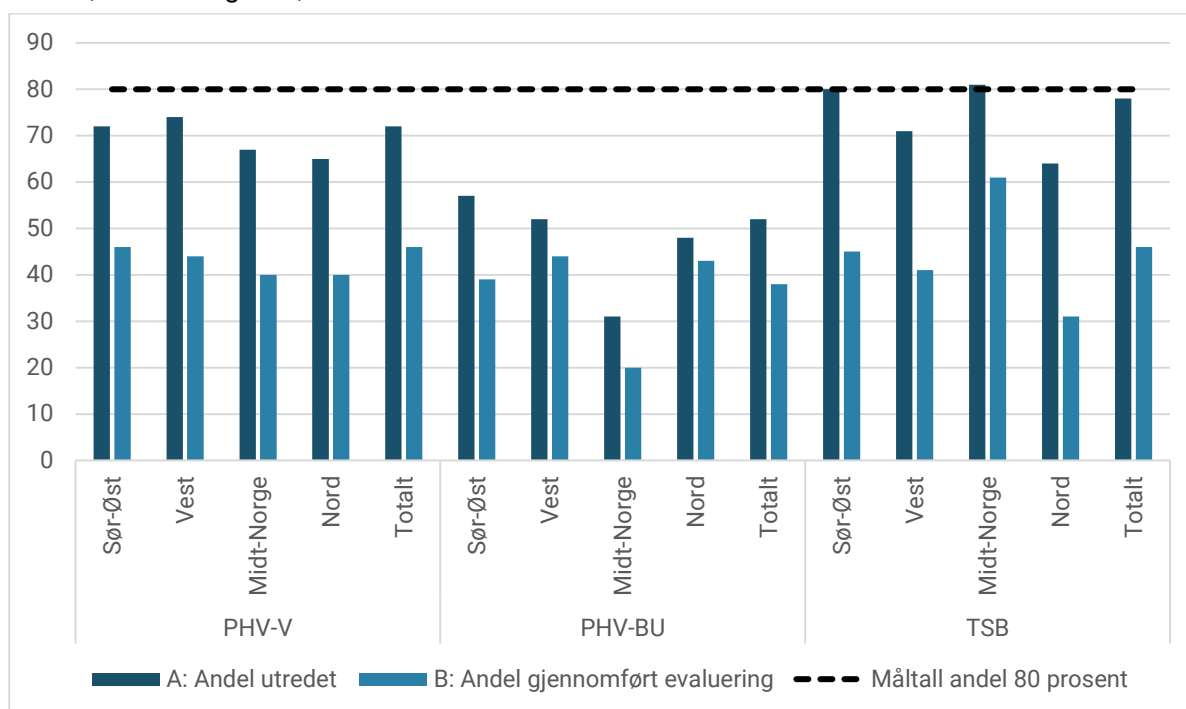
Andelen pasienter i pakkeforløp som hadde gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk varierte var 38 prosent i det psykiske helsevernet for barn og unge, 41 prosent i rusbehandlingen til 46 prosent i det psykiske helsevernet for voksne. Det vil si at helseforetakene lå et stykke under målsettingen om en andel på 80 prosent. Det samme bildet gjaldt for 1. tertial 2022.

Andelen epikriser sendt innen 1 døgn var 50 prosent i det psykiske helsevernet for voksne og 54 prosent for rusbehandlingen. Helseforetakene lå litt under målsettingen på 60 prosent i 2021. Det samme bildet gjaldt for 1. tertial 2022.

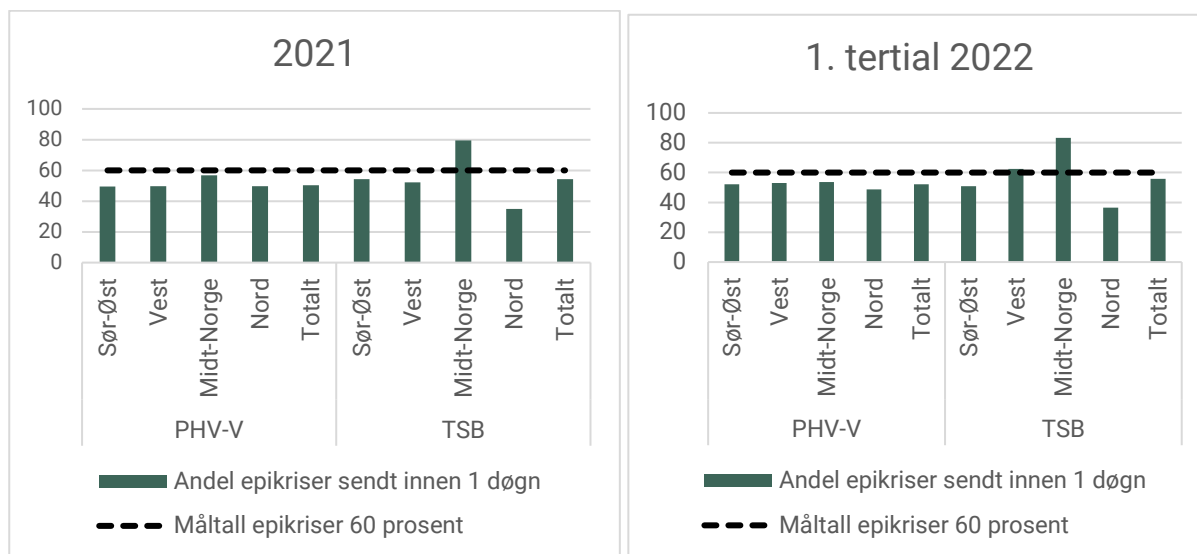
Figur 7.4 Andel pasienter i pakkeforløp a) utredet og b) gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk. PHV-V, PHV-BU og TSB, 2021. Kilde: NKI - Helsedirektoratet.



Figur 7.5 Andel pasienter i pakkeforløp a) utredet og b) gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk. PHV-V, PHV-BU og TSB, 1. tertial 2022. Kilde NKI - Helsedirektoratet.



Figur 7.6 Andel epikriser sendt innen 1 døgn, PHV-V og TSB. 2021 og 1. tertial 2022. Kilde: NKI – Helsedirektoratet.



### Pakkeforløp – regionale variasjoner

I det psykiske helsevernet for barn og unge varierte andelen pasienter i pakkeforløp som ble utredet innenfor anbefalt tid fra 34 prosent i Helse Midt-Norge til 60 prosent i Helse Sør-Øst i 2021. Andelen som hadde gjennomført evaluering av poliklinisk behandling varierte fra 18 prosent i Helse Nord til 47 prosent i Helse Midt-Norge og i Helse Vest i 2021, men i første tertial 2022 hadde det endret seg til 43 prosent for Helse Nord og 20 prosent i Helse Midt-Norge. Det vil si at tallene for andel pasienter i pakkeforløp som hadde evaluert den polikliniske behandlingen i psykisk helsevern for barn og unge var ustabile.

Det var mindre regionale variasjoner i det psykiske helsevernet for voksne sammenlignet med barn og unge. I 2021 varierte andelen pasienter i pakkeforløp utredet innen anbefalt tid fra 69 prosent i Helse Nord til 75 prosent i Helse Sør-Øst. Andelen som hadde evaluert behandlingen i poliklinikk varierte fra 40 prosent i Helse Nord og i Helse Midt-Norge til 49 prosent i Helse Sør-Øst. Tallene var stabile inn i 1. tertial 2022.

I rusbehandlingen hadde rundt 80 prosent av pasientene i pakkeforløp blitt utredet innen anbefalt tid i Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Midt-Norge i 2021, mens andelen for Helse Nord var 58 prosent. I første tertial 2022 hadde andelen økt til 64 prosent for Helse Nord. Andelen som hadde evaluert behandling i poliklinikk varierte fra 30 prosent i Helse Nord til 60 prosent i Helse Sør-Øst.

### Epikriser – regionale variasjoner

Figur 7.6 viser at andelen epikriser sendt innen 1 døgn varierte fra rundt 50 prosent i Helse Nord til rundt 57 prosent i Helse Midt-Norge innenfor det psykiske helsevernet for voksne i 2021. Tallene var relativt stabile inn i 1. tertial 2022. For rusbehandlingen varierte andelen mer, fra 35 prosent i Helse Nord til 80 prosent i Helse Midt-Norge, og tallene var relativt stabile videre i 1. tertial 2022.

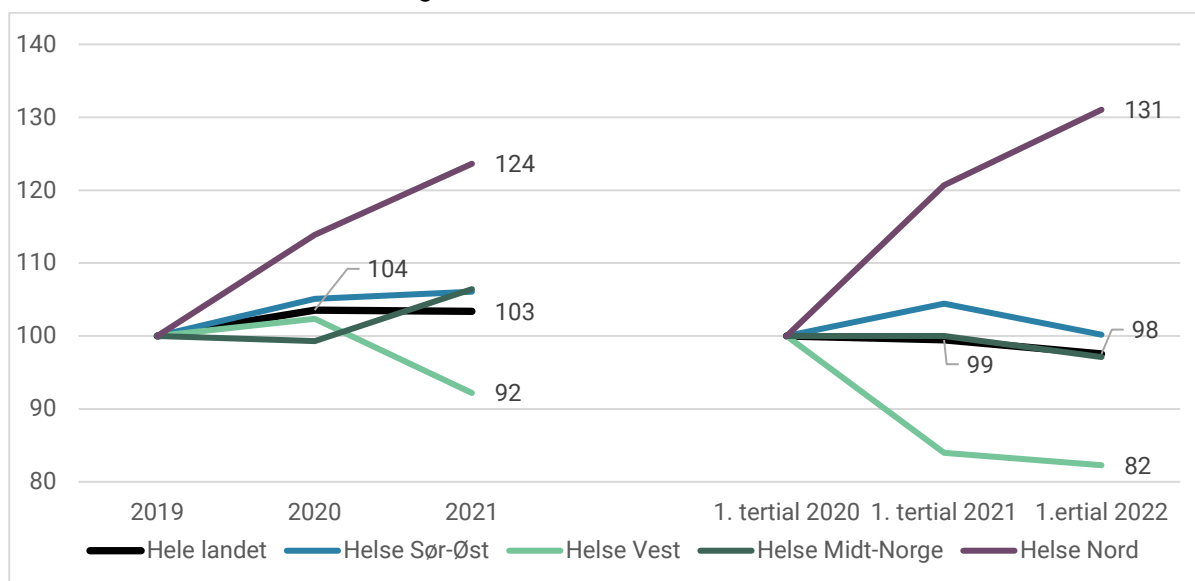
## 7.6 Døgnpasienter med tvangsmiddelvedtak

I 2021 var det 2 333 døgnpasienter med minst ett tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern for voksne. På nasjonalt nivå var tallet stabilt fra 2020 til 2021, med en nedgang på 4 pasienter. Figur 7.7 viser regionale variasjoner i utviklingen. Fra 2020 til 2021 økte antall døgnpasienter med tvangsmiddelvedtak i Helse Nord og i Midt-Norge, mens det gikk ned i Helse Vest. Tallet for Helse Sør-Øst økte litt.

1. tertial 2022 hadde utviklingen snudd for Helse Sør-Øst og Midt-Norge ved at antallet døgnpasienter med tvangsmiddelvedtak gikk ned. Utviklingen med økning i Nord fortsatte 1. tertial 2022. På nasjonalt nivå var det 914 døgnpasienter med tvangsmiddelvedtak 1. tertial 2022, og det tilsvarte en reduksjon på 18 fra 1. tertial 2021.

Tallet på døgnpasienter med vedtak om tvangsmiddelbruk er relativt lavt, og det vil si at mindre endringer kan slå ut i større prosentvise endringer. For Helse Nord økte tallet på døgnpasienter med tvangsmiddelvedtak fra 144 i 2019 via 164 i 2020 til 178 i 2021.

Figur 7.7 Prosentvis endring antall døgnpasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern for voksne fra 2019 til 2021. Helseregioner. Kilde: NKI – Helsedirektoratet.



# 8. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser

*Pasienter med alvorlige psykiske lidelser er en av fire prioriterte pasientgrupper i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Dette er pasienter som har store og sammensatte behov og hvor det kreves god samhandling mellom flere aktører og på tvers av forvaltningsnivå i helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgstjenestetilsynet har tidligere utviklet styringsinformasjon som skal understøtte helsefelleskapene i dette arbeidet. I dette kapitlet presenterer vi statistikk om bruk av spesialisthelsetjenester blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser i 2021.*

*Pasientgruppen omfatter 69 000 pasienter i aldersgruppen 18 år og eldre som i løpet av året har vært i kontakt med psykisk helsevern og har registrert diagnose schizofreni, bipolar lidelse, depresjon eller personlighetsforstyrrelser. Gruppen utgjør 1,6 prosent av den voksne befolkningen.*

*Vi finner at pasienter med alvorlige psykiske lidelser har et høyere forbruk av både døgntilrettelagt og polikliniske tjenester, sammenlignet med den totale pasientpopulasjonen i psykisk helsevern. I gruppen med alvorlige psykiske lidelser har flere pasienter vært innlagt for døgntilrettelagt (24 vs. 16 prosent) og pasientene har flere reinnleggelser innen 30 dager etter utskrivning (18 vs. 16 prosent). Pasienter med alvorlige psykiske lidelser har også flere polikliniske kontakter i løpet av året (18 vs. 13 kontakter) og flere har mottatt ambulante polikliniske tjenester (15 vs. 12 prosent).*

*Det er stor variasjon innad i pasientgruppen. På de fleste indikatorer har pasienter med schizofreni det høyeste forbruket av helsetjenester og størst avvik fra den totale pasientpopulasjonen i psykisk helsevern. Unntaket er andel reinnleggelser, som er størst i gruppen med personlighetsforstyrrelser. Pasienter med samtidig ruslidelse har gjennomgående et høyere forbruk av tjenester i psykisk helsevern enn pasienter uten samtidig ruslidelse. Blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser og samtidig ruslidelse har 29 prosent også hatt kontakt i TSB.*

*Bruken av tjenester blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser varierer mellom regioner, og variasjonen følger ofte samme mønster som i den totale pasientpopulasjonen i psykisk helsevern. Det er størst omfang av døgntilrettelagt i Helse Nord (28 prosent) og i Helse Vest (26 prosent). Andelen reinnleggelser er høyest i Helse Vest (21 prosent) og lavest i Helse Sør-Øst (17 prosent). Antall polikliniske kontakter per pasient varierer mest i gruppen med schizofreni, fra 19 kontakter i Helse Nord til 34 kontakter i Helse Sør-Øst. Ambulante polikliniske kontakter er særlig utbredt blant pasienter med schizofreni, varierende fra 46 av pasientene i Helse Nord til 56 prosent av pasientene i Helse Sør-Øst.*

*Bruken av tjenester blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser varierer også mellom helsefelleskapene. Det er betydelige forskjeller i andel pasienter som har fått døgntilrettelagt, andel reinnleggelser innen 30 dager og andel pasienter med ambulant kontakt.*

## 8.1 Innledning

### 8.1.1 Bakgrunn

I Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP) 2020-2023 er det en sentral målsetning å utvikle «en helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjeneste der pasienten kan være en aktiv deltaker i egen helse og

behandling»<sup>31</sup>. Et hovedgrep for å styrke samhandlingen har vært å etablere 19 helsefelleskap, som består av helseforetak og kommuner tilknyttet samme opptaksområde. I helsefelleskapene skal representanter fra helseforetak, kommuner, fastleger og brukere møtes for å planlegge og utvikle tjenestetilbudet sammen.

NHSP peker på fire pasientgrupper som har særlig behov for samhandling og som skal prioriteres i helsefelleskapene:

- Skrøpelige eldre
- Personer med flere kroniske lidelser
- Barn og unge med langvarige og/eller omfattende behov
- Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer

Helsedirektoratet fikk i tildelingsbrevet for 2020 i oppdrag å utvikle styringsinformasjon for å understøtte helsefelleskapene. Helsedirektoratet har utviklet definisjoner av de fire pasientgruppene og utarbeidet rapporter som beskriver omfanget av pasienter i helsefelleskapene og bruk av helse- og omsorgstjenester på tvers av forvaltningsnivå.<sup>32</sup> Formålet med disse rapportene har vært å bidra til en felles forståelse av tjenestetilbudet til de ulike pasientgruppene og danne grunnlag for videre samhandling og tjenesteutvikling i helsefelleskapene. Rapportene og annen relevant styringsinformasjon er samlet på en egen nettside.<sup>33</sup>

Det er også et mål for SAMDATA-publikasjonene å inkludere statistikk og analyser av pasientgrupper med stort behov for og høyt forbruk av helsetjenester, og pasientgrupper med særlig behov for samhandling. I dette kapittelet vil vi derfor se nærmere på pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Det er foreløpig ikke utarbeidet egen statistikk for de øvrige pasientgruppene som er omtalt i NHSP, men analysene av utskrivningsklare pasienter (kapittel 5) er relevant for gruppen av skrøpelige eldre. Kapittel 5 beskriver variasjon og utvikling i sykehus tjenester og bruk av kommunale omsorgstjenester blant utskrivningsklare pasienter.

I resten av dette kapittelet vil vi fokusere på pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

### 8.1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med kapittelet er å presentere oppdatert statistikk til helsefelleskapene om bruk av spesialisthelsetjenester blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser i 2021. Ved å tallfeste omfanget av pasienter og synliggjøre variasjon i bruk av tjenester kan vi understøtte helsefelleskapene i oppfølgingen av pasientgruppen og videreutviklingen av tjenestene.

Helsedirektoratets styringsinformasjon til helsefelleskapene er basert på data fra 2019 og beskriver bruk av tjenester på tvers av forvaltningsnivå, herunder psykisk helsevern, somatiske sykehus, fastlege, legevakt, avtalespesialister og kommunale omsorgstjenester.<sup>34</sup> I dette kapittelet er datagrunnlaget i hovedsak avgrenset til psykisk helsevern, men aktiviteten er fra 2021 og analysen inkluderer nye indikatorer for forløp etter utskrivning, ambulante kontakter og tjenester i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Det er også sett nærmere på effekter av samtidig ruslidelse og sammenlignet med bruk av tjenester i den totale pasientpopulasjonen i psykisk helsevern.

<sup>31</sup> Meld. St. 7 Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, s. 26.

<sup>32</sup> Styringsinformasjon til helsefelleskapene. Helsedirektoratet. Del I: Skrøpelige eldre og personer med flere kroniske sykdommer (2021). Del II: Barn og unge med langvarige og/eller omfattende behov for helse- og omsorgstjenester (2022). Del III: Pasienter med alvorlige psykiske lidelser (2022).

<sup>33</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsefelleskap/styringsinformasjon>

<sup>34</sup> Styringsinformasjon til helsefelleskapene. Del III: Pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Helsedirektoratet (2022).



Det presenteres ingen utviklingstall i dette kapittelet, men vi sammenligner med resultatene fra 2019 der det er relevant.

Kapittelet vil belyse tre problemstillinger:

1. Hva er omfanget av pasienter med alvorlige psykiske lidelser i helsefelleskapene?
2. Hva kjennetegner bruken av tjenester blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser, og hvilken betydning har samtidig ruslidelse?
3. Hvordan varierer bruken av tjenester blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser mellom regioner og helsefelleskap?

## 8.2 Beskrivelse av pasientgruppen

### 8.2.1 Definisjon av alvorlige psykiske lidelser

I utarbeidelsen av styringsinformasjon til helsefelleskapene ble pasienter med alvorlige psykiske lidelser definert som personer som er 18 år og eldre og som i løpet av ett år har hatt minst en kontakt (poliklinisk kontakt, dagbehandling eller innleggelse) i psykisk helsevern for en alvorlig psykisk lidelse, herunder schizofreni (F20, F25) og bipolar lidelse (F30, F31). For å øke utvalgsstørrelsen og fange opp flere pasienter med store og sammensatte behov, ble også pasienter med depresjon (F32, F33) og personlighetsforstyrrelser (F60-F69) inkludert i utvalget.

Beslutningen om å inkludere pasienter med depresjon og personlighetsforstyrrelser er nærmere omtalt i rapporten med styringsinformasjon til helsefelleskapene. Vi bruker samme utvalgsriterier i dette kapittelet. **I det videre vil vi bruke begrepet "alvorlig psykisk lidelse" om alle fire diagnoser, selv om det vanligvis refererer spesifikt til schizofreni og bipolar lidelse. Det må tas høyde for at diagnosene har ulik alvorlighetsgrad som påvirker pasientenes behov og ressursbruk. Resultater presenteres derfor både for pasientgruppen samlet, og for hver av diagnosegruppene.**

Merk at rusproblemer ikke inngår i utvalgsriteriene, i hovedsak fordi det ikke er tilstrekkelig dokumentert i aktivitetsdata fra psykisk helsevern. Vi identifiserer isteden et underutvalg av pasienter med samtidig ruslidelse som omtales i de fleste analyser. En liknende tilnærming er brukt i Helsedirektoratets styringsinformasjon til helsefelleskapene. Se avsnitt 8.2.5 for detaljer.

### 8.2.2 Pasientutvalget

Pasientene er identifisert i data fra Norsk pasientregister (NPR), avgrenset til aktivitet i 2021 ved helseforetak og private foretak innen psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge. Aktivitet hos avtalespesialister i psykisk helsevern (privatpraktiserende psykiater eller psykologspesialist) inngår ikke.

I 2021 mottok 166 155 personer i aldersgruppen 18 år og eldre tjenester i helseforetak og private foretak i psykisk helsevern. Dette omtales i senere analyser som den totale pasientpopulasjonen i psykisk helsevern. Av disse er 68 972 pasienter (42 prosent) definert som pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Dette er likt antallet pasienter i 2019 (68 930), jf. Helsedirektoratets styringsinformasjon til helsefelleskapene.

Under omtales fordelingen av pasienter etter diagnosegrupper, alder og kjønn. Også her er resultatene sammenlignbare med 2019 data.

### 8.2.3 Diagnosegrupper

Tabell 1 viser antall pasienter i utvalget, fordelt etter diagnosegruppe. Depresjon utgjør den største diagnosegruppen (63 prosent), fulgt av personlighetsforstyrrelser (21 prosent). Dette betyr at et mindretall av pasientene har registrert en diagnose som vanligvis betegnes som en alvorlig psykisk

lidelse, schizofreni (13 prosent) og bipolar lidelse (14 prosent). Dette understreker behovet for å skille mellom diagnosegruppene i videre analyser.

Tabell 1: Antall pasienter i utvalget, fordelt etter diagnosegruppe.

Diagnosegruppe	Antall pasienter	Andel pasienter
Schizofreni	8 715	13 %
Bipolar lidelse	9 552	14 %
Depresjon	43 159	63 %
Personlighetsforstyrrelser	14 586	21 %
Alle	68 972	100 %

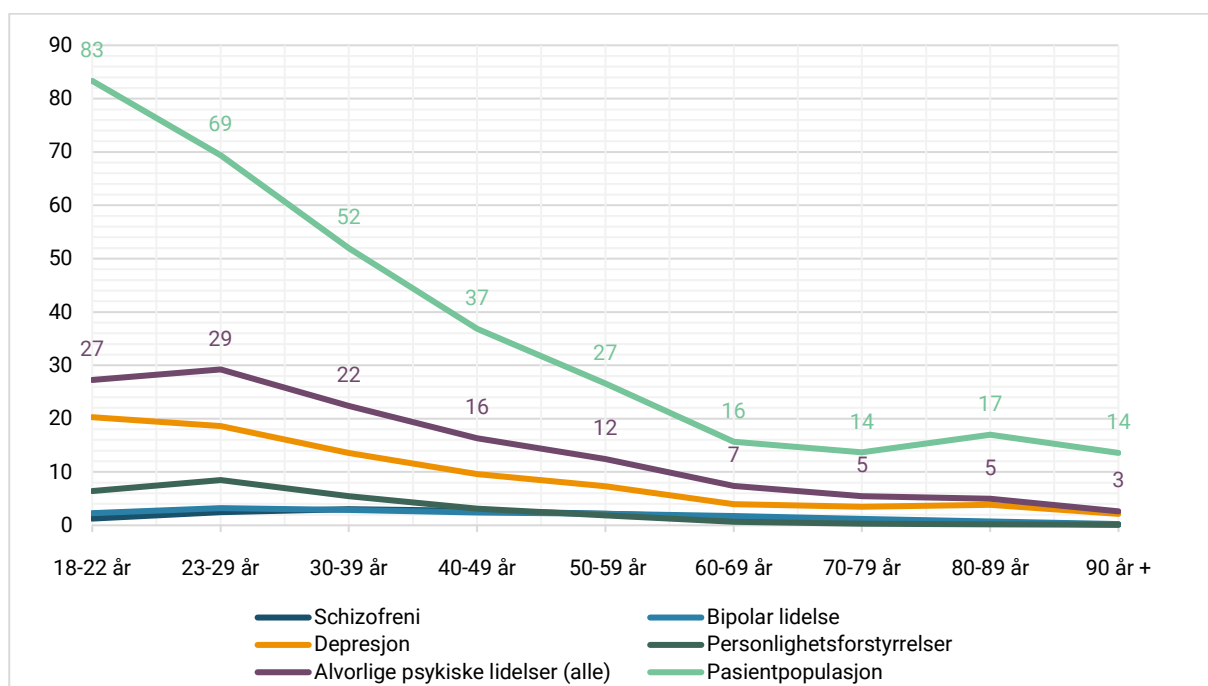
Diagnosekriteriene er ikke gjensidig utelukkende, og 10 prosent av pasientene har registrert mer enn en av de aktuelle diagnosene. Det er størst overlapp mellom depresjon og personlighetsforstyrrelser.

### 8.2.4 Kjønn og aldersfordeling

Kvinner utgjør 60 prosent av pasientene med alvorlige psykiske lidelser. Dette er samme andel som i den totale pasientpopulasjonen i psykisk helsevern. Det er en overvekt av kvinner i alle diagnosegrupper med unntak av schizofreni, hvor kvinneandelen er 39 prosent.

Omfanget av pasienter er størst i de yngste aldersgruppene og synker med alderen. Andelen pasienter under 30 år er likevel noe lavere i gruppen med alvorlige psykiske lidelser (34 prosent) enn i den totale pasientpopulasjonen i psykisk helsevern (37 prosent), og tilsvarende noe høyere i eldre aldersgrupper. Figur 1 viser aldersspesifikke pasientrater for hele pasientpopulasjonen (grå linje) og pasienter med alvorlige psykiske lidelser (lys blå linje). De ulike diagnosegruppene vises også hver for seg.

Figur 8.1: Antall pasienter ved helseforetak og private foretak i psykisk helsevern<sup>35</sup> per 1000 innbygger i 2021, fordelt etter alder.



Pasientratene synker fra 18 til 60 års alder, men mest i den totale pasientpopulasjonen i psykisk helsevern. For pasienter med alvorlige psykiske lidelser øker pasientraten fram til 30 års-alder, og synker først deretter. Her er det forskjeller mellom diagnosegruppene. For pasienter med depresjon synker raten

<sup>35</sup> Inkluderer ikke pasienter hos avtalespesialister i psykisk helsevern (privatpraktiserende psykiater eller psykologspesialist).

fra 18 til 30 års alder, mens den øker i de tre andre diagnosegruppene. Etter 30 års-alder synker raten i alle diagnosegrupper, men mest for depresjon og personlighetsforstyrrelser.

### 8.2.5 Forekomst av samtidig ruslidelse

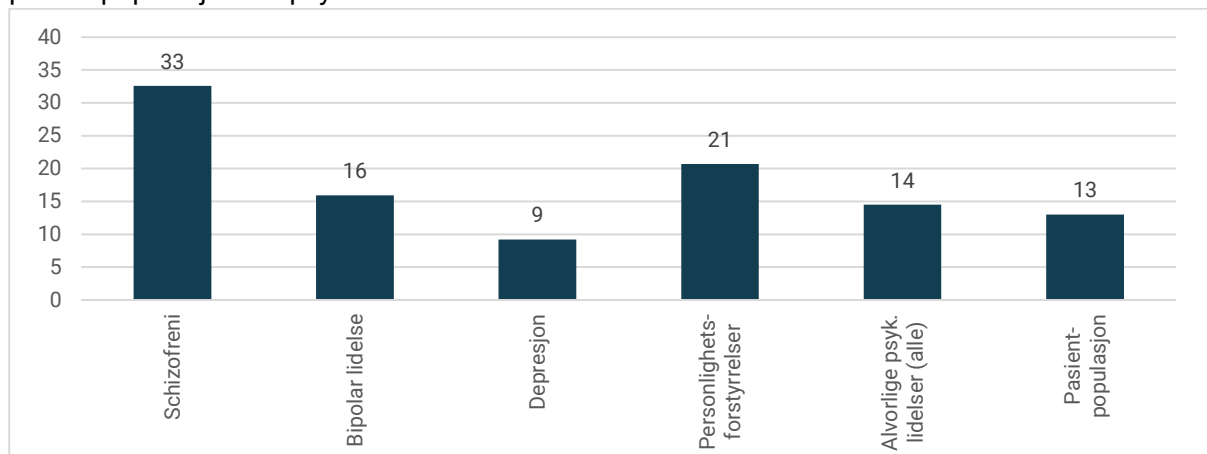
NHSP fremhever at helsefelleskapene skal ha særlig oppmerksomhet mot pasienter med alvorlige psykiske lidelser og samtidige rusproblemer. I rapporten til helsefelleskapene ble det gjort en separat analyse av pasienter med registrert rusdiagnose (F10-F19) på kontakt i psykisk helsevern samme år. Disse pasientene hadde et betydelige høyere forbruk av helse- og omsorgstjenester enn øvrige pasienter i gruppen med alvorlige psykiske lidelser.

I dette kapittelet ønsker vi å se nærmere på hvordan samtidig ruslidelse påvirker bruk av tjenester i psykisk helsevern. For å øke sensitiviteten i utvelgelsen benyttes data fra både psykisk helsevern og TSB og fra de siste fem årene (2017-2021). Pasienter med ruslidelser er pasienter som har hatt minst en kontakt i psykisk helsevern<sup>36</sup> med registrert rusdiagnose (F10-F19) eller minst en kontakt (poliklinisk kontakt, dagbehandling eller innleggelse) i TSB i løpet av de siste fem årene.

Vi finner at 14 prosent av pasientene med alvorlige psykiske lidelser har samtidig ruslidelse, mot 13 prosent av den totale pasientpopulasjonen. Andelen er høyere blant menn (21 prosent) enn kvinner (10 prosent). Det er også store forskjeller mellom diagnosegruppene, se figur 2. Andelen pasienter med samtidig ruslidelse er størst i gruppen med schizofreni (33 prosent) og i gruppen med personlighetsforstyrrelser (21 prosent).

I Helsedirektoratets styringsinformasjon til helsefelleskapene fra 2019 ble 8 prosent av pasientene med alvorlige psykiske lidelser klassifisert som pasienter med samtidig ruslidelse. Andelen er trolig lavere enn i våre data, fordi rapporten benyttet en snevrere definisjon av samtidig ruslidelse (registrert rusdiagnose i psykisk helsevern samme år).

Figur 8.2: Andel pasienter med samtidig ruslidelse. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser og hele pasientpopulasjonen i psykisk helsevern i 2021.

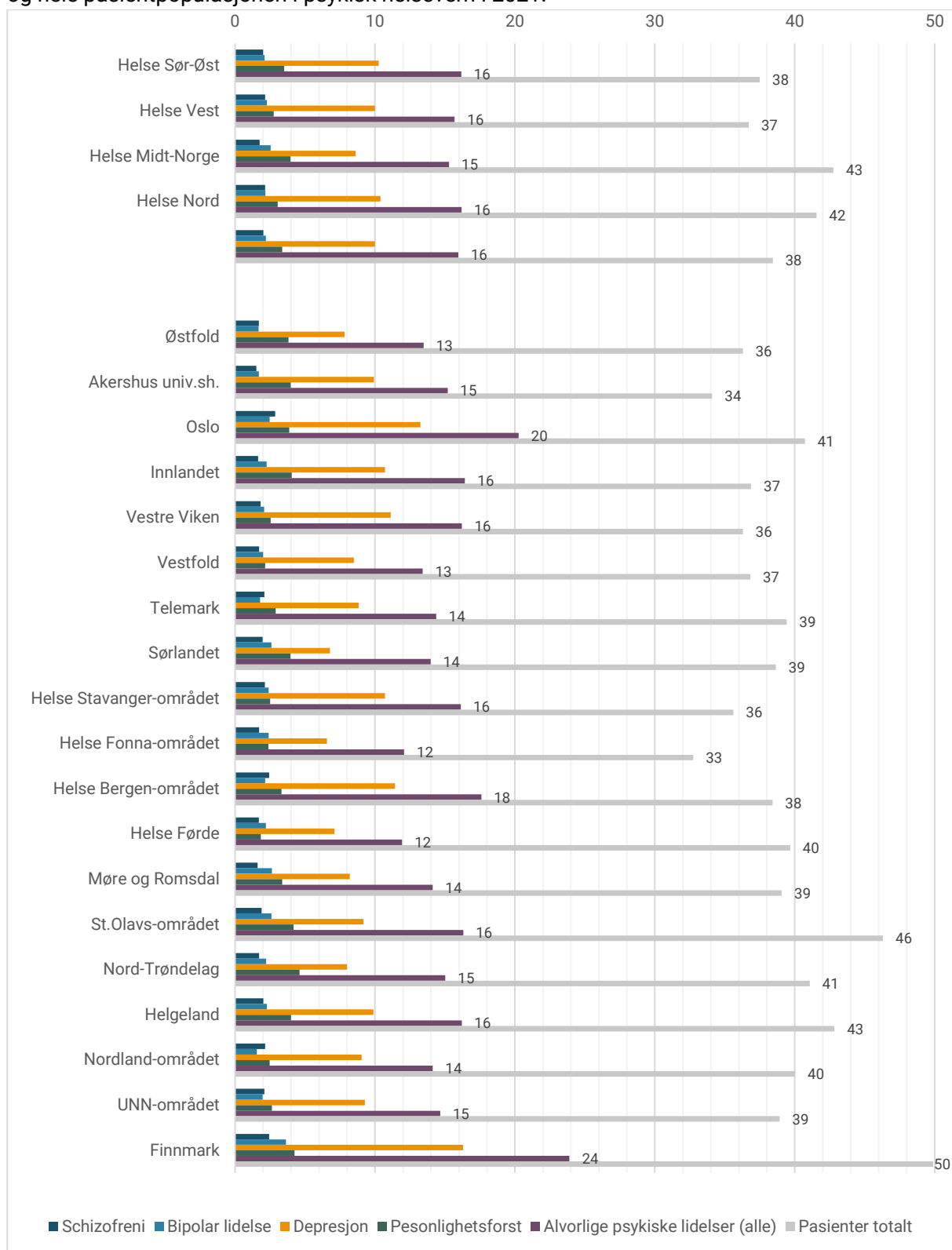


### 8.3 Omfang av pasienter med alvorlige psykiske lidelser i helsefelleskapene

Figur 8.3 viser antall pasienter i psykisk helsevern per 1 000 innbygger i aldersgruppen 18 år og eldre, fordelt etter bostedsregion og helsefelleskap. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser utgjør 1,6 prosent av den voksne befolkningen. Andelen var 1,6 prosent også i 2019, jf. Helsedirektoratets styringsinformasjon til helsefelleskapene.

<sup>36</sup> Inkluderer her helseforetak, privat foretak eller avtalespesialist i psykisk helsevern

Figur 8.3: Antall pasienter ved helseforetak og private foretak i psykisk helsevern<sup>37</sup> per 1000 innbygger 18 år og eldre, fordelt etter bostedsregion og helsefelleskap. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser og hele pasientpopulasjonen i psykisk helsevern i 2021.



På regionnivå er det liten variasjon i pasientraten. Mellom helsefelleskapene varierer andelen pasienter fra 1,2 prosent av befolkningen i Helse Fonna og Helse Førde til 2,4 prosent av befolkningen i Finnmark.

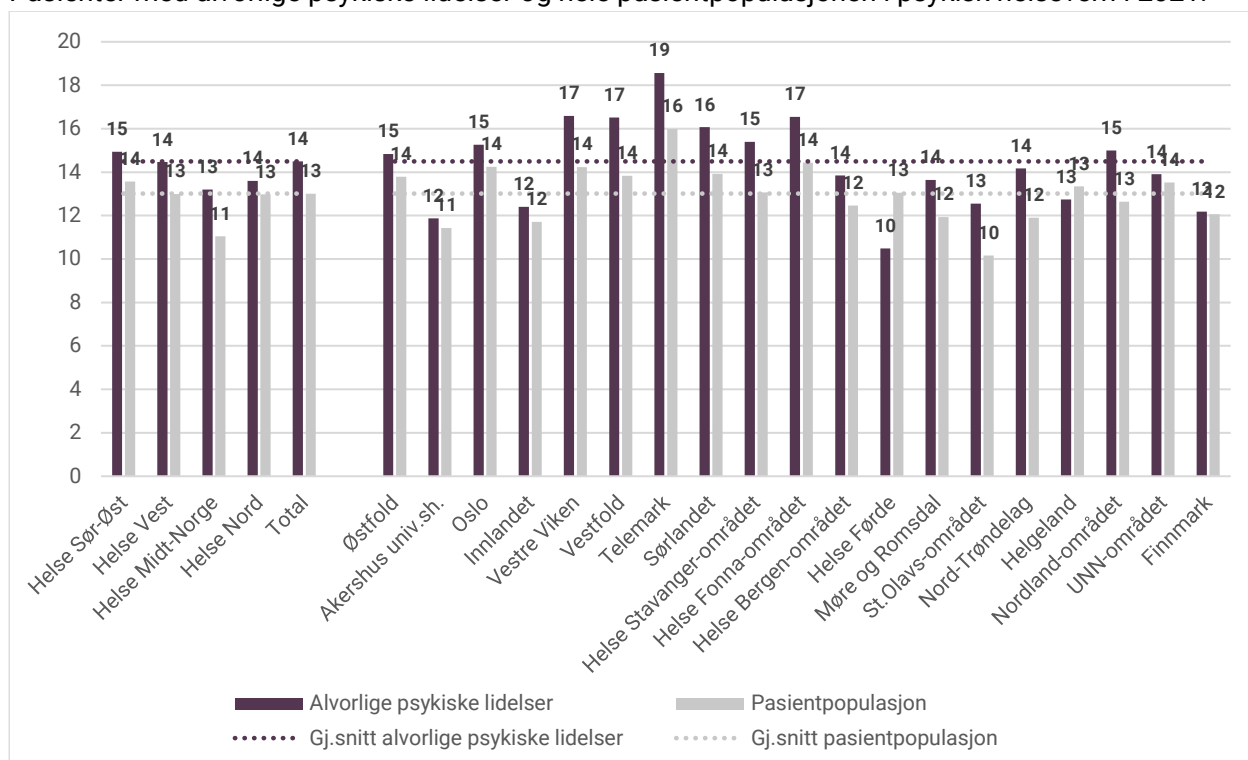
Den totale pasientpopulasjonen i psykisk helsevern utgjør 3,8 prosent av den voksne befolkningen. Også har Helse Fonna har den laveste andelen (3,3) og Finnmark den høyeste (5,0).

Figur 8.3 viser også hvordan pasientratene varierer innenfor de ulike diagnosegruppene. Vi ser for eksempel at Finnmark har den høyeste pasientraten i gruppen med depresjon, mens Oslo har den høyeste pasientraten i gruppen med schizofreni. Også dette var likt i 2019.

Figur 8.4 viser hvordan omfanget av pasienter med samtidig ruslidelse varierer mellom regioner og helsefelleskap. I gruppen med alvorlige psykiske lidelser er andelen pasienter med samtidig ruslidelse lavest i Helse Midt-Norge (13 prosent) og høyest i Helse Sør-Øst (15 prosent), med Helse Vest og Helse Nord på et nivå imellom (14 prosent). Mellom helsefelleskapene varierer andelen pasienter med samtidig ruslidelse fra 10 prosent i Helse Førde til 19 prosent i Telemark. I de fleste helsefelleskap er andelen pasienter med samtidig ruslidelse høyere i gruppen med alvorlige psykiske lidelser enn i den totale pasientpopulasjonen. Unntaket er Helse Førde.

Den geografiske variasjonen i pasientrater og i forekomsten av samtidig ruslidelse kan medvirke til forskjeller mellom helsefelleskap i bruk av tjenester som omtales i senere avsnitt.

Figur 8.4: Andel pasienter med samtidig ruslidelse, fordelt etter bostedsregion og helsefelleskap. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser og hele pasientpopulasjonen i psykisk helsevern i 2021.



## 8.4 Døgnbehandling og forløp etter utskrivning

### 8.4.1 Pasienter med døgnbehandling

I 2021 mottok 161 000 pasienter over 18 år polikliniske tjenester ved helseforetak og private foretak i psykisk helsevern, mens 26 400 pasienter over 18 år fikk døgnbehandling.<sup>38</sup> Døgnbehandling er rettet mot pasienter med behov for tett oppfølging og behandling over tid og er særlig aktuelt for de alvorligst

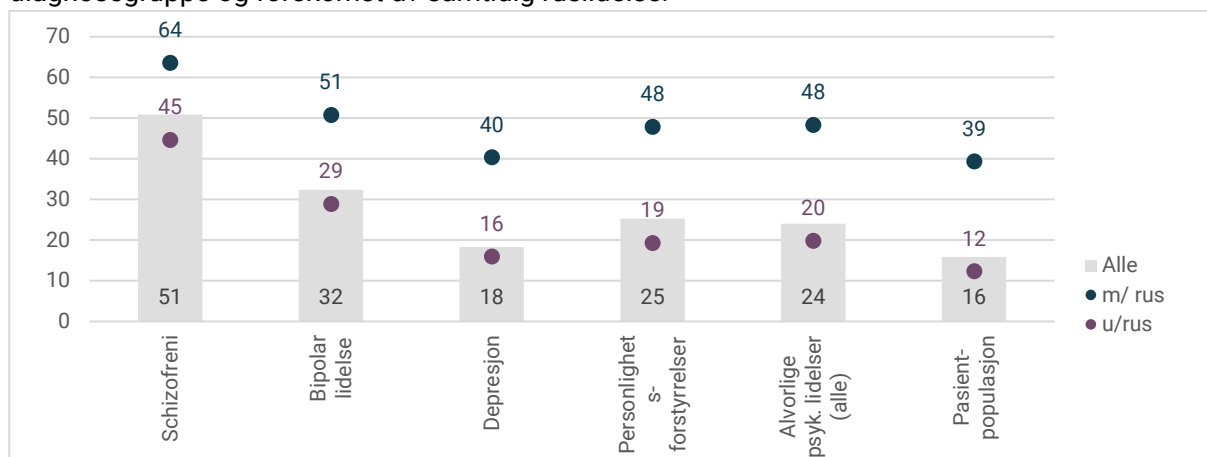
<sup>37</sup> Inkluderer ikke pasienter hos avtalespesialist i psykisk helsevern (privatpraktiserende psykiater eller psykologspesialist).

<sup>38</sup><https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/psykisk-helsevern>

syke. Under ser vi nærmere på omfanget av døgnbehandling blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser, sammenholdt med den totale pasientpopulasjonen i psykisk helsevern.

Figur 8.5 viser andel pasienter som har vært innlagt for døgnbehandling i psykisk helsevern i løpet av 2021. Vi ser at 24 prosent av pasientene med alvorlige psykiske lidelser har fått døgnbehandling, mot 16 prosent av den totale pasientpopulasjonen.

Figur 8.5: Andel pasienter som har fått døgnbehandling i psykisk helsevern i 2021, fordelt etter diagnosegruppe og forekomst av samtidig ruslidelse.



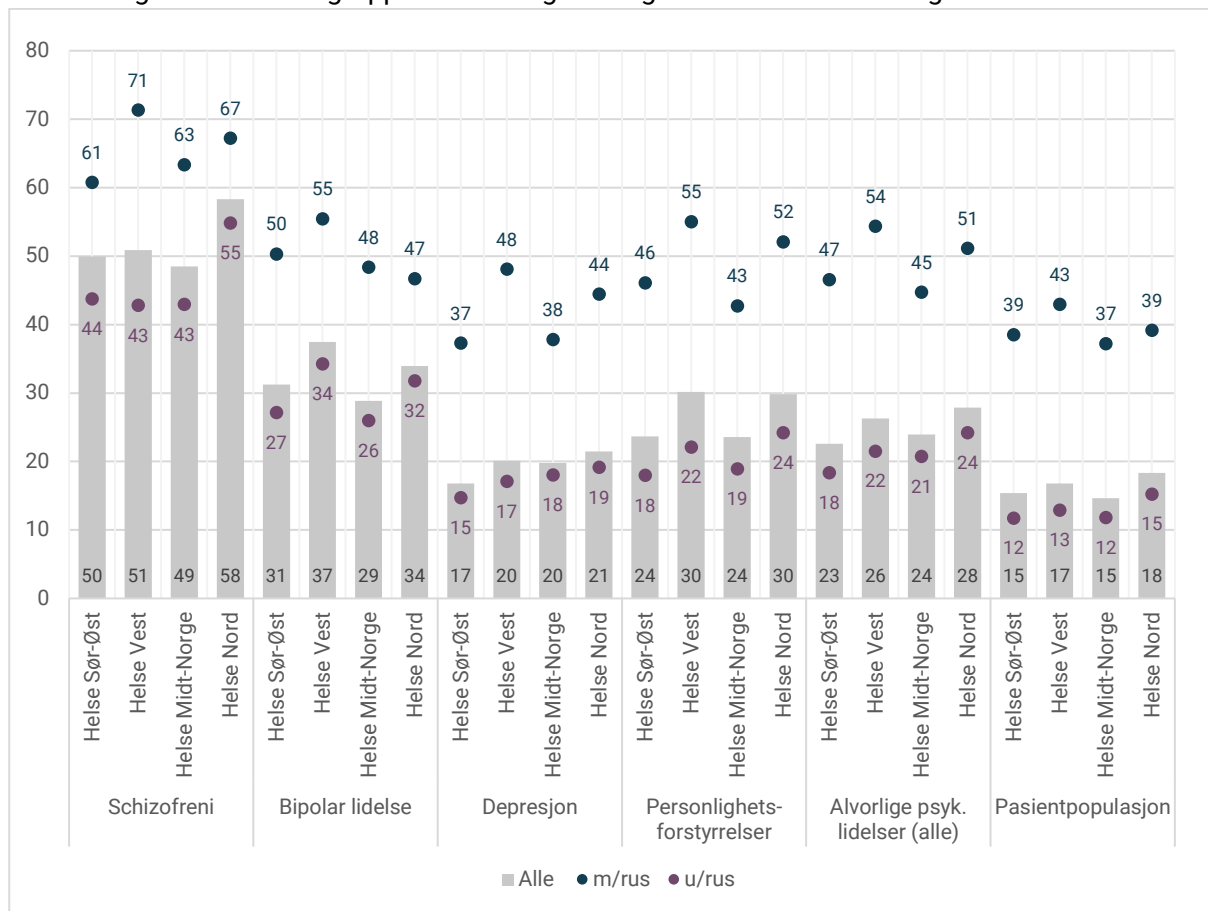
Det er store forskjeller mellom diagnosegruppene. Andelen pasienter som har fått døgnbehandling er særlig høy i gruppen med schizofreni, hvor over halvparten av pasientene (51 prosent) har vært innlagt i løpet av året. Andelen er lavest i gruppen med depresjon (18 prosent), men likevel høyere enn i hele pasientpopulasjonen.

Omfanget av døgnbehandling er betydelig større blant pasienter med samtidig ruslidelse enn blant pasienter uten. I gruppen med alvorlige psykiske lidelser har 48 prosent av pasientene med samtidig ruslidelse fått døgnbehandling i løpet av året. Andelen varierer mellom diagnosegrupper, fra 40 prosent i gruppen med depresjon til 64 prosent i gruppen med schizofreni. I hele pasientpopulasjonen er andelen 39 prosent. Forekomsten av samtidig ruslidelse virker å redusere forskjellene mellom diagnosegrupper.

Helsedirektoratets styringsinformasjon til helsefelleskapene viste at 25 prosent av pasientene med alvorlige psykiske lidelser mottok døgnbehandling i 2019. Andelen varierte fra 20 prosent i gruppen med depresjon, til 52 prosent i gruppen med schizofreni. Blant pasienter med samtidig ruslidelse hadde 64 prosent mottatt døgnbehandling i løpet av året, som er betydelige høyere enn vi finner i 2021. Dette skyldes trolig mindre grad av samtidighet mellom ruslidelsen og den psykiske lidelsen i våre data. I Helsedirektoratets styringsinformasjon til helsefelleskapene ble ruslidelse definert ut fra registrerte rusdiagnoser i psykisk helsevern samme år, mens vi inkluderer rusdiagnoser i psykisk helsevern og kontakt i TSB fra de siste fem årene. Vi ser likevel en klar sammenheng mellom forekomst av ruslidelse og omfanget av døgnbehandling, jf. figur 8.5.

Figur 8.6 viser hvordan omfanget av døgnbehandling varierer mellom regioner. I den totale pasientpopulasjonen i psykisk helsevern er døgnbehandling mest utbredt i Helse Nord og i Helse Vest. Også i gruppen med alvorlige psykiske lidelser er andelen pasienter som har fått døgnbehandling høyest i Helse Nord (28 prosent) og i Helse Vest (26 prosent), og noe lavere i Helse Sør-Øst (23 prosent) og i Helse Midt-Norge (24 prosent). Vi ser samme mønster i alle diagnosegrupper, men forskjellene er tydeligst i gruppen med bipolar lidelse og i gruppen med personlighetsforstyrrelser. I gruppen med schizofreni er det særlig Helse Nord som skiller seg ut med en høy andel innlagte pasienter (58 prosent). Det er minst forskjell mellom regionene i omfanget av døgnbehandling blant pasienter med depresjon.

Figur 8.6: Andel pasienter som har fått døgnbehandling i psykisk helsevern i 2021, fordelt etter bostedsregion. Pasienter gruppert etter diagnose og forekomst av samtidig ruslidelse.

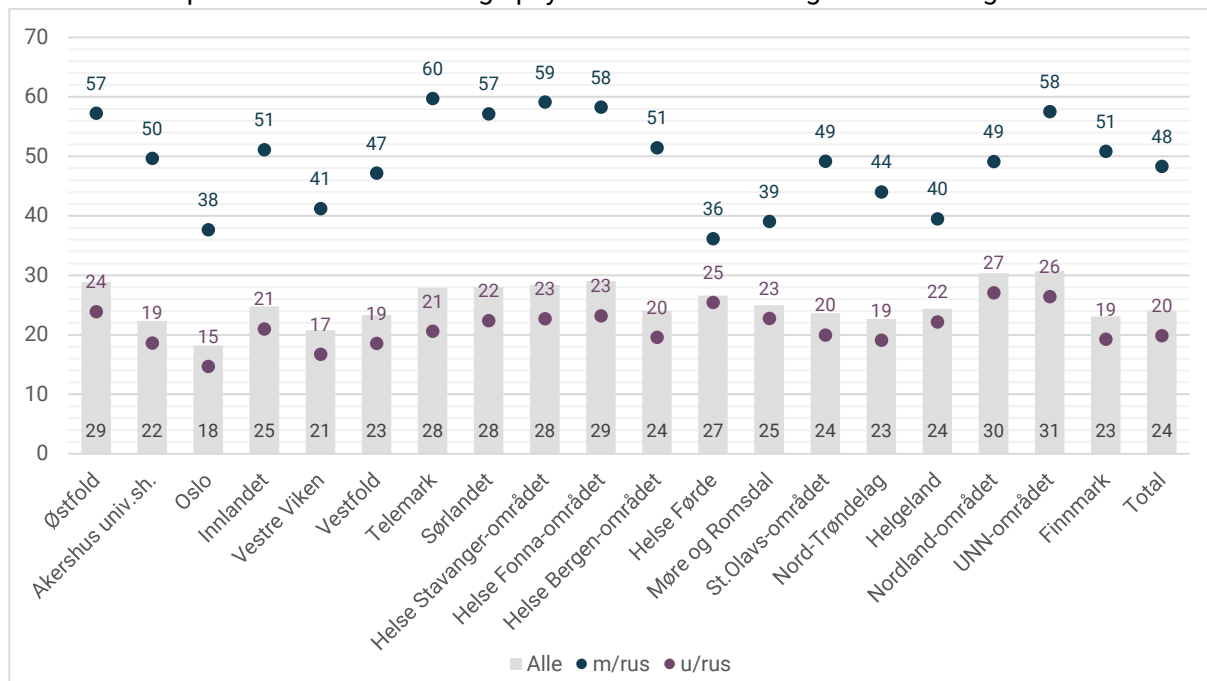


I alle regioner er omfanget av døgnbehandling størst blant pasienter med samtidig ruslidelse, men det er likevel store forskjeller i nivå. Blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser og samtidig ruslidelse varierer andelen pasienter som har fått døgnbehandling fra 45 prosent i Helse Midt-Norge til 54 prosent i Helse Vest.

Også i 2019 var andelen pasienter med alvorlige psykiske lidelser som fikk døgnbehandling høyest i Helse Nord (30 prosent) og Helse Vest (28 prosent), og i alle regioner var andelen litt høyere enn i våre data fra 2021. Senere analyser bør inkludere direkte sammenligninger over år for å bekrefte eventuelle endringer i omfanget av døgnbehandling i denne pasientgruppen.

Figur 8.7 viser andel pasienter med alvorlige psykiske lidelser som har mottatt døgnbehandling i psykisk helsevern, fordelt etter helsefelleskap. Tallene vises for alle diagnosegrupper samlet, men det er skilt mellom pasienter med og uten samtidig ruslidelse.

Figur 8.7: Andel pasienter som har fått døgntilrettelagt behandling i psykisk helsevern i 2021, fordelt etter helsefelleskap. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser med og uten samtidig ruslidelse.



Det er store forskjeller mellom helsefelleskapene i andel pasienter med alvorlige psykiske lidelser som har fått døgntilrettelagt behandling i psykisk helsevern. Andelen varierer fra 18 prosent i Oslo til 31 prosent i UNN-området. Dette er sammenlignbart med resultatene fra 2019. Vi ser av figur 8.7 at variasjonen er særlig stor for pasienter med samtidig ruslidelse; fra 36 prosent i Helse Førde til 60 prosent i Telemark. Disse resultatene bør tolkes forsiktig på grunn av små volum i flere av helsefelleskapene, blant annet Helse Førde.

I den totale pasientpopulasjonen i psykisk helsevern (tall ikke vist) varierer andelen pasienter som har fått døgntilrettelagt behandling fra 13 prosent i Oslo til 20 prosent i UNN-området. Også her er det størst variasjon blant pasienter med samtidig ruslidelse.

#### 8.4.2 Forløp etter utskrivning

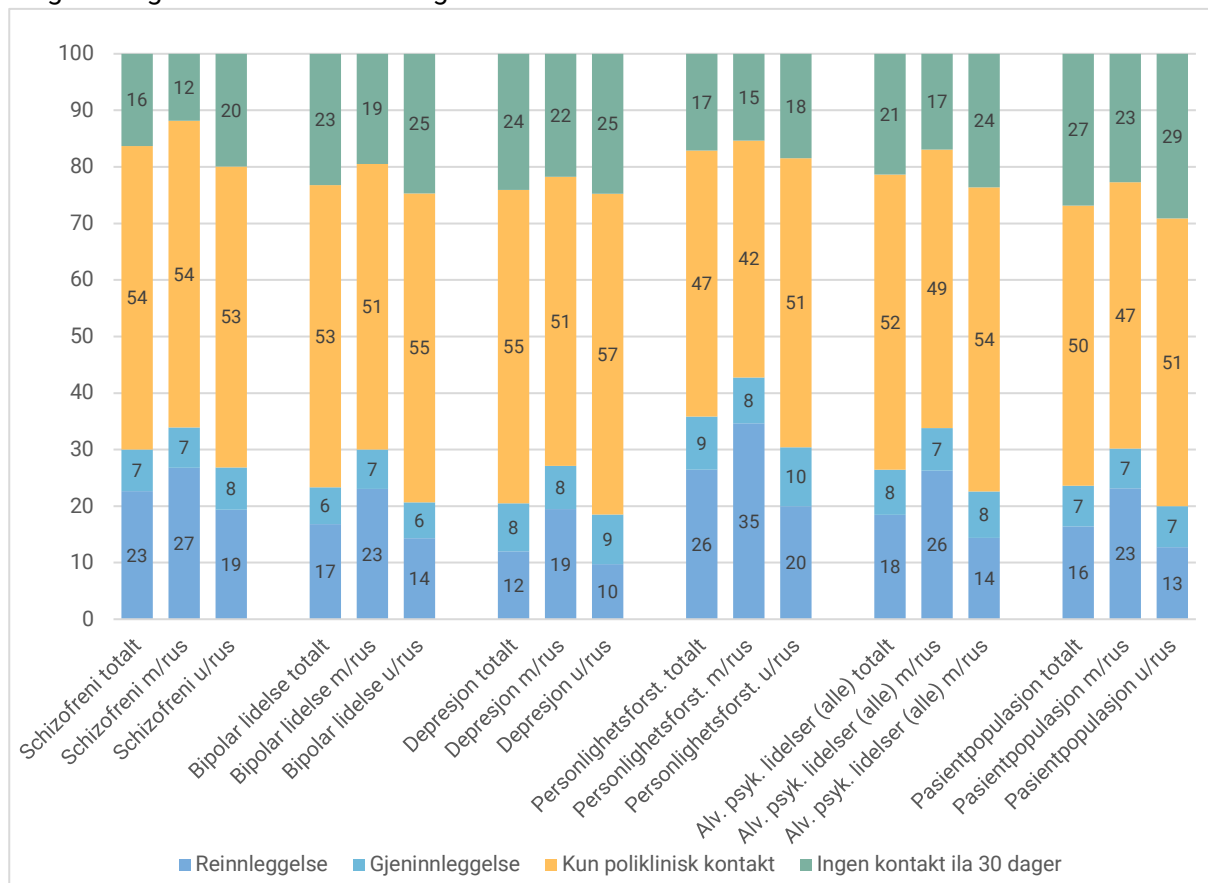
I dette avsnittet ser vi nærmere på forløp etter utskrivning fra døgntilrettelagt behandling i psykisk helsevern. Denne statistikken er viktig for å forstå helheten i tjenestetilbudet til pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Mange av pasientene har poliklinisk kontakt i spesialisthelsetjenesten den første tiden etter avsluttet døgntilrettelagt behandling, og noen pasienter får en ny innleggelse. Andel reinnleggelser kan si noe om kvaliteten på behandlingsforløpet. Reinnleggelser er i noen tilfeller uunngåelig, men kan i andre tilfeller forebygges gjennom god behandling og tett oppfølging i etterkant av sykehusoppholdet fra sykehuset og/eller kommunen.

Figur 8.8 viser andel av avsluttede døgnopphold i psykisk helsevern<sup>39</sup> som ble etterfulgt av en ny innleggelse eller poliklinisk kontakt i løpet av de første 30 dagene etter utskrivning. Innleggelser og kontakter innen TSB og kontakter hos avtalespesialist i psykisk helsevern inngår også her, men er ikke spesifisert i figuren. Vi skiller mellom innleggelser som øyeblikkelig hjelp (reinnleggelser) og planlagte innleggelser (gjeninnleggelser).

<sup>39</sup> Utskrivninger i perioden januar-november 2021.



Figur 8.8: Forløp 30 dager etter utskrivning fra døgntilrettelagt behandling i psykisk helsevern i 2021, fordelt etter diagnose og forekomst av samtidig ruslidelse.



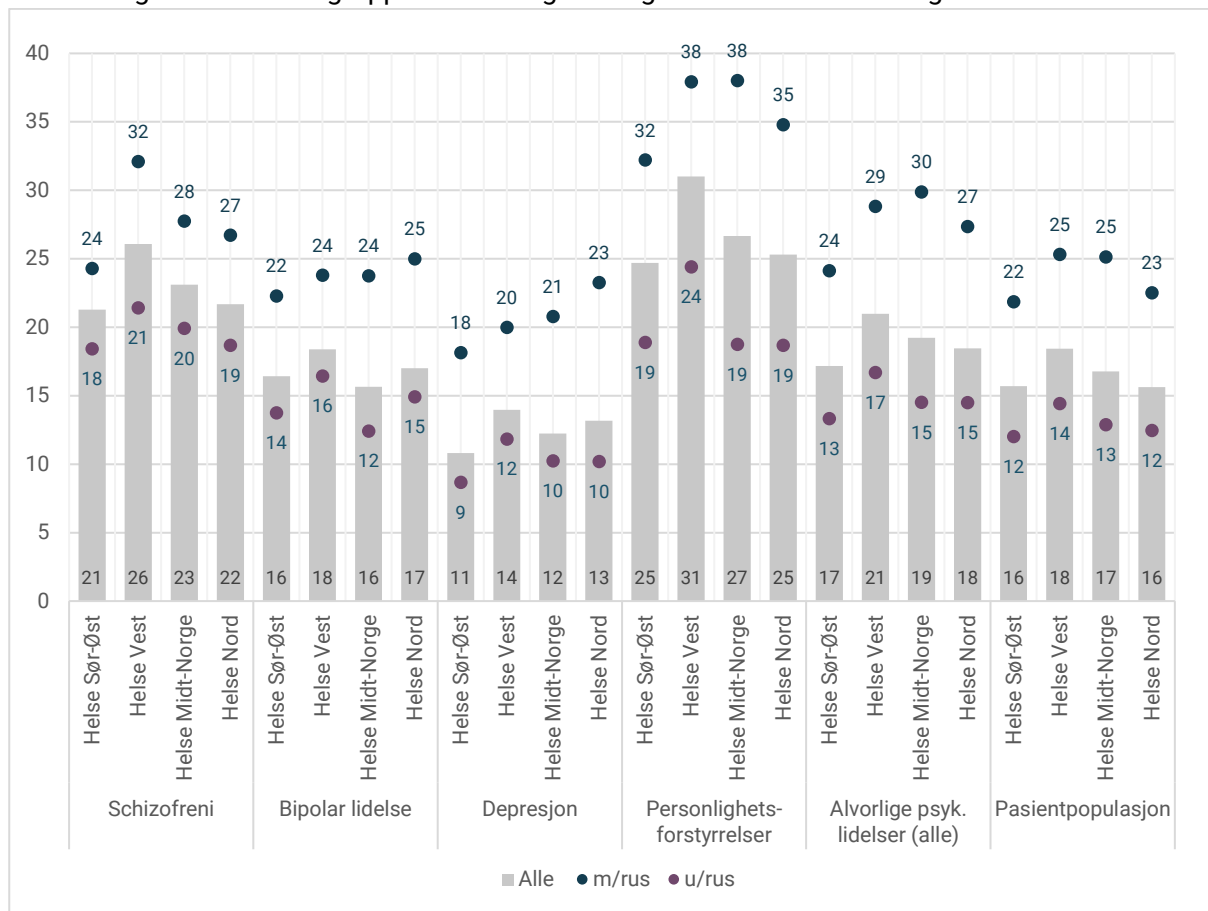
Pasienter med alvorlige psykiske lidelser har i større grad hatt kontakt i spesialisthelsetjenesten den første måneden etter utskrivning, sammenlignet med den totale pasientpopulasjonen i psykisk helsevern. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser har en høyere andel utskrivinger som er etterfulgt av reinnleggelse (18 versus 16 prosent), gjeninnleggelse (8 versus 7 prosent) eller poliklinisk kontakt (52 versus 50 prosent).

Ser vi nærmere på de ulike diagnosegruppene, finner vi at reinnleggelser har størst omfang blant pasienter med personlighetsforstyrrelser (26 prosent) og minst omfang blant pasienter med depresjon (12 prosent). I alle diagnosegrupper er det en høyere andel reinnleggelser blant pasienter med samtidig ruslidelse. Blant pasienter med personlighetsforstyrrelser og samtidig ruslidelse er hele 35 prosent av utskrivingene etterfulgt av en reinnleggelse.

Helsedirektoratets styringsinformasjon til helsefelleskapene fra 2019 omtaler også reinnleggelser, men måler andel pasienter som har hatt minst en reinnleggelse i løpet av året. Tallene er derfor ikke direkte sammenlignbare med våre, men resultatene peker i samme retning: I 2019 ble 17 prosent av alle pasienter med alvorlige psykiske lidelser reinnlagt innen 30 dager etter utskrivning. Andelen var høyest blant pasienter med schizofreni (25 prosent) og personlighetsforstyrrelser (24 prosent) og lavest blant pasienter med depresjon (12 prosent) og bipolar lidelse (18 prosent). Senere analyser bør inkludere direkte sammenligninger over år for å beskrive utviklingen i reinnleggelser for denne pasientgruppen.

Under ser vi nærmere på geografisk variasjon i omfanget av reinnleggelser i 2021. Figur 8.9 viser andel reinnleggelser blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser, fordelt etter region.

Figur 8.9: Andel reinnleggelser innen 30 dager etter utskrivning fra psykisk helsevern i 2021, fordelt etter bostedsregion. Pasienter gruppert etter diagnose og forekomst av samtidig ruslidelse.

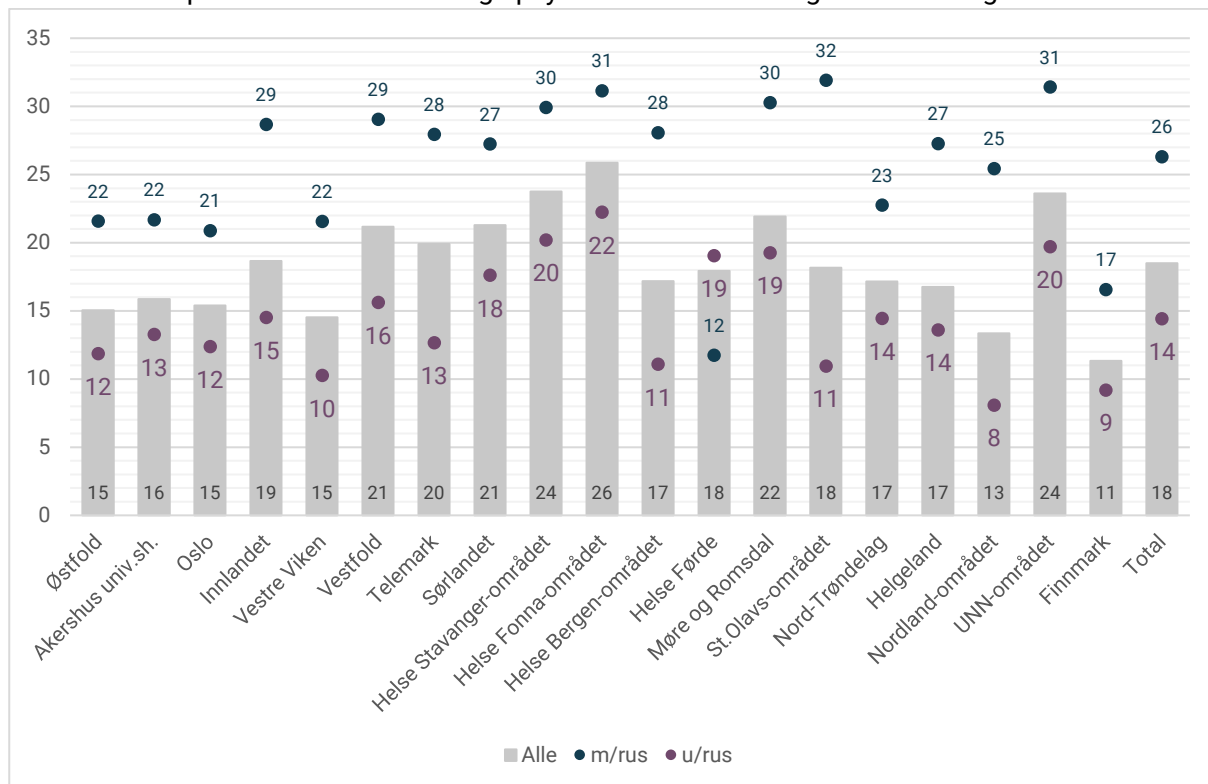


Blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser er andelen reinnleggelser høyest i Helse Vest (21 prosent) og lavest i Helse Sør-Øst (17 prosent). Når vi kun ser på pasienter med samtidig ruslidelse, er andelen reinnleggelser høyest i Helse Midt-Norge (30 prosent), men fortsatt lavest i Helse Sør-Øst (24 prosent). De regionale forskjellene i gruppen med alvorlige psykiske lidelser, er lik den vi ser i hele pasientpopulasjonen.

Vi ser av figur 8.9 at Helse Vest har høyest andel reinnleggelser i alle diagnosegrupper. Helse Sør-Øst har lavest andel reinnleggelser i alle diagnosegrupper med unntak av bipolar lidelse, hvor andelen er lavest i Helse Midt-Norge. I alle regioner er andelen reinnleggelser betydelig høyere blant pasienter med samtidig ruslidelse, men nivået varierer. Dette ser vi i alle diagnosegrupper og også i den totale pasientpopulasjonen.

I figur 8.10 viser vi andel utskrivninger som er etterfulgt av reinnleggelse innen 30 dager, fordelt etter helsefelleskap. Resultatene bør tolkes forsiktig på grunn av små volum i flere av helsefelleskapene. Samlet for pasienter med alvorlige psykiske lidelser varierer andelen reinnleggelser fra 11 prosent i Finnmark til 26 prosent i Helse Fonna-området. Variasjonen er særlig stor blant pasienter med samtidig ruslidelse.

Figur 8.10: Andel reinnleggelser innen 30 dager etter utskrivning fra psykisk helsevern i 2021, fordelt etter helsefelleskap. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser med og uten samtidig ruslidelse.



## 8.5 Poliklinisk behandling

Nesten alle pasientene med alvorlige psykiske lidelser (97 prosent) har hatt minst en poliklinisk kontakt i psykisk helsevern i løpet av året, enten som eneste behandlingsform (76 prosent) eller i tillegg til dag- eller døgnbehandling (13 prosent). Også i den totale pasientpopulasjonen har flertallet av pasienter (97 prosent) hatt poliklinisk kontakt, men flere har dette som eneste behandlingsform (84 prosent).

### 8.5.1 Antall polikliniske kontakter per pasient

Tabell 8.2 viser antall polikliniske kontakter per pasient, fordelt etter diagnosegruppe og forekomst av samtidig ruslidelse. Merk at dette er antall kontakter i løpet av kalenderåret 2021, og ikke det totale antallet kontakter i et pasientforløp. Antall kontakter per pasient vil også påvirkes av hvilken tid på året første og siste kontakt fant sted.

Gjennomsnittlig antall kontakter per pasient er betydelig høyere i gruppen med alvorlige psykiske lidelser (17) enn i den totale pasientpopulasjonen i psykisk helsevern (13). Pasienter med schizofreni og pasienter med personlighetsforstyrrelser har flest kontakter i løpet av året, hhv. 31 og 22 kontakter per pasient. Pasienter med depresjon og bipolar lidelse har færrest kontakter i løpet av året, hhv. 15 og 17 kontakter per pasient. Dette er likt resultatene fra 2019, hvor antall kontakter per pasient varierte mellom 15 (depresjon) og 30 (schizofreni).

I alle diagnosegrupper har pasienter med samtidig ruslidelse flere kontakter i løpet av året enn pasienter uten samtidig ruslidelse. Dette gjelder også i den totale pasientpopulasjonen.

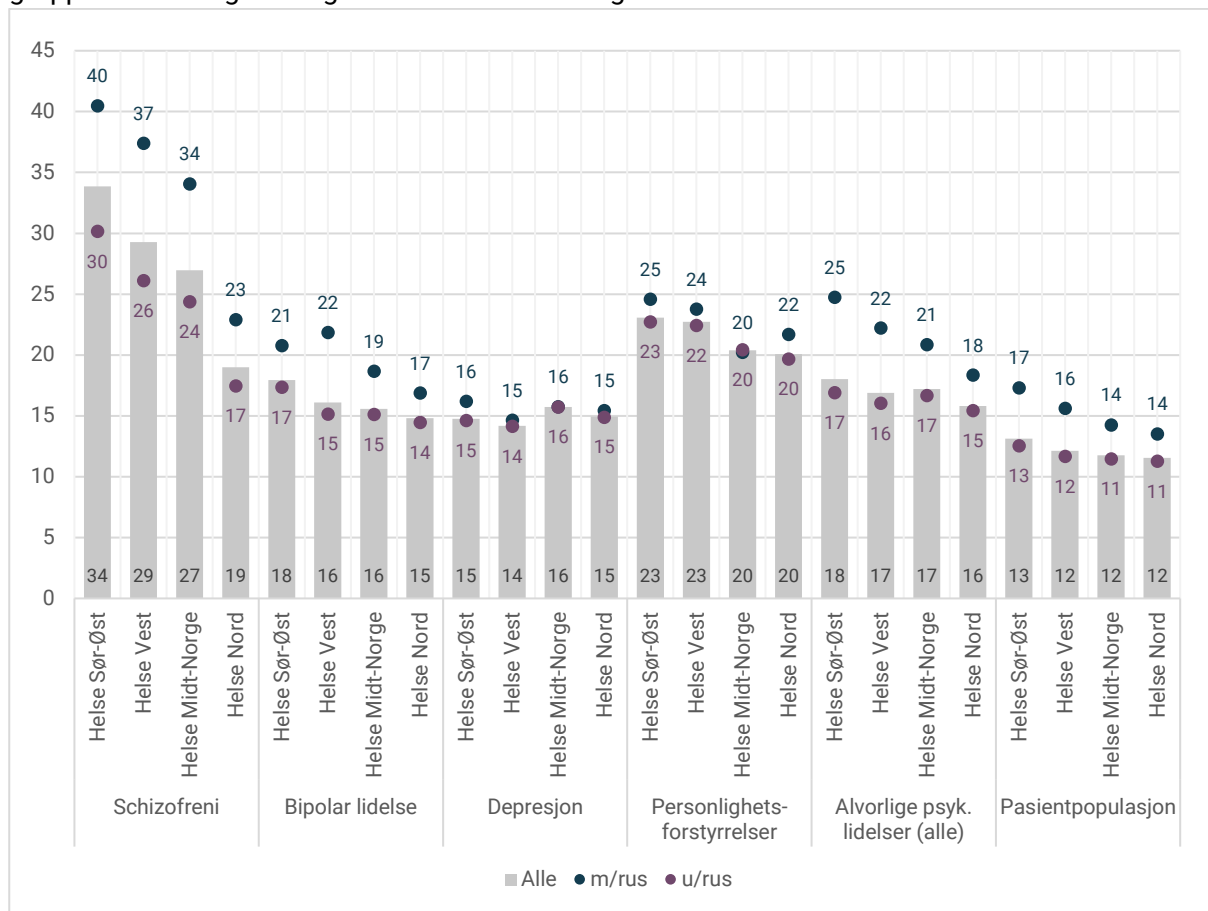
Tabell 8.2: Antall polikliniske kontakter per pasient i 2021, fordelt etter diagnosegruppe og forekomst av samtidig ruslidelse.

Diagnosegruppe	Antall pasienter	Antall kontakter per pasient	
		Gj.snitt	Median
Schizofreni	8 228	31	21
m/rus	2 657	38	28
u/rus	5 571	27	19
Bipolar	9 157	17	12
m/rus	1 409	20	13
u/rus	7 748	16	11
Depresjon	42 304	15	11
m/rus	3 730	16	10
u/rus	38 574	15	11
Personlighetsforstyrrelser	14 144	22	16
m/rus	2 777	24	15
u/rus	11 367	22	16
Alvorlige psykiske lidelser (alle)	66 951	17	12
m/rus	9 286	23	14
u/rus	57 665	17	12
Pasientpopulasjon	160 908	13	8
m/rus	19 384	16	8
u/rus	141 524	12	8

Figur 8.11 viser hvordan antall kontakter per pasient varierer mellom regioner. Blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser varierer antall kontakter per pasient fra 16 i Helse Nord til 18 i Helse Sør-Øst. Forskjellene øker når vi kun ser på pasienter med samtidig ruslidelse. Her varierer gjennomsnittet fra 18 i Helse Nord til 25 i Helse Sør-Øst, med en stigende gradient fra nord til sør. Dette ser vi også i den totale pasientpopulasjonen i psykisk helsevern.

Det er størst forskjell mellom regionene i gruppen med schizofreni. Her varierer antall kontakter per pasient fra 19 i Helse Nord til 34 i Helse Sør-Øst. For pasienter med schizofreni og samtidig ruslidelse ser vi også en stigende gradient fra nord til sør i landet. Det er mindre forskjeller mellom regionene i de tre andre diagnosegruppene. Blant pasienter med depresjon og pasienter med personlighetsforstyrrelser er det dessuten liten forskjell i antall kontakter blant pasienter med og uten samtidig ruslidelse.

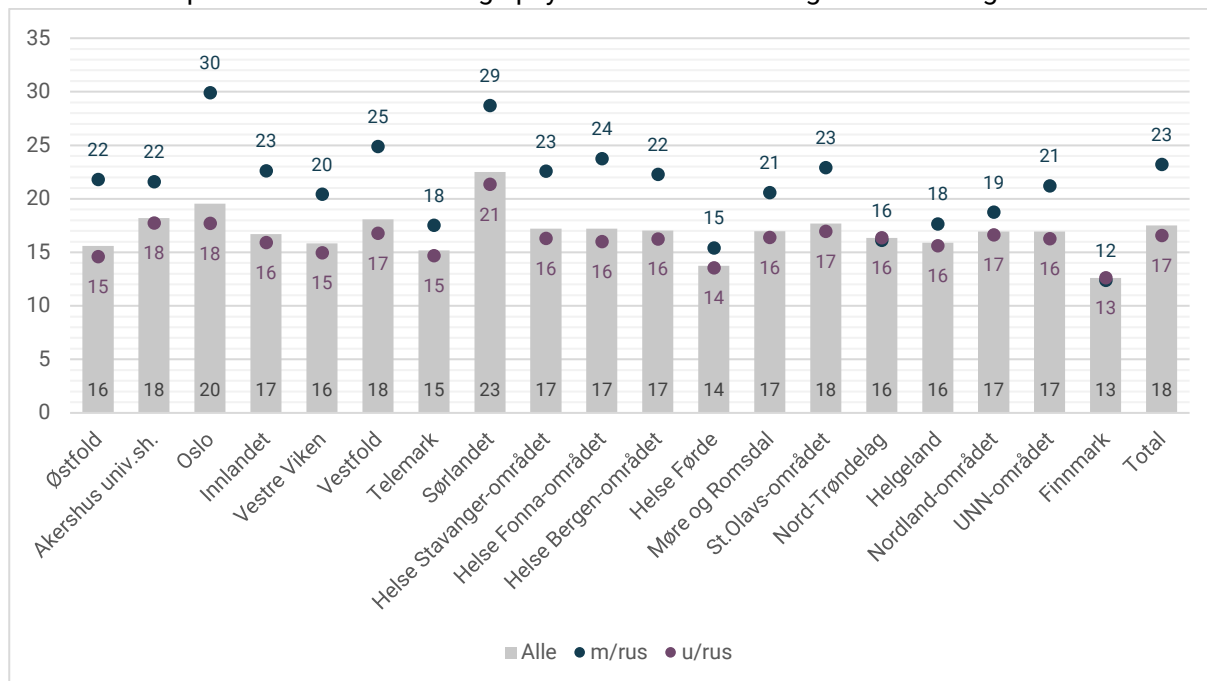
Figur 8.11: Gjennomsnittlig antall kontakter per pasient i 2021, fordelt etter bostedsregion. Pasienter gruppert etter diagnose og forekomst av samtidig ruslidelse.



Figur 8.12 viser antall kontakter per pasient med alvorlig psykisk lidelse, fordelt etter helsefelleskap. Tallene vises for alle diagnosegrupper samlet, men det er skilt mellom pasienter med og uten samtidig ruslidelse. Antall kontakter per pasient varierer fra 13 i Finnmark til 23 i Sørlandets område. Variasjonen er størst blant pasienter med samtidig ruslidelse; fra 12 kontakter per pasient i Finnmark til 30 kontakter per pasient i Oslo. Samtidig ser vi at noen helsefelleskap har liten eller ingen forskjell i antall kontakter blant pasienter med og uten samtidig ruslidelse.

De geografiske variasjonene er sammenlignbare med variasjonen som er vist i Helsedirektoratets styringsinformasjon til helsefelleskapene fra 2019. Der varierte gjennomsnittlig antall kontakter per pasient fra 15 i Helse Nord til 18 i Helse Sør-Øst. Antall kontakter var høyest i Sørlandets område (22) og lavest i Finnmark (11).

Figur 8.12: Gjennomsnittlig antall polikliniske kontakter i psykisk helsevern i 2021, fordelt etter helsefelleskap. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser med og uten samtidig ruslidelse.



I den totale pasientpopulasjonen i psykisk helsevern (tall ikke vist) varierer antall kontakter per pasient fra 9 i Helse Førde til 15 i Oslo og Sørlandets område. Også her er det størst variasjon blant pasienter med samtidig ruslidelse.

### 8.5.2 Ambulante kontakter

I dette avsnittet ser vi på omfanget av ambulante kontakter<sup>40</sup> blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Denne statistikken inngikk ikke i Helsedirektoratets styringsinformasjon til helsefelleskapene, men er relevant i videre arbeid med pasientgruppen. Mange pasienter med alvorlige psykiske lidelser har behov for tett oppfølging over lang tid og kan ha nytte av oppsøkende tjenester, for eksempel gjennom ambulante behandlingsteam<sup>41</sup>.

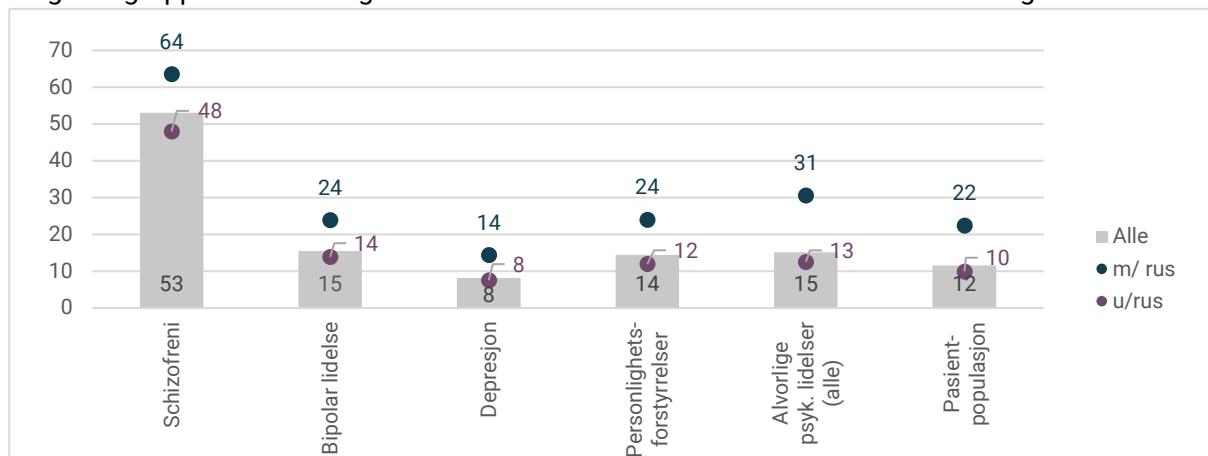
Merk at det er gjort flere endringer i kodeverk og rapporteringsregler for ambulante kontakter de senere årene som kan påvirke registreringspraksis og gi opphav til variasjon. Dette gir noe usikkerhet knyttet til tallene som presenteres under.

Vi finner at 15 prosent av pasientene med alvorlige psykiske lidelser har hatt minst enn ambulant kontakt i 2021. Blant pasienter med samtidig ruslidelse er andelen 31 prosent. Begge andelene er høyere enn i den totale pasientpopulasjonen i psykisk helsevern, se figur 13. Pasienter med schizofreni skiller seg ut i denne oversikten, ved at hele 53 prosent har hatt ambulant kontakt i løpet av året. I denne gruppen er andelen høy både for pasienter med samtidig ruslidelse (64 prosent) og for pasienter uten samtidig ruslidelse (48 prosent).

<sup>40</sup> Polikliniske kontakter med registrert "sted for aktivitet" = 2 (hos ekstern instans), 4 (hjemme hos pasienten), 5 (annet ambulant sted) eller 9 (annet sted), eller tidligere takstkode P17/P27 eller særkode B0015/B0016/IEAD00.

<sup>41</sup> FACT: Flexible Assertive Community Treatment. Visjon, modell og organisering av FACT-modellen. Remmers van Veldhuizen (2013).

Figur 8.13: Andel pasienter som har hatt ambulant kontakt i psykisk helsevern i 2021, fordelt etter diagnosegruppe og forekomst av samtidig ruslidelse.



Pasienter med schizofreni har i gjennomsnitt 15 ambulante kontakter i løpet av året. Dette utgjør 28 prosent av alle polikliniske kontakter for disse pasientene. Antall ambulante kontakter per pasient og andel av alle polikliniske kontakter er høyere i gruppen med schizofreni enn i de andre diagnosegruppene, se tabell 8.3.

Tabell 8.3: Omfang av ambulante kontakter blant pasienter i psykisk helsevern 2021. Pasienter gruppert etter diagnose og forekomst av samtidig ruslidelse.

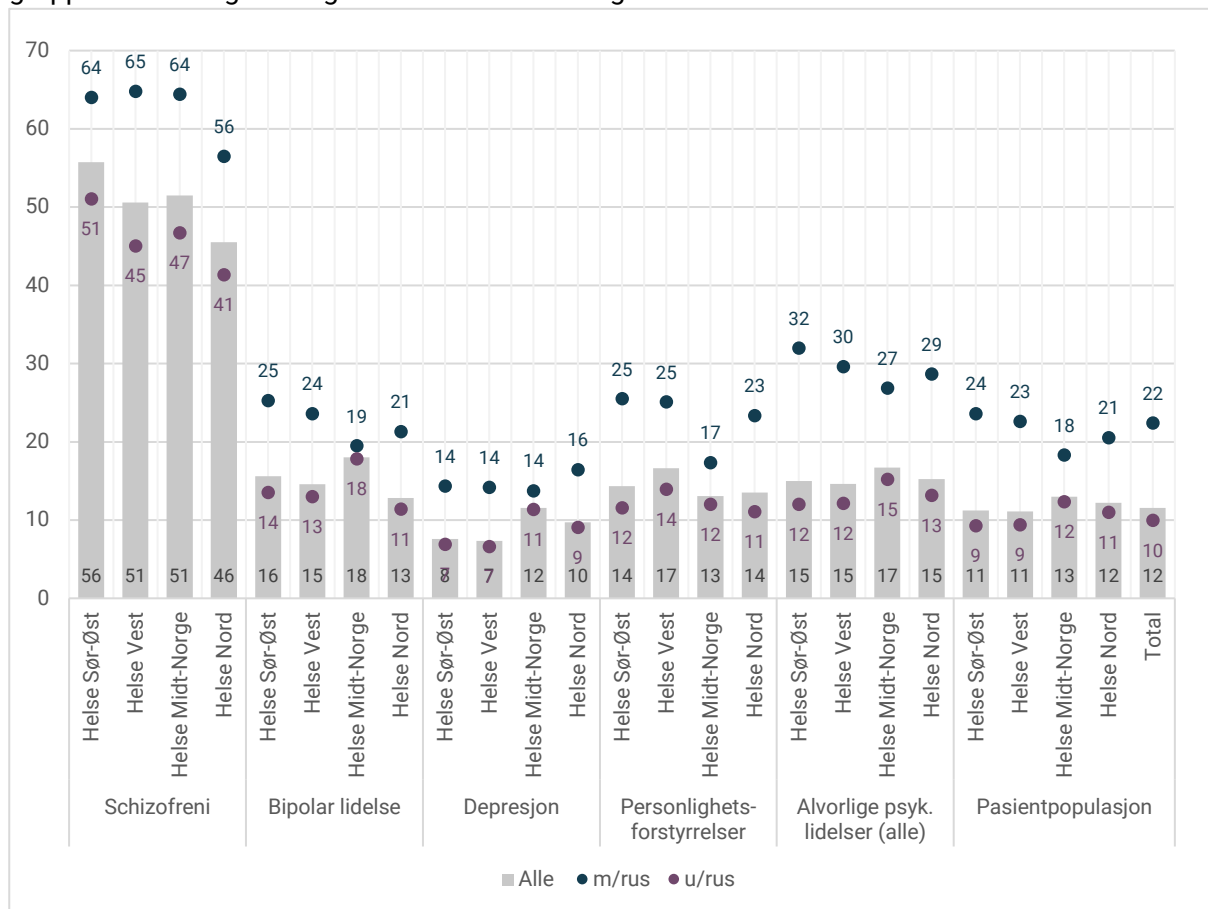
Diagnosegruppe	Antall og andel pasienter med ambulant kontakt	Gj.snittlig antall ambulante kontakter per pasient	Andel ambulante kontakter av alle polikliniske kontakter
Schizofreni	4 624 (53)	15	28,0
m/ rus	1 806 (64)	18	32,8
u/ rus	2 818 (48)	13	24,9
Bipolar lidelse	1 480 (15)	8	7,6
m/ rus	364 (24)	10	13,2
u/ rus	1 116 (14)	7	6,3
Depresjon	3 544 (8)	5	2,8
m/ rus	573 (14)	8	7,7
u/ rus	2 971 (8)	4	2,3
Personlighetsforstyrrelser	2 111 (14)	8	5,6
m/ rus	726 (24)	11	12,7
u/ rus	1 385 (12)	7	3,8
Alvorlige psykiske lidelser (alle)	10 468 (15)	10	9,1
m/ rus	3 059 (31)	14	20,5
u/ rus	7 409 (13)	8	6,5
Pasientpopulasjon	19 228 (12)	8	7,3
m/ rus	4 848 (22)	12	18,9
u/ rus	14 380 (10)	6	5,2

Figur 8.14 viser hvordan andelen pasienter med ambulant kontakt varierer mellom regioner. Samlet for gruppen med alvorlige psykiske lidelser er andelen pasienter med ambulant kontakt litt høyere i Helse Midt-Norge (17 prosent) enn i de andre regionene (alle 15 prosent). Også i gruppen med bipolar lidelse og i gruppen med depresjon har Helse Midt-Norge en høyere andel enn de andre regionene. I gruppen med personlighetsforstyrrelser er andelen pasienter med ambulant kontakt høyest i Helse Vest.

Det er størst forskjeller mellom regionene i gruppen med schizofreni. Her varierer andelen pasienter med ambulant kontakt fra 46 prosent i Helse Nord til 56 prosent i Helse Sør-Øst. Andelen lik i Helse Midt-Norge og Helse Vest (51 prosent). Når vi avgrensner til pasienter med samtidig ruslidelse, er andelen med

ambulant kontakt 56 prosent i Helse Nord, mens den er høyere og på samme nivå (64-65 prosent) i de andre tre regionene.

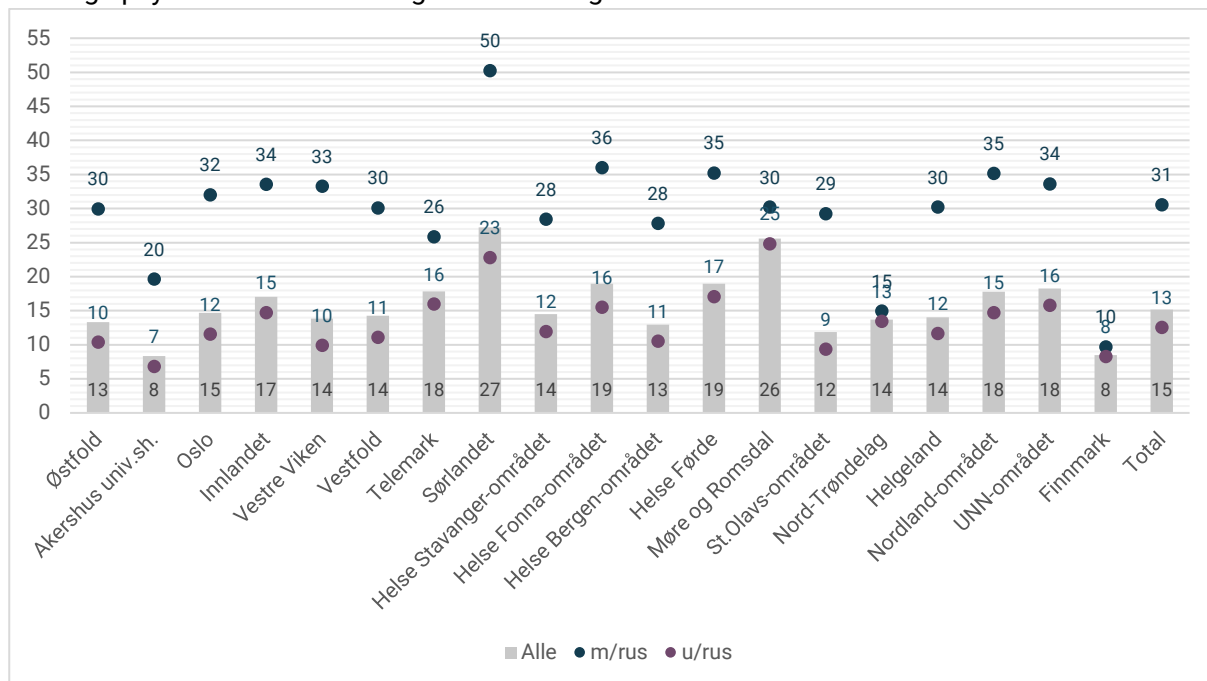
Figur 8.14: Andel pasienter med ambulant kontakt i 2021, fordelt etter bostedsregion. Pasienter gruppert etter diagnose og forekomst av samtidig ruslidelse.



Det er store forskjeller mellom helsefelleskapene i andel pasienter med alvorlige psykiske lidelser som har hatt ambulant kontakt, se figur 15. Både i Ahus-området og Finnmark er andelen pasienter nede i 8 prosent. Høyest andel finner vi i Sørlandets område (27 prosent) og i Møre- og Romsdal (26 prosent). I alle helsefelleskap er andelen pasienter med ambulant kontakt høyest blant pasienter med samtidig ruslidelse, men variasjonen er stor; fra 10 prosent i Finnmark til 50 prosent i Sørlandets område. Disse resultatene bør tolkes forsiktig på grunn av små volum i flere av helsefelleskapene, blant annet i Finnmark.



Figur 8.15: Andel pasienter med ambulant kontakt i 2021, fordelt etter helsefelleskap. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser med og uten samtidig ruslidelse.



I den totale pasientpopulasjonen i psykisk helsevern (tall ikke vist) varierer andelen pasienter med ambulant kontakt fra 7 prosent i Ahus-området til 19 prosent i Møre- og Romsdal. Også her er variasjonen særlig stor blant pasienter med samtidig ruslidelse.

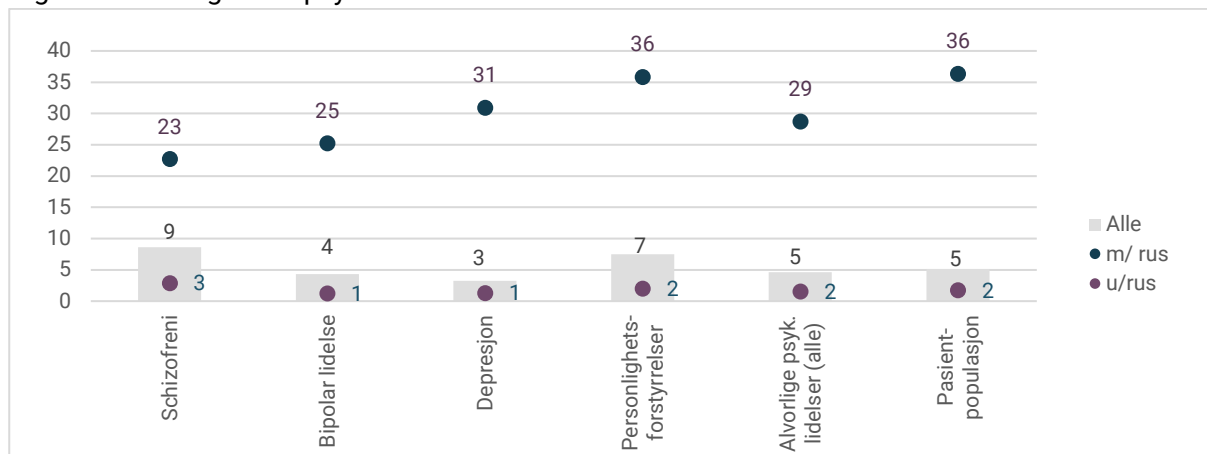
## 8.6 Bruk av tjenester i TSB

Helsedirektoratets styringsinformasjon til helsefelleskapene viste at mange pasienter med alvorlige psykiske lidelser mottok flere typer helse- og omsorgstjenester i løpet av året, herunder tjenester fra somatiske sykehus, fastlege, legevakt og kommunale omsorgstjenester. I dette avsnittet ser vi på bruk av tjenester i TSB. Dette er relevant gitt forekomsten av ruslidelser blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser og særlig blant pasienter med schizofreni (se avsnitt 8.2.5).

Vi identifiserer pasienter som i løpet av 2021 har hatt minst en kontakt (poliklinisk kontakt, dagbehandling eller innleggelse) i TSB og ser spesifikt på pasienter med samtidig ruslidelse. I dette avsnittet er pasienter med samtidig ruslidelse definert som pasienter med registrert rusdiagnose i psykisk helsevern siste fem år, dvs. uavhengig av eventuell kontakt i TSB. Dette utgjør 11 prosent av pasientene med alvorlige psykiske lidelser og 10 prosent av den totale pasientpopulasjonen i psykisk helsevern.

Vi finner at 5 prosent av pasientene med alvorlige psykiske lidelser har mottatt tjenester i TSB i 2021. Se figur 16. Andelen er den samme i den totale pasientpopulasjonen. Ser vi kun på pasienter med registrert rusdiagnose, har 29 prosent av pasientene med alvorlige psykiske lidelser mottatt tjenester i TSB, mot 36 prosent av den totale pasientpopulasjonen. Andelen varierer mellom diagnosegrupper, fra 23 prosent i gruppen med schizofreni til 36 prosent i gruppen med personlighetsforstyrrelser.

Figur 8.16: Andel pasienter som har mottatt tjenester i TSB i 2021, fordelt etter diagnosegruppe og registrert rusdiagnose i psykisk helsevern.



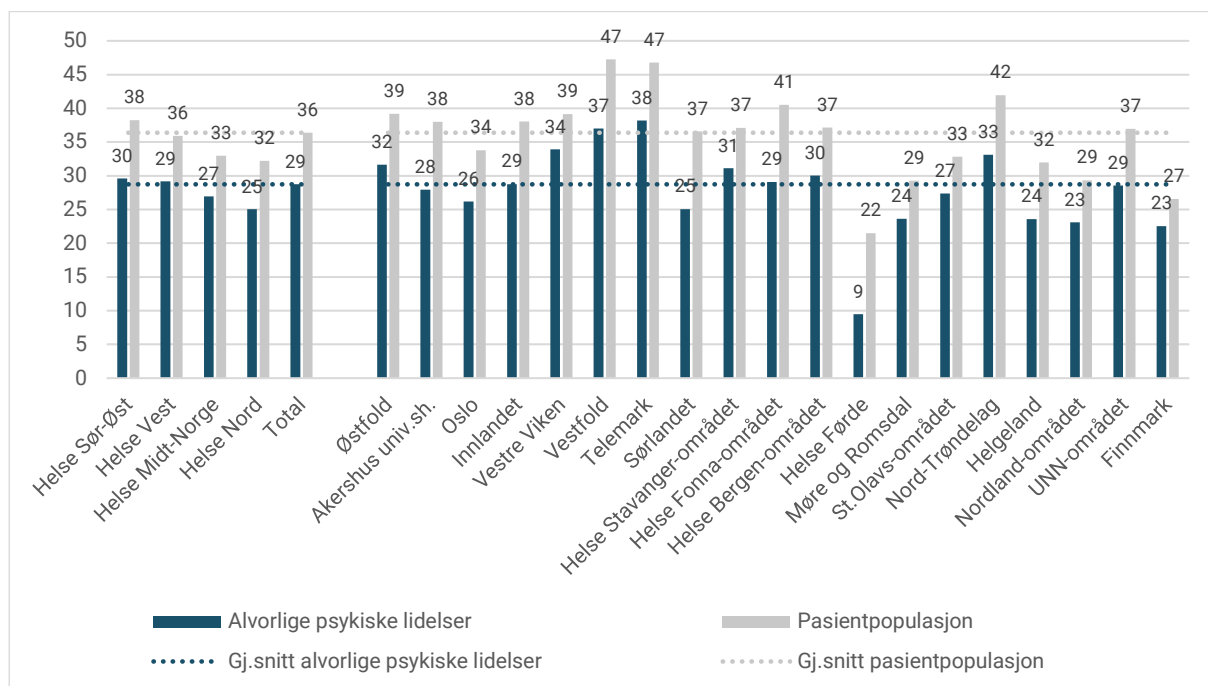
Disse resultatene indikerer at pasienter med alvorlige psykiske lidelser og samtidig ruslidelse i mindre grad følges opp i TSB enn pasienter med milde og moderate psykiske lidelser. Dette er i tråd med prioriteringsveilederen for psykisk helsevern som tilsier at pasienter med alvorlige psykiske lidelser skal følges opp innen psykisk helsevern, også der det forekommer samtidig rusproblem.<sup>42</sup>

Figur 8.17 viser hvordan andelen pasienter som har mottatt tjenester i TSB varierer mellom regioner og helsefelleskap. Vi viser andeler både for pasientgruppen med alvorlige psykiske lidelser og for den totale pasientpopulasjonen, i begge tilfeller avgrenset til pasienter med registrert rusdiagnose i psykisk helsevern. Både i gruppen med alvorlige psykiske lidelser og i den totale pasientpopulasjonen er andelen pasienter som har mottatt tjenester i TSB høyest i Helse Sør-Øst (hhv. 30 og 38 prosent) og lavest i Helse Nord (hhv. 25 og 32 prosent). Andelen følger en synkende gradient fra sør til nord.

Figur 8.17 viser også hvordan andelen pasienter som har mottatt tjenester i TSB varierer mellom helsefelleskapene. Disse resultatene bør tolkes forsiktig på grunn av små volum i flere av helsefelleskapene. Andelen er særlig høy i Vestfold og Telemark, hvor hhv 37 og 38 prosent av pasientene med alvorlige psykiske lidelser og registrert rusdiagnose har mottatt tjenester i TSB. Den laveste andelen finner vi i Helse Førde, hvor kun 9 prosent av pasientene med alvorlige psykiske lidelser og registrert rusdiagnose har mottatt tjenester i TSB, men her er det svært få pasienter og er tallene sårbare for tilfeldige utslag. Vi ser av figur 8.17 at variasjonen følger samme mønster i den totale pasientpopulasjonen i psykisk helsevern.

<sup>42</sup> Psykisk helsevern for voksne - Prioriteringsveileder. Helsedirektoratet (2015).

Figur 8.17: Andel pasienter som har mottatt tjenester i TSB i 2021, fordelt etter bostedsregion og helsefelleskap. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser og hele pasientpopulasjonen i psykisk helsevern, med registrert rusdiagnose.



# Vedlegg: Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten

Tabell V2 Hovedtall for spesialisthelsetjenesten 2017-2021

Nøkkeltall:	2017	2018	2019	2020	2021	Pst endr. 2020-2021	Pst endr. 2017-2021
Sum unike pasienter inkl. avtalespes. <sup>1</sup>	2 595 455	2 625 866	2 629 886	2 583 925	2 669 968	3,3	2,9
<b>Aktivitet somatisk behandling</b>							
Pasienter totalt, sykehus og avtalespes. <sup>2</sup>	2 462 806	2 496 885	2 496 708	2 454 066	2 538 037	3,4	3,1
Pasienter totalt, sykehus <sup>2</sup>	1 951 838	1 967 760	1 987 263	1 921 154	2 020 294	5,2	3,5
Pasienter innlagte <sup>2</sup>	578 598	572 517	568 543	528 446	554 532	4,9	-4,2
Pasienter poliklinikk <sup>2</sup>	1 815 191	1 834 041	1 858 352	1 799 482	1 899 172	5,5	4,6
Døgnopphold <sup>2,4</sup>	760 618	755 576	755 200	694 453	730 480	5,2	-4,0
Innleggelser 0 liggedager (ikke-kir.) <sup>2</sup>	114 959	113 948	114 148	95 574	104 426	9,3	-9,2
Dagbehandling kirurgi <sup>2</sup>	222 603	224 779	228 346	213 148	227 591	6,8	2,2
Poli. kontakter totalt, sykehus <sup>2</sup>	6 103 839	6 200 541	6 356 944	6 116 029	6 622 214	9,0	9,2
-herav stråleterapi <sup>2</sup>	186 807	184 959	185 409	178 605	191 102	7,0	2,3
-herav kjemoterapi <sup>2</sup>	153 036	160 552	174 108	183 983	195 730	6,4	27,9
-herav dialyse <sup>2</sup>	180 578	186 990	188 625	196 086	197 681	0,8	9,5
Poli. kontakter, avtalespesialister <sup>2,3</sup>	981 054	1 023 110	1 015 474	1 004 230	1 015 471	1,1	3,5
Kirurgi, avtalespesialister <sup>2,3</sup>	2 018 562	2 108 097	2 110 419	2 006 341	2 040 826	1,7	1,1
Sum DRG-poeng <sup>7</sup>	1 538 988	1 541 978	1 562 466	1 450 980	1 536 536	5,9	-0,2
Liggedøgn døgnopphold (sum) <sup>2,4</sup>	3 259 848	3 207 424	3 194 269	2 844 825	2 973 933	4,5	-8,8
Gj.sn. liggetid døgnopphold <sup>2,4</sup>	4,29	4,25	4,23	4,10	4,07	-0,6	-5,0
<b>Aktivitet psykisk helsevern</b>							
<b>Psykisk helsevern 18 år og over<sup>8</sup> :</b>							
Polikliniske kontakter HF/privat foretak	1 928 330	1 876 235	1 895 090	1 946 187	2 023 999	4,0	5,0
Polikliniske kontakter priv. avtalespes. <sup>11</sup>	624 069	615 334	583 754	652 252	628 963	-3,6	0,8
Innleggelser fra HF/privat foretak	44 550	44 819	45 346	42 347	42 862	1,2	-3,8
Oppholdsdøgn	1 063 272	1 050 533	1 040 469	970 885	1 005 060	3,5	-5,5
Pasienter HF/privat foretak	154 334	154 464	157 126	157 176	166 154	5,7	7,7
Pas. priv. avtalespes. <sup>11</sup>	49 526	50 000	48 287	50 440	48 752	-3,3	-1,6
Pas. Totalt <sup>11</sup>	196 495	197 236	198 168	199 863	207 235	3,7	5,5
<b>Psykisk helsevern 0-17 år<sup>9</sup> :</b>							
Polikliniske kontakter HF/privat foretak	831 316	750 478	764 475	820 390	901 238	9,9	8,4
Polikliniske kontakter. priv. avtalespes. <sup>11</sup>	26 445	27 539	26 799	27 763	24 836	-10,5	-6,1
Pasienter HF/privat foretak	51 028	50 747	50 787	51 261	58 794	14,7	15,2
Pas. priv. avtalespes. <sup>11</sup>	2 560	2 663	2 618	2 394	2 269	-5,2	-11,4
Pas. totalt <sup>11</sup>	52 854	52 664	52 706	53 059	60 382	13,8	14,2
<b>Aktivitet rusbehandling (18 år og over i TSB)</b>							
Pasienter TSB <sup>10</sup>	32 705	32 495	33 028	32 472	32 516	0,1	-0,6

<b>Nøkkeltall:</b>	2017	2018	2019	2020	2021	Pst endr. 2020-2021	Pst endr. 2017-2021
Innleggelser TSB	11 815	12 795	12 947	12 103	12 871	6,3	8,9
Oppholdsdøgn TSB	641 630	630 148	628 686	600 664	637 899	6,2	-0,6
Polikliniske kontakter	486 414	481 856	505 768	519 173	497 203	-4,2	2,2
<b>Avtalte årsverk ekskl lange fravær</b>							
Årsverk spesialisthelsetjenesten totalt <sup>12</sup>	106 358	108 075	109 183	111 753	112 983	1,1	6,2
Årsverk poliklinikk og ambulant PHV-V <sup>13</sup>	4 260	4 320	Mangler	4 555	4 709	3,4	10,5
Årsverk poliklinikk og ambulant PHV-BU <sup>13</sup>	2 541	2 558	Mangler	2 781	2 859	2,8	12,5
Årsverk poliklinikk og ambulant TSB	Ikke publisert	Ikke publisert	Ikke publisert	Ikke publisert	Ikke publisert		
<b>Senger/døgnplasser<sup>14</sup></b>							
Effektive senger somatikk	10 395	10 254	10 191	9 997	9 974	-0,2	-4,0
Døgnplasser PHV-V	3 449	3 387	3 341	3 292	3 288	-0,1	-4,7
Døgnplasser PHV-BU	310	310	301	300	316	5,3	1,9
Døgnplasser TSB	1 902	1 881	1 875	1 867	1 858	-0,5	-2,3
<b>Økonomisk resultat</b>							
Regnskapsmessig resultat korr for eiers styringskrav (mill kr)	2 282	3 242	3 382	6 202	4 118		
Verdiendr varige og immatr eiendeler (mill kr)	707	1 804	4 472	6 401	9 294		
Gjeldsgrad (gjeld/egenkapital) (prosent)	64	66	72	78	89		
Langsiktig gjeld hos HOD (mill kr)	18 314	20 004	23 839	28 662	35 658		
<b>Kostnader (millioner kr, løpende priser)<sup>15</sup></b>							
Somatikk	98 584	101 830	108 631	110 460	120 978	9,5	22,7
PHV-V	18 850	19 283	20 304	20 187	21 767	7,8	15,5
PHV-BU	4 422	4 561	4 837	4 808	5 435	13,0	22,9
TSB	5 196	5 346	5 520	5 621	5 954	5,9	14,6
Ambulanse	6 059	6 409	6 958	7 282	7 735	6,2	27,7
Pasienttransport	3 140	3 156	3 309	3 016	3 329	10,4	6,0
Personalpolitiske tiltak	279	300	306	294	320	9,1	14,9
RHF-administrasjon	1 682	1 655	1 667	1 741	1 637	-6,0	-2,7
Spesialisthelsetjenesten totalt 23	138 213	142 541	151 532	153 409	167 155	9,0	20,9
-herav pensjonskostnader	13 267	11 799	13 790	9 736	14 019	44,0	5,7
-herav kapitalkostnader	5 327	5 490	5 599	5 689	5 741	0,9	7,8
-herav nye legemidler	584	841	1 140	212	292		
<b>Kostnader (millioner kr, faste priser)<sup>15</sup></b>							
Deflator SSB (akkumulert)	1,105	1,084	1,038	1,053	1,000		
Deflator benyttet i statsbudsj (akkumulert)	1,118	1,088	1,058	1,026	1,000		
Somatikk	108 964	110 361	112 751	116 361	120 978	4,0	11,0
PHV-V	20 835	20 899	21 074	21 266	21 767	2,4	4,5
PHV-BU	4 888	4 943	5 020	5 065	5 435	7,3	11,2
TSB	5 743	5 794	5 730	5 922	5 954	0,5	3,7
Ambulanse	6 697	6 946	7 222	7 671	7 735	0,8	15,5
Pasienttransport	3 471	3 420	3 434	3 178	3 329	4,8	-4,1
Personalpolitiske tiltak	308	325	318	309	320	3,6	4,0
RHF-administrasjon	1 860	1 794	1 730	1 834	1 637	-10,8	-12,0
Spesialisthelsetjenesten totalt	152 765	154 481	157 279	161 605	167 155	3,4	9,4

Nøkkeltall:	2017	2018	2019	2020	2021	Pst endr. 2020-2021	Pst endr. 2017-2021
<b>Produktivitet somatisk (DRG-virksomhet)<sup>15</sup></b>							
Driftskostnad per DRG-poeng	52 355	52 509	52 829	59 288	58 048	-2,1	10,9
Driftskostnad per liggedag	18 277	18 492	18 895	22 019	21 591	-1,9	18,1
<b>Produktivitet psykisk helsevern voksne</b>							
Driftskostnad per pasient	Ikke beregnet	117 822	115 934	117 701	115 252	-2,1	
Driftskostnad per oppholdsdøgn	Ikke beregnet	13 843	13 962	14 820	14 620	-1,3	
<b>Produktivitet psykisk helsevern barn og unge</b>							
Driftskostnad per pasient		79 022	80 212	80 445	76 207	-5,3	
Driftskostnad per oppholdsdøgn		20 698	25 531	24 392	23 738	-2,7	
<b>Produktivitet TSB</b>							
Driftskostnad per pasient	Ikke beregnet	117 370	110 629	112 515	116 768	-5,3	
Driftskostnad per oppholdsdøgn	Ikke beregnet	8 884	9 257	9 950	9 961	-2,7	
<b>Produktivitet psykisk helsevern og TSB samlet</b>							
Driftskostnad per ISF-opphold i poliklinikk	Ikke beregnet	3 448	3 296	3 545	3 495	-1,4	

## Tabellnoter

<sup>1</sup> Når det basert på NPR aggregeres 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. Omfanget av dette er marginalt.

<sup>2</sup> Eksklusive pasienter som ikke hadde gyldig bostedstilørighet i det inneværende året.

<sup>3</sup> Dataene for aktivitet hos avtalespesialisert har ulik grad av kompletthet for de enkelte årene. For 2021 var det omtrent 91 prosent av de rapporteringspliktige spesialistene innen somatiske fagområder som rapporterte inn sin aktivitet. I 2017, 2018, 2019 og 2020 var komplettheten henholdsvis 95 prosent, 96 prosent, 95 prosent og 96 prosent. Dette vil påvirke volumet i aktiviteten hos avtalespesialistene.

<sup>4</sup> I døgnoppholdene inngår ikke opphold med 0 liggedøgn eller opphold for pasienter som er innlagt for dagbehandling eller rehabilitering. Døgnopphold defineres som avsluttede sykehusopphold (utskrivinger) hvor pasienten er på sykehuset over døgnskillet. Dersom en pasient har flere opphold på samme dag, f.eks. ved overføring fra et helseforetak til et annet, er oppholdene slått sammen (aggregert) til ett opphold.

<sup>5</sup> Aggregeringsreglene for polikliniske kontakter ble endret i 2021. Hovedregelen er fortsatt at kontakter for samme pasient samme dag aggregeres til én kontakt. Tidligere ble kontakter hvor lege eller tannlege var utførende helsepersonell ikke aggregert sammen til én kontakt. Den nye aggregeringsregelen medfører at disse nå blir aggregert sammen dersom de er registrert med hovedtilstand i samme HDG (hoveddiagnosegruppe) samme dag. Det gjøres unntak for særskilte DRG-er, men det tillates ikke lenger mer enn én kontakt i samme DRG samme dag. Endringen medfører færre registrerte kontakter sammenlignet med tidligere, og estimert konsekvens er en reduksjon på 51 700 kontakter.

<sup>6</sup> For polikliniske kontakter hos avtalespesialist er følgende ekskludert: manglende takst, enkle kontakter (1ad, 1ad2, 1ak, 1be, 1be, 1bk, 1e, 1f, 1g, 1h, 1i og 1j) samt kirurgi (k01a, k01b, k01e, k02a, k02b, k02c, k02d, k02e, k02f, k02h, k02h, k0fa, k05b, k05c, 130g, 124a, 124b, 124c, 124d, 124e, 124f, 127e, 138, 129a, 139b, 140a, 140b, 140c, 140d, 140e, 140f, 140g, 140h, 140i, 140j, 140k, 140l, 141a, 141c, 141d, 142c, 143a, 143c, 143e, 143e, 143f, 143g, 145b og 148).

<sup>7</sup> DRG-poengene er korrigeret for systemendring i ISF beregnet gjennom årlig regrupping av data.

<sup>8</sup> Furukollen psykiatriske senter mangler i 2018. Manifestsenteret mangler i 2019, og for 2020 inneholder aktiviteten TSB i tillegg til PHV-V.

<sup>9</sup> Noen enheter er ikke innrapportert tilfredsstillende til NPR og kan påvirke indikatorene.

Crux Bergfløtt behandlingssenter mangler døgnvirksomhet for 2018-2020. NKS Østbyttunet behandlingssenter AS har ikke rapport data for årene 2018, 2019 og 2020..

<sup>10</sup> Antall pasienter er beregnet på grunnlag av pasientdata innrapportert til Norsk pasientregister. I den forbindelse er det forhold vedrørende identifisering av rusbehandlingssenheter i pasientdata som kan påvirke pasienttallene som presenteres for sektoren for:

\*Sykehuset Innlandet: Ruspoliklinikker.

\*Sykehuset Telemark: Akuttposten og poliklinisk virksomhet.

\*Helse Stavanger: Aktiviteten ved ettervernplasser.

\*Helse Fonna: Rusposten ved Haugesund og ruspoliklinikkene ved Odda og Stord.

\*Skjelfoss psykiatriske senter mangler i 2019.

\*Manifestsenteret mangler i 2019, og virksomheten kan kun delvis identifiseres i 2020.

\*FBV: KOA TSB, Care service AS har mangelfull rapportering i perioden. Mestringshusene mangler i 2020.

<sup>11</sup> Avtalespesialistene har ikke komplett innrapportering. Det er ikke korrigert for dette.

<sup>12</sup> Antall årsverk eksklusiv lange fravær er ikke beregnet for hvert tjenesteområde på grunn av utfordringer med å fordele deler av fellespersonellet på en robust måte. Det tas derfor kun med årsverk samlet for alle tjenesteområder. Kilde: SSB.

<sup>13</sup> Årsverk for poliklinisk og ambulant personell er basert på en rapportering som Helsedirektoratet gjør i egen regi. Det var ikke innsamlet data i 2019, og data for 2021 er foreløpige tall.

<sup>14</sup> Kilde: SSB.

<sup>15</sup> Kostnadene er deflatert med prisindeks for arbeids- og produktinnsats for statlige helsetjenester (SSB). Akkumulert prisvekst er beregnet til 10,5 prosent fra 2017 til 2021.

## Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten

### Utgitt

Oktober 2022

### Publikasjonsnummer:

IS-3053

### Utgitt av

Helsedirektoratet

Telefon: 47 47 20 20

(fra utlandet: +47 477 06 366)

### Oslo

Helsedirektoratet

### Postadresse

Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo

### Besøksadresse

Vitaminveien 4, 0483 Oslo

### Trondheim

### Helsedirektoratet

avd. Helseregistre

avd. Komparativ statistikk og  
styringsinformasjon

Postboks 6173, Torgarden

7435 Trondheim

Besøksadresse

### Forfattere:

Marit Pedersen (red)

### Bidragstere:

Solfrid E. Lilleeng

Marit Sitter

Hanne Lehn

Tone R. Myrli

Silje Mortensen

Håvard A. Dalheim

Sara S. Vågseter

Frode Grøtheim

Birgitte Kalseth

Ranita L. Nersund

### Forsidefoto

© Michael

Erhardsson/Mostphotos

(illustrasjonsbilde)

### Design

Itera as

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)