Rapport

IS-2427

Helsedirektoratet

SAMHANDLINGSSTATISTIKK 2014-15

Rapportens tittel: Samhandlingsstatistikk 2014-15
Utgitt: Januar 2016

Utgitt av: Helsedirektoratet

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

Bidragsytere (alfab.): Beate M. Huseby
Christopher Nicolai Tønnesen (Kap 4.)
Guri Snøfugl (Kap. 5)
Henriette Ødegaard (web)
Inger Johanne Gjøen-Øien (Kap. 2, 10)
Julie Kjelvik (Kap. 11)
Kari Hårstad Mehus (Kap. 7)
Lars Rønningen (Kap. 8)
Marit Sitter (Kap. 6)
Sigurd Røtnes (Kap. 8)
Tone Rian Myrli (Kap. 12, 13)
Turi Saltnes (Kap. 3)
Turid Kristin Bigum Sundar (Kap. 9)
Vegard Håvik (Kuhr-data)
Ståle L. Tunang-Nybakk (Norsk helsenett, kap. 8)

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Sluppenveien 12 C, 7037 Trondheim
Universitetsgata 2, Oslo
Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no
www.helsedirektoratet.no

Rapportnummer: IS-2427
ISBN-nr. 978-82-8081-427-2

Grafisk design og trykk: Andvord Grafisk AS

Forord

Denne rapporten er et element i Helsedirektoratets ansvar for å følge utviklingen i helse- og omsorgssektoren både generelt og spesielt i forhold til samhandlingsreformen. Vår ambisjon er at rapporten skal være nyttig for offentlige helsemyndigheter, regionale helseforetak og helseplanleggere i kommunene.

Rapporten viser utviklingstall og analyser på nasjonalt og regionalt nivå for årene 2011-2014 (2015). Flere tall for kommuner, kommunegrupper og helseforetakenes bostedsområder finner du på Helsedirektoratets web-sider: helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samhandlingsstatistikk

Samhandling er ikke et mål i seg selv, men er et virkemiddel for mer helhetlig og koordinert pasientbehandling. Samhandlingsreformen har som mål å gjøre pasientforløpene mellom sykehus og kommune enklere og gi mer koordinerte tjenester og helhetlig behandling. Dette skaper økt behov for å kunne vurdere helse- og omsorgstjenestene i et helhetlig og samlet perspektiv, på tvers av finansiering og ansvarsfordeling. Den nye kommunerollen gir kommunene et større ansvar for det helhetlige tilbudet av helsetjenester til befolkningen. Formålet med denne rapporten er derfor å utvikle en samlet statistikk for helse- og omsorgstjenestene på kostnader, tjenester og pasientgrupper.

Helsedirektoratet, januar 2016

Bjørn Guldvog
Helsedirektør

Innhold

Forord ... **3**

1. Innledning og oppsummering ... **7**
1.1 Innledning ... 7
1.2 Samhandlingsreformen – hvordan går det? ... 8
1.3 Oppsummering del I - komparativ statistikk ... 10
1.4 Oppsummering del II – om samhandlingsreformen ... 11

DEL 1 Sammenlignende statistikk for primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ... **15**

2. Kostnader til helse- og omsorgstjenester ... **16**
2.1 Innledning ... 16
2.2 Kostnader til helse- og omsorgstjenester på nasjonalt nivå ... 16
2.3 Variasjoner i kostnader mellom kommunegrupper ... 21
2.4 Variasjoner i kostnader mellom helseregioner ... 23
2.5 Datagrunnlag og metode ... 25

3. Pasienter og mottakere av helse- og omsorgstjenester ... **28**
3.1 Innledning ... 28
3.2 Bruk av spesialisthelsetjenester og primærhelsetjenester i 2014 ... 28
3.3 Utviklingen i perioden fra 2011-2014 ... 29
3.4 Variasjoner i helse- og omsorgstjenester i 2014 og utvikling over tid ... 33
3.5 Datagrunnlag og definisjoner ... 34

4. Årsverk i helse- og omsorgstjenestene ... **41**
4.1 Årsverksutviklingen i helse- og omsorgstjenesten ... 41
4.2 Legeårsverk i helse- og omsorgstjenestene ... 42
4.3 Sykepleiere i helse- og omsorgstjenesten ... 42
4.4 Fysio- og ergoteraputer i helse- og omsorgstjenesten ... 43
4.5 Årsverksutviklingen i regionene ... 46
4.6 Årsverk per 10 000 innbyggere ... 46
4.7 Variasjoner i årsverkstetthet innad i regionene ... 48

DEL 2 Samhandlingsreformen ... **51**

5. Kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp ... **52**
5.1 Innledning ... 53

5.2 Om datagrunnlaget ... 53
5.3 Tilskudd til å etablere kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp ... 54
5.4 Hva kjennetegner kommuner som ikke har kommet i gang? ... 55
5.5 Hvor er tilbudet lokalisert? ... 56
5.6 Brukere av tilbudet ... 56
5.7 Liggetid ... 56
5.8 Status for oppstart av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp ... 57
5.9 Oppholdstid og beleggsprosent ... 62
5.10 Bidrar døgntilbud for øyeblikkelig hjelp til å redusere innleggelser i sykehus? ... 64

6. Pasienter og mottakere av helsetjenester innen psykisk helse og rus ... 69
6.1 Innledning ... 69
6.2 Resultater på nasjonalt nivå ... 70
6.3 Resultater på regionalt nivå ... 73
6.4 Datagrunnlag og klassifisering ... 76

7. Habilitering, rehabilitering og individuell plan ... 80
7.1 Innledning ... 80
7.2 Utviklingen i habilitering og rehabilitering 2011-2014 ... 81
7.3 Manglende rapportering i primærhelsetjenesten ... 82
7.4 Regionale variasjoner ... 84
7.5 Variasjon etter kommunestørrelse ... 85
7.6 Individuell plan og koordinator ... 86
7.7 Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering ... 87
7.8 Definisjoner og datagrunnlag ... 89

8. Meldingsutveksling ... 92
8.1 Innledning ... 92
8.2 Elektroniske omsorgsmeldinger ... 92
8.3 Data og metode ... 93
8.4 Utbredelse og bruk av omsorgsmeldinger ... 93

9. Frisklivssentraler ... 99
9.1 Frisklivssentraler – beskrivelse og historikk ... 99

10. Korttidsplasser og korttidsopphold ... 102
10.1 Innledning ... 102
10.2 Økt antall og andel korttidsplasser ... 102
10.3 Nedgang i antall mottakere av langtidsopphold ... 103
10.4 Redusert varighet av korttidsoppholdene ... 104
10.5 Omfang av korttidsopphold etter kommunestørrelse ... 104
10.6 Omfanget av korttidsopphold og liggedager for utskrivningsklare pasienter ... 104
10.7 Datagrunnlag ... 105

11. Hjemmetjenester i kommunene ... **109**
11.1 Innledning ... 109
11.2 Utviklingen i hjemmetjenester 2011-2014 ... 109
11.3 Hjemmesykepleie og alder ... 110
11.4 Flere med hjemmesykepleie ved midlertidige behov etter reformen? ... 111
11.5 Brukergrupper i omsorgstjenestene ... 111
11.6 Kommunal variasjon i hjemmesykepleie ... 112

12. Liggedager for utskrivningsklare pasienter ... **117**
12.1 Innledning ... 117
12.2 Utviklingen i antall opphold for utskrivningsklare pasienter ... 117
12.3 Utviklingen i liggedager for utskrivningsklare pasienter ... 119
12.4 Utviklingen i gjennomsnittlig liggetid for utskrivningsklare pasienter ... 119
12.5 Utvikling i gjennomsnittlig liggetid for utskrivningsklare pasienter etter region ... 120
12.6 Utvikling i rater for utskrivningsklare pasienter etter region og kommunegrupper ... 121
12.7 Liggedager for utskrivningsklare pasienter og dekningsgrad av kommunale tjenester ... 123
12.8 Datagrunnlag og definisjoner ... 125

13. Reinnleggelser av utskrivningsklare pasienter ... **133**
13.1 Innledning ... 133
13.2 Utvikling i reinnleggelser etter utskrivningsklar status fra 2011 til 2015 ... 134
13.3 Om økningen i reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter ... 137
13.4 Datagrunnlag og definisjoner ... 139

Vedlegg
Kommuneliste med kommunegrupper og helseforetaksområder 2014 ... **145**

1. Innledning og oppsummering

Evalueringene av samhandlingsreformen fra Riksrevisjonen og Forskningsrådet, samt tallene og analysene i denne rapporten, viser at det er viktig å følge med utviklingen i behandling- og omsorgstilbudet til eldre i årene fremover. Samhandlingsreformen har bidratt til at ferdigbehandlede pasienter sendes ut av sykehusene, men varigheten av behandlingen før pasientene registreres som ferdigbehandlet, kan ha betydning for pasientens risiko for reinnleggelse. Omfanget av reinnleggelser for utskrivningsklare økte fra 2012 til 2014, men var stabilt eller gikk noe ned i 2015.

Samlet sett, har omfanget av liggedager på sykehus blitt redusert med 240 000 liggedager fra 2011 til 2015. Kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter har gitt 60 000 færre liggedager for utskrivningsklare pasienter, og det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp stod for et tilsvarende omfang.

Etter sykehusbehandlingen sendes noen pasienter til et korttidsopphold på sykehjem, og andre til et eksisterende eller nytt tilbud om hjemmesykepleie. Antallet mottakere av korttidsopphold har økt etter innføringen av reformen, men gikk noe ned fra 2013 til 2014. Det er moderat vekst i mottakere av hjemmesykepleie etter reformen. Vedtakene om hjemmesykepleie viser ingen vekst i gjennomsnittlig antall timer med hjemmesykepleie per bruker.

Det gjennomføres en betydelig innsats i både kommuner og helseforetak for å gi pasienter og innbyggere behandling og omsorg av høy kvalitet. Forbedringsarbeidet for mer helhetlig, koordinert pasientbehandling og enklere pasientforløp mellom helseforetak og kommuner må fortsette og tillegges vekt og betydning.

1.1 INNLEDNING

Samhandlingsreformen som ble implementert den 1. januar. 2012, har skapt økt behov for styrings-informasjon. Både kommuner, helseforetak, offentlige helsemyndigheter, fylkesmenn, media og andre aktører har økt behov for å kunne følge utviklingen i helsetjenestenes kostnader, organisering og faglige kvalitet (tilgjengelighet, effekt og trygghet). For kommunene innebærer samhandlingsreformen at det har blitt viktigere enn før å følge med på egne innbyggeres bruk av spesialisthelsetjenesten, og for helseforetakene er det blitt viktig å følge utviklingen i kommunenes tilbud av helsetjenester for å kunne planlegge riktig kapasitet og bemanning. For pasientene og innbyggerne er det viktig at tjenestene som tildeles er sikre, har god kvalitet og oppleves som nyttige.

Samhandlingsreformen skaper behov for mange ulike typer styringsinformasjon. Det er behov for systematisk kunnskap om effekten av ulike typer forebygging, om de små, men effektive tiltakene som gjør at behovene for innleggelse på sykehus modereres. Det er også behov for god kunnskap på detaljert nivå om utviklingen innen de enkelte helse- og omsorgstjenester, og for statistikk som viser de store sammenhengene og gir et helhetlig perspektiv.

Formålet med denne rapporten er todelt:

I. Å gi komparativ informasjon og hovedtall for utviklingen i ressursinnsats og aktivitet i primær- og spesialisthelsetjenesten.

II. Å følge med på særlige insentiv og fokusområder innen samhandlingsreformen for å kunne vurdere utviklingen i henhold til de målene som ble satt for reformen.

Disse to formålene representerer rapportens to deler. I den første delen av rapporten har vi inkludert fire kapitler som har som formål å frembringe komparativ statistikk, d.v.s. statistikk som er sammenlignbar på tvers av organisatoriske skiller. Rapporten inkluderer komparativ statistikk fra både spesialist- og primærhelsetjenesten for kostnader til helsetjenester, pasienter og mottakere av ulike helse- og omsorgstjenester, samt utviklingen i årsverk for spesialist- og primærhelsetjenesten. Disse analysene er basert på kvalitetssikrede data for årene 2011–2014, og vil representere utviklingen i reformens første tre år. I den komparative delen av statistikken vil hovedfokus være på sammenligning av utviklingen i spesialist- og primærhelsetjenesten.

I den andre delen av rapporten settes det fokus på særlige fokusområder og insentiv i reformen. Mange av analysene i del II av rapporten inkluderer data fra 2015 (eller data til og med 2. tertial 2015). Del II inneholder kapitler om oppbyggingen av det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp, en komparativ analyse av utviklingen i aktivitet innen psykisk helsevern og rusbehandling i spesialisthelsetjenesten og for fastleger, samt kapitler om utviklingen i rehabilitering, frisklivssentraler, korttidsplasser, hjemmetjenester. Avslutningsvis i rapporten beskriver vi også utviklingen i opphold og liggedager for utskrivningsklare pasienter, og analyserer utviklingen i reinnleggelser av utskrivningsklare.

1.2 SAMHANDLINGSREFORMEN - HVORDAN GÅR DET?

I skrivende stund er samhandlingsreformen ved utgangen av sitt fjerde år. Hva vet vi om resultatene av reformen så langt?

I Riksrevisjonen sin undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen (Dokument 3:5 (2015-16)) konkluderes det med at samhandlingsreformen har medført små endringer i kommunenes kapasitet, at kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp ikke utnyttes på en effektiv måte og at samarbeidet mellom kommuner og helseforetak kan bli bedre. Det påpekes imidlertid også at kommunene har tatt over ansvaret for pasienter som tidligere lå ferdigbehandlet i sykehus.

Forskningsrådet sin evaluering av samhandlingsreformen (Møller Pedersen 3-4. september 2015) gir tilsvarende konklusjoner. Reformens effekt på pasientforløp og behandling/omsorgstilbud for eldre vurderes som begrenset. Det hevdes at kommunal medfinansiering og samarbeidsavtalene har hatt ingen effekt, samt at reinnleggelser og at mortalitet blant eldre over 70 år har økt. Det sies imidlertid også at meldingsutvekslingen mellom kommuner og sykehus har økt og gir bedre og enklere kommunikasjon, at kommuner har kommet høyere på agendaen som helsefremmende aktører, at det er færre ferdigbehandlede pasienter på sykehus og at det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp har hatt en viss effekt i forhold til å begrense innleggelser på sykehus.

Utviklingstallene for kostnader viser at det har vært noe sterkere vekst i primærhelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten etter implementeringen av reformen. Kostnader til omsorgstjenester til hjemmeboende, til forebyggende arbeid i kommunene og til helserefusjon til fastleger har hatt større realvekst de tre siste årene enn kostnadene til spesialisthelsetjenesten.

Årsverkstallene viser først og fremst en dreining mot høyere kvalifisert personell. Dette gjelder både primær- og spesialisthelsetjenesten. Antall sykepleiere i omsorgstjenesten økte med 12 prosent i de tre første årene etter samhandlingsreformen og veksten var enda sterkere for sykepleiere med spesialisering. Antallet leger økte betydelig i både primærhelsetjenesten (10,1 prosent) og i spesialisthelsetjenesten (9,9 prosent) og det har vært en betydelig vekst av både fysio- og ergoterapeuter i primærhelsetjenesten. Tallene for årsverksutviklingen viser at den medisinsk-faglige kompetansen har blitt styrket i hele helsetjenesten.

Aktivitetsutviklingen i primærhelsetjenesten viser noe vekst i mottakere av korttidsplasser og dagsenter/dagtilbud, samt i omfanget av mottakere av

hjemmesykepleie i årene etter reformen. Økningen i mottakere av hjemmesykepleie gjelder i særlig grad personer under 67 år og over 90 år. For personer i alderen 67-79 år var det en nedgang i mottakere av hjemmesykepleie per 1000 innbyggere fra 2011 til 2014, mens nivået for aldersgruppen 80-89 år var ganske stabilt. I 2014 stoppet veksten i mottakere av korttidsplasser og dagsenter/dagtilbud opp. I faktiske tall har det i løpet av fire år vært en vekst på knapt 15 000 mottakere av hjemmesykepleie og omtrent 7 000 flere mottakere av korttidsplass.

I spesialisthelsetjenesten kom det ingen tydelig effekt av kommunal medfinansiering i de tre årene hvor denne ordningen var implementert. Dette fremgår også av analyser tilknyttet evalueringen av samhandlingsreformen (EVASAM). I 2015 øker omfanget av pasienter og opphold for øyeblikkelig indremedisinsk behandling noe mer enn i perioden fra 2011 til 2014, men det er uklart om endringen kan knyttes til opphør av kommunal medfinansiering. Antall pasienter innlagt for øyeblikkelig hjelp og indremedisinsk behandling (eksklusive fødsler og friske nyfødte) økte med 0,5 prosent fra 2011 til 2014 og er estimert til 7,1 prosent fra 2014 til 2015.

Den tydeligste effekten av samhandlingsreformen i spesialisthelsetjenesten, er knyttet til veksten i registrerte opphold for utskrivningsklare pasienter og nedgangen i liggedager og gjennomsnittlig liggetid på sykehus for disse pasientene. Betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter medførte økt registrering av utskrivningsklare pasienter på sykehusene allerede i januar 2012. Fra 2011 til 2014 økte antallet *registrerte* utskrivningsklare pasienter med omtrent 40 000, og i 2015 ble antallet ytterligere økt med 12 000 pasienter. Ved de fleste av oppholdene for disse pasientene (81 prosent i 2014), ble pasientene tatt imot av kommunen samme dag som de ble meldt utskrivningsklare. Dette har medført en nedgang på omtrent 60 000 liggedager på sykehus fra 2011 til 2015.

Mangel på muligheter for kobling av data mellom spesialist- og primærhelsetjenesten gjør at det er vanskelig å få kunnskap om hvilket tilbud disse pasientene fikk i kommunene ved utskrivning. I samme periode (2011-14) er det registrert en økning på omtrent 7 000 mottakere av korttidsopphold og knapt 15 000 mottakere av hjemmesykepleie. Totalt sett er økningen i nye mottakere av pleie- og omsorgstjenester på «kun» 11 500 personer fra 2011 til 2014.[1] Veksten i mottakere av pleie- og omsorgstjenester er dermed betydelig lavere enn økningen i registrerte utskrivningsklare pasienter i samme periode. Dette betyr trolig at mange av de utskrivningsklare pasientene var mottakere av pleie- og omsorgstjenester allerede før de ble innlagt på sykehus. Vedtakene viser ingen økning i gjennomsnittlig antall tildelte timer med hjemmesykepleie per mottaker.

Økningen i registrerte utskrivningsklare pasienter betyr økt kommunikasjon mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Sykehusene gir i større grad enn før beskjed til kommunene om at de har innlagte pasienter med behov for oppfølging fra kommunen ved utskrivning.

Et av de sentrale tiltakene i samhandlingsreformen, har vært opprettelsen av et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Ved siste rapporteringsperiode[2] stod dette tilbudet for 22 000 innleggelser og over 60 000 liggedøgn. I samme periode har det vært 480 000 innleggelser for øyeblikkelig hjelp i medisinske diagnoser, og 1,66 millioner liggedøgn knyttet til disse innleggelsene. Innleggelsene i det kommunale døgntilbudet tilsvarer 4,7 prosent av innleggelsene og 3,6 prosent av liggedøgnene i spesialisthelsetjenesten samlet sett. For pasienter over 80 år, som bor i kommuner med et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp som har vært i drift i mer enn et år, representerte -tilbudet 17 prosent av oppholdene. Ved de fleste av disse innleggelsene kommer pasienten fra eget hjem, d.v.s. at dette tilbudet brukes lite ved utskrivning av ferdigbehandlede pasienter fra sykehus.

Noen av de pasientene som registreres som utskrivningsklar, blir reinnlagt på sykehus innen 30 dager etter utskrivning. For noen pasienter, kan tidlig utskrivning med mulighet for reinnleggelse om nødvendig, bety at han/hun kommer raskere tilbake til daglige gjøremål og restitusjon. Generelt sett, representerer likevel en reinnleggelse en uønsket hendelse og økt belastning for både pasient og

1 At tallet for mottakere totalt er lavere enn økningen i mottakere av hjemmesykepleie, skyldes en nedgang i mottakere av praktisk bistand.

2 Rapporteringsperioden for KDØ-enhetene går fra 1. september til og med 31. august.

sykehus. Når andelen reinnleggelser øker, kan dette indikere at kvaliteten, inklusive varigheten av behandlingen, på sykehus eller i kommunen etter utskrivning ikke var god nok. I denne rapporten viser vi at andelen reinnleggelser av utskrivningsklare pasienter økte fra 2011 til 2014, og var stabil eller falt noe i 2015. For å få nærmere informasjon om mulige årsaker til økningen i reinnleggelser av utskrivningsklare pasienter fra 2011 til 2014, har vi analysert betydningen av liggetid på sykehus både før og etter at pasienten meldes utskrivningsklar. Vi finner at begge deler har betydning for risikoen for reinnleggelse. Jo kortere liggetid pasienten har før han/hun meldes til kommunen som utskrivningsklar, jo større er sannsynligheten for at pasienten vil bli reinnlagt. I årene fra 2011 til 2015, har gjennomsnittlig liggetid *før* pasienten meldes utskrivningsklar, gått ned fra 8,8 til 6,5 dager. Dette har trolig bidratt til at andelen reinnleggelser blant de utskrivningsklare pasientene har økt. Våre analyser finner også at liggetid etter at pasienten blir meldt utskrivningsklar, har betydning for sannsynligheten for reinnleggelse. Dersom pasienten blir tatt imot av kommunen samme dag som han/hun meldes utskrivningsklar, er sannsynligheten for reinnleggelse høyere enn dersom han/hun blir liggende på sykehus. Samlet sett kan vi derfor si at det er minst tre årsaker til at andelen reinnleggelser av utskrivningsklare pasienter har økt fra 2011 til 2014;

(i) Liggetid på sykehus før pasienten meldes utskrivningsklar har gått ned. Når liggetiden på sykehus reduseres, øker sannsynligheten for reinnleggelser.

(ii) Liggetiden på sykehus etter at pasienten meldes utskrivningsklar har gått ned. Pasienter som blir tatt imot av kommunen samme dag som de meldes utskrivningsklar noe høyere risiko for reinnleggelse enn pasienter som blir liggende på sykehus. Dette kan indikere at kommunene ikke alltid har kunnet sørge for et godt nok pleie og omsorgstilbud.

(iii) Flere pasienter blir meldt utskrivningsklar: Det totale antallet reinnleggelser har vært stabilt fra 2011 til 2015, men det har vært en økning i hvor mange pasienter som registreres som utskrivningsklar. I gruppen med utskrivningsklare pasienter har andel og antall reinnleggelser økt, mens reinnleggelsene har blitt redusert tilsvarende blant pasienter som det ikke sendes varsel om utskrivningsklar status for.

Selv om sum reinnleggelser har vært uendret fra 2011 til 2015, har antallet liggedager på sykehus i tilknytning til reinnleggelser, gått ned med omtrent 44 000 liggedager.

Dersom vi spør oss om samhandlingsreformen har hatt en effekt, vil et av svarene på dette være at reformen trolig har bidratt til å redusere antallet liggedager på sykehus. Dette gjelder også dersom vi inkluderer liggedager tilknyttet reinnleggelsene. Samlet sett, har omfanget av liggedager på sykehus blitt redusert med 240 000 liggedager fra 2011 til 2015[3]. Omtrent halvparten av denne nedgangen, kan knyttes til virkemidler i samhandlingsreformen; en nedgang på 60 000 liggedager for ferdigbehandlede pasienter og minst 60 000 liggedager knyttet til opprettelsen av et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp.

Tilgjengelig informasjon indikerer at det gjennomføres en betydelig innsats i både kommuner og helseforetak for å gi pasienter og innbyggere behandling og omsorg av høy kvalitet. Forbedringsarbeidet for mer helhetlig, koordinert pasientbehandling og enklere pasientforløp mellom helseforetak og kommuner må fortsette og tillegges vekt og betydning. Det er viktig å understreke at kommunene og sykehusene har et felles ansvar for å ivareta at pasientene får et godt nok behandling- og omsorgstilbud, enten dette er på sykehus, sykehjem eller i pasientens eget hjem.

1.3 OPPSUMMERING DEL I - KOMPARATIV STATISTIKK

Kapittel 2 - Kostnader til helse- og omsorgstjenester

Fra 2011 til 2014 var det realvekst i kostnader til alle typer helsetjenester som er analysert i denne rapporten. Som tidligere år er veksten større i primærhelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten, både målt i prosent og i kroner. I 2014

3 Tall for 2015 er estimert på bakgrunn av data fra 2. tertial.

var kostnader til spesialisthelsetjenesten, inklusive helserefusjoner til private spesialister, på 131 mrd kroner. Primærhelsetjenesten, inklusive helserefusjoner og legemidler, utgjorde samme år 134 mrd kroner.

I 2014 var kostnadene til omsorgstjenestene på 101 mrd kroner, og realveksten fra 2011 til 2014 var på 10 prosent, eller 9,4 mrd kroner. Veksten gjelder spesielt hjemmetjenester som økte med 13 prosent i perioden.

Forebyggende arbeid hadde også en betydelig kostnadsvekst fra 2011 til 2014 med 13 prosent, tilsvarende 0,5 mrd kroner. Veksten gjelder alle helseregioner, med unntak av Helse Nord som hadde reduserte kostnader til forebygging i perioden.

Kostnadsutviklingen til eldre innbyggere over 80 år avviker noe fra utviklingen i totaltallene. Det var en realnedgang i kostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste for eldre, og veksten i kostnader til omsorgstjenester var lavere enn for befolkningen samlet. Dette innebærer at mye av veksten til disse tjenestene fra 2011 til 2014 gjelder innbyggere under 80 år.

Kapittel 3 - Pasienter og mottakere av helse- og omsorgstjenester

Fra 2011 til 2014 var det en tydelig vekst i mottakere av hjemmetjenester, pasienter som oppsøkte fysioterapeuter og for mottakere av tidsbegrenset opphold i institusjon (pleie- og omsorgstjenesten). Det samlede antallet pasienter i somatisk spesialisthelsetjeneste økte i perioden, og var på nivå med befolkningsveksten. Omfanget av poliklniske pasienter økte mer enn befolkningsveksten.

For mottakere av tidsbegrensede opphold i institusjon var veksten spesielt sterk fra 2011 til 2012, men siste år ble antall mottakere redusert med 1,3 prosent. Nedgangen gjaldt også for de over 80 år. Dette omtales nærmere i kapittel 10 om korttidsplasser.

Analysen viser at det er regionale forskjeller i utviklingen for pasienter og mottakere av helse- og omsorgstjenester.

Variasjoner mellom kommunegruppene vedvarer. Fremdeles er det større variasjoner mellom gruppene når det gjelder bruk av legevakt og fysioterapeut, samt mottakere av ulike omsorgtjenester enn det er for mottakere av somatiske spesialisthelsetjenester.

Kapittel 4 - Årsverk i helse- og omsorgstjenestene

Det har vært en sterk økning av sykepleierårsverk i primærhelsetjenesten i perioden fra 2011 til 2014. Sykepleierårsverk i omsorgstjenesten økte i denne perioden med over 12 prosent, mens det tilsvarende tallet for spesialisthelsetjenesten var 5 prosent. Veksten i sykepleierårsverk gjelder i særlig grad sykepleiere med spesialisering.

Mellom 2011 og 2014 har legeårsverkene i spesialisthelsetjenesten økt med 9,9 prosent, mens økningen har vært 10,1 prosent i primærhelsetjenesten.

Økningen for fysio- og ergoterapeutårsverk i spesialisthelsetjenesten har vært på kun 1 prosent fra 2011 til 2014, og det har vært en nedgang det siste året (fra 2013 til 2014). I primærhelsetjenesten økte årsverkene med nesten 10 prosent fra 2011 til 2014, på bakgrunn av en økning for alle avtaleformer. Økningen i primærhelsetjenesten fortsatte også i periodens siste år, unntatt for turnuskandidater i fysioterapi.

1.4 OPPSUMMERING DEL II - OM SAMHANDLINGSREFORMEN

Kapittel 5 - Kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp

Det var mer enn 22 000 innleggelser og over 60 000 liggedøgn i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp fra 1.september 2014 til 31.august 2015. Det er nær 7 000 flere innleggelser og 20 000 flere liggedøgn enn ved forrige rapporteringsperiode (tilsvarende periode 2013 - 2014). Dette gjenspeiler at flere kommuner har kommet i gang med et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp og fått erfaring fra drift i mer enn ett år.

Bruken av det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp, svarer til 6 innleggelser per 1 000 innbyggere i de kommunene som har hatt tilbudet i drift i hele rapporteringsperioden. For aldersgruppen 80 år og eldre tilsvarer tilbudet samlet sett 74 innleggelser per 1000 innbyggere.

351 kommuner har mottatt øremerket tilskudd til oppstart av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. I følge innrapporterte data fra kommunene har 323 av disse kommunene et tilbud om kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp per 1.september 2015. Kommunene som har fått tilskudd forventes å komme i gang med et tilbud før årsskiftet. De resterende kommunene må løse det uten øremerkede midler fra staten. Fra 1.1. 2016 har alle kommuner plikt til å tilby et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp.

Kommuner tilknyttet Helse Vest har kommet kortest i utbygging av et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Dette området har lavest andel kommuner som har mottatt tilskudd og etablert et tilbud. I siste rapporteringsperiode har andelen kommuner med et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp økt mest i opptaksområdet til Helse Nord. Dette skyldes i stor grad at flere Finnmarkskommuner med etablerte sykestuer har fått tilskudd til å etablere kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp.

Kapittel 6 - Pasienter og mottakere av helsetjenester innen psykisk helse og rus

Etter at Samhandlingsreformen ble implementert i 2012, har det vært en større vekst i omfanget pasienter behandlet hos fastlegen for et psykisk helse- og eller rusproblem enn i det psykiske helsevernet, både i antall og sett i relasjon for befolkningsutviklingen.

I 2014 var omlag 69 000 pasienter under 18 år i kontakt med fastlege for et psykisk helse- og eller rusproblem, og 57 000 i behandling i psykisk helsevern. Fra 2011 til 2014 økte antall pasienter behandlet hos fastlegen (11,6 prosent) sterkere enn i PHV-BU hvor pasienttallet var tilnærmet uendret i perioden (-0,1 prosent). Omfanget av pasienter i kontakt med legevakt hadde en vekst på knapt 2 prosent fra 2011 til 2014.

Nær 680 000 pasienter over 17 år var i kontakt med fastlegen for et psykisk helse- og eller rusproblem i 2014, mens nær 178 000 fikk tjenester i det psykiske helsevernet. Også blant voksne var det større vekst i antallet pasienter hos fastlegene (10,1 prosent) enn i det psykiske helsevernet (5,4 prosent) i perioden etter 2011. Voksne pasienter som oppsøkte legevakt økte med 3,1 prosent i perioden. Om lag 30 500 pasienter var i behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2014, og siste toårsperiode økte antall pasienter med 5,1 prosent[4].

Det var vekst i antallet pasienter hos fastlege i alle regioner og nesten samtlige kommunegrupper i perioden 2011 til 2014. Størst var veksten i region Midt-Norge, 18 prosent for barn og unge og 14 prosent for voksne. Blant barn og unge var det i region Midt-Norge og Sør-Øst størst vekst i storbyer, mens i region Nord økte antall pasienter mest i små kommuner. I region Vest var det liten variasjon i prosentvis vekst i pasienttallet mellom kommunegruppene. Det var en tendens til noe større vekst i de store kommunene enn de små for voksne pasienter.

Kapittel 7 - Habilitering, rehabilitering og individuell plan

Da samhandlingsreformen ble innført i 2012, ville man blant annet gjennom en rekke strukturelle tiltak gjennomføre en venstreforskyvning i norsk helsetjeneste; det var et mål at helsetjenestene skal tilbys nærmere der befolkningen bor og organiseres slik at forebygging vektlegges.

Ut i fra intensjonen i samhandlingsreformen skulle man forvente at flere av tjenestene innenfor habiliterings- og rehabiliteringsfeltet skulle utføres lokalt i kommunene[5], og at aktivitetsveksten etter at reformen ble innført, skulle bli større i kommunene enn i spesialisthelsetjenesten. Våre analyser av utviklingen i habilitering- og rehabiliteringstjenestene gir ikke entydig empirisk støtte til dette.

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

5 Oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten innenfor rehabiliteringsfeltet er ytterligere beskrevet i Meld. St. 14 *Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner* (2014-2015). Begrunnelsen for en slik ansvars- og oppgaveoverføring er at kommunene i større grad vil kunne se rehabiliteringsfeltet i sammenheng med øvrige kommunale tjenester, og at det vil kunne gi kommunene sterkere insentiver til å satse mer på forebygging og rehabilitering.

I primærhelsetjenesten har det vært en vekst i antall mottakere av habilitering og rehabilitering i institusjon i perioden fra 2011 til 2014, selv om det er en nedgang siste år, mens antall mottakere av habilitering og rehabilitering utenfor institusjon har gått ned i hele perioden.

I spesialisthelsetjenesten har det vært en relativt stor vekst i antall pasienter som har mottatt habilitering og rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner i perioden fra 2011 til 2014. Den største veksten har kommet siste år fra 2013 til 2014. Antall pasienter som har mottatt tradisjonell rehabilitering i sykehus (primær døgnrehabilitering) har gått ned i hele perioden, mens sekundær døgnrehabilitering har holdt seg stabilt eller gått svakt opp. Det har også vært en trend med vekst i antall pasienter som har mottatt dag- og poliklinisk rehabilitering i spesialisthelsetjenesten de siste årene, selv om tallene er litt vanskeligere å tolke på grunn av at endringer i koding og regelverk.

Kapittel 8 - Elektronisk meldingsutveksling

Meldingsutveksling er en viktig elektronisk kommunikasjonsform mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren. Tilnærmet alle aktørene i helse- og omsorgstjenesten er nå tilkoblet helsenettet. Standardiserte elektroniske meldinger for kommunikasjon mellom omsorgstjenesten, fastleger og helseforetak (HF) ble ferdig utviklet i 2011 og er i hovedsak tatt i bruk.

I 2015 er det estimert at kommunene sendte nær 1,3 millioner meldinger mot om lag 1,0 million meldinger i 2014. De aller fleste kommuner har nå kommet godt i gang med meldingsutveksling. Den største økningen i antall meldinger var fra 2013 til 2014. Det forventes en fortsatt økning i 2016.

Kapittel 9 - Frisklivssentraler

Frisklivssentraler er en kommunal helsetjeneste, utviklet med bakgrunn i behov for mer forebygging i helsetjenesten. I 2014 var det 242 kommuner med frisklivssentraler, hvorav 50 av disse hadde et interkommunalt samarbeid. Antall kommuner med frisklivssentral har økt betydelig de siste årene, og til sammenligning var det 100 kommuner med frisklivssentral i 2011.

Det er variasjoner i andel kommuner med frisklivssentral både mellom helseregioner og kommunegrupper. Helse Sør-Øst har høyest andel kommuner med frisklivssentral, mens Helse Vest har lavest andel. Kommuner gruppert etter innbyggertall viser at store kommuner har større andel med frisklivssentral enn små kommuner. Trenden i andel frisklivssentraler etter innbyggertall er den samme i alle helseregioner.

Kapittel 10 - Korttidsplasser og korttidsopphold

Fra 2009 til 2013 økte antallet mottakere av korttidsopphold på institusjon betydelig (18,7 prosent), men i 2014 stoppet veksten opp. Fra 2013 til 2014 har antallet mottakere av korttidsplasser blitt noe redusert (-1,3 prosent for innbyggere totalt), på tross av at det registrerte antallet korttidsplasser har økt (3 prosent). Summen av institusjonsplasser totalt (korttid og langtid) har vært omtrent uendret fra 2011 til 2014.

Utviklingen for eldre mottakere av korttidsplass er tilsvarende. Det var betydelig vekst i eldre mottakere av korttidsopphold i 2012 og 2013, men i 2014 har veksten stoppet opp. Fra 2011 til 2014 har det likevel vært en økning i dekningsgraden av korttidsopphold for eldre innbyggere, fra 153 til 168 mottakere 80 år og eldre per 1000 innbyggere i tilsvarende aldersgruppe.

Fra 2011 til 2014 har gjennomsnittlig varighet av et korttidsopphold gått ned fra 48 til 40 dager. Dette indikerer raskere pasientgjennomstrømning.

Våre analyser viser at nivået av mottakere av korttidsopphold har betydning for omfanget av liggedager på sykehus for eldre utskrivningsklare pasienter. Kommuner med et høyt nivå av korttidsopphold for eldre innbyggere, har færre liggedager for eldre utskrivningsklare pasienter enn kommuner med et lavt nivå korttidsopphold for eldre.

Kapittel 11 - Hjemmetjenester i kommunene

I årene etter reformen har det vært en tydelig vekst i hjemmesykepleie og dagsentertilbud. For hjemmesykepleie øker antallet mest for de yngste (under 67 år) og de aller eldste (90 år og over), sett i forhold til endringer i innbyggertallet for aldersgruppene.

For de øvrige aldersgruppene øker innbyggertallet mer enn veksten i mottakere.

Fra 2012 er det også flere enn før som får hjemmesykepleie hvor tjenesten avsluttes før årets slutt. Dette kan ha sammenheng med tidligere utskrivninger fra sykehusene og midlertidige behov for tjenester i hjemmet. Dekningsgraden for hjemmesykepleie er generelt høyere i små kommuner enn i store kommuner og har samlet sett økt noe de siste årene, men vært stabil for de eldste.

Kapittel 12 - Utskrivningsklare pasienter i somatisk spesialisthelsetjeneste 2010-2014

Antall liggedager for pasienter som var registrert utskrivningsklar gikk betydelig ned i alle regionene fra 2011 til 2012 etter innføring av samhandlingsreformen. Fra 2013 til 2014 økte omfanget av liggedager for slike pasienter igjen på grunn av et økt antall registrerte opphold for utskrivningsklare pasienter. Fra 2014 til 2015 var det igjen en nedgang i sum liggedager for utskrivningsklare pasienter. Nedgangen gjaldt alle regionene.

Antall opphold der pasienten meldes utskrivningsklar fortsetter å øke i 2015. Helse Sør-Øst og Helse Vest har hatt en særlig stor økning per innbygger i opphold der pasienten meldes utskrivningsklar og blir tatt i mot av kommunen samme dag. Helse Midt-Norge har i hele perioden en lav rate for denne type opphold.

Oppholdsraten for pasienter som har en eller flere dager som utskrivningsklar holdt seg relativt stabil fra 2012 og fram til i dag (2015). Det er mindre regionale forskjeller med henhold til nivået for denne gruppen utskrivningsklare pasienter. Helse Vest har en utvikling som skiller seg noe fra de andre regionene, og er den eneste regionen som har en vekst perioden sett under ett. Helse Vest hadde imidlertid et lavt nivå i 2011 og har omtrent samme nivået som for landet samlet i 2015.

Kapittel 13 - Utviklingen i reinnleggelser for pasienter som meldes utskrivningsklare

Andelen reinnleggelser etter opphold hvor pasienten ikke ble meldt utskrivningsklar gikk ned i perioden fra 2011 til 2015. Nedgangen var størst i Helse Sør-Øst, men vi ser også en tydelig nedgang i Helse Nord det siste året. Helse Midt-Norge har noe økning i andelen reinnleggelser for pasienter som ikke meldes utskrivningsklare fra 2011 til 2015.

Ved opphold for utskrivningsklare pasienter økte andelen reinnleggelser fra 2011 til 2014, men var omtrent uendret fra 2014 til 2015. Siste år var det noe nedgang for Helse Sør-Øst og Helse Nord, mens Helse Midt-Norge og Helse Vest hadde økt nivå siste år. Helse Midt-Norge og Helse Nord har i hele perioden et lavere nivå av reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter sammenlignet med de to andre regionene.

Våre analyser viser at risikoen for reinnleggelse for utskrivningsklare pasienter, er knyttet til liggetid både før og etter at pasienten blir meldt utskrivningsklar. Når liggetiden før pasienten meldes utskrivningsklar øker, reduseres risikoen for reinnleggelse. Pasienter som tas i mot av kommunen innen 1 dag etter at de meldes utskrivningsklar, har også høyere risiko for en reinnleggelse enn pasienter som blir liggende i 2 dager eller mer på sykehus før de tas imot av kommunen. Dette betyr at både sykehusenes valg av tidspunkt for å melde en pasient utskrivningsklar, og kommunenes behandling av pasienten, har betydning for risikoen for reinnleggelse.

DEL 1
Sammenlignende statistikk for primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

2. Kostnader til helse- og omsorgstjenester

Fra 2011 til 2014 var det realvekst i kostnader til alle helsetjenestene som dette kapitlet omtaler. Som tidligere år er veksten større i primærhelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten, både målt i prosent og kroner. I 2014 var kostnadene til spesialisthelsetjenesten, inklusive helserefusjoner til private spesialister, på 131 mrd kroner. Primærhelsetjenesten, inklusive helserefusjoner og legemidler, utgjorde samme år 134 mrd kroner.

I 2014 var kostnadene til omsorgstjenestene på 101 mrd kroner, og realveksten fra 2011 til 2014 var på 10 prosent, eller 9,4 mrd kroner. Veksten gjelder spesielt hjemmetjenester som økte med 13 prosent i perioden.

Forebyggende arbeid hadde også en betydelig kostnadsvekst fra 2011 til 2014 med 13 prosent, tilsvarende en halv mrd kroner. Veksten gjelder alle helseregioner, med unntak av Helse Nord som hadde reduserte kostnader til forebygging i perioden.

Kostnadsutviklingen til eldre innbyggere over 80 år avviker noe fra totale tall. Det var en realnedgang i kostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste for eldre, og veksten i kostnader til omsorgstjenester var lavere enn for befolkningen samlet. Dette innebærer at mye av veksten til disse tjenestene fra 2011 til 2014 gjelder innbyggere under 80 år.

2.1 INNLEDNING

Dette kapitlet beskriver kostnader til ulike deler av norsk helse- og omsorgstjeneste, kostnadsendringer, samt variasjoner mellom kommuner og helseregioner. Formålet med kapitlet er å se på kostnader til primær- og spesialisthelsetjenesten i sammenheng, samt variasjoner mellom helseregioner og kommunegrupper.

På nasjonalt nivå presenteres totale kostnadstall, kroner per innbygger og realendring. Samhandlingsreformen ble implementert 1. januar 2012, og endringstall er for perioden 2011 til 2014 samt siste år. For noen helsetjenester presenteres kostnader for eldre som er 80 år og over.

Dette kapitlet presenterer færre tabeller for kostnader på regionalt og kommunegruppenivå sammenlignet med tidligere år. Se Helsedirektoratet.no for flere tabeller samt tall på kommunenivå.

Se delkapittel 2.5 for en beskrivelse av datagrunnlag og metode.

2.2 KOSTNADER TIL HELSE- OG OMSORGSTJENESTER PÅ NASJONALT NIVÅ

Kostnader til helse- og omsorgstjenester omfatter i dette kapitlet spesialisthelsetjenester, primærhelsetjenester og helserefusjoner til legemidler. Spesialisthelsetjenesten omfatter helseforetakenes kostnader samt helserefusjoner utbetalt fra Helfo til private avtalespesialister og laboratorie- og røntgeninstitutter. Primærhelsetjenesten omfatter

omsorgstjenester, forebyggende arbeid og behandling, re-/habilitering som inkluderer helserefusjoner til blant annet fastleger og legevakt.

Tabell 2.1 presenterer nasjonale tall for de ulike helsetjenestene. Det benyttes ulike datakilder i dette kapitlet, noe som medfører at kostnadsbegrepet er ulikt mellom noen tjenesteområder og ikke direkte sammenlignbart. Det understrekes at helserefusjoner (data fra KUHR) utbetalt fra folketrygden til ulike helsetjenester kun reflekterer nettopp Folketrygdens kostnader. Eksempelvis er fastlegenes kostnader finansiert av både refusjoner fra Folketrygden, basistilskudd (per capita tilskudd) betalt av kommunene og egenbetalinger.

Kostnadsnivå og endring

Figur 2.1 viser kostnadsandeler til ulike tjenesteområder i et kakediagram. Figur 2.2 viser realendring fra 2011 til 2014, samt befolkningsveksten i samme periode som var på 3,6 prosent. Det vil si at tjenesteområder med en kostnadsvekst større enn 3,6 prosent også hadde realvekst målt per innbygger. Se tabell 2.1 for mer detaljert oversikt.

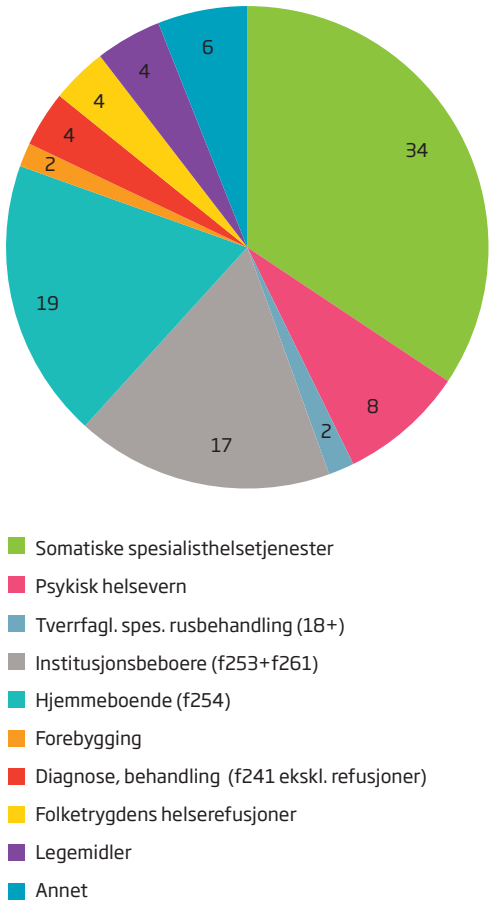
I 2014 var helseforetakenes kostnader til spesialisthelsetjenesten på 128 mrd kroner, hvor somatiske tjenester utgjorde 91 mrd kroner. I tillegg kommer folketrygdens helserefusjoner til private spesialister på omtrent 3 mrd kroner. Kommunenes kostnader til primærhelsetjenesten var på 116 mrd kroner[6], hvor størst kostnadsandel går til hjemmetjenester og institusjonsbeboere med totalt 95 mrd kroner. Øvrige kostnader til primærhelsetjenesten gjelder forebygging (4,2 mrd kroner), behandling og re-/habilitering (9,9 mrd kroner) og folketrygdens helserefusjoner til blant annet fastleger og fysioterapeuter (7,1 mrd kroner). Folketrygdens helserefusjoner til legemidler var på 11,8 mrd kroner samme år.

Større vekst i primærhelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten

Det har for alle tjenesteområdene i figur 2.2 vært en realvekst i perioden fra 2011 til 2014. Kostnader til psykisk helsevern og refusjoner til legevakt hadde

6 Kommunenes kostnader til primærhelsetjenesten på 116 mrd kroner inkluderer ikke betaling for kommunal medfinansiering på 5,5 mrd kroner. Disse kostnadene er inkludert i spesialisthelsetjenesten, hvor pasienten mottar sin behandling.

Figur 2.1 Kostnadsandeler til ulike helsetjenesteområder i 2014.



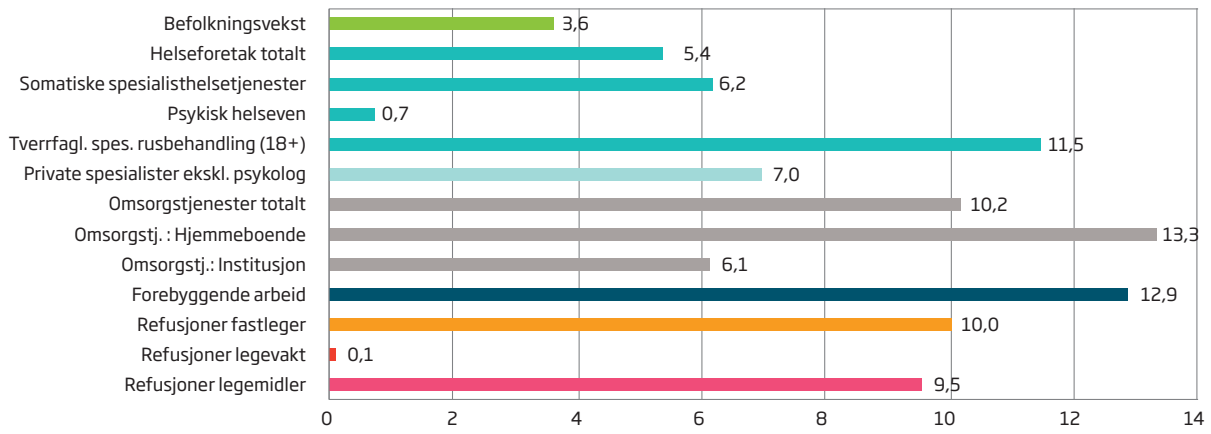
lavere realvekst enn befolkningsvekst, mens de øvrige tjenesteområdene økte mer enn befolkningen i perioden.

Helseforetakenes kostnader til spesialisthelsetjenesten hadde en realvekst på 5,4 prosent, eller 6,5 mrd kroner, fra 2011 til 2014. Det var i stor grad vekst til somatiske tjenester som stod bak økningen, samt vekst til rusbehandling og ambulansetjenester. I spesialisthelsetjenesten gjelder en stor del av kostnadsveksten økning siste år.

Kostnader til omsorgstjenestene økte med 10 prosent fra 2011 til 2014, dette tilsvarer 9,4 mrd kroner. Veksten var størst for tjenester til hjemmeboende (13 prosent), men det var også kostnadsveksten for institusjonsbeboere (6 prosent).

Det var også betydelig kostnadsvekst til forebygging i perioden etter samhandlingsreformen ble

Figur 2.2 Realendring i prosent for ulike tjenesteområder fra 2011 til 2014.



implementert. Fra 2011 til 2014 var realveksten på 13 prosent, noe som tilsvarer en halv mrd kroner. Kostnader til behandling og re-/ habilitering økte samlet med 8 prosent i perioden, hvorav kommunens kostnader til diagnose og behandling (funksjon 241) økte med 9 prosent. Vekst i folketrygdens helserefusjoner til fastleger var også betydelig med 10 prosent i perioden.

Folketrygdens helserefusjoner til legemidler økte med 10 prosent fra 2011 til 2014, eller 1 mrd kroner, hvorav halvparten var vekst siste år.

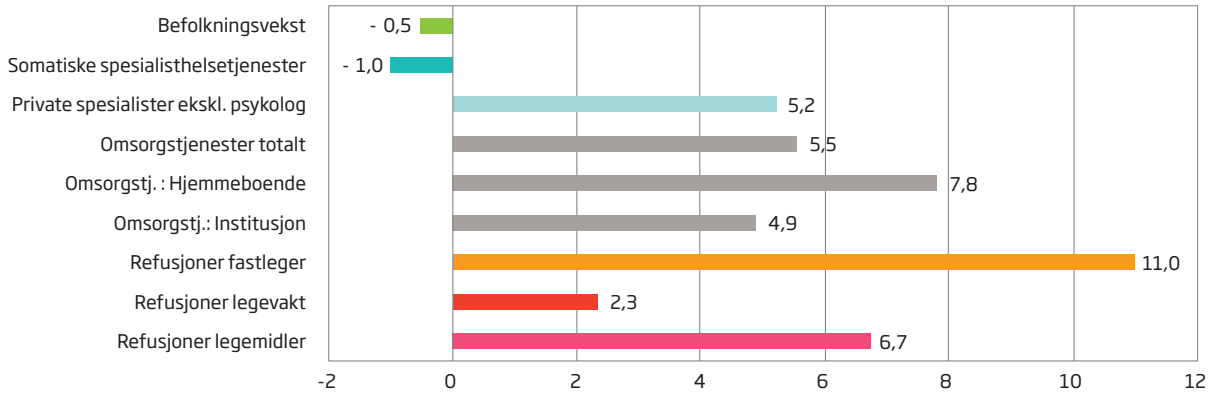
Kostnader til eldre 80 år og over

Eldre innbyggere har et større behov for helsetjenester, og det er derfor interessant å følge utviklingen i kostnader til denne aldersgruppen. Se datagrunnlag og metode, delkapittel 2.5, for hvordan kostnader til eldre er beregnet.

Nedgang i kostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste for eldre

Nasjonale tall for alle innbyggere viste betydelig vekst i kostnader til somatiske tjenester fra 2011 til 2014 på 5,4 prosent, men når vi ser på kostnader til eldre så var det en nedgang på 1 prosent. Nedgangen gjaldt frem til 2013, og snudde i 2014 hvor det var en realvekst på 2,5 prosent siste år. Til tross for nedgang i kostnader til eldre fra 2011 til 2014, er kostnad per innbygger til denne aldersgruppen over 3 ganger så høy som for alle innbyggere samlet, og var i 2014 på 61 644 kroner.

Figur 2.3 Realendring i prosent for ulike tjenesteområder for eldre (80 og over) fra 2011 til 2014.



Tabell 2.1 Kostnader og realendring totalt og per innbygger til spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten og folketrygdens helserefusjoner i 2014. Faste priser.

	Totalt, millioner kroner			Kroner per innbygger			
	2014	Pst realendr 2011-14	Pst realendr 2013-14	2011	2012	2013	2014
Spesialisthelsetjenesten							
Helseforetak inkl. kapital	**127 979**	**5,4**	**3,4**	**24 358**	**24 357**	**24 218**	**24 774**
Somatiske spesialisthelsetjenester[1]	91 135	6,2	4,2	17 215	17 184	17 125	17 642
-herav KMF-aktivitet[2]	5 592	*	1,7	*	1 098	1 076	1 083
Psykisk helsevern[1]	22 300	0,7	0,7	4 440	4 449	4 334	4 317
Tverrfagl. spes. rusbehandling (18+)[1]	4 581	11,5	5,2	1 063	1 093	1 093	1 134
Ambulanse og pasienttransport[1]	8 513	7,4	2,9	1 590	1 612	1 619	1 648
Administrasjon m.m.[1]	1 451	0,7	-1,5	289	261	288	281
Folketrygdens refusjoner til private spes.	**2 995**	**13,6**	**4,6**	**529**	**550**	**561**	**580**
Spesialister med avtale[3]	1 912	7,0	2,3	359	364	366	370
Psykolog[3]	321	5,6	0,8	61	61	62	62
Private lab/røntgeninstitutter[3]	761	39,7	12,7	109	125	132	147
Primærhelsetjenesten							
Omsorgstjenester	**101 293**	**10,2**	**3,9**	**18 439**	**19 066**	**19 085**	**19 608**
Institusjonsbeboere (f253+f261)[4]	45 773	6,1	2,2	8 650	8 890	8 768	8 861
Hjemmeboende (f254)[4]	49 684	13,3	5,1	8 793	9 155	9 256	9 618
Aktivisering/service (f234)[4]	5 461	10,0	4,9	996	1 013	1 019	1 057
Kom. døgntilbud øyeblikkelig hjelp [4]	375	*	75,0	*	8	42	73
Forebygging	**4 245**	**12,9**	**4,4**	**754**	**785**	**796**	**822**
Forebygging, helsestasjon og skolehelsetjeneste (f232)[4]	3 045	13,0	5,8	540	565	563	589
Annet forebyggende arbeid (f233)[4]	1 200	12,5	1,0	214	220	233	232
Behandling, re-/habilitering mm.	**17 035**	**8,4**	**3,7**	**3 151**	**3 173**	**3 215**	**3 298**
Diagnose, behandling og re-/habilitering (f241 ekskl. refusjoner) [5]	9 922	9,4	5,2	1 819	1 818	1 847	1 921
Folketrygdens refusjoner til fastleger[6]	4 535	10,0	2,7	827	848	864	878
-herav fastlønnet leger[3]	346	15,4	4,3	60	63	65	67
Legevakt[3]	561	0,1	-2,8	112	113	113	109
-herav kommunalt bet. legevakt[3]	139	[7]	7,1	15	19	25	27
Fysioterapeut[3]	1 877	2,5	1,1	367	367	364	363
-herav fastlønnede fysioterapeuter[3]	306	6,9	0,0	57	59	60	59
Kiropraktor[3]	138	6,2	-0,3	26	27	27	27
Legemidler[3]	**11 758**	**9,5**	**4,8**	**2 153**	**2 152**	**2 195**	**2 276**

* Data er ikke tilgjengelig.

1 Data fra Samdata spesialisthelsetjenesten 2014 (Helsedirektoratet, 2015).

2 Offisielt tall på kostnader til kommunal medfinansiering (KMF) av somatiske tjenester fra Helsedirektoratet. Tallet er blant annet korrigert for endringer i budsjettforutsetningene i ISF, kontrollsaker i Helsedirektoratet, saker i Avregningsutvalget og feil i NPK. Siden KMF ble innført fra og med 2012, finnes det ikke tilsvarende tall for 2011.

3 Data fra KUHR (Helsedirektoratet).

4 Data fra KOSTRA (ssb.no).

5 Data for diagnose, behandling, rehabilitering og habilitering (f241) er hentet fra KOSTRA (SSB). Kostnader til folketrygdens helserefusjoner til fastlønnede leger, -fysioterapeuter og -legevakt som utbetales direkte fra HELFO til kommunene er trukket ut fra denne funksjonen. Dette gjøres for å unngå dobbelttelling av kostnader mellom data fra KOSTRA og KUHR. Blant annet er tilskudd fra kommunene (per capita tilskudd) til fastleger inkludert i denne funksjonen.

6 Data fra KUHR (Helsedirektoratet) for fastlønnede- og privatpraktiserende fastleger. KUHR-data omfatter kun folketrygdens helserefusjoner til fastleger, og inkluderer ikke tilskudd fra kommunen (per capita tilskudd) og egenbetalinger.

7 Registrering av refusjoner til fastlønnet legevakt er nylig innført i KUHR. Forbedret rapporteringspraksis påvirker endringstall i stor grad, og er derfor ikke med i tabellen.

Tabell 2.2 Kostnader og realendring totalt og per innbygger til spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten og folketrygdens helserefusjoner i 2014 til eldre (80 år og over). Faste priser.

	Totalt, millioner kroner			Kroner per innbygger (80+)			
	2014	Pst realendr 2011-14	Pst realendr 2013-14	2011	2012	2013	2014
Spesialisthelsetjenesten							
Somatiske spesialisthelsetjenester[1]	13 589	-1,0	2,5	61 953	62 636	60 050	61 644
-herav KMF-aktivitet[2]	1 029	*	-0,5	*	4 907	4 687	4 668
Folketrygdens refusjoner til private spesialister	**260**	**10,2**	**2,3**	**1 065**	**1 122**	**1 152**	**1 181**
Spesialister med avtale[3]	215	5,2	0,7	923	955	968	976
Psykolog[3]	1	0,3	5,0	4	4	3	4
Private lab/røntgeninstitutter[3]	44	43,7	11,0	139	163	181	201
Primærhelsetjenesten							
Omsorgstjenester	**48 151**	**5,5**	**3,2**	**205 911**	**212 359**	**211 363**	**218 434**
Institusjonsbeboere (f253+f261)[4]	35 890	4,9	1,5	154 426	160 868	160 170	162 813
Hjemmeboende (f254)[4]	11 047	7,8	8,5	46 246	46 363	46 117	50 114
Aktivisering/service (f234)[4]	1 214	4,6	8,4	5 239	5 129	5 076	5 508
Behandling, forebygging, re-/ habilitering mm.							
Diagnose, behandling og re-/habilitering (f241 ekskl. refusjoner)[5]	*	*	*	*	*	*	*
Folketrygdens refusjoner til fastleger[5]	480	11,0	1,4	1 953	2 076	2 145	2 179
-herav fastlønnet leger[3]	41	16,6	3,1	158	169	179	185
Legevakt[3]	58	2,3	-2,5	256	264	270	264
-herav kommunalt bet. legevakt[3]	12	[6]	[6]	26	36	48	56
Fysioterapeut[3]	165	10,1	3,3	675	705	722	747
Kiropraktor[3]	2	14,7	0,6	8	8	9	9
Legemidler[3]	**1 367**	**6,7**	**1,0**	**5 778**	**5 755**	**6 130**	**6 199**

* Data ikke tilgjengelig.

1 Data fra Samdata spesialisthelsetjenesten 2014 (Helsedirektoratet, 2015).

2 Data fra Helsedirektoratet. Tallet er blant annet korrigert for endringer i budsjettforutsetningene i ISF, kontrollsaker i Helsedirektoratet, saker i Avregningsutvalget og feil i NPK. Kostnader til eldre 80 år og over beregnes ved å benytte eldres andel av KMF-poeng i 2012.

3 Data fra KUHR (Helsedirektoratet) omfatter kun folketrygdens kostnader til helserefusjoner. Pasientens alder er tilgjengelig i KUHR-data, og det er derfor mulig å skille ut refusjoner som gjelder eldre 80 år og over.

4 Data fra KOSTRA (ssb.no). Andel kostnader til eldre 80 år og over estimeres ved bruk av data fra IPLOS (SSB).

5 Data fra KUHR (Helsedirektoratet) for fastlønnede- og privatpraktiserende fastleger. KUHR-data omfatter kun folketrygdens helserefusjoner til fastleger, og inkluderer ikke tilskudd fra kommunen (per capita tilskudd) og egenbetalinger.

6 Registrering av refusjoner til fastlønnet legevakt er nylig innført i KUHR. Forbedret rapporteringspraksis påvirker endringstall i stor grad, og er derfor ikke med i tabellen.

Svakere kostnadsvekst til omsorgstjenester for eldre

For omsorgstjenestene var kostnadsveksten til eldre lavere enn for befolkningen samlet. For eldre var realveksten på 5,5 prosent fra 2011 til 2014, sammenlignet med 10 prosent for befolkningen totalt. Det betyr at den største veksten til omsorgstjenester i kommunene gjelder innbyggere under 80 år. Denne utviklingen er spesielt tydelig for hjemmeboende fra 2011 til 2014, men trenden snudde siste år. Kostnad per innbygger over 80 år til omsorgstjenester er vesentlig større enn for befolkningen totalt, og var i 2014 på 218 434 kroner. Det er spesielt kostnader til institusjonsbeboere som er langt høyere per eldre innbygger enn for den samlede befolkningen.

Vekst i folketrygdens helserefusjoner til eldre

Realveksten i Folketrygdens helserefusjoner til fastleger, legevakt, fysioterapeuter og kiropraktor var større for eldre 80 år og over enn for befolkningen samlet. Veksten fra 2011 til 2014 var for fastleger på 11 prosent, legevakt 2 prosent, fysioterapi 10 prosent, og for kiropraktor 15 prosent. Målt i kroner utgjør dette for alle disse tjenesteområdene samlet en realvekst på 64 mill kroner i perioden.

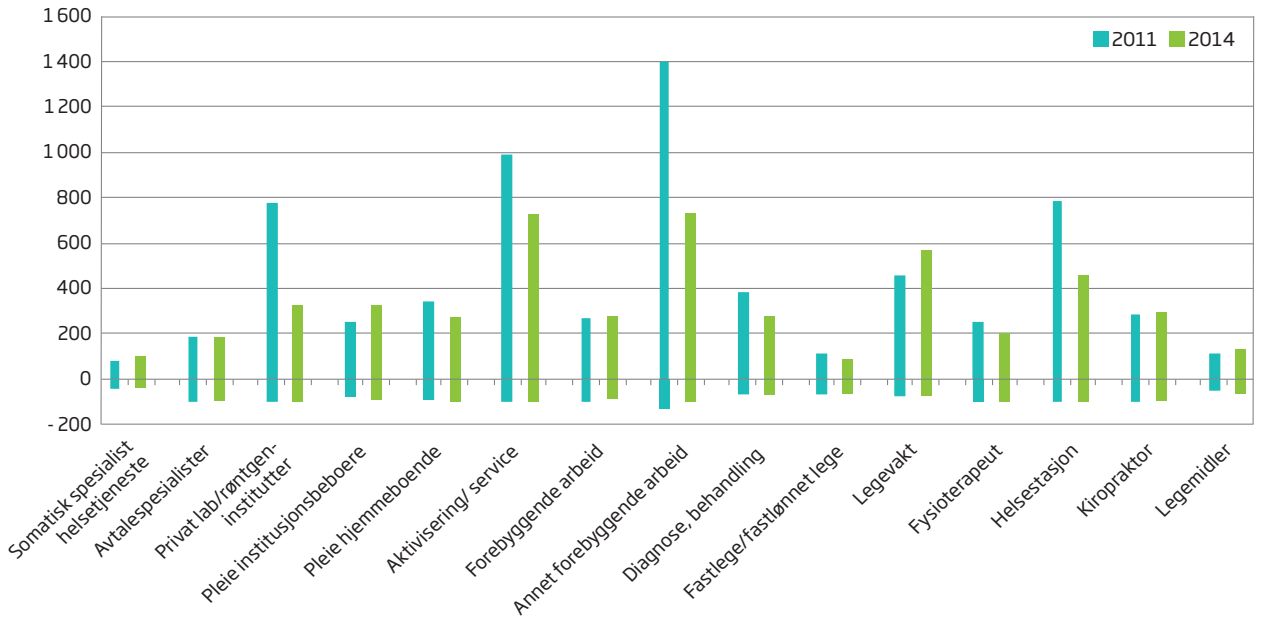
Kostnadsveksten til legemidler for eldre var på 7 prosent fra 2011 til 2014, omtrent 3 prosent lavere enn totale tall. Til tross for lavere kostnadsvekst til eldre, er kostnad per innbygger til legemidler tilnærmet tre ganger så høy for eldre sammenlignet med befolkningen totalt.

2.3 VARIASJONER I KOSTNADER MELLOM KOMMUNEGRUPPER

Figur 2.4 viser variasjoner mellom kommuner i kostnad per innbygger til ulike helsetjenester i 2011 og 2014, med avvik fra landsgjennomsnittet som er lik null. Figuren viser at det er store variasjoner i kostnad per innbygger mellom ulike kommuner. For de fleste tjenesteområdene er variasjonen redusert i perioden, men for institusjonsbeboere og legevakt var variasjonen større i 2014 sammenlignet med 2011.

Det er sammenheng mellom kostnad per innbygger og kommunestørrelse målt i antall innbyggere. Små kommuner har generelt en høyere kostnad per innbygger enn store kommuner. Spesielt de største kommunene i landet, som Oslo, Bergen og

Figur 2.4 Variasjon mellom kommuner i kostnad per innbygger i 2011 og 2014, angitt som prosentvis avvik fra landsgjennomsnitt lik 0.

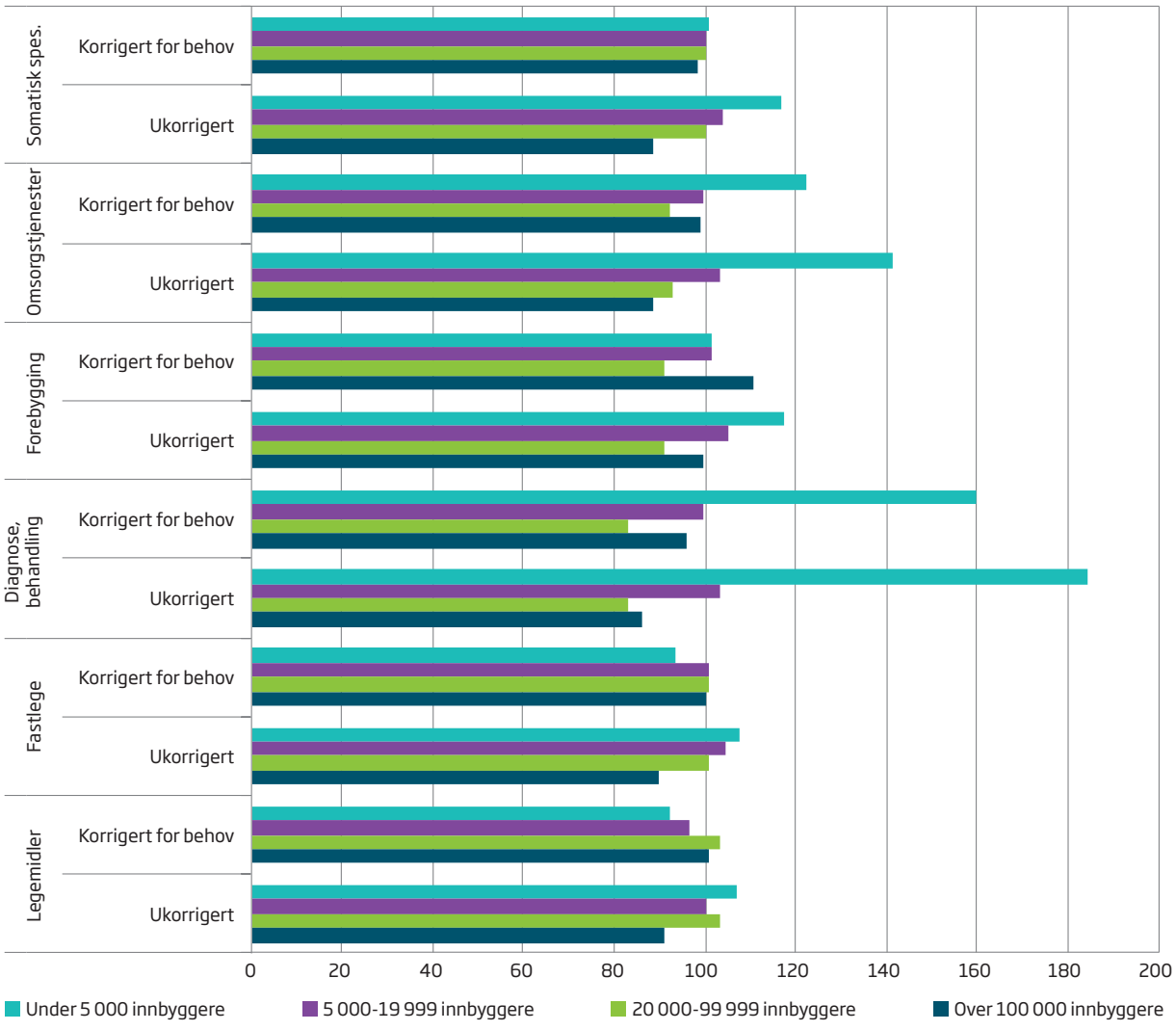


Trondheim, skiller seg ut med lav kostnad per innbygger til ulike helsetjenester. Det er også en sammenheng mellom reiseavstand til nærmeste sykehus, hvor hovedtrenden er at kostnad per innbygger er høyere for kommuner med kort reiseavstand sammenlignet med kommuner med lang reiseavstand. Denne sammenhengen er tydeligst for kostnader til somatisk spesialist-helsetjeneste.

Noe av variasjonen i kostnad per innbygger mellom kommuner kan forklares ut fra demografiske ulikheter. Figur 2.5 viser kostnad per innbygger til ulike helsetjenester for kommuner gruppert etter antall innbyggere. Tall er presentert med og uten korreksjoner for befolkningens behov (NOU 2008:2).

Som det fremkommer i figuren reduseres variasjonene mellom kommunegrupper betydelig når det legges inn korreksjoner for ulikt behov i befolkningen. Før behovskorrigering har kommuner med mindre enn 5000 innbyggere høyest kostnad per innbygger til alle tjenesteområdene, men ved korrigering for behov får disse kommunene lavest kostnad per innbygger i landet til fastleger og legemidler. Kostnad per innbygger for kommuner med mellom 5 000 til 19 999 og 20 000 til 99 000 innbyggere blir også noe redusert ved justering for behov, mens de største kommunene med over 100 000 innbyggere får høyere kostnader ved behovs-justering.

Figur 2.5 Kostnad per innbygger etter kommunestørrelse til ulike helsetjenester i 2014 med og uten korrigeringer for behov (NOU 2008:2). Angitt som prosent av landsgjennomsnittet.



2.4 VARIASJONER I KOSTNADER MELLOM HELSEREGIONER

Figur 2.6 og 2.8 viser kostnad per innbygger til ulike helsetjenester for kommuner i de fire helseregionene. I disse figurene er søylene gruppert etter helseregion, da geografisk lokalisering kan forklare noe av variasjonen og trendene i og mellom regionene. Figur 2.7 og 2.9 viser realendring fra 2011 til 2014 per innbygger for de samme tjenesteområdene per helseregion. Disse figurene er gruppert etter tjenesteområde, da kostnadsutviklingen i større grad ser ut til å kunne forklares av type tjeneste enn kommunenes geografiske lokalisering.

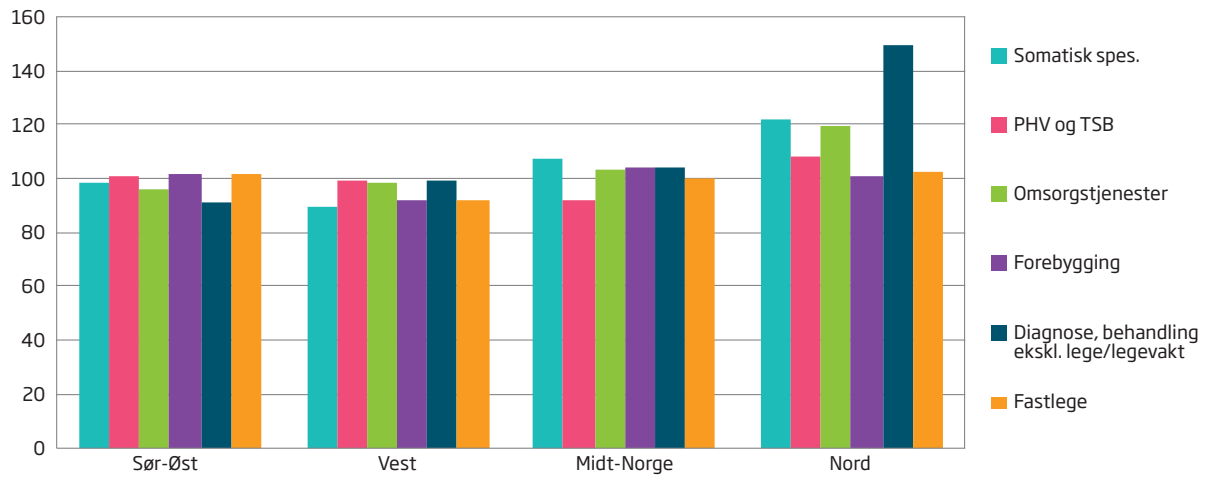
Helse Sør-Øst hadde i 2014 kostnad per innbygger på eller under landsgjennomsnittet, dette er i tråd med tidligere år. Regionens kostnadsvekst per innbygger til somatisk spesialisthelsetjeneste er lavere enn for de andre regionene, og kostnader til psykisk helsevern og rus gikk ned med 2 prosent i perioden. For de øvrige tjenesteområdene i figur 2.7 er utviklingen i tråd med landsgjennomsnittet.

Helse Vest hadde lavest kostnad per innbygger i landet, og er under landsgjennomsnittet for alle tjenestene i figur 2.6. Spesielt kostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste og forebyggende arbeid er lav i regionen. Kostnadsutviklingen ligger for de fleste tjenestene rundt landsgjennomsnittet, med unntak av kostnader til somatikk og forebyggende arbeid som har størst vekst i landet. Dette innebærer at regionen nærmer seg kostnadsnivået for landet samlet til disse tjenesteområdene i perioden.

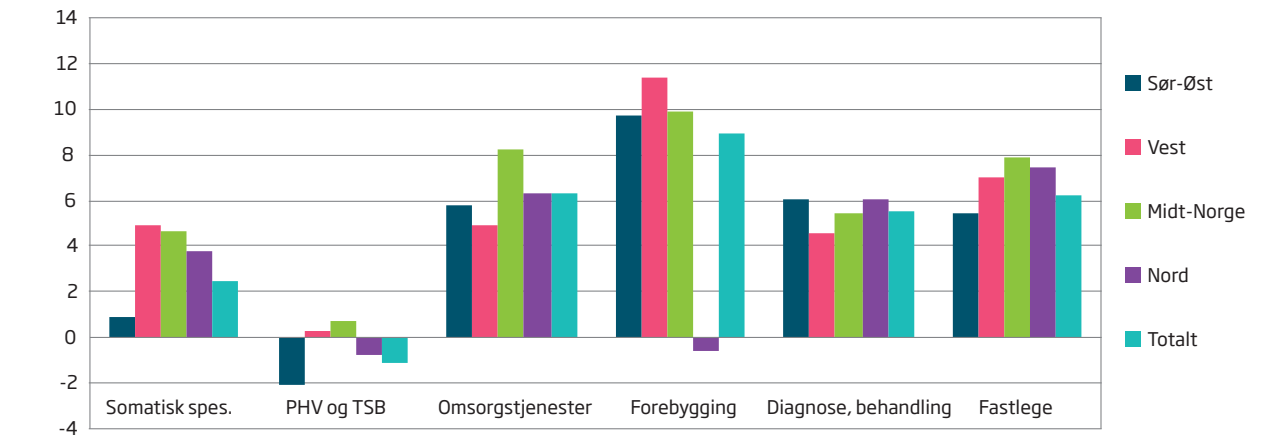
Helse Midt-Norges kostnad per innbygger er i tråd med, eller over landsgjennomsnittet, for de fleste tjenesteområdene i figur 2.6. Unntaket gjelder kostnader til psykisk helsevern og rus som er lavest i landet; 8 prosent under landsgjennomsnittet. Regionens kostnadsutvikling til de fleste tjenesteområdene i figur 2.7 er høyere enn for landet samlet, unntaket gjelder diagnose og behandling hvor regionenes kostnadsutvikling er på nasjonalt nivå. Helse Midt-Norges kostnadsnivå øker dermed i perioden.

Helse Nord har, som tidligere år, høyest samlet kostnad per innbygger for tjenestene i figur 2.6. Kostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, pleie- og omsorgstjenester samt diagnose og behandling har størst avvik fra landsgjennomsnittet. Kostnadsutviklingen avviker ikke betydelig fra landsgjennomsnittet, med unntak av kostnader til forebyggende arbeid hvor Helse Nord er eneste region med kostnadsnedgang per innbygger.

Figur 2.6 Kostnad per innbygger til ulike helsetjenester i 2014, angitt som prosent av landsgjennomsnittet.



Figur 2.7 Realendring i kostnad per innbygger til ulike helsetjenester fra 2011 til 2014, prosent.



Variasjoner i kostnader mellom helse-regioner for eldre 80 år og over

Variasjonene mellom helseregioner i kostnad per innbygger til eldre (80 år og over) i figur 2.8 er ikke like store som for befolkningen totalt.

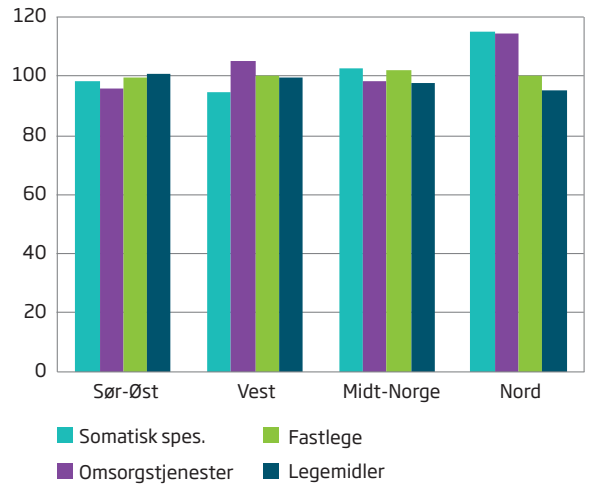
Helse Sør-Øst hadde lavest kostnad per innbygger totalt for tjenestene i figur 2.8. Det er spesielt kostnader til omsorgstjenester som avviker; 4 prosent under landsgjennomsnittet. Dette gjelder både kostnader til institusjonsbeboere og hjemme-boende. Kostnadsutviklingen var noe høyere fra 2011 til 2014 for fastleger og legemidler sammenlignet med landsgjennomsnittet. Samtidig er Helse Sør-Øst eneste region med nedgang i kostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste for eldre.

Helse Vest har kostnader under landsgjennom-snittet til somatisk spesialisthelsetjeneste for eldre, mens kostnader til omsorgstjenester er over landsgjennomsnittet. Det er spesielt kostnad per innbygger til hjemmeboende som er høye; 10 prosent over landsgjennomsnittet. Kostnader til fastleger og legemidler er på landsgjennomsnittet. Kostnadsutviklingen i Helse Vest avviker ikke betydelig fra nasjonale tall for tjenesteområdene i figur 2.9.

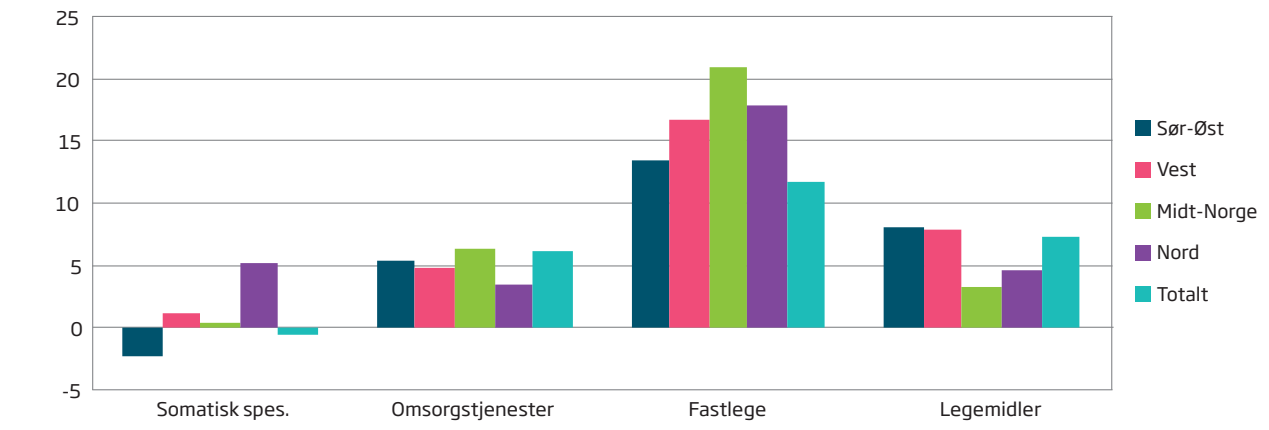
Helse Midt-Norges kostnad per innbygger til eldre ligger rundt landsgjennomsnittet for tjenesteom-rådene i figur 2.8. Kostnad per innbygger til hjemme-boende ligger litt over landsgjennomsnittet med 3 prosent, mens kostnader til institusjonsbeboere ligger 2 prosent under. Kostnadsveksten til fastleger var betydelig for regionen, og økte med 21 prosent fra 2011 til 2014.

Helse Nord hadde høyest kostnad per innbygger til helsetjenestene i figur 2.8 for eldre 80 år og over, tilsvarende som for befolkningen totalt. Regionen ligger høyt både for somatisk spesialisthelsetjeneste og omsorgstjenester, men har lavest kostnad per innbygger i landet til helserefusjoner for legemidler. Kostnadsutviklingen fra 2011 til 2014 for somatikk var større i Helse Nord enn i de øvrige regionene, veksten var på 5 prosent. For omsorgstjenester hadde kommuner i Helse Nord en lavere kostnads-vekst per innbygger sammenlignet med lands-gjennomsnittet.

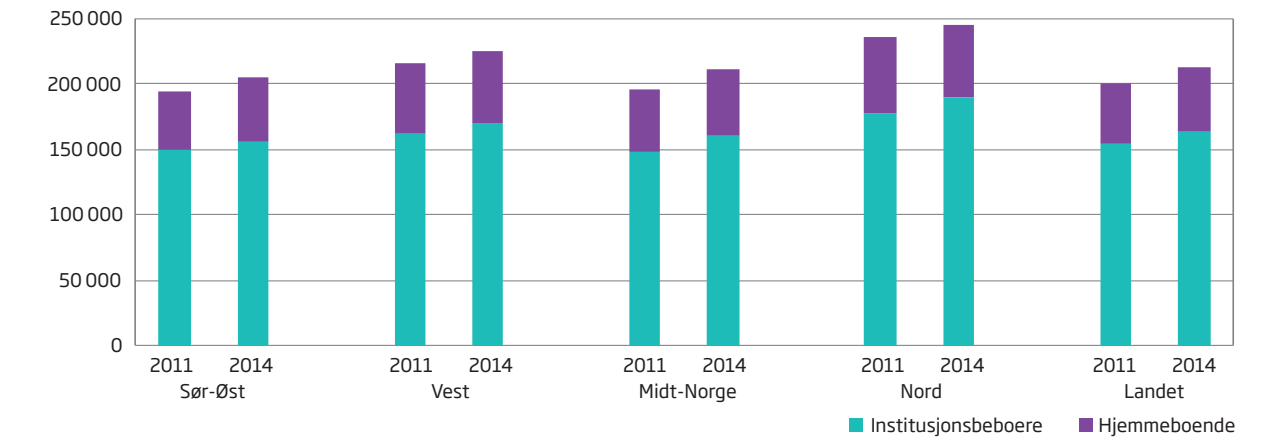
Figur 2.8 Kostnad per innbygger for eldre (80 år og over) til ulike helsetjenester i 2014, angitt som prosent av landsgjennomsnittet.



Figur 2.9 Realendring i kostnad per innbygger for eldre (80 år og over) til ulike helsetjenester fra 2011 til 2014, prosent .



Figur 2.10 Kroner per innbygger for eldre (80 år og over) til institusjonsbeboere og hjemmetjenester i 2011 og 2014 per region. Faste priser.



2.5 DATAGRUNNLAG OG METODE

Realendring presenteres både på nasjonalt, regionalt og kommunegruppenivå. Se tabell 2.3 for oversikt over prisindekser som er benyttet.

Nasjonalt nivå - spesialisthelsetjenesten

Datagrunnlaget for spesialisthelsetjenesten på nasjonalt nivå er hentet fra SAMDATA (Helsedirektoratet) og Norsk pasientregister (Helsedirektoratet). For nærmere utdypning av kostnader til spesialisthelsetjenesten, se SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2014 (Helsedirektoratet, 2015).

Kostnadstallet for kommunal medfinansiering (KMF) tilsvarer Helsedirektoratets offisielle kostnadstall for 2014. KMF-grunnlaget er korrigert for endringer i budsjettforutsetningene i ISF, kontrollsaker i Helsedirektoratet, saker i Avregningsutvalget og feil i NPK. Tilsvarende tall finnes ikke for 2011, da ordningen ikke var innført på dette tidspunktet.

Nasjonalt nivå - primærhelsetjenesten

Datagrunnlaget til primærhelsetjenesten består av data fra KOSTRA (ssb.no), KUHR (Helsedirektoratet) og IPLOS (SSB).

Tabell 2.3 Prisindekser for korrigering av prisvekst i perioden 2011-2014.

Prisindeks	2011	2012	2013	2014
Vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester[1]	1,040	1,039	1,035	1,000
Akkumulert prisvekst	1,117	1,075	1,035	1,000
Kommunal deflator Finansdepartementet[2]	1,035	1,036	1,030	1,000
Akkumulert	1,104	1,067	1,030	1,000
Legemidler[3]	1,022	1,011	1,019	1,000
Akkumulert	1,053	1,030	1,019	1,000

1 Vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester levert av SSB.
2 Deflator for kommunesektoren fra Rapport fra Det tekniske beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi (2015).
3 Konsumprisindeks for legemidler er hentet fra ssb.no.

KOSTRA

Statistisk sentralbyrå (SSB) publiserer estimerte sumtall for kostnader til primærhelsetjenester på nasjonalt nivå i KOSTRA. Det er disse estimatene som benyttes i tabell 2.1 og 2.2. Data er hentet fra SSB sine nettsider (ssb.no). SSB beregner estimater på nasjonalt nivå på grunn av manglende rapportering for noen kommuner, se http://www.ssb.no/kostra/ for nærmere beskrivelse av dette.

SSB publiserer kostnadstall i KOSTRA for både kommuneregnskapet og konsernregnskapet. I dette kapitlet er *brutto driftsutgifter fra konsernregnskapet* datagrunnlag, hvor kostnadstall inkluderer særbedriftenes regnskaper (Interkommunale selskaper (IKS) og Interkommunale samarbeid). Målet med dette er å få frem den totale ressursbruken uavhengig av hvordan tjenester organiseres og produseres i kommunene.

IPLOS

Ved estimering av kostnader i KOSTRA til aldersgruppen 80 år og eldre benyttes data fra IPLOS (SSB). Kostnader til eldre 80 år og over ved institusjoner (funksjon 253 og 261) estimeres ved å multiplisere andel eldre mottakere på langtidsplass i løpet av året med kostnadene. Kostander til hjemmetjenester (funksjon 254) for eldre 80 år og over beregnes ved å multiplisere andel timer til hjemmesykepleie og praktisk bistand til aldersgruppen med kostnadene. Beregning av kostnader til eldre 80 år og over for aktiviserings- og servicetjenester (funksjon 234) gjøres ved å bruke andel timer til hjemmeboende for aldersgruppen.

Folketrygdens helserefusjoner

Data for folketrygdens helserefusjoner leveres av Helsedirektoratets KUHR-database. Disse dataene består av regninger som utbetales fra HELFO, og reflekterer ikke det totale kostnadsbildet til de ulike refusjonsområdene. Eksempelvis finansieres fastleger av folketrygdens helserefusjoner, per capitatilskudd (betales av kommunene og kostnadsføres i KOSTRA på funksjon 241) og pasienters egenbetaling. Folketrygdens helserefusjoner inkluderer egenandeler betalt av det offentlige for personer med frikort.

Informasjon om pasienters alder er tilgjengelig i KUHR-databasen, og det er derfor mulig å skille ut kostnader til eldre 80 år og over.

Kommunenivå - spesialisthelsetjenesten

Kostnad per innbygger til somatiske spesialisthelsetjenester på kommunenivå beregnes ved å fordele kostander regionvis etter kommunenes andel av DRG-poeng. Alle kostnader til somatiske spesialisthelsetjenester er fordelt på kommunenivå etter denne metoden. Kostnader til eldre 80 år og over fordeles ved hjelp av denne aldersgruppens andel av DRG-poengene. Beregning av eldre 80 år og over til KMF gjøres ved tilsvarende andelsberegninger.

Kommunenivå - primærhelsetjenesten

KOSTRA

Kommuner med manglende data er fjernet fra datagrunnlaget ved beregning av kostand per innbygger for de ulike kommunegruppene. Dette

bidrar til noe avvik mellom sumtall beregnet på nasjonalt og kommunalt nivå. Manglende rapportering i KOSTRA gjelder Torsken kommune i 2011, og Hamarøy kommune i 2013.

IPLOS

Estimering av kostnad per innbygger til eldre 80 år og over utføres tilsvarende på kommunenivå som på nasjonalt nivå, hvor data fra IPLOS (SSB) benyttes for å estimere andel kostnader til aldersgruppen. Estimering av andel kostnader til eldre per kommune fører til avvik mellom sumtall på nasjonalt og kommunalt nivå, da andelen kostnader til eldre varierer mellom kommuner.

Folketrygdens helserefusjoner

For å kunne fordele kostnader til folketrygdens helserefusjoner (KUHR-data) på kommunenivå bør data være registrert på pasientens bosteds-kommune. For deler av data er kun informasjon om behandlerkommune tilgjengelig, når dette er tilfellet blir ikke disse refusjonene fordelt på kommunenivå.

3. Pasienter og mottakere av helse- og omsorgstjenester

Fra 2011 til 2014 var det vekst i mottakere av hjemmetjenester, pasienter som oppsøkte fysioterapeuter og for mottakere av tidsbegrenset opphold i institusjon (pleie- og omsorgstjenesten). Det samlede antallet pasienter i somatisk spesialisthelsetjeneste økte i perioden, og var på nivå med befolkningsveksten. Omfanget av polikliniske pasienter økte mer enn befolkningsveksten.

For mottakere av tidsbegrensede opphold i institusjon var veksten spesielt sterk fra 2011 til2012, men siste år ble antall mottakere redusert med 1,3 prosent. Nedgangen gjaldt også for de over 80 år. Dette omtales nærmere i kapittel 10 om korttidsplasser og korttidsopphold.

Analysen viser at det er visse regionale forskjeller i utviklingen for pasienter og mottakere av helse- og omsorgstjenester.

Variasjoner mellom kommunegruppene vedvarer. Det er større variasjoner mellom gruppene når det gjelder bruk av legevakt og fysioterapeut, samt mottakere av ulike omsorgtjenester enn det er for mottakere av somatiske spesialisthelsetjenester.

3.1 INNLEDNING

I dette kapittelet beskrives utviklingen i omfanget av pasienter og mottakere av helse- og omsorgstjenester i både somatisk spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste, totalt og for eldre over 80 år (spesialisthelsetjeneste vil i dette kapittelet kun omfatte somatisk sektor). Den demografiske utviklingen med økt antall og andel eldre gjør det viktig å følge utviklingen i bruken av de ulike tjenestene. Formålet med dette kapittelet er å gi en samlet oversikt over antall pasienter og mottakere av helse- og omsorgstjenester i ulike deler av spesialist- og primærhelsetjenesten. Vi vil fokusere på sammenligninger i bruk av tjenester og dekningsgrad for ulike tjenestetyper. De ulike tjenestene beskrives som endringer over tid og tilbud, samt i forhold til variasjoner mellom regioner, kommunestørrelse og kommunegrupper.

3.2 BRUK AV SPESIALISTHELSETJENESTER OG PRIMÆRHELSETJENESTER I 2014

Figur 3.1 viser andel av befolkningen totalt og 80 år og over som mottok helse- og omsorgstjenester i 2014. I 2014 hadde 35,7 prosent av befolkningen i Norge minst en kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste. 11,4 prosent var innlagt[7] ved sykehus, mens 32,8 prosent hadde en eller flere kontakter med poliklinikker i spesialisthelsetjenesten.

Nær 95 prosent av alle pasienter som var i kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste i 2014 var omfattet av kommunal medfinansiering[8] (KMF). 63,7

7 Samhandlingsstatistikken har tatt i bruk en ny inndeling av behandlingsnivå/omsorgsnivå fra 2014 (aktivitetskategorier). Den nye definisjonen brukes på alle år. Se Samdata 2014 for mer informasjon. Bruk av den nye definisjonen medfører forskjeller mellom Samhandlingsstatistikk 2014-15 og tidligere rapporter.

8 Kommunal medfinansiering ble opphevet pr 1.1 2015, men iom at ordningen var virksom i 2014 har vi med tall for dette i årets rapport.

prosent av de innlagte pasientene og 96,8 prosent av de polikliniske pasientene var omfattet av KMF.

6,7 prosent av befolkningen totalt og 67,1 prosent av eldre over 80 år var mottakere av omsorgstjenester i kommunen i 2014. Dette er et noe lavere nivå enn tidligere år. Nær 78 prosent av befolkningen var i kontakt med fastlegen sin i 2014, mens i underkant av 22 prosent var i kontakt med legevakten. 9 prosent av befolkningen var hos en fysioterapeut.

For eldre over 80 år hadde om lag 66 prosent vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten i 2014, i underkant av 35 prosent var innlagt ved sykehus. Mer enn 97 prosent var i kontakt med fastlegen, 37,4 prosent hadde vært på legevakten, mens i overkant av 13 prosent hadde vært hos fysioterapeut. Som nevnt var 67 prosent av befolkningen 80 år og over mottakere av omsorgstjenester. 41 prosent mottar hjemmesykepleie, mens i underkant av 30 prosent mottar praktisk bistand. Nedgangen i andelen som mottar denne tjenesten reduseres ytterligere siste år. Av de som mottar praktisk bistand utgjør eldre over 80 år 49 prosent. Av de som får innvilget langtidsopphold i institusjon utgjør eldre over 80 år nær 80 prosent, tilsvarende ser vi at for de som mottar korttidsopphold utgjør de eldre om lag 60 prosent.

3.3 UTVIKLINGEN I PERIODEN FRA 2011-2014

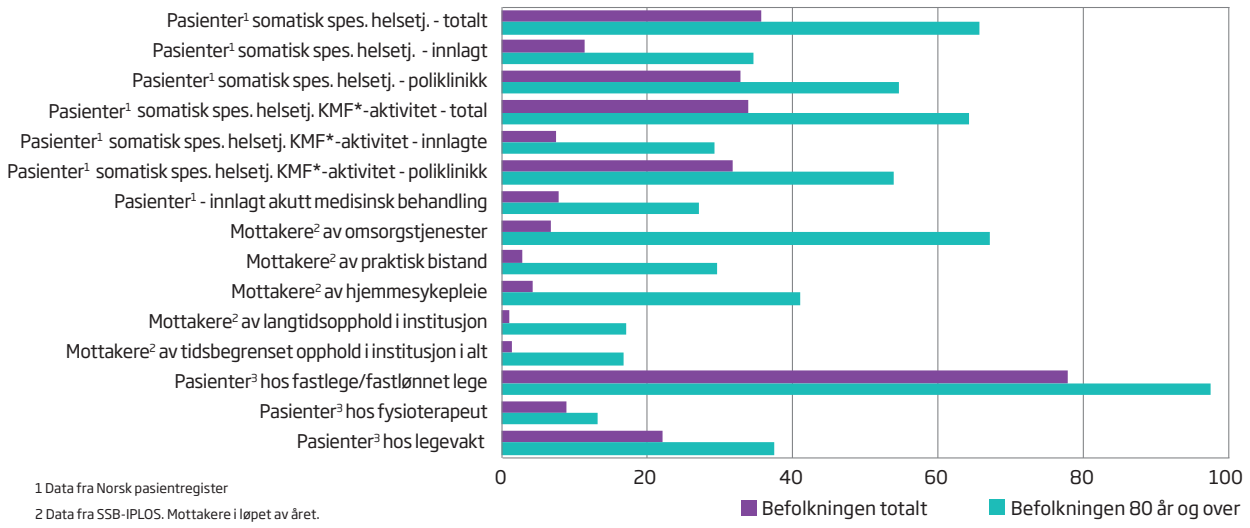
I perioden fra 2011 til 2014 økte befolkningen med 3,6 prosent, mens nedgang i antall eldre 80 år og over var på -0,5 prosent. For at befolkningens tilgjengelighet til helse- og omsorgstjenester skal opprettholdes må antall pasienter og mottakere har økt tilsvarende. Den største veksten har kommet i gruppen yngre eldre (67-79 år), der man ser en økning på 16 prosent i perioden. Veksten siste år var på 5,1 prosent.

Pasienter og mottakere

Tabell 3.1 viser antall pasienter og mottakere av helse- og omsorgstjenester for perioden 2011-2014, mens figur 3.2 viser den prosentvise veksten fra 2011 til 2014 og siste år.

I perioden har antall pasienter i spesialisthelsetjenesten økt med over 80 000, det tilsvarer en prosentvis vekst på 4,5. Veksten siste år var på 2,4 prosent som tilsvarer mer enn 47 000 pasienter. Dette er noe høyere enn befolkningsveksten og tilsier at tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenesten økte i 2014. Antall innlagte pasienter var stabilt i perioden og økte med kun 0,4 prosent. Derimot ser man en økning i antall polikliniske pasienter på 5,8 prosent i perioden fra 2011 til i dag.

Figur 3.1 Andel av befolkningen totalt og 80 år og over som mottok helse- og omsorgstjenester i 2014.



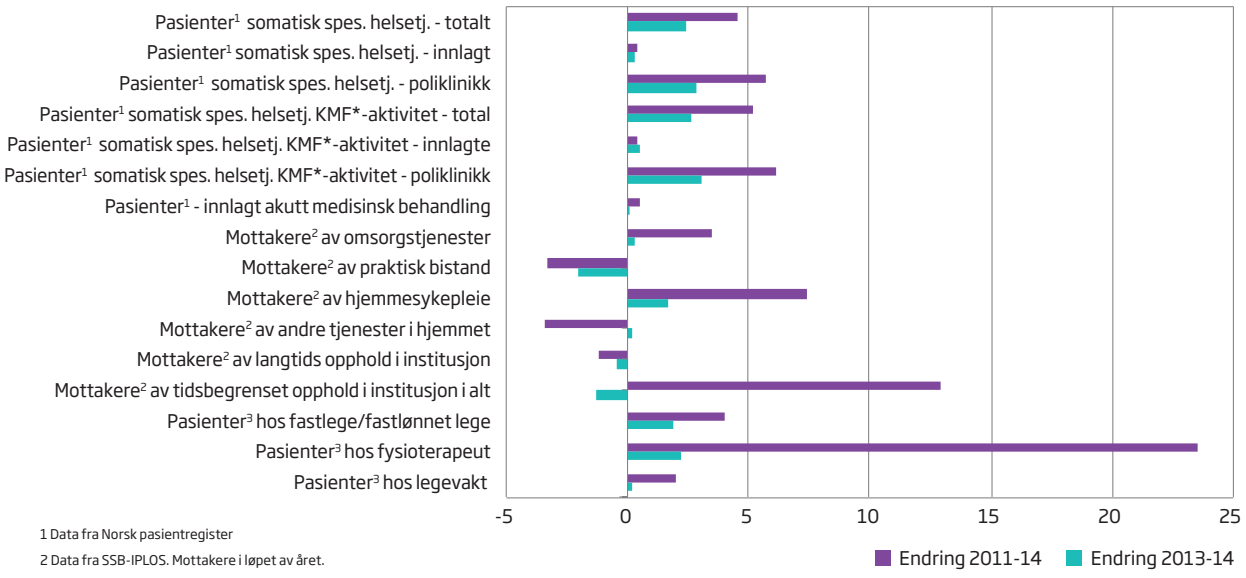
1 Data fra Norsk pasientregister
2 Data fra SSB-IPLOS. Mottakere i løpet av året.
3 Data fra KUHR-HELFO

Mye av veksten kan relateres til økningen i polikliniske pasienter i 2014, der veksten var på 2,7 prosent. For pasienter som tidligere var omfattet av kommunal med finansiering (KMF) var veksten noe sterkere. Totalt økte antall pasienter med 5,2 prosent i perioden, og veksten var i stor grad knyttet til polikliniske pasienter. Omfanget av pasienter innlagt for akutt medisinsk behandling[9] var stabilt i perioden fra 2011 til 2014.

Over 11 000 flere personer mottok en eller flere omsorgstjenester i kommunen i 2014 enn i 2011, en vekst på 3,4 prosent. Veksten var i stor grad knyttet til en økning i antall mottakere av hjemmesykepleie (7,4 pst) og tidsbegrenset opphold i institusjoner (13 pst). Siste år ser man derimot at det var en nedgang i antall mottakere av tidsbegrenset opphold (-1,3 pst), mens veksten i mottakere av hjemmesykepleie økte ytterligere (1,7 pst). Antall mottakere av langtidsopphold har vært forholdsvis stabilt, mens det ble færre mottakere av praktisk bistand og andre tjenester i hjemmet. Dette følger i stor grad tidligere års trend med nedgang i tjenestetilbudet. Tidligere rapporter har vist at veksten i korttidsopphold og hjemmesykepleie har vært høyere i perioden etter samhandlingsreformen enn i perioden før. Se kapittel 10 og 11 for mer informasjon om korttidsopphold og hjemmetjenester. Kapittel 5 beskriver aktiviteten rundt det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp i kommunene. Som tidligere år har Helsedirektoratet også i år samlet inn informasjon om pasienter og aktivitet knyttet til disse enhetene.

Veksten i antall pasienter som oppsøkte fastlegen fortsetter i 2014 (1,9 pst). I perioden fra 2011 til 2014 økte antall pasienter hos fastlegen med 157 000 personer, det tilsvarer en vekst på 4,1 prosent. Antall pasienter som oppsøkte legevakt var stabilt siste år, i perioden fra 2011 var det en vekst på 2 prosent[10]. Veksten i antall som mottok fysioterapi fortsetter i 2014, men veksten var lavere enn tidligere år. Dette kan henge sammen med registreringspraksis[11]. I perioden ser vi en vekst på nær 24 prosent.

Figur 3.2 Prosentvis endring i antall pasienter og mottakere av helse- og omsorgstjenester 2011-2014 og 2013-2014.



1 Data fra Norsk pasientregister
2 Data fra SSB-IPLOS. Mottakere i løpet av året.
3 Data fra KUHR-HELFO

9 Antall pasienter og konsultasjoner innlagt for akutt medisinsk behandling vil avvike noe fra kapittel 5 om det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp. Avviket kan knyttes til fødende og fødsler, de inngår i kapittel 3 men ikke i kapittel 5.

10 Årets rapport har fått nye oppdaterte tall for pasienter hos legevakt og fastlege. Disse avviker noe fra tidligere års rapporter. Veksten i legevakt er lavere enn tidligere rapporter har oppgitt grunnet uregelmessigheter i uttaket fra databasen.

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

Eldre over 80 år

Antall eldre over 80 år har vært tilnærmet stabilt de siste årene, men for denne pasientgruppen har det vært en liten økning i antall pasienter i spesialisthelsetjenesten. Veksten er spesielt tydelig for polikliniske pasienter (se figur 3.3). Omfanget av mottakere av omsorgstjenester i denne aldersgruppen ble noe redusert de siste årene, og nedgangen var størst for mottakere av praktisk bistand. Den reduseres med 8,3 prosent i perioden fra 2011. Siste år ble den redusert med 3,8 prosent. Mottakere av tidsbegrenset opphold i institusjon reduseres også noe siste år, dette vil bli omtalt i kapittel 10 om korttidsplasser.

For den øvrige primærhelsetjenester var antall pasienter hos fastlege stabilt, mens antall pasienter hos fysioterapeut økte betydelig i perioden. For pasienter som oppsøkte legevakt var det en vekst frem mot 2013, men for 2014 var det en reduksjon på over 1 prosent. Denne nedgangen var sterkere enn befolkningsendringen.

Region og kommunestørrelse

Figur 3.4 viser utviklingen av pasienter og mottakere per region for utvalgte tjenestetyper. Analysen viser at det er visse regionale forskjeller i utviklingen for pasienter og mottakere av helse- og omsorgstjenester.

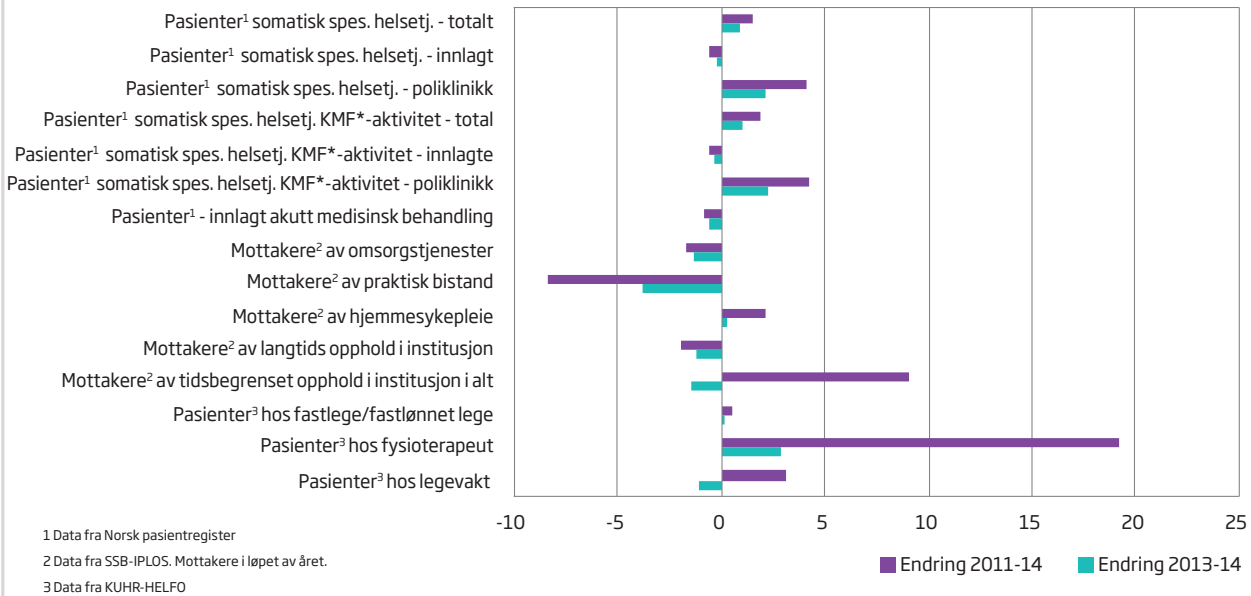
Omfanget av pasienter innlagt i sykehus ble redusert med 2,6 prosent i region Nord, mens omfanget av pasienter var tilnærmet stabilt i de andre regionene. Alle regioner hadde en vekst i antall polikliniske pasienter, sterkest vekst var det i Vest der antall polikliniske pasienter økte med nær 9 prosent.

For pasienter hos fastlege var det en tilsvarende utvikling med vekst i alle regioner. Også her var veksten sterkest i Vest (5,5 pst), fulgt av Sør-Øst der antall pasienter hos fastlege økte med mer enn 4 prosent. Antall pasienter hos legevakt gikk ned i Midt-Norge (2,1 pst), mens omfanget økte med nær 5 prosent i Nord.

Vest hadde den laveste veksten blant regionene når det gjaldt mottakere av kommunale omsorgstjenester med 1,3 prosent. Dette gjenspeiler seg i en betydelig svakere vekst i mottakere av hjemmesykepleie enn de andre regionene. Sør-Øst hadde den sterkeste veksten i mottakere av hjemmesykepleie på 8,8 prosent i perioden, Midt-Norge hadde en tilsvarende økning i mottakere på over 8 pst.

Alle regioner hadde en marginal reduksjon i antall mottakere av langtidsplass i institusjon i perioden fra 2011 til 2014.

Figur 3.3 Prosentvis endring i antall pasienter og mottakere av helse- og omsorgstjenester 80 år og over 2011-2014 og 2013-2014.



1 Data fra Norsk pasientregister

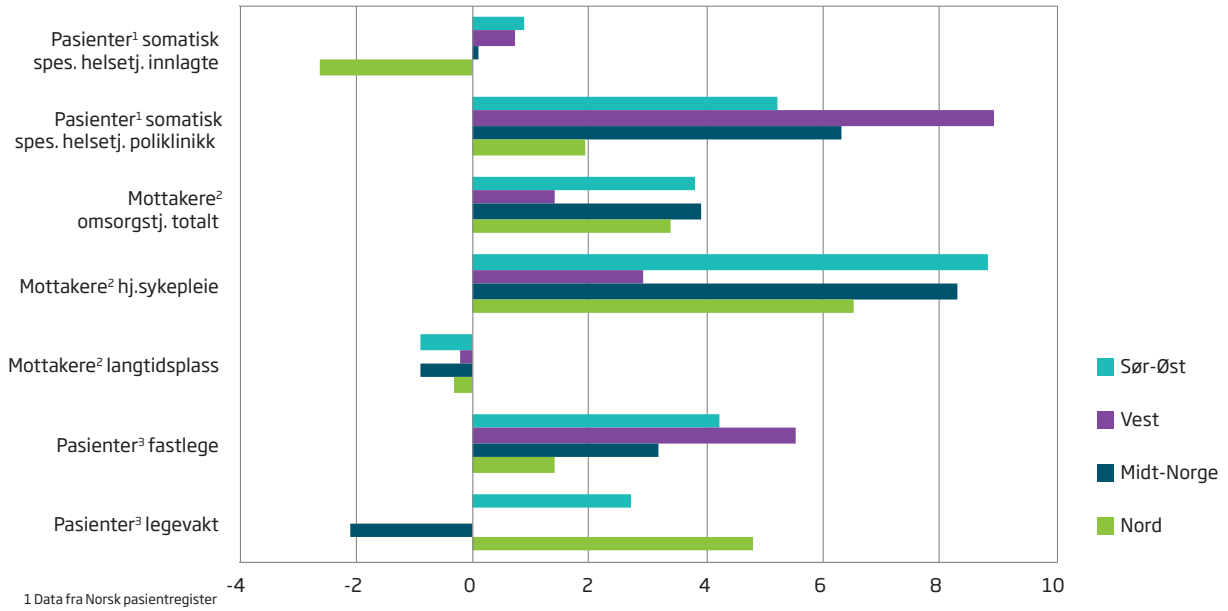
2 Data fra SSB-IPLOS. Mottakere i løpet av året.

3 Data fra KUHR-HELFO

Figur 3.5 viser utviklingen i pasienter og mottakere for utvalgte tjenestetyper etter kommunestørrelse. Det var en sterkere vekst av polikliniske pasienter i større kommuner enn mindre kommuner fra 2011 til 2014.

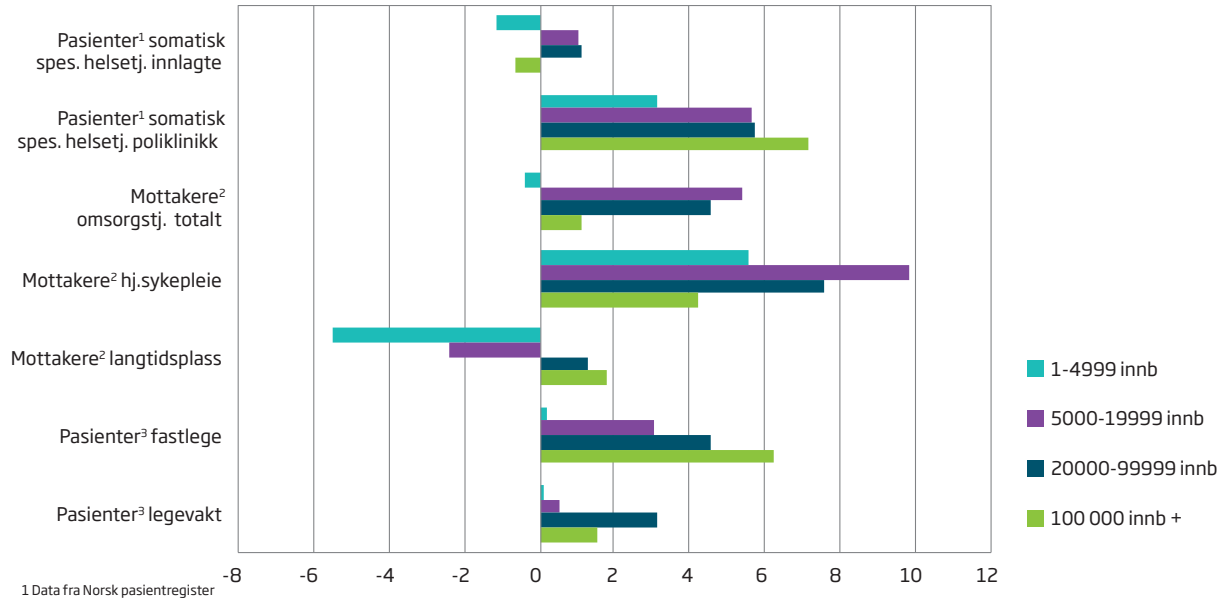
For mottakere av omsorgstjenester var veksten sterkest i kommuner med mer enn 5000 innbyggere, samt i store kommuner med opptil 100 000 innbyggere. For små kommuner under 5000 innbyggere var nivået stabilt i perioden fra 2011 til 2014.

Figur 3.4 Prosentvis endring i antall pasienter og mottakere av helse- og omsorgstjenester per region 2011-2014.



1 Data fra Norsk pasientregister
2 Data fra SSB-IPLOS. Mottakere i løpet av året.
3 Data fra KUHR-HELFO

Figur 3.5 Prosentvis endring i antall pasienter og mottakere av helse- og omsorgstjenester etter kommunestørrelse 2011-2014.



1 Data fra Norsk pasientregister
2 Data fra SSB-IPLOS. Mottakere i løpet av året.
3 Data fra KUHR-HELFO

Ser man på mottakere av hjemmesykepleie er veksten sterkest i mellomstore og store kommuner, storbyene har den svakeste veksten. Det er visse regionale variasjoner mellom storbyene, der storbyene i Vest har et stabilt nivå, ser man en stor vekst i storbyene utenfor Oslo i Sør-Vest, samt i Midt-Norge og Nord.

Nedgangen i mottakere av langtidsplasser i institusjon var i en viss grad knyttet til små kommuner med mindre enn 5000 innbyggere, samt i mellomstore kommuner. For kommuner med mer enn 20000 innbyggere og storbyer var det en liten økning i mottakere av langtidsplass, veksten for storbyer var størst i Vest og Midt-Norge.

Opphold og konsultasjoner

Tabell 3.3 viser utviklingen i antall opphold og konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Det har vært en økning i antall polikliniske konsultasjoner siste år tilsvarende veksten i antall pasienter, mens antall innleggelser har vært stabilt. For primærhelsetjenesten har det vært en økning i antall konsultasjoner hos fastlege på 1,9 pst og hos fysioterapeut på2,2 pst siste år, mens antall konsultasjoner på legevakt har vært stabilt.

For eldre pasienter har det vært en vekst i konsultasjoner hos fysioterapeut på 5,4 pst siste år, mens antall konsultasjoner hos fastlege er stabilt. Dette henger sammen med at nær alle over 80 år har vært i kontakt med sin fastlege siste år (97,3 pst). Det var også en viss vekst i antall konsultasjoner hos legevakt.

3.4 VARIASJONER I HELSE- OG OMSORGSTJENESTER I 2014 OG UTVIKLING OVER TID

Variasjoner mellom kommuner og kommunegrupper i forbruket av helsetjenester kan påvirkes av flere ting, ulik sykelighet, ulik alders- og kjønnssammensetning, samt ulik tilgang på ressurser. Dette påvirker både tilbudet og etterspørselen etter ulike tjenester.

Variasjoner etter kommunestørrelse 2014

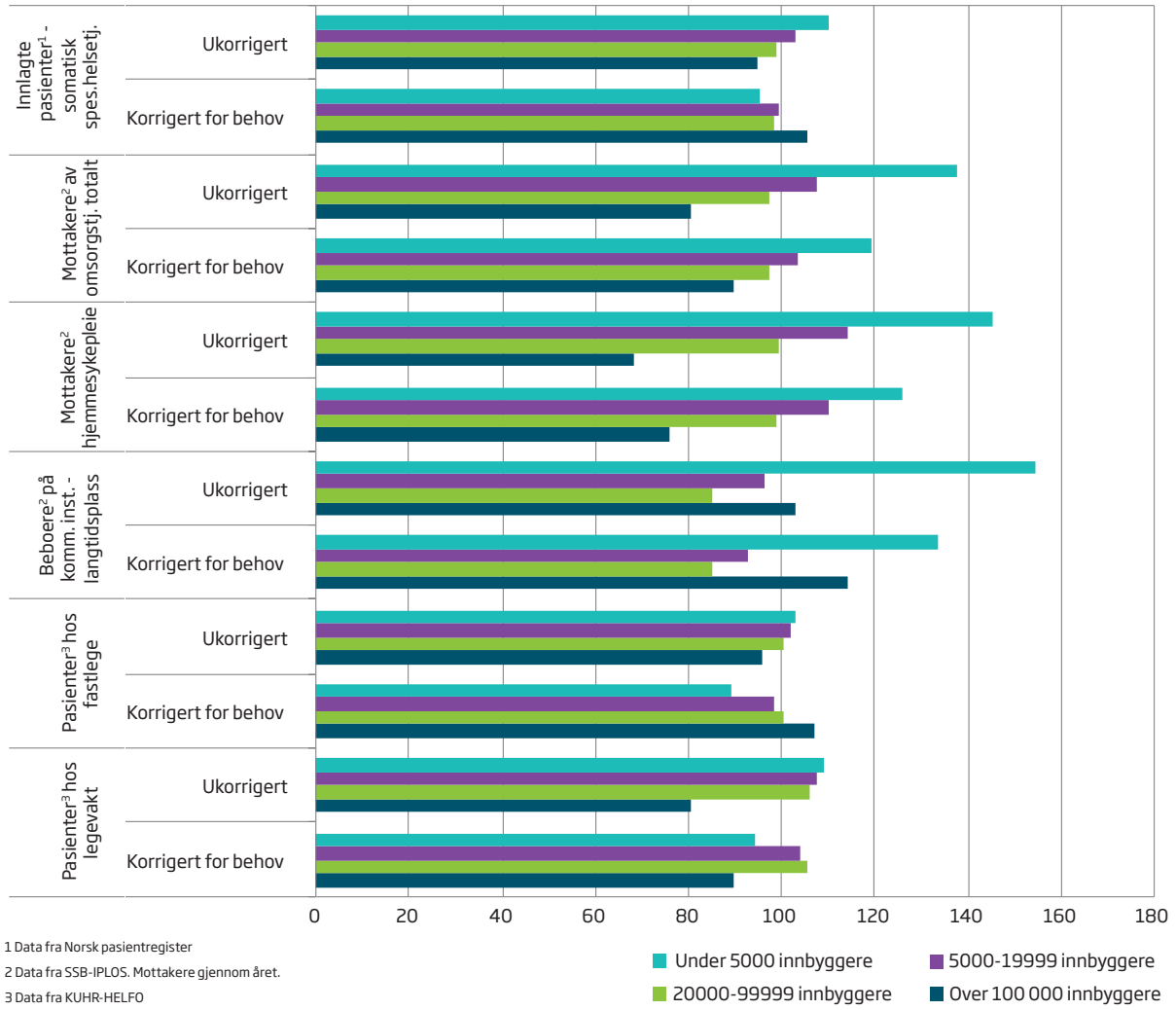
I figur 3.6 blir det relative nivået[12] for kommunestørrelse beskrevet. For både somatiske spesialisthelsetjenester og omsorgstjenester totalt er det en tendens til at små kommuner har et høyere nivå av pasienter og mottakere enn større kommuner. Forskjellene som er knyttet til kommunestørrelse er størst for mottakere av hjemmesykepleie samt langtidsplasser i institusjon og minst for pasienter hos fastlege. Figuren viser også det relative nivå korrigert for behovet for tjenester[13] (NOU 2008:2). Når vi korrigerer for behov finner vi at effekten av kommunestørrelse blir mindre, og for pasienter i spesialisthelsetjenesten og hos fastlege blir effekten av kommunestørrelse snudd på hodet. Der ser man at nivået øker med økt kommune-størrelse. Det er fremdeles betydelig forskjeller knyttet til kommunestørrelse for nivået av mottakere av hjemmesykepleie og omsorgstjenester ved korrigering for behov.

I figur 3.7 og 3.8 fremstilles variasjonsbredden mellom kommunegruppene for ulike tjenestetyper i 2011 og 2014 med utgangspunkt i det relative nivået per 1000 innbygger i alt og for eldre over 80 år. Figuren viser prosentvis avvik fra landsgjennomsnittet for den kommunegruppen med det høyeste nivået (over 0) og den kommunegruppen med lavest nivå (under 0). Samlet sett uttrykker søylene variasjonen mellom kommunegruppene i 2011 og 2014. Som tidligere analyser har vist var det størst variasjon for mottakere av omsorgstjenester i kommunene og da spesielt for mottakere av langtidsopphold i institusjon. Tilsvarende ser man mindre variasjon for spesialisthelsetjenesten og da spesielt for pasienter innlagt i sykehus. Over tid har forskjellene i variasjonene mellom kommunegruppene vært stabile, men vi ser noen indikasjoner på økte forskjeller i ratene for hjemmesykepleie og reduserte forskjeller for mottakere av langtidsopphold i institusjon.

12 Det relative nivået viser kommunegruppens nivå av pasienter/mottakere i relasjon til landsgjennomsnittet som tilsvarer 100. Når kommunegruppen har et nivå på 108, betyr dette at de har 8 prosent høyere antall pasienter/mottakere av denne helsetjenesten per innbygger enn landsgjennomsnittet. Tilsvarende vil et nivå på 91 si at kommunegruppen ligger 9 prosent under landsgjennomsnittet. Det relative nivået er dermed godt egnet til å beskrive variasjonen mellom kommunegrupper og regioner.

13 Behovsindeksen er oppdatert per 2015.

Figur 3.6 Relativt nivå av pasienter og mottakere av helse og omsorgstjenester per 1000 innb. etter kommunestørrelse 2014 med og uten korreksjon av behov for helsetjenester. Landsgjennomsnittet =100.



For de eldre over 80 år er det minst variasjon mellom kommunegruppene i antall pasienter hos fastlegen og i omsorgstjenesten, og variasjonen for pasienter hos fastleger er redusert fra 2011 til 2014. Innlagte pasienter omfattet av KMF har en større variasjon enn innlagte pasienter i alt, variasjonen er stabil i perioden for pasienter omfattet av KMF. Derimot ser man en reduksjon i variasjonene for innlagte pasienter i alt.

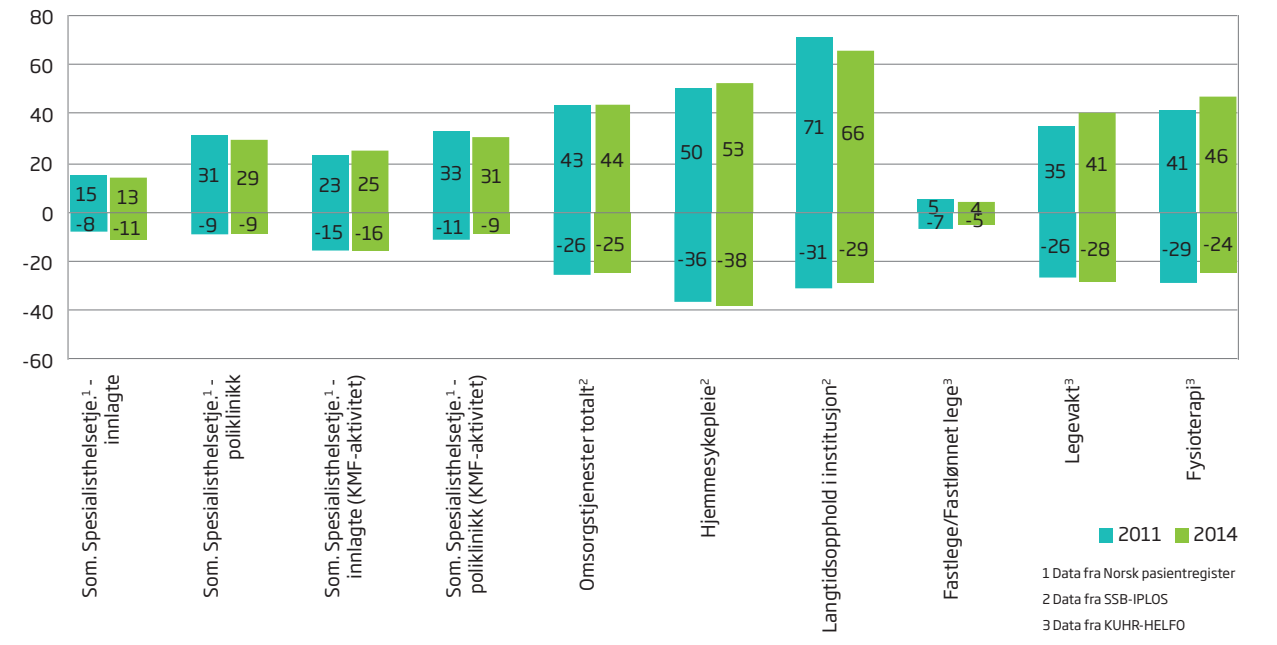
For de eldre ser man en liten nedgang i variasjon for mottakere av hjemmesykepleie fra 2011 til 2014, mens variasjonen for mottakere av langtidsplasser er stabil i perioden.

For informasjon om tall per kommune og kommunegruppe, se Helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samhandlingsstatistikk.

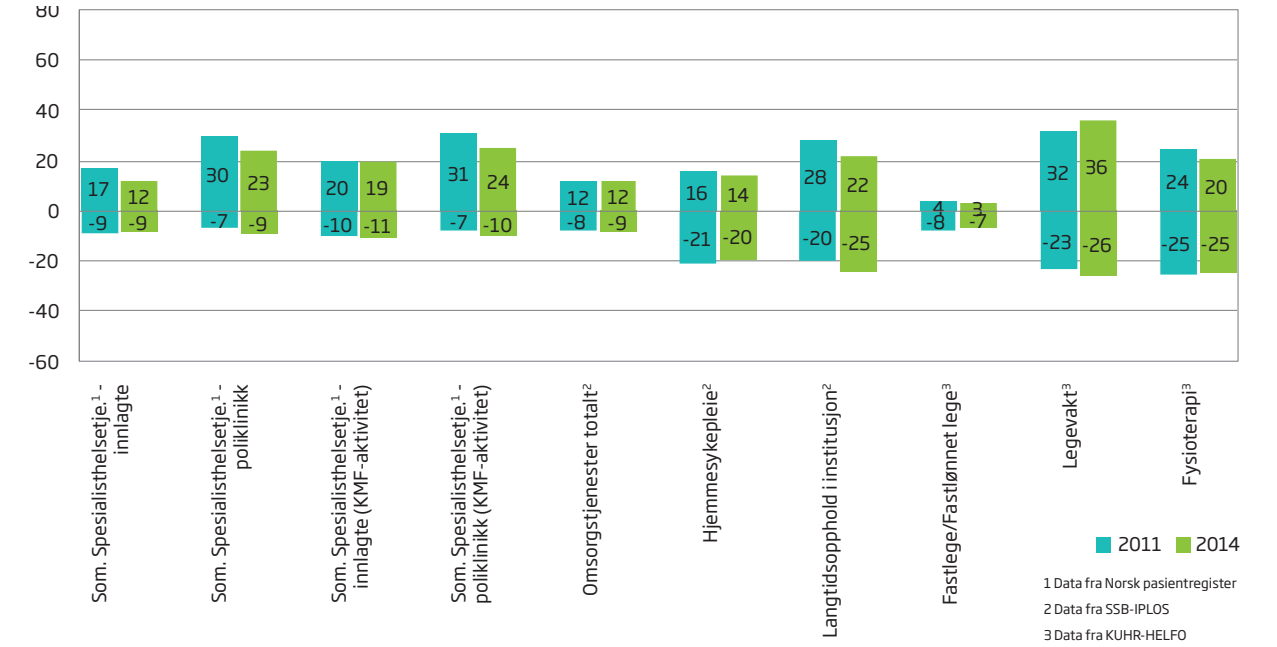
3.5 DATAGRUNNLAG OG DEFINISJONER

I dette kapittelet er det benyttet data fra Norsk Pasientregister (NPR), SSB-IPLOS, KUHR-HELFO og SSB-KOSTRA. Data fra spesialisthelsetjenesten er fra NPR, data for omsorgssektoren i primærhelsetjenesten er fra SSB-IPLOS, mens data fra fastleger, legevakt og fysioterapi er fra KUHR-HELFO. Befolkningstallene er fra SSB-KOSTRA.

Figur 3.7 Prosentvis avvik fra landsgjennomsnittet for kommunegrupper med høyeste og laveste rater i 2011 og 2014.



Figur 3.8 Prosentvis avvik fra landsgjennomsnittet for kommunegrupper med høyeste og laveste rater i 2011 og 2014 for befolkningen 80 år og over.



Data fra spesialisthelsetjenesten er avgrenset til å gjelde somatisk sektor og er basert på analyse av data fra NPR fra 2011 til 2014. Det skilles mellom somatisk spesialisthelsetjeneste totalt og aktivitet som tidligere ble omfattet av kommunal med-finansiering (KMF). Data er analysert med utgangs-punkt i pasientens bosted og er uavhengig av hvilket sykehus pasienten er behandlet ved. Se kapittel 6 for en beskrivelse av pasienter og mottakere innen psykisk helse og rus.

Data for fastleger (inkl. fastlønnet leger), legevakt og fysioterapi er fra KUHR-HELFO og baserer seg på refusjoner som behandler har fått ut betalt fra

HELFO. Data gjelder konsultasjoner og kontakter for 2011-2014 uavhengig når disse er utbetalt. Tallene vil derfor avvike fra HELFO-tall som gjelder antallet utbetalte refusjoner for det aktuelle regnskapsåret. Data er basert på pasientens bostedskommune og gjelder refusjoner som inneholder pasientens FNR/DNR. HELFO oppgir at det mangler informasjon om bostedskommune for rundt 1 prosent av refusjonene for fastlege/fastlønnet lege. For pasienter som har flyttet i løpet av året vil disse personene opptre i flere kommuner og de geografiske oversiktene over bruk av fastlege, legevakt og fysioterapeut summeres opp til høyere bruk enn de nasjonale tallene. Det vil derfor være noe avvik mellom nasjonale tall og sumtall for tjenestene.

For bruk av fastlege blant eldre 80 år og over finner vi i noen tilfeller at antallet eldre pasienter overstiger antall innbyggere 80 år og eldre. For disse kommunene har vi valgt å sette antall pasienter lik antall innbyggere.

Data for omsorgssektoren er hentet fra SSB-IPLOS og gjelder sum mottakere av hjemmetjenester og institusjonstjenester i løpet av året.

Det mangler data fra noen kommuner i SSB-IPLOS. Vi har valgt å ta ut befolkningstall fra beregninger der det mangler tall eller tall ikke er tilgjengelig. Dette vil kunne medføre at enkelte kommune-grupper vil bestå av kun enkelte kommuner og dermed gi et avvikende resultat enn dersom alle kommuner ble inkludert. Oversikt over kommuner med manglende data er å finne i vedlegg til rapport, publisert på helsedirektoratet.no

Tabell 3.1 Pasienter og mottakere av helse- og omsorgstjenester i spesialist- og primærhelse-tjenesten 2011-2014.

		Antall pasienter/mottakere (N=)				Pst endring	
		2011	2012	2013	2014	2011-14	2013-14
Pasienter og mottakere i befolkningen totalt hos							
Somatisk spesialist-helsetjenesten[1]	Totalt	1 766 351	1 785 141	1 803 508	1 846 649	4,5	2,4
	Innlagte	586 518	589 969	587 357	588 860	0,4	0,3
	Poliklinikk	1 600 723	1 622 634	1 645 215	1 692 837	5,8	2,9
	KMF*-aktivitet - totalt	1 659 307	1 677 139	1 699 698	1 744 809	5,2	2,7
	KMF*-aktivitet - innlagte	373 604	373 690	373 364	375 151	0,4	0,5
	KMF*-aktivitet – poliklinikk	1 545 233	1 566 882	1 591 117	1 639 307	6,1	3,0
	Innlagt akutt medisinsk behandling	397 147	400 454	398 483	398 973	0,5	0,1
Omsorgstjenesten[2] (Antall mottakere i løpet av året)	Omsorgstjenester	334 763	341 519	345 254	346 237	3,4	0,3
	Praktisk bistand	137 117	136 255	135 309	132 510	-3,4	-2,1
	Hjemmesykepleie	197 054	204 315	208 263	211 721	7,4	1,7
	Andre tjenester i hjemmet	201 723	202 038	194 388	194 848	-3,4	0,2
	Langtids opphold i institusjon	48 619	48 822	48 284	48 065	-1,1	-0,5
	Tidsbegrenset opphold i institusjon - totalt	54 091	60 513	61 920	61 107	13,0	-1,3
Øvrig primær-helsetjeneste[3]	Fastlege	3 862 686	3 903 299	3 944 593	4 019 460	4,1	1,9
	Fysioterapeut	373 245	389 554	451 311	461 204	23,6	2,2
	Legevakt	1 108 522	1 124 971	1 127 857	1 130 217	2,0	0,2
Pasienter og mottakere i befolkningen 80 år og eldre hos							
Somatisk spesialist-helsetjenesten[1]	Totalt	142 645	143 662	143 350	144 744	1,5	1,0
	Innlagte	76 747	77 437	76 437	76 326	-0,5	-0,1
	Poliklinikk	115 291	116 973	117 490	120 008	4,1	2,1
	KMF*-aktivitet - total	138 721	139 815	139 774	141 279	1,8	1,1
	KMF*-aktivitet - innlagte	64 767	65 499	64 548	64 372	-0,6	-0,3
	KMF*-aktivitet – poliklinikk	113 840	115 500	116 123	118 741	4,3	2,3
	Innlagt akutt medisinsk behandling	59 969	60 800	59 856	59 488	-0,8	-0,6
Omsorgstjenesten[2] (Antall mottakere i løpet av året)	Omsorgstjenester	150 563	151 506	149 982	147 987	-1,7	-1,3
	Praktisk bistand	70 768	69 368	67 431	64 862	-8,3	-3,8
	Hjemmesykepleie	88 427	90 250	90 032	90 279	2,1	0,3
	Langtids opphold i institusjon	38 431	38 612	38 119	37 687	-1,9	-1,1
	Tidsbegrenset opphold i institusjon - totalt	33 864	37 357	37 459	36 918	9,0	-1,4
Øvrig primær-helsetjeneste[3]	Fastlege	213 366	214 868	214 294	214 399	0,5	0,0
	Fysioterapeut	24 326	25 947	28 192	29 007	19,2	2,9
	Legevakt	80 000	83 078	83 461	82 540	3,2	-1,1

1 Data fra Norsk pasientregister.

2 Data fra SSB-IPLOS. Mottakere i løpet av året.

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

* Tall for KMF-aktivitet i dette kapittelet kan være høyere enn det som kommunene tidligere delfinansierte. Dette skyldes at finansieringsgrunnlaget beregnes ut fra data for Innsatsstyrt finansiering (ISF), mens data i dette kapittelet inkluderer alle data fra Norsk pasientregister

Tabell 3.2 Pasienter og mottakere av helse og omsorgstjenester i spesialist- og primærhelsetjenesten per 1000 innbyggere 2011-2014.

		Antall pasienter/mottakere per 1000 innbygger			
		2011	2012	2013	2014
Pasienter og mottakere i befolkningen totalt					
Somatisk spesialist-helsetjenesten[1]	Totalt	354	353	353	357
	Innlagt	118	117	115	114
	Poliklinikk	321	321	322	328
	KMF- aktivitet* - totalt	333	332	333	338
	KMF- aktivitet* - innlagte	75	74	73	73
	KMF- aktivitet* - poliklinikk	310	310	311	317
	Innlagt akutt medisinsk behandling	80	79	78	77
Omsorgstjenesten[2] (Antall mottakere i løpet av året)	Omsorgstjenester	67	68	68	67
	Praktisk bistand	28	27	26	26
	Hjemmesykepleie	40	40	41	41
	Andre tjenester i hjemmet	40	40	38	38
	Langtidsopphold	10	10	9	9
	Tidsbegrenset opphold i institusjon - totalt	11	12	12	12
Øvrig primær-helsetjeneste[3]	Fastlege	775	773	772	778
	Fysioterapeut	75	77	88	89
	Legevakt	222	223	221	219
Pasienter og mottakere i befolkningen 80 år og eldre					
Somatisk spesialist-helsetjenesten[1]	Totalt	644	648	649	657
	Innlagt	346	349	346	346
	Poliklinikk	520	528	532	544
	KMF- aktivitet* - totalt	626	631	633	641
	KMF- aktivitet* - innlagte	292	296	292	292
	KMF- aktivitet* - poliklinikk	514	521	526	539
	Innlagt akutt medisinsk behandling	271	274	271	270
Omsorgstjenesten[2] (Antall mottakere i løpet av året)	Omsorgstjenester	679	684	679	671
	Praktisk bistand	319	313	305	294
	Hjemmesykepleie	399	407	408	410
	Langtidsopphold	173	174	173	171
	Tidsbegrenset opphold i institusjon - totalt	153	169	170	167
Øvrig primær-helsetjeneste[3]	Fastlege	963	970	971	973
	Fysioterapeut	110	117	128	132
	Legevakt	361	375	378	374

1 Data fra Norsk pasientregister.
2 Data fra SSB-IPLOS. Mottakere i løpet av året.
3 Data fra KUHR-HELFO.
* Tall for KMF-aktivitet i dette kapittelet kan være høyere enn det som kommunene tidligere delfinansierte. Dette skyldes at finansieringsgrunnlaget beregnes ut fra data for Innsatsstyrt finansiering (ISF), mens data i dette kapittelet inkluderer alle data fra Norsk pasientregister

Tabell 3.3 Opphold og konsultasjoner i spesialist- og primærhelsetjenesten 2011-2014.

		Antall konsultasjoner (N=)				Pst endring	
		2011	2012	2013	2014	2011-14	2013-14
Opphold og konsultasjoner i befolkningen totalt							
Somatisk spesialisthelse-tjenesten[1]	Innleggelser	939 343	947 734	942 596	945 622	0,7	0,3
	Polikliniske konsultasjoner	5 300 321	5 463 555	5 560 595	5 754 237	8,6	3,5
	KMF*-aktivitet - innleggelser	625 211	628 680	625 627	627 323	0,3	0,3
	KMF*-aktivitet - polikliniske konsultasjoner	5 030 156	5 190 461	5 285 773	5 470 255	8,7	3,5
	Innlagt akutt medisinsk behandling	542 738	552 126	548 804	551 198	1,6	0,4
Øvrig primær-helsetjeneste[2]	Fastlege/fastlønnet lege	13 342 382	13 565 330	13 554 931	13 815 797	3,5	1,9
	Fysioterapeut	7 875 714	7 985 553	8 860 552	9 055 079	15,0	2,2
	Legevakt	1 361 763	1 370 469	1 350 379	1 356 012	-0,4	0,4
Opphold og konsultasjoner i befolkningen 80 år og eldre							
Somatisk spesialisthelse-tjenesten[1]	Innleggelser	141 469	142 272	139 850	140 934	-0,4	0,8
	Poliklinisk konsultasjon	422 012	438 381	446 913	464 164	10,0	3,9
	KMF-aktivitet - innleggelser	114 442	115 064	113 061	113 690	-0,7	0,6
	KMF-aktivitet - poliklinisk konsultasjoner	406 470	422 647	431 626	448 957	10,5	4,0
	Innlagt akutt medisinsk behandling	96 795	98 497	96 645	96 605	-0,2	0,0
Øvrig primær-helsetjeneste[2]	Fastlege/fastlønnet lege	1 067 146	1 108 843	1 111 105	1 109 463	4,0	-0,1
	Fysioterapeut	565 571	597 638	674 930	709 809	25,5	5,2
	Legevakt	73 696	76 944	77 915	79 538	7,9	2,1

1 Data fra Norsk pasientregister
2 Data fra KUHR-HELFO
* Tall for KMF-aktivitet i dette kapittelet kan være høyere enn det som kommunene delfinansierer. Dette skyldes at finansieringsgrunnlaget beregnes ut fra data for Innsatsstyrt finansiering, mens data i dette kapittelet inkluderer alle data fra Norsk pasientregister.

Tabell 3.4 Relativt nivå av pasienter og mottakere av helse- og omsorgstjenester per 1000 innbygger 2014.

		Relativt nivå									
		Somatisk spes. helsetj.[1]				Omsorgstjenester[2]			Øvrig primærhelsetjeneste[3]		
		Innlagte pas.	Polikl. pas.	Innlagte pas. KMF.	Polikl. pas. KMF.	Mottakere totalt	Mottakere hj.sykepleie	Mottakere langtidspl	Pas. fastlege	Pas. legevakt	Pas. fysio-terapeut
Region	Sør-Øst	99	97	100	97	100	99	95	100	97	100
	Vest	102	99	100	98	86	87	97	97	99	86
	Midt-Norge	98	107	96	106	111	109	112	102	101	100
	Nord	104	113	107	114	113	120	120	102	121	128
	Norge totalt (pst)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	Norge per 1000 innb.	**114**	**328**	**73**	**317**	**67**	**41**	**9**	**793**	**215**	**89**

1 Data fra Norsk pasientregister
2 Data fra SSB -IPLOS. Mottakere i løpet av året.
3 Data fra KUHR-HELFO. Total tall vil avvike fra sumtall da det ikke er tatt høyde for flyttinger i løpet av året.
* Tall for KMF-aktivitet i dette kapittelet kan være høyere enn det som kommunene delfinansierer. Dette skyldes at finansieringsgrunnlaget beregnes ut fra data for Innsatsstyrt finansiering, mens data i dette kapittelet inkluderer alle data fra Norsk pasientregister

Tabell 3.5 Relativt nivå av pasienter og mottakere av helse- og omsorgstjenester 80 år og over per 1000 innbygger 2014.

		Relativt nivå									
		Somatisk spes. helsetj.[1]				Omsorgstjenester[2]			Øvrig primærhelsetjeneste[3]		
		Innlagte pas.	Polikl. pas.	Innlagte pas. KMF	Polikl. pas. KMF	Mottakere totalt	Mottakere hj.sykepleie	Mottakere langtidspl	Pas. fastlege	Pas. legevakt	Pas. fysio-terapeut
Region	Sør-Øst	99	97	98	97	99	98	96	100	95	106
	Vest	105	102	105	102	97	98	103	99	96	87
	Midt-Norge	99	103	99	103	105	107	106	101	107	92
	Nord	100	109	102	109	103	108	111	102	126	103
	Norge totalt (prosent)	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
	Norge per 1000 innb.	**346**	**544**	**292**	**539**	**671**	**410**	**171**	**965**	**371**	**130**

1 Data fra Norsk pasientregister
2 Data fra SSB -IPLOS. Mottakere i løpet av året. Sum regioner kan avvike fra nasjonale tall.
3 Data fra KUHR-HELFO. Total tall vil avvike fra sumtall da det ikke er tatt høyde for flyttinger i løpet av året.
* Tall for KMF-aktivitet i dette kapittelet kan være høyere enn det som kommunene delfinansierer. Dette skyldes at finansieringsgrunnlaget beregnes ut fra data for Innsatsstyrt finansiering, mens data i dette kapittelet inkluderer alle data fra Norsk pasientregister

Tabell 3.6 Prosentvis endring i antall pasienter og mottakere av helse- og omsorgstjenester 2011- 2014.

		Prosentvis endring									
		Somatisk spes. helsetj.[1]				Omsorgstjenester[2]			Øvrig primærhelsetjeneste[3]		
		Innlagte pas.	Polikl. pas.	Innlagte pas. KMF	Polikl. pas. KMF	Mottakere totalt	Mottakere hj.sykepleie	Mottakere langtidspl	Pas. fastlege	Pas. legevakt	Pas. fysio-terapeut*
Region	Sør-Øst	0,9	5,2	0,4	5,7	3,8	8,8	-0,9	4,2	2,7	29,7
	Vest	0,7	8,9	1,5	9,0	1,4	2,9	-0,2	5,5	0,0	24,7
	Midt-Norge	0,1	6,3	0,6	6,6	3,9	8,3	-0,9	3,2	-2,1	23,2
	Nord	-2,6	1,9	-1,9	2,2	3,4	6,5	-0,3	1,4	4,8	27,9
	Norge totalt	**0,4**	**5,8**	**0,4**	**6,1**	**3,3**	**7,3**	**-0,7**	**4,1**	**1,6**	**27,6**

1 Data fra Norsk pasientregister.
2 Data fra SSB -IPLOS. Mottakere i løpet av året.
3 Data fra KUHR-HELFO. Total tall vil avvike fra sumtall da det ikke er tatt høyde for flyttinger i løpet av året.
* Tall for KMF-aktivitet i dette kapittelet kan være høyere enn det som kommunene delfinansierer. Dette skyldes at finansieringsgrunnlaget beregnes ut fra data for Innsatsstyrt finansiering, mens data i dette kapittelet inkluderer alle data fra Norsk pasientregister

4. Årsverk i helse- og omsorgstjenestene

Det har vært en sterk økning av sykepleierårsverk i primærhelsetjenesten i perioden fra 2011 til 2014. Sykepleierårsverk i omsorgstjenesten økte i denne perioden med over 12 prosent, mens det tilsvarende tallet for spesialisthelsetjenesten var 5 prosent. Veksten i sykepleierårsverk gjelder i særlig grad sykepleiere med spesialisering.

Mellom 2011 og 2014 har legeårsverkene i spesialisthelsetjenesten økt med 9,9 prosent, mens økningen har vært 10,1 prosent i primærhelsetjenesten.

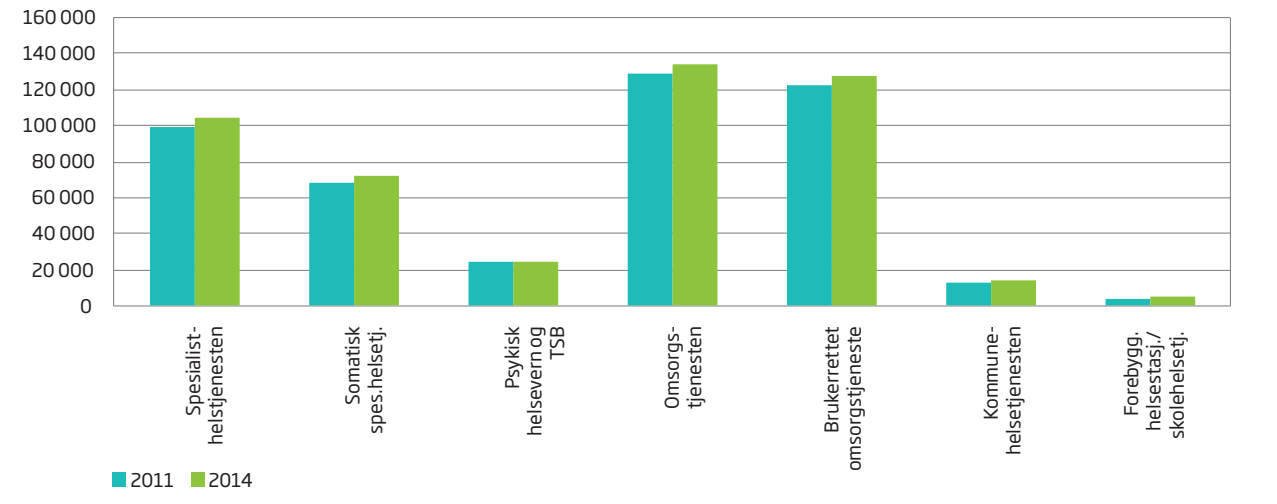
Økningen for fysio- og ergoterapeutårsverk i spesialisthelsetjenesten har vært på kun 1 prosent fra 2011 til 2014, og det har vært en nedgang det siste året (fra 2013 til 2014). I primærhelsetjenesten økte årsverkene med nesten 10 prosent fra 2011 til 2014, på bakgrunn av en økning for alle avtaleformer. Økningen i primærhelsetjenesten fortsatte også i periodens siste år, unntatt for turnuskandidater i fysioterapi.

4.1 ÅRSVERKSUTVIKLINGEN I HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN

Fra 2013 til 2014 økte antall årsverk for spesialisthelsetjenesten totalt med 2,6 prosent. Økningen i primærhelsetjenesten har for samme periode vært mindre enn i spesialisthelsetjenesten. Årsverkene innen omsorgstjenestene har økt med 1,2 prosent, mens kommunehelsetjenesten har økt med 2,2 prosent.

For hele perioden 2011 til 2014 er økningen i spesialisthelsetjenesten 5,9 prosent. For omsorgstjenesten er tilsvarende økning på 4,2 prosent og for kommunehelsetjenesten 7,9 prosent. Det har vært betydelig vekst i årsverk for brukerrettet omsorgs-

Figur 4.1. Totalt antall årsverk i helse- og omsorgstjenesten 2011-2014.



Tabell 4.1 Totalt antall årsverk i helse- og omsorgstjenestene 2011-2014.

	Årsverk			Prosent endr.		Årsverk per 10 000 innbyggere		
	2011	2013	2014	2011-2014	2013-2014	2011	2013	2014
Spesialisthelsetjenesten [1]	98 899	102 079	104 710	5,9	2,6	200	200	203
Somatisk spes. helsetj. ekskl. rehab.[1]	68 093	69 965	72 083	5,9	3,0	137	137	140
Psykisk helsevern[1]	20 435	19 804	20 033	-2,0	1,2	41	39	39
TSB[1]	3 771	3 829	4 050	7,4	5,8	8	7	8
Omsorgstjenesten [2]	128 902	132 694	134 324	4,2	1,2	259	260	260
Brukerrettet tjeneste[2]	122 601	126 483	128 109	4,5	1,3	246	248	248
Brukerrettede tj., m/vdg.fagutd[2]	50 389	51 387	51 694	2,6	0,6	101	101	100
Brukerrettede tj., m/høysk./univ. utd[2]	38 657	42 628	44 299	14,6	3,9	78	83	86
Kommunehelsetjenesten [3]	12 879	13 601	13 900	7,9	2,2	26	27	27
Diagnose, behandling og rehabilitering[4]	7 483	7 960	8 086	8,1	1,6	15	16	16
Skole/helsestasjon[5]	4 161	4 267	4 381	5,3	2,7	9	9	8
Annet forebyggende arbeid[4]	270	283	295	9,3	4,3	1	1	1
Institusjoner for eldre og funksjonshemede[4]	816	934	972	19,1	4,1	2	2	2
Administrasjon[4]	149	157	166	11,4	5,7	0,3	0,3	0,3

1) SSB/ Helsedirektoratet Samdata Spesialisthelsetjenesten 2014 tabell 1.2
2) SSB Statistikkbanken. Pleie- og omsorgstjenesten tabell 07790 F1 konsern.
3) SSB Statistikkbanken. Kommunehelsetjenesten tabell 07798 E1 konsern Kostra funksjoner 120, 232, 233 og 241. Tabell 03807, tabell 0308 og tabell 03809.

tjenester med universitets- og høyskoleutdanning. Prosentvis årsverksvekst for denne gruppa er 14,6.

4.2 LEGEÅRSVERK I HELSE- OG OMSORGSTJENESTENE

Fra 2013 til 2014 økte legeårsverkene med 3,5 prosent i spesialisthelsetjenesten. Dette er høyere enn den tilsvarende veksten i primærhelsetjenesten, som var 2,5 prosent.

For hele perioden samlet fra 2011 til 2014 har økningen i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten vært omtrent like stor, henholdsvis 10,1 og 9,9 prosent. Tallet på legeårsverk økte prosentvis mer enn den totale årsverksveksten for alle personellgrupper i både primær- og spesialisthelsetjenesten mellom 2013 og 2014.

Den totale veksten på 10,1 prosent i primærhelsetjenesten inkluderer blant annet en 7,2 prosents vekst for fastlegeårsverk og en 29,9 prosents vekst for kommunalt ansatte leger. Etter virkeområde er det en vekst i primærhelsetjenesten på 9,5 prosent for diagnose, behandling og rehabilitering. I institusjoner for eldre og funksjonshemmede har legeårsverk økt med 24,8 prosent. Legeårsverkene i skolehelsetjenesten og ved helsestasjonene har holdt seg stabilt i hele perioden.

4.3 SYKEPLEIERE I HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN

Sykepleierårsverkene økte med 3 prosent i spesialisthelsetjenesten fra 2013 til 2014. I omsorgstjenesten var økningen omtrent like stor i samme periode, med en økning på 3,1 prosent.

Fra 2011 til 2014 har økningen vært større i omsorgstjenesten enn i spesialisthelsetjenesten. Sykepleierårsverkene har økt med 12,1 prosent i omsorgstjenesten, og 5,1 prosent i spesialisthelsetjenesten. Veksten i sykepleierårsverk har vært større enn befolkningsveksten i samme periode.

I omsorgstjenesten har den største veksten vært for sykepleiere med spesialitet. Sykepleiere med spesialitet økte med mellom 14 og 25 prosent

Tabell 4.2. Legeårsverk i helse- og omsorgstjenestene 2011-2014.

	Årsverk			Prosent endr.		Årsverk per 10 000 innbyggere		
	2011	2013	2014	2011-2014	2013-2014	2011	2013	2014
Spesialisthelsetjenesten [1]	12 816	13 618	14 089	9,9	3,5	25,7	26,7	27,3
Somatisk spes. helsetj. ekskl. rehab.[1]	9 979	10 685	11 063	10,9	3,5	20,0	20,9	21,4
Psykisk helsevern[1]	1 771	1 821	1 884	6,4	3,5	3,6	3,6	3,6
TSB[1]	142	170	194	36,6	14,1	0,3	0,3	0,4
Kommunehelsetjenesten etter virkeområde[2]	4 837	5 197	5 325	10,1	2,5	9,7	10,2	10,3
Diagnose, behandling og rehabilitering	3 962	4 246	4 340	9,5	2,2	7,9	8,3	8,4
Skole/helsestasjon	210	207	209	-0,5	1,0	0,4	0,4	0,4
Inst. for eldre og funksjonshemmede	427	502	533	24,8	6,2	0,9	1	1
Administrasjon	83	91	95	14,5	4,4	0,2	0,2	0,2
Annet	155	151	148	-4,5	-2,0	0,3	0,3	0,3
Komm.helsetj. etter avtaleform[2]	4 837	5 197	5 325	10,1	2,5	9,7	10,2	10,3
Næringsdrivende fastleger	3 520	3 714	3 774	7,2	1,6	7,1	7,3	7,3
Kommunalt ansatte leger	756	920	982	29,9	6,7	1,5	1,8	1,9
Turnuskandidater	432	443	449	3,9	1,4	0,9	0,9	0,9
Næringsdrivende utenfor fastlegeordn.	129	120	122	-5,4	1,7	0,3	0,2	0,2

1 SSB/ Helsedirektoratet Samdata Spesialisthelsetjenesten 2014 1.2
2 SSB Statistikkbanken. Kommunehelsetjenesten tabell 3807 legeårsverk etter virkeområde og avtaleform.

(avhengig av type spesialitet) fra 2011 til 2014, mens sykepleierårsverk uten spesialitet økte i samme periode med 8,6 prosent. Tendensen mot en større andel spesialiserte sykepleiere i omsorgstjenesten fortsetter. Både endringene i årsverk mellom 2013 og 2014 og for hele perioden viser dette.

For helsestasjonene og skolehelsetjenesten var det en samlet vekst i sykepleiere på 6,2 prosent mellom 2013 og 2014. For perioden mellom 2011 og 2014 var veksten litt større med 9 prosent. Det var en vekst i årsverk for både jordmødre og helsesøstre mellom 2011 og 2014, men for andre sykepleiere var det en nedgang. Nedgangen i antallet «andre sykepleiere» stoppet opp det siste året og viste noe økning. Den sterkeste veksten siste år, gjaldt likevel jordmødre og helsesøstre.

4.4 FYSIO- OG ERGOTERAPUTER I HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN

I spesialisthelsetjenesten økte antallet årsverk for fysioterapeuter og ergoterapeuter med kun 1 prosent i perioden fra 2011 til 2014. Denne økningen var lavere enn befolkningsveksten, og gir en liten nedgang i fysio- og ergoterapeutårsverk per 10 000 innbyggere for perioden samlet. I spesialisthelsetjenesten var det siste år også en nedgang i det faktiske antallet årsverk med slik utdanning. Fra 2013 til 2014 var det en nedgang i fysio- og ergoterapeutårsverk i spesialisthelsetjenesten på -0,7 prosent.

I primærhelsetjenesten var det derimot en vekst i fysio- og ergoterapeuter på 9,7 prosent fra 2011 til 2014. Den årlige veksten siste år var 3,0 prosent. Veksten har særlig vært stor for ergoterapiårsverk i omsorgstjenesten. Fysioterapeuter med fast lønn har økt i mye større grad enn fysioterapeuter med kommunal driftsavtale. For sistnevnte gruppe har veksten vært lavere enn befolkningsveksten i perioden. Mens veksten i årsverksutviklingen i spesialisthelsetjenesten altså har snudd til en nedgang, fortsetter den betydelige veksten i primærhelsetjenesten.

Tabell 4.3 Sykepleierårsverk i helse- og omsorgstjenesten 2011-2014.

	Årsverk			Prosent endr.		Årsverk per 10 000 innbyggere		
	2011	2013	2014	2011-2014	2013-2014	2011	2013	2014
Spesialisthelsetjenesten[1]	34 786	35 518	36 575	5,1	3,0	69,8	69,5	70,8
Somatisk spes. helsetj. ekskl. rehab.[2]	26 775	27 468	28 376	6,0	3,3	53,7	53,8	54,9
Psykisk helsevern[2]	6 191	5 934	5 936	-4,1	0,0	12,4	11,6	11,5
TSB[2]	850	936	1 010	18,8	7,9	1,7	1,8	2,0
Omsorgstjenesten[3]	31 465	34 211	35 281	12,1	3,1	63,1	67,0	68,3
Psykiatrisk sykepleier	1 323	1 476	1 516	14,6	2,7	2,7	2,9	2,9
Geriatrisk sykepleier	1 472	1 672	1 727	17,3	3,3	3,0	3,3	3,3
Andre sykepl. med spesialitet/ videreutdanning	2 308	2 694	2 891	25,3	7,3	4,6	5,3	5,6
Sykepleier uten spesialitet/ videreutdanning	20 263	21 606	22 013	8,6	1,9	40,6	42,3	42,6
Vernepleier	6 099	6 763	7 134	17,0	5,5	12,2	13,2	13,8
Helsestasjon/skolehelsetj.[4]	2 806	2 880	3 058	9,0	6,2	5,6	5,6	5,9
Jordmødre	269	279	288	7,1	3,2	0,5	0,5	0,6
Helsesøstre	2 069	2 177	2 334	12,8	7,2	4,1	4,3	4,5
Andre sykepleiere	468	424	436	-6,8	2,8	0,9	0,8	0,8

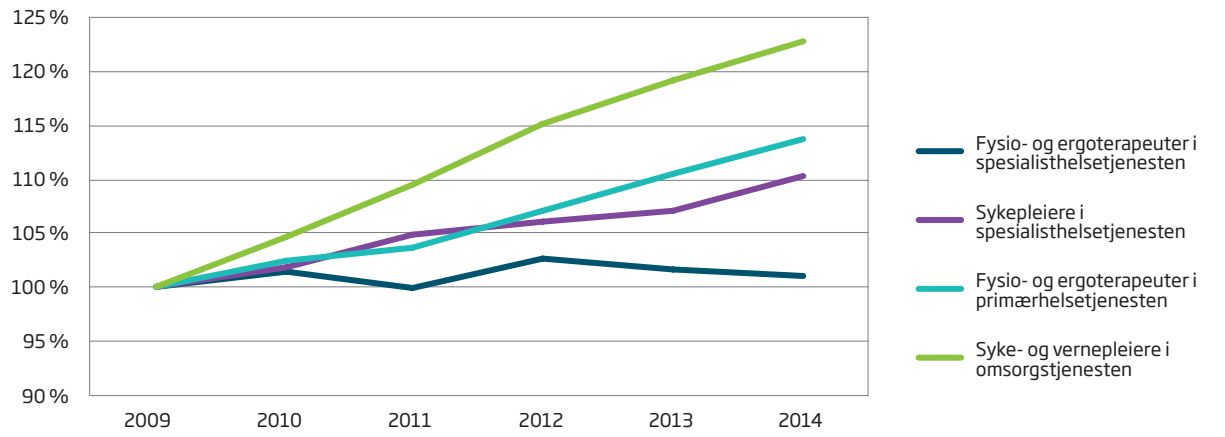
1) SSB Statistikkbanken. Spesialisthelsetjenesten tabell 09457, avtalte årsverk etter helse- og sosialfaglig utdanning og tjenesteområde. Inkludert private avtalespesialister, ambulanse og rehabilitering.
2) SSB/Helsedirektoratet Samdata Spesialisthelsetjenesten 2014 1.2.
3) SSB Statistikkbanken. Pleie- og omsorgstjenesten tabell 09934 Årsverk etter utdanning.
4) SSB Statistikkbanken. Pleie- og omsorgstjenesten tabell 07798 E1 konsern, funksjon 232.

Tabell 4.4 Fysio- og ergoterapeutårsverk i helse- og omsorgstjenesten 2011-2014.

	Årsverk			Prosent endring		Årsverk per 10 000 innbyggere		
	2011	2013	2014	2011-2014	2013-2014	2011	2013	2014
Spesialisthelsetjenesten[1]	2 245	2 285	2 268	1,0	-0,7	4,5	4,5	4,4
Somatisk spesialisthelsetjeneste	1 913	1 979	1 972	3,1	-0,4	3,8	3,8	3,8
Psykisk helsevern	317	291	278	-12,3	-4,5	0,6	0,6	0,5
TSB	16	15	19	18,8	26,7	0	0	0
Primærhelsetjenesten[2,3]	5 078	5 410	5 573	9,7	3,0	10,2	10,6	10,8
Fysioterapeuter m/ driftsavtale[2]	2 619	2 642	2 671	2,0	1,1	5,3	5,2	5,2
Fysioterapeuter m/ fast lønn[2]	1 534	1 730	1 768	15,2	2,2	3,1	3,4	3,4
Turnuskandidater fysioterapi[2]	142	163	158	10,9	-3,6	0,3	0,3	0,3
Ergoterapiårsverk i omsorgstjenesten[3]	782	875	976	24,8	11,6	1,6	1,7	1,9

1) SSB Statistikkbanken. Spesialisthelsetjenesten tabell 9548, årsverk etter yrke og tjenesteområde.
2) SSB Statistikkbanken. Kommunehelsetjeneste tabell 3808, fysioterapeutårsverk i kommunehelsetjenesten etter virkeområde og avtaleform
3) SSB Statistikkbanken. Pleie- og omsorgstjenesten tabell 09934 Årsverk etter utdanning.

Figur 4.2. Prosentvis vekst i årsverk til sykepleiere og fysio-/ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten 2009-2014 (2009=100).

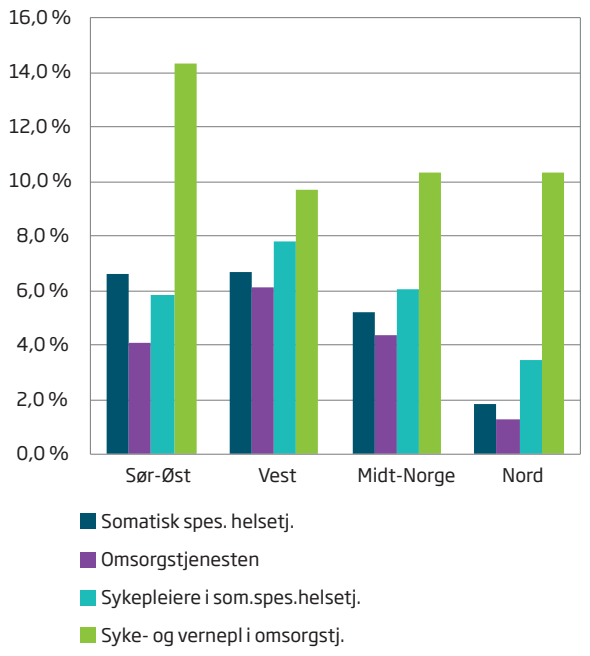


Tabell 4.5. Endring i årsverksinnsats i helse- omsorgstjenestene 2011-2014 etter region.

Årsverk totalt	Årsverk totalt 2014				Prosent endring 2011-2014			
	Sør-Øst	Vest	Midt-Norge	Nord	Sør-Øst	Vest	Midt-Norge	Nord
1 Somatisk spes. helsetj[1].	39 130	14 628	10 035	8 291	6,6	6,7	5,2	1,8
2 Omsorgstjenesten[2]	70 168	28 376	19 816	15 964	4,1	6,1	4,3	1,3
3 Leger i som.spes.helsetj.[1]	6 007	2 234	1 495	1 326	11,9	11,4	10,0	6,4
4 Leger i komm.helsetj.[3]	2 891	1 078	740	616	10,0	11,1	12,9	6,0
- Herav diagn., behandl.og rehab.	2 386	853	607	494	9,3	10,0	13,7	5,2
- Herav inst.for eldre og funksj.hemm.	286	123	68	56	23,7	30,9	24,0	17,5
- Herav næringsdrivende fastleger	2 145	767	562	300	5,5	11,2	12,5	1,0
- Herav kommunalt ansatte leger	458	205	99	220	44,3	16,9	23,8	20,0
5 Sykepleiere i som.spes.helsetj.[1]	15 139	5 652	4 387	3 198	5,8	7,8	6,0	3,5
6 Syke- og vernepleiere i omsorgstj.[4]	17 838	7 843	5 483	4 119	14,3	9,7	10,3	10,3
7 Fysio- og ergoterapeuter som. spes.h.tj.[5]	904	339	250	173	2,3	8,7	5,9	-6,5
8 Ergoterapeuter i omsorgstj.[6]	504	199	161	112	23,2	26,9	24,3	29,1
Fysioterapeuter i komm.helsetj.[7]	2 611	883	603	501	6,2	7,0	10,1	7,2

1) SSB/Helsedirektoratet Samdata Spesialisthelsetjenesten 2014 https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata
2) SSB Statistikkbanken. Pleie- og omsorgstjenesten tabell 07790 F1 Konsern.
3) SSB Statistikkbanken. Kommunehelsetjenesten tabell 3807 Legeårsverk etter virkeområde og avtaleform.
4) SSB Statistikkbanken. Pleie- og omsorgstjenesten tabell 09934 Årsverk etter utdanning.
5) SSB Statistikkbanken. Spesialisthelsetjenesten tabell 09548, årsverk etter tjenesteområde og yrke.
6) SSB Statistikkbanken. Pleie- og omsorgstjenesten tabell 09934 Årsverk etter utdanning.
7) SSB Statistikkbanken. Kommunehelsetjenesten tabell 3808, fysioterapeutårsverk i kommunehelsetjenesten etter virkeområde og avtaleform.

Figur 4.3. Prosentvis endring i totalt antall årsverk, og i sykepleierårsverk, for somatisk spesialisthelsetjeneste og omsorgstjenesten, 2011-2014.



4.5 ÅRSVERKSUTVIKLINGEN I REGIONENE

På landsbasis økte tallet på årsverk i den somatiske spesialisthelsetjenesten med 5,9 prosent i fra 2011 til 2014, mot 4,2 prosent i omsorgstjenesten. Den samme tendensen finnes i alle regionene.

På nasjonalt nivå har legeårsverk økt litt mer for somatisk spesialisthelsetjeneste enn for kommunehelsetjenesten. Det samme har skjedd i alle regioner bortsett fra Midt-Norge. Det er likevel ikke store prosentvise forskjeller i noen av regionene.

Sykepleierårsverk øker mer for omsorgstjenestene på nasjonalt nivå mellom 2011 og 2014 enn i den somatiske spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder for alle regionene. Sør-Øst hadde en spesiell stor vekst i perioden for syke- og vernepleiere i omsorgssektoren, på over 14 prosent for hele perioden. Både i Midt-Norge og i Nord er veksten over 10 prosent i omsorgstjenesten, mens den er rett under 10 prosent i Vest.

4.6 ÅRSVERK PER 10 000 INNBYGGERE

Det er regionale variasjoner i antall årsverk per innbygger.

- Sør-Øst ligger under landsgjennomsnittet når det gjelder årsverksinnsats i både somatisk spesialisthelsetjeneste og omsorgstjenester (se figur 4.4). Somatisk spesialisthelsetjeneste er omkring 3 prosent under landssnittet, mens det for omsorgstjenester er 6,6 prosent under gjennomsnittet.

- Vest har et årsverksnivå som er 3,5 prosent under landsgjennomsnittet i somatisk spesialisthelsetjeneste. For omsorgstjenesten er bildet litt annerledes, med 0,4 prosent over snittet for hele landet.

- I Midt-Norge er årsverksinnsatsen ca. 1,5 prosent over landsgjennomsnittet for den somatiske spesialisthelsetjenesten, mens tilsvarende for omsorgstjenester er over 7 prosent.

- I Nord er antall årsverk per innbygger om lag 24-28 prosent over landsgjennomsnittet i både somatisk spesialisthelsetjeneste og omsorgstjenesten.

Sør-Øst: For Sør-Øst er totale årsverk i omsorgstjenestene i forhold til innbyggere ca. 6 prosent under landsgjennomsnittet. Likevel er legetettheten i primærhelsetjenesten om lag 3 prosent under snittet for hele landet, mens syke- og vernepleiere ligger 10 prosent under gjennomsnittet. For den somatiske spesialisthelsetjenesten er den totale årsverksbeholdningen per innbygger 3 prosent under landsgjennomsnittet. Dette er prosentvis helt likt for legeårsverk i somatisk spesialisthelsetjeneste. Sykepleierårsverk i somatisk spesialisthelsetjeneste er derimot ca. 5 prosent under landsgjennomsnittet. Det er legeårsverk som ligger nærmest landsgjennomsnittet, når man bryter tallene ned på yrkesgrupper. Dette gjelder både innen omsorgstjenesten og innen den somatiske spesialisthelsetjenesten.

Vest: Tallet på årsverk i forhold til innbyggere for omsorgstjenesten i Vest er over landsgjennomsnittet, selv om det kun er med om lag en halv prosent. Legeårsverk per innbygger i primærhelsetjenesten

er nesten 4 prosent under gjennomsnittet for hele landet. Derimot er det i Vest en god dekning av syke- og vernepleiere innenfor omsorgstjenestene. Syke- og vernepleierårsverk ligger om lag 6 prosent over landsgjennomsnittet. Vest har høy sykepleier-innsats i omsorgstjenesten og et lavere tall på legeårsverk per innbyggere. Årsverksinnsatsen for den somatiske spesialisthelsetjenesten i Vest er 3,5 prosent under landsgjennomsnittet. Dersom man ser nærmere på yrkene som vises i figur 4.4, finner man at legeårsverk er 4 prosent under landsgjennomsnittet, mens sykepleierårsverk er 5 prosent under landsgjennomsnittet. Dermed er det en annen tendens for sykepleiere i den somatiske spesialisthelsetjenesten i Vest enn det er innen omsorgstjenestene.

Midt-Norge: Midt-Norge har et nivå på den totale årsverksinnsatsen for omsorgstjenesten, som er mer enn 7 prosent over snittet. Legeårsverkene i primærhelsetjenesten ligger litt over 1 prosent over landsgjennomsnittet. Det tilsvarende tallet for syke- og vernepleiere i omsorgstjenesten er 13 prosent over. Det kan se ut til at et høyere nivå av ressursinnsatsen tas ut som sykepleiere og færre leger for primærhelsetjenesten i Midt-Norge. Den samme tendensen ser man innenfor spesialisthelse-tjenesten i Midt-Norge. Legeårsverk i den somatiske spesialisthelsetjenesten er i underkant 2 prosent under landsgjennomsnittet, mens det tilsvarende tallet for sykepleiere er om lag 13 prosent over.

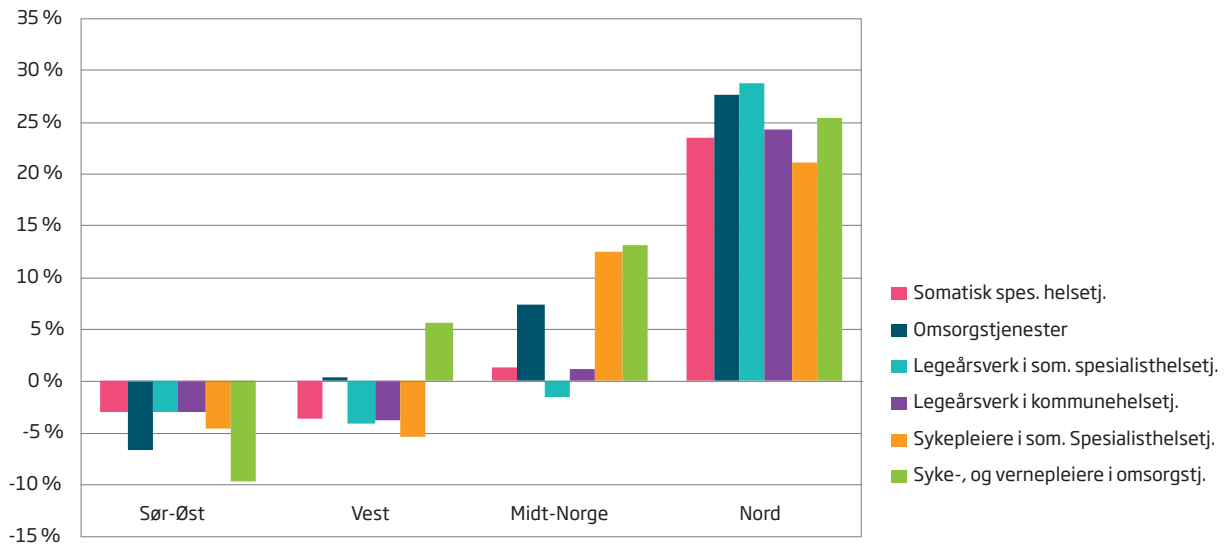
Nord: I Nord er tallet på årsverk i forhold til innbyggere for den somatiske spesialisthelse-tjenesten ca. 24 prosent over landsgjennomsnittet. Tallet for legeårsverk er omtrent 29 prosent over snittet, mens det tilsvarende tallet for sykepleiere er 21 prosent over. Legeårsverk per innbyggere i spesialisthelsetjenesten er med andre ord høy i Nord, og litt høyere enn den er for sykepleiere, selv om sykepleierårsverk per innbygger også ligger høyt over snittet for hele landet. I primærhelsetjenesten i Nord er den totale årsverksinnsatsen for omsorgs-tjenestene i underkant av 28 prosent over landsgjennomsnittet. Syke- og vernepleierårsverk ligger i overkant av 25 prosent over lands-gjennomsnittet, mens for legeårsverk er det i overkant av 24 prosent over snittet for hele landet.

Tabell 4.6. Årsverk i helse- og omsorgstjenesten 2014 per 10 000 innbygger etter region.

	Årsverk totalt per 10 000 innbyggere 2014				
	Sør-Øst	Vest	Midt-Norge	Nord	Totalt
Somatisk spes. helsetj.[1]	135,5	134,6	141,4	172,5	139,5
Omsorgstjenester[2]	242,9	261,1	279,3	332,1	260,0
- Brukerrettet omsorgstjenester	231,4	250,0	265,5	317,2	248,0
Forebygg., helsestasj./skolehelsetj.[3]	7,7	7,4	7,1	9,5	7,7
Legeårsverk i som. spesialisthelsetj.	20,8	20,6	21,1	27,6	21,4
Legeårsverk i komm.helsetj.[4]	10,0	9,9	10,4	12,8	10,3
- næringsdrivende fastleger	7,4	7,1	7,9	6,2	7,3
- kommunalt ansatte leger	1,6	1,9	1,4	4,6	1,9
Sykepleiere i som. spesialisthelsetj.[1]	52,4	52,0	61,8	66,5	54,9
Syke-, og vernepleiere i omsorgstj.[5]	61,7	72,2	77,3	85,7	68,3
Sykepleiere i forebygg., helsetasj. og skolehelsetj.[6]	5,7	5,9	5,5	7,6	5,9
Fysio- og ergoterapeuter i spesialisthelsetj.[7]	3,1	3,1	3,5	3,6	3,2
Fysio- og ergoterapeuter i primærhelsetj.[8]	9,0	8,1	8,5	10,4	8,9

1) SSB/Helsedirektoratet Samdata Spesialisthelsetjenesten 2014 https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata
2) SSB Statistikkbanken. Pleie- og omsorgstjenesten tabell 07790 F1 konsern.
3) SSB Statistikkbanken. Kommunehelsetjenesten tabell 07798 E1 konsern KOSTRA funksjon 232.
4) SSB Statistikkbanken. Kommunehelsetjenesten tabell 3807 Legeårsverk etter virkeområde og avtaleform.
5) SSB Statistikkbanken. Pleie- og omsorgstjenesten tabell 09934 Årsverk etter utdanning.
6) SSB Statistikkbanken. Kommunehelsetjenesten tabell 07798 funksjon 232, sum jordmødre, helsesøstre og andre sykepleiere.
7) SSB Statistikkbanken. Spesialisthelsetjenesten tabell 09548, årsverk etter yrke og tjenesteområde.
8) SSB Statistikkbanken. Kommunehelsetjenesten tabell 3808, fysioterapeutårsverk i kommunehelsetjenesten etter virkeområde og avtaleform, og pleie- og omsorgstjenesten tabell 09934 Årsverk etter utdanning.

Figur 4.4. Årsverk i helse- og omsorgstjenester per 10 000 innbyggere som prosent avvik fra landsgjennomsnittet i 2014 (landsgjennomsnittet = 0).



4.7 VARIASJONER I ÅRSVERKSTETTHET INNAD I REGIONENE

I tillegg til at det er variasjoner i årsverkstetthet i primærhelsetjenesten *mellom* regionene, er det variasjoner *innad* i regionene. Tabell 4.7 viser legeårsverk i kommunehelsetjenesten, brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten og fysioterapeutårsverk i kommunehelsetjenesten, sett i forhold til innbyggertallet i ulike kategorier kommuner, fordelt på region.

Små kommuner med under 5 000 innbyggere har den høyeste tettheten i alle regioner for lege- og fysioterapeutårsverk i kommunehelsetjenesten og brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten. Storbyene har noe lavere dekning enn gjennomsnittet for sin region, med unntak av fysioterapeutårsverk i storbyene i Vest og Midt-Norge, som ligger på snittet. Det er ikke et entydig mønster når det gjelder årsverkstettheten for kommuner med kortere eller lenger reiseavstand til sykehus.

Tabell 4.7. Årsverk per 10 000 innbyggere i helse- og omsorgstjenester etter kommunegruppe 2011, 2013 og 2014. Leger og fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten, samt brukerrettet årsverk i omsorgstjenesten.

		Leger i kommunehelse-tjenesten per 10 000 innb.[1]			Brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten per 10 000 innb.[2]			Fysioterapeutårsverk i kommunene per 10 000 innb.[3]		
		2011	2013	2014	2011	2013	2014	2011	2013	2014
Region	Sør-Øst	9,4	9,9	10,0	230	231	231	8,8	9,0	9,0
	Vest	9,3	9,7	9,9	245	244	250	7,9	8,2	8,1
	Midt-Norge	9,5	10,0	10,4	262	271	265	8,0	8,4	8,5
	Nord	12,4	12,7	12,8	319	318	317	9,9	10,2	10,4
	Totalt	9,7	10,2	10,3	246	248	248	8,6	8,9	8,9
Sør-Øst	Under 5 000 innb.	12,6	13,4	13,2	317	326	314	10,6	11,0	11,2
	5 000 - 19 999 innb. - lengre reiseavstand	8,7	9,6	9,6	246	253	257	8,8	9,5	9,4
	5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand	8,8	9,0	9,1	252	259	272	7,7	8,1	7,9
	Over 20 000 innb. - lengre reiseavstand	8,7	9,3	9,6	229	228	232	8,2	8,6	8,7
	Over 20 000 innb. - kort reiseavstand	9,8	10,6	10,6	249	261	263	9,3	9,5	9,4
	Storby ekskl. Oslo	8,8	9,6	9,7	232	230	227	8,6	8,7	8,9
	Oslo	10,1	9,8	9,8	174	167	166	8,8	8,4	8,4
Vest	Under 5 000 innb.	13,0	13,5	13,7	337	350	338	9,4	10,3	10,3
	5 000 - 19 999 innb. - lengre reiseavstand	9,7	10,1	10,2	265	263	263	7,9	8,1	8,0
	5 000 - 19 999 innb. - kort reiseavstand	9,9	11,2	11,5	268	261	261	7,5	8,1	8,2
	Over 20 000 innb.	7,4	8,0	8,2	207	217	220	6,8	7,0	6,7
	Storby	8,8	9,0	9,2	222	216	231	8,0	8,3	8,1
Midt-Norge	Under 5 000 innb.	12,0	12,6	12,6	351	356	362	9,1	9,6	9,7
	5 000 - 19 999 innb. - lengre reiseavstand	9,5	10,4	10,7	260	270	265	6,8	7,9	7,9
	5 000 - 19 999 innb. - kort reiseavstand	9,2	9,2	9,8	252	276	257	7,6	7,7	8,6
	Over 20 000 innb.	8,9	9,7	10,8	264	275	283	8,7	8,2	8,3
	Storby	8,5	8,4	8,6	207	213	193	7,7	8,6	8,5
Nord	Under 5 000 innb.	16,5	16,9	16,6	416	408	415	12,5	11,0	11,6
	5 000 - 19 999 innb. - lengre reiseavstand	11,5	12,3	12,8	301	309	313	9,9	9,7	10,3
	5 000 - 19 999 innb. - kort reiseavstand	11,8	12,2	12,1	339	338	350	9,8	10,9	10,7
	Over 20 000 innb.	9,6	10,0	10,2	317	298	302	10,2	10,5	10,3
	Storby	9,8	9,8	10,2	211	223	201	9,1	9,3	9,1

1) SSB Statistikkbanken. Kommunehelsetjenesten tabell 3807 Legeårsverk etter virkeområde og avtaleform.
2) SSB Statistikkbanken. Pleie- og omsorgstjenesten tabell 07790 F1 konsern.
3) SSB Statistikkbanken. Kommunehelsetjenesten tabell 3808 Fysioterapeutårsverk i kommunehelsetjenesten etter virkeområde og avtaleform.

DEL 2
Samhandlingsreformen

5. Kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp

Det var mer enn 22 000 innleggelser og over 60 000 liggedøgn i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp fra 1.september 2014 til 31.august 2015. Aktiviteten har økt med nær 7 000 flere innleggelser og 20 000 flere liggedøgn sammenlignet med forrige rapporteringsperiode[14]. Dette gjenspeiler at flere kommuner har kommet i gang med et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp og fått erfaring fra drift i mer enn ett år.

Bruken av det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp, svarer totalt sett til 6 innleggelser per 1 000 innbyggere i de kommunene som har hatt et tilbud med minst ett års drift. Aldersgruppen 80 år og eldre hadde 74 innleggelser per 1000 innbyggere. Dette tilsvarer 17 prosent av innleggelsene på sykehus for øyeblikkelig hjelp i medisinske DRG for denne aldersgruppen.

351 kommuner har mottatt øremerket tilskudd til oppstart av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. I følge innrapporterte data fra kommunene har 323 av disse kommunene et tilbud om kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp per 1.september 2015. Kommunene som har fått tilskudd forventes å komme i gang med et tilbud før årsskiftet. De resterende kommunene må løse det uten øremerkede midler fra staten. Fra 1.1. 2016 har alle kommuner plikt til å tilby et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp.

Kommuner i region Vest har kommet kortest i utbyggingen av et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Dette området har lavest andel kommuner som har mottatt tilskudd og lavest andel med et etablert tilbud. I siste rapporteringsperiode har det vært størst endring i andel kommuner med tilskudd i region Nord. Dette skyldes i stor grad at flere Finnmarkskommuner med etablerte sykestuer har fått tilskudd til å etablere kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp.

Formålet med oppbyggingen av et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp er å unngå sykehusinnleggelser der dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut fra en medisinskfaglig vurdering. Det er likevel vanskelig å påvise at det kommunale tilbudet medfører redusert bruk av sykehus. Kommuner som ikke har etablert et kommunalt tilbud (eller ikke har hatt dette i drift i minst ett år) hadde 1,4 prosent høyere rater for innleggelser på sykehus enn kommuner med et slikt kommunalt tilbud. Det er trolig andre forhold enn de kommunale døgnplassene som best forklarer variasjonene mellom kommuner i nivå av sykehusbruk blant eldre.

14 Rapporteringsperiodene for kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp går fra 1. september til 31. august året etter. Det har vært innrapportert data i tre rapporteringsperioder; (1) 1. september 2012 - 31. august 2013, (2) 1. september 2013-31. august 2014 (3) 1. september 2014-31. august 2015.

5.1 INNLEDNING

Fra 1.1.2016 har kommunene plikt til å sørge for døgntilbud med helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5. Plikten er regulert i egen forskrift og gjelder pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til. I 2015 gjelder plikten somatisk sykdom og pasienter med sykdom knyttet til psykisk helse og rus er inntil videre ikke inkludert. Formålet med oppbyggingen av et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp er å unngå innleggelser i sykehus når dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut i fra en medisinskfaglig vurdering, jf. Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Målgruppen er pasienter der tilstanden og videre behandling er avklart, og der det kan forventes at oppholdstiden ikke overstiger tre dager.

I perioden fra 2012 til 2015, er kommunene gitt mulighet for å søke om tilskudd til å etablere et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Tilskuddsordningen forvaltes av Helsedirektoratet.

Rammen for tilskuddsmidlene og overføringen av ansvar fra spesialisthelsetjenesten til kommunene ble lagt i forarbeidet til Samhandlingsreformen. Samarbeidsavtaler mellom aktuelle kommuner og tilhørende helseforetak om vilkår for tjenesten har vært en forutsetning for tilskuddet. Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

Kommuner som har fått tilskudd til å etablere et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp har fått årlig tilskudd i tråd med disse beregningene. Det har skjedd en gradvis utvidelse av tilskuddsordningen ved at flere kommuner har fått tilskudd. Kommuner som har fått innvilget tilskudd har fått tilskuddet videreført de påfølgende årene, forutsatt normal framdrift. Fra 2016 avvikles tilskuddsordningen og midlene innlemmes i rammetilskuddet til kommunene.

For tredje år på rad er det sendt ut rapporterings-skjema til kommuner som har mottatt tilskudd til å etablere et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Dataene gjør det mulig å få et oversiktsbilde om status og utviklingen i tilbudet. I dette kapittelet gjøres det rede for status for etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbudbasert på innrapporterte aktivitetsdata fra kommunene.

Kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp skal avlaste akuttinnleggelser i sykehus. I dette kapitlet har vi også sett nærmere på i hvilken grad det er mulig å spore en slik effekt.

5.2 OM DATAGRUNNLAGET

For rapporteringsperioden september 2014 til og med august 2015 har Helsedirektoratet mottatt informasjon fra 168 rapporteringsenheter som samlet representerer 350 kommuner[15]. Kommuner som ikke har kommet i gang med tilbudet har rapportert administrativ informasjon om tilbudet. De øvrige har fylt inn informasjon om bruk av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i et Excel-skjema. Rapporteringsskjemaet gir aggregert kommunefordelt informasjonen i 5 ulike tabeller med informasjon om innleggelser og pasienter som har brukt tilbudet. I tillegg er det informasjon om innleggelsesdiagnose og tidspunkt for innleggelse per rapporteringsenhet. Det er ikke mulig å koble informasjon på tvers av tabellene.

Rapporteringsperioden er fra 1.september 2014 til 31.august 2015. I tabellene beskrives dette som 2014-15. Tidligere rapporteringer gjelder samme tidsperiode; 1. september 2012 til 31. august 2013 (2012-13) og fra 1. september 2013 til og med 31. august 2014 (2013-14). Rapporteringsskjema er sendt ut til de kommunene som har kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp lokalisert hos seg. Rapporteringsenhetene rapporterer om bruk av tilbudet i sin helhet og på vegne av alle kommunene som inngår i samarbeidet.

Dersom tilbudet har blitt etablert i løpet av rapporteringsperioden inngår tall fra oppstart av tilbudet. Alle aktivitetstall inngår i oversikts-tabellene, men det tas hensyn til ulik aktivitets-periode når det beregnes rater og beleggsprosent for tilbudet. Antall enheter i de ulike tabellene varierer noe. Årsaken er at noen av rapporterings-enhetene ikke har vært i stand til å levere alle opplysninger som er etterspurt i skjema.

15 Bø kommune i Vesterålen har ikke rapportert data for 2015.

Helsedirektoratet har gitt informasjon om hvilke data som etterspørres i veiledningsmateriellet, regelverket og i utbetalingsbrevet til kommunene. De opplysningene som etterspørres i rapporteringen er likevel ikke lett tilgjengelig for alle enhetene. Dette skyldes manglende rutiner for registrering og eller problem med statistikkuttrekk fra fag-systemene.

Sykestuetilbudet i FInnmark har eksistert i flere år og har flere funksjoner enn å gi døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. I 2015 har Helse Finnmark, i samarbeid med flere kommuner, avtalt å omdefinere deler av sykestuefunksjonen til å utgjøre kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Sykestuetilbudene i Finnmark har egen bevilgning over statsbudsjettet og rapporterer pasientdata tertialvis til NPR. Av den grunn har de ikke vært nødt til å rapportere spesielt om bruk av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Hasvik, Vardø og Vadsø har likevel rapportert og inngår i statistikken for kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp for deler av 2015. Norsk pasient-register har tilrettelagt data for bruk av sykestuene i Finnmark for de samme aktivitetsperiodene som vi har data for kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Ved hjelp av disse dataene sammenlignes forbruksrater i sykestuetilbudet med bruk av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp.

Analysene av innleggelser på sykehus er basert på data fra Norsk pasientregister.

5.3 TILSKUDD TIL Å ETABLERE KOMMUNALT DØGNTILBUD FOR ØYEBLIKKELIG HJELP

Antallet kommuner som har mottatt tilskudd til å etablere et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp har økt fra 111 i 2012 til 351 i 2015. Per 1. september 2015 har 82 prosent av kommunene mottatt tilskudd. I tabell 5.1 vises en oversikt over hvor mange kommuner per region som har mottatt tilskudd per år i perioden fra 2012 til 2015.

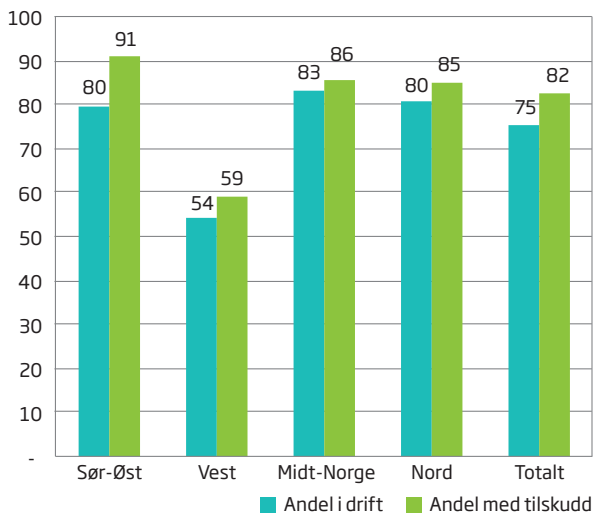
Tabell 5.1 Antall kommuner som har mottatt tilskudd til kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp fra 2012 til 2015.

	2012	2013	2014	2015
Sør-Øst	49	88	128	158
Vest	9	40	49	47
Midt-Norge	30	43	56	73
Nord	23	33	42	73
Totalt	111	204	275	351

Det kan ta noe tid fra tilskuddet blir innvilget til kommunene har fått etablert et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. I figur 5.1 vises en oversikt over andel av kommuner per region som har fått tilskudd og hvor stor andel som har et tilgjengelig kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp per 1.september 2015.

Figur 5.1 viser at det er 59 prosent av kommunene i region Vest som har mottatt tilskudd, mens tilsvarende andel av kommunene i Sør-Øst er 91 prosent. I Vest er andelen med tilskudd lavere i 2015 enn i 2014. Dette skyldes forsinket oppstart av et interkommunalt samarbeid i Voss og Hardanger som har medført at tilskuddet ble holdt tilbake i 2015. Region Vest har også lavest andel kommuner med et tilbud i drift (54 prosent). I region Nord har det skjedd en betraktelig økning siste år, både i antall kommuner med tilskudd, og i kommuner med etablert tilbud. I løpet av 2015 har 16 nye kommuner i Finnmark

Figur 5.1 Andel kommuner som har mottatt tilskudd til etablering av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp og andel kommuner som har startet et slikt tilbud per 31.august 2015.



mottatt tilskudd. 13 av disse har fra før etablerte sykestuer som har blitt finansiert via eget tilskudd. I disse kommunene er det gjort en endring i samarbeidsavtalene med Helse Finnmark som har medført at deler av sykestuetilbudet er omgjort til et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Omgjøringen av tilbudet er gjort i løpet av 2015 og endringen har bidratt til at 80 prosent av kommunene i region Nord er registrert med et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp.

Kommunene har rapportert dato for oppstart av døgntilbudet og vi har ut fra denne gruppert tilbudene etter hvilken rapporteringsperiode de har blitt etablert i. I figur 5.2 gis en regionvis oversikt over hvor stor andel av befolkningen som har fått tilgang til et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i løpet av de tre rapporteringsperiodene. Enkelte kommuner hadde kommet i gang med døgntilbud før tilskuddsordningen ble etablert. Disse er merket som tilbud med oppstart før 2013 og utgjør 5,4 prosent av befolkningen. Figuren viser at tilbud som startet opp i løpet av rapporterings-perioden 2013-14 ga størst utslag for tilgjengelighet til døgntilbud for øyeblikkelig hjelp, ikke minst fordi Oslo kommunes tilbud ble etablert da. Samlet sett er det per 1.september 2015 omkring 22 prosent av befolkningen som ikke har et tilbud om kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp.

Bergen kommune i Vest og Tromsø kommune i Nord har per 1.september ikke kommet i gang med døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Dette er store kommuner og betyr derfor mye for hvor stor andel av befolkningen som ikke har et tilbud i disse regionene.

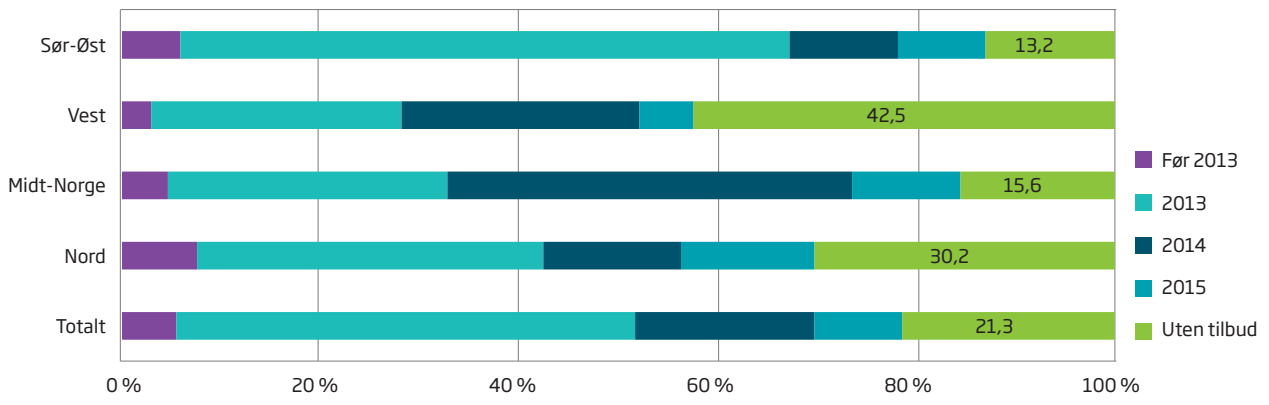
5.4 HVA KJENNETEGNER KOMMUNER SOM IKKE HAR KOMMET I GANG?

Det er 77 kommuner som må starte opp et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i 2016 uten særskilt oppstartstilskudd. Kommunene tilhørende region Vest har lavest andel med kommuner som har mottatt tilskudd til kommunalt døgntilbud til øyeblikkelig hjelp, og har dermed også lavest andel av befolkningen tilknyttet tilbudet. I Vest er det særlig de små kommunene som ikke har kommet i gang med et slikt tilbud. 60 prosent av kommunene med færre enn 5 000 innbyggere i Vest har ikke startet opp et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp, men Bergen kommune har heller ikke kommet i gang.

I landet for øvrig er andelen kommuner uten kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp omtrent like høy/lav i både store og små kommuner. Deloitte (2014)[16] gjennomførte høsten 2014 en undersøkelse blant kommuner som på det tidspunktet ikke hadde kommet i gang med et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. De fant at noen kommuner hadde utfordringer knyttet til det interkommunale samarbeidet i planleggings- og oppstartsfasen. Mangel på ressurser/kapasitet i kommunen var i noen tilfeller også årsak til forsinkelse/stopp i etableringsfasen kommunale øyeblikkelig hjelps-tilbud. Noen kommuner, spesielt i Nord, viste til at de allerede

16 Deloitte(2014). Spørreundersøkelse om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene. Kartlegging av status for kommuner som ikke har søkt om tilskudd til etablering og drift av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold per 01.03.2014. Oppdrag fra Helsedirektoratet oktober 2014.

Figur 5.2 Andel av befolkningen med tilgang til kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp etter region og tids-punkt for oppstart av tilbudet.



hadde etablert et døgntilbud for øyeblikkelighjelp, herunder sykestuetilbud.

5.5 HVOR ER TILBUDET LOKALISERT?

Kommunene kan velge å organisere tilbudet alene eller gjennom et interkommunalt samarbeid. 95 av rapporteringsenhetene representerer enkeltkommuner, mens de resterende er interkommunale samarbeid med inntil 12 deltakende kommuner. Dette gir en variasjonsbredde i organiseringen av tilbudet og nærhet til tilbudet. Rambøll[17] har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomført en kartlegging av bruk av tilbudet i interkommunale samarbeid. Rapporten bygger på intervjuundersøkelse blant ansatte i åtte interkommunale samarbeid. Erfaringene derifra viste at vertskommunene har tatt sterkest ansvar for organisering av tjenesten og bruker også tilbudet mest. Hole mfl(2015[18]) beskriver erfaringer med organisering av øyeblikkelig hjelp tilbud i kommuner som har organisert tilbudet på egen hånd. Det vises der til at lokal organisering ble valgt for å styrke fagmiljøene i sykehjemmene og at erfaringene ga et pasientnært og fleksibelt tilbud.

I tabell 5.2 vises fordelingen mellom ulike lokaliseringer for kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp for rapporteringsperiodene 2013-14 og 2014-15. Data inkluderer alle rapporteringsenheter som har rapportert data uavhengig av om de har kommet i drift eller ikke. Kategoriene er ikke gjensidige utelukkende og det kan være at tilbudet finnes i samme bygning som både legevakt og sykehjem. Skinner [19] viste med basis i informasjon fra kommuner som startet opp i 2012/2013 at 71 prosent av kommuner med egen legevakt organiserer eget døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Blant kommuner som inngikk i samarbeid om legevakt valgte kommunene i stor grad (79 prosent) å samarbeide med (mange av) de samme kommunene. De nye tilbudene som har kommet i gang det siste året gjelder i stor grad mindre kommuner som har organisert tilbudet i tilknytting til kommunalt sykehjem. Dette har gitt en økning i antall og andel av tilbudene lokalisert ved sykehjem.

Lokalisering av tilbudet i interkommunale ordninger versus kommunale tilbud er problematisert av bl.a. Grimsmo og Løhre[20]. Det ble vist til at lang reiseavstand til kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i interkommunalt samarbeid medførte ønsker om å etablere tilbud lokalt.

5.6 BRUKERE AV TILBUDET

I rapporteringen fra kommunene hentes det inn informasjon om kjønns- og aldersfordelingen for pasientene som har brukt det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp. Dersom en pasient har hatt flere innleggelser vil det være avvik mellom antallet innleggelser og antallet pasienter.

Alders- og kjønnsfordelingen er oppgitt for 19 835 pasienter i rapporteringsperioden 2014-15. Oversikten viser at tilbudet i hovedsak blir brukt av eldre pasienter. I 2015 var 76 prosent av innlagte pasienter over 67 år og over halvparten var 80 år eller eldre. 62 prosent av pasientene var kvinner.

Figur 5.3 viser at det har vært små endringer i pasientenes alderssammensetning fra 2013 til 2015[21]. Den største relative økningen i bruk av tilbudet har vært for pasienter over 90 år, med tilsvarende nedgang i andelen pasienter i alderen 50-66 år.

5.7 LIGGETID

Det foreligger informasjon om liggetidsfordelingen for 22 012 innleggelser i tilsammen 130 enheter fra rapporteringsperioden 2014-15. Tallene er framstilt

17 Rambøll(2015) Øyeblikkelig hjelp døgtilbud – bruk av plassene ved interkommunalt samarbeid.

18 Torstein Hole, Johan Barstad, Solfrid Teigen og Marit Kvangarsnes(2015) Øyeblikkelig hjelp-døgnopphald i seks kommunar på Sunnmøre. Tidsskrift for Den norske legeforening no 17 2015 153-7.

19 Marianne Sundlisæter Skinner (2014): Kommunenes planer for øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Senter for omsorgsforskning – Rapportserie nr. 5 2014.

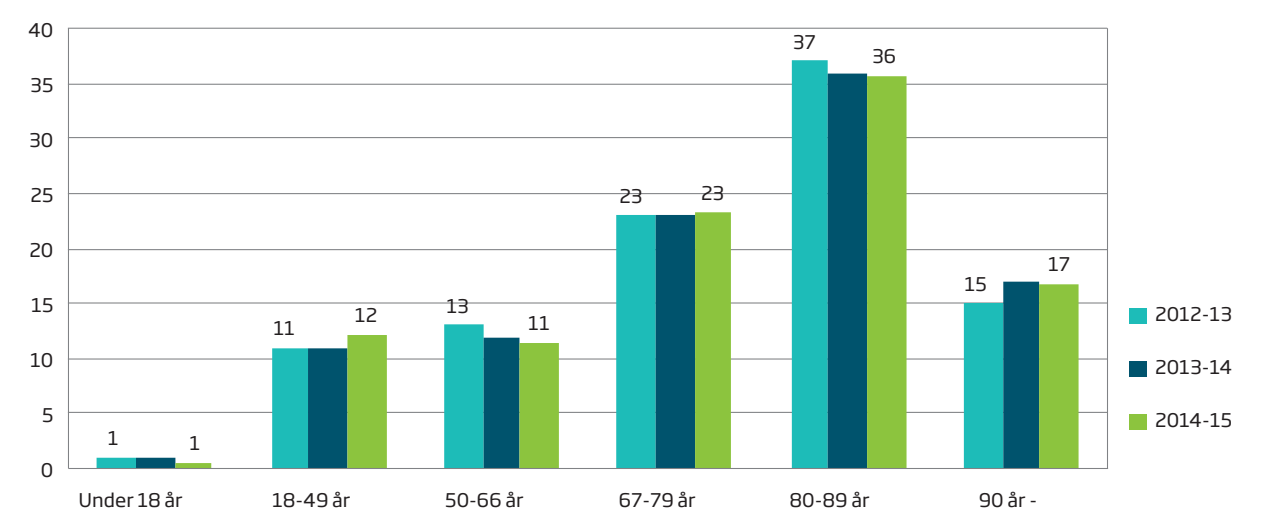
20 Anders Grimsmo og Audhild Løhre(2014) Erfaringer med etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Utposten 2014(4)43 14-17.

21 2015 representerer rapporteringsperioden fra 1. september 2014 til og med 31. august 2015.

Tabell 5.2 Lokalisering av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp etter rapporteringsperiode.

	Rapporteringsperiode 2013-14		Rapporteringsperiode 2014-15	
	Antall	Andel	Antall	Andel
Sykehjem	65	58	110	64
Legevakt	16	14	21	12
LMS/DMS	21	19	30	17
Annet	10	9	12	7

Figur 5.3 Aldersfordeling (prosent) for pasienter innlagt i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp etter rapporteringsperiode.



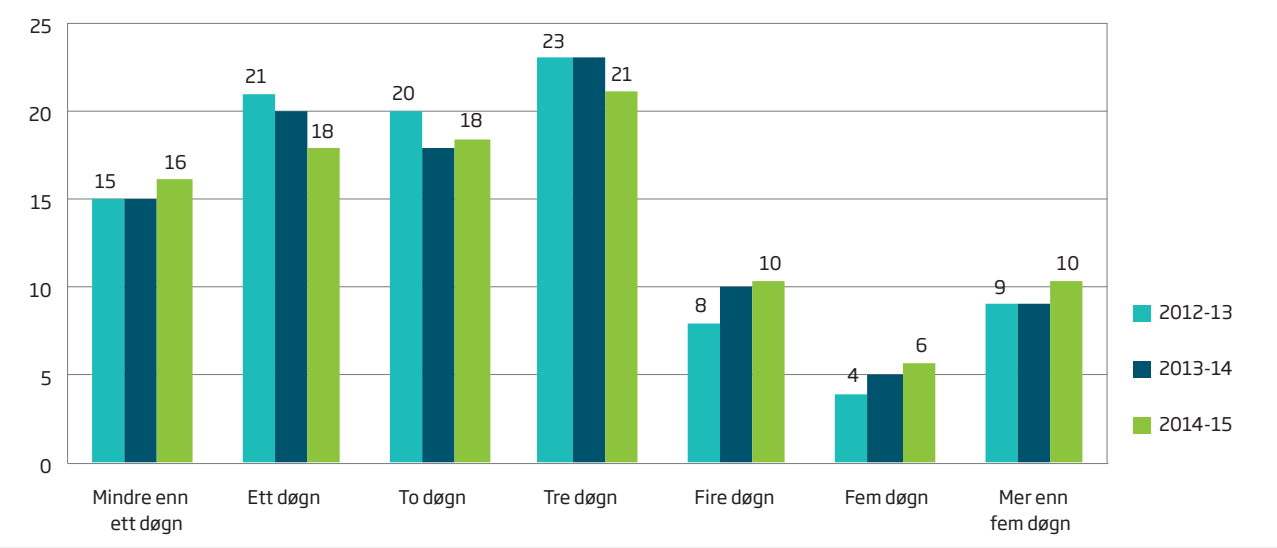
i figur 5.4 og viser at 74 prosent av alle innlagte pasienter hadde oppholdstid på inntil tre dager. Gjennomsnittlig oppholdstid er beregnet til 2,7 døgn. Det er noe flere kortvarige opphold i rapporteringsperioden 2014-15 enn i forrige periode (2013-14). Endringen gjelder opphold med varighet under ett døgn, samt noen flere opphold med liggetid ut over 3 døgn.

Helsedirektoratet har i veilederen anbefalt, at opphold i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp bør avgrenses til 72 timer. Det er viktig at denne ikke brukes som absolutt norm, men at behandlingsplan og medisinskfaglige vurderinger styrer liggetiden, slik at pasienten ikke skrives ut eller henvises videre før det er faglig forsvarlig. Det er liggetidsfordelingen som ligger til grunn for beregningen av antall liggedøgn i tilbudet. Innleggelser med kortere varighet enn en liggedag regnes som 0,5 liggedager og opphold med mer enn fem dager antas å utgjøre 7 liggedager. For enheter der liggetidsfordelingen ikke er oppgitt, benyttes gjennomsnittlig liggetid per innleggelse som grunnlag for beregningen av liggedøgn. Ut fra dette estimeres antall liggedager i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp til 60 711 liggedager i 2015.

5.8 STATUS FOR OPPSTART AV KOMMUNALT DØGNTILBUD FOR ØYEBLIKKELIG HJELP

Per 1.september 2015 var det 499 plasser i det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp. Det gir en økning på 41 plasser sammenlignet med tilsvarende tall fra fjorårets rapportering. Sammenlignes antall plasser som har vært i drift i mer enn ett år, er økningen på 127 plasser. Antallet plasser i de enkelte tilbudene varierer fra 0,1 til 73 plasser. Skinners analyse av søknadene om tilskudd fra 2012

Figur 5.4 Liggetidsfordeling for innleggelser i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp etter rapporteringsperiode.



og 2013, forsøkte å finne ut om disse plassene representerte en nyetablering, eller om det var omgjøring av eksisterende tilbud ([22]). Hun konkluderte med at det trolig var en jevn fordeling av nyetableringer og konverteringer av eksisterende senger.

Det var 22 419 innleggelser i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i perioden fra 1.september 2014 til og med 31.august 2015. Det har vært en økning på nær 7000 innleggelser fra 2014 til 2015. Størst økning i antall innleggelser i kommuner tilhørende region Sør-Øst og region Vest. Med basis i informasjon om liggetidsfordelingen er det estimert at økningen i innleggelser er på nær 20.000 liggedøgn.

Det er interessant å se hvordan innleggelser og liggedøgn har utviklet seg siste år avhengig av driftstiden for tilbudene. I tabell 5.4 vises endringen i innleggelser etter tidspunktet for oppstarten av tilbudet. Tilbud som har blitt etablert i løpet av siste rapporteringsår, har hatt kun 1505 innleggelser i siste rapporteringsperiode (2014-15). Kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i sykestuene i Finnmark er ikke inkludert og kommer i tillegg.

Rapporteringsenhetene inngår i materialet fra det tidspunktet hvor de er etablert og de tilbudene som har kommet i gang i løpet av det siste året vil ha ulik driftsperiode. I tabell 5.3 vises at det er størst prosentvis økning i antall innleggelser for tilbud som er etablert i 2014. Dette er tilbud som kom i gang i løpet av forrige rapporteringsperiode og som den gang ikke inngikk med data fra hele perioden.

Tilbud som ble etablert i løpet av 2013 eller tidligere, har hatt den største økningen i antall innleggelser i siste rapporteringsperiode. I disse tilbudene har aktiviteten økt med 25 prosent i siste periode. Dette indikerer at det kan ta noe tid fra et tilbud starter opp til det når sitt potensiale for utnyttelse og bruk.

Bruk av det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp

I tabell 5.5 vises bruken av det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp for enheter som har levert driftsdata for hele rapporteringsperioden i 2013-14 eller 2014-15. Innleggelsene blir sammenholdt med innbyggertallet i de tilhørende kommunene og tabellen viser rater per 1 000 innbygger etter region. I rapporteringsperioden 2014-15 inngår både flere innleggelser og flere kommuner/innbyggere, men forholdet mellom innleggelser og innbyggertall var stabilt. I rapporteringsperiodene for både 2013-14 og 2014-15 tilsvarer innleggelsene i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp fra 5 til 6 innleggelser per 1 000 innbygger. For

22 Marianne Sundlisæter Skinner (2014): Kommunenes planer for øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Senter for omsorgsforskning – Rapportserie nr. 5 2014.

Tabell 5.3 Antall plasser, innleggelser og liggedager i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp etter rapporteringsperiode.

	Antall plasser			Innleggelser			Estimerte liggedøgn		
	2012-13	2013-14	2014-15	2012-13	2013-14	2014-15	2012-13	2013-14	2014-15
Sør-Øst	181	269	296	1 738	8 726	13 308	4 769	22 893	35 395
Vest	67	68	75	926	2 388	3 442	1 877	5 717	9 117
Midt-Norge	47	67	75	950	2 202	2 704	2 372	6 415	7 874
Nord	45	55	53	1 224	2 110	2 965	2 240	5 136	8 326
Totalt	339	458	499	4 838	15 426	22 419	11 257	40 160	60 711

Tabell 5.4 Endring i innleggelser fra rapporteringsperioden 2013-14 til perioden 2014-15 etter tidspunkt for oppstart av det kommunale døgntilbudet.

	Oppstartsår for det kommunale døgntilbudet			
	2013 eller før	2014	2015	Totalt
Sør-Øst	2 471	1 147	964	4 582
Vest	425	398	231	1 054
Midt-Norge	-54	324	232	502
Nord	524	206	125	855
Totalt	3 366	2 075	1 552	6 993
Prosent endring fra periode 2013-14 til periode 2014-15	25	98	-	45

aldergruppen 80 år og over har de estimerte ratene økt fra 62 til 74 innleggelser per 1000 innbygger.

I 2015 har 13 kommuner med etablert sykestue fått tilskudd til å etablere kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. I disse kommunene er deler av sykestueaktiviteten omdefinert til et kommunalt døgntilbud. Omgjøring av plassene skjedde i løpet av 2015 og der har det formelt sett ikke vært et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i hele rapporteringsperioden. Alle kommunene i Finnmark med sykestuetilbud gis spesiell finansiering over statsbudsjettet og de rapporterer data til Norsk pasientregister. For å sammenligne aktivitetsnivået har vi beregnet rater per innbygger for dette tilbudet. Dataene fra sykestuevirksomheten er avgrenset til døgnopphold som er registrert som øyeblikkelig hjelp. Det går fram at rater per innbygger er vesentlig høyere både for befolkningen totalt sett og for befolkningen 80 år og over. Sykestuene i Finnmark har lang tradisjon og på grunn av lang avstand til sykehus blir sykestuetilbudet også sett på som en del av den desentrale spesialisthelsetjenesten i Nord [23].

23 Helse Nord Nytt nr. 6-2007 Prosjektrapport fra Styringsgruppa «Videreutvikling av sykestuefunksjonen i Helse Nord»

Tabell 5.5 Antall innleggelser i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i kommuner hvor tilbudet har vært i minst ett års drift etter rapporteringsperiode og region. Innleggelser totalt og per 1000 innbygger.

	Innleggelser totalt (N=)				Innleggelser per 1000 innbygger			
	Kommunalt øhjelps-tilbud		Sykestuer i Finnmark		Kommunalt øhjelps-tilbud		Sykestuer i Finnmark	
	2013-14	2014-15	2013-14	2014-15	2013-14	2014-15	2013-14	2014-15
Sør-Øst	8 423	12 344	-	-	4	5	-	-
Vest	1 281	3 211	-	-	4	6	-	-
Midt-Norge	1 671	2 472	-	-	7	5	-	-
Nord	1 929	2 840	2 155	2 152	10	10	29	28
Totalt	13 304	20 867	2 155	2 152	5	6	-	-

	Innleggelser av pasienter 80 år+ (N=)				Innleggelser per 1000 innbygger 80 år+			
	Kommunalt øhjelps-tilbud		Sykestuer i Finnmark		Kommunalt øhjelps-tilbud		Sykestuer i Finnmark	
	2013-14	2014-15	2013-14	2014-15	2013-14	2014-15	2013-14	2014-15
Sør-Øst	4 642	6 632	-	-	57	71	-	-
Vest	913	1 506	-	-	60	74	-	-
Midt Norge	616	1 474	-	-	50	64	-	-
Nord	895	1 460	445	492	90	111	206	229
Totalt	7 067	11 071	445	492	62	74	206	229

Henvisninger til det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp

Innleggelse i døgntilbud for øyeblikkelig hjelp krever henvisning fra lege. I 65 prosent av tilfellene er det legevaktslege som har henvist pasienten til kommunal omsorg, mens det i 24 prosent av tilfellene er fastlegen som er henvisende lege. Henvisningene er fordelt mellom dagtid, kveld og helgedager. I 70 prosent av tilfellene har henvisningen skjedd utenfor fastlegenes kontortid. Det indikerer at pasienten har behov for akutthjelp og at innleggelsene kan være et alternativ til innleggelse i sykehus. Fordelingen av henvisende instans og tidspunktet for henvisningen har endret seg lite i de tre rapporteringsperiodene. Andel henvisninger fra lege i akuttmottak har økt fra 6 til 8 prosent. Dette skyldes at enkelte tilbud har åpnet for at også spesialisthelsetjenesten kan henvise til kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp.

Integrasjon av det kommunale døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i den helhetlige akuttmedisinske kjeden er en utfordring. I områder der legevakt blir organisert med innleie av leger har det i særlig grad vært utfordringer knyttet til å gjøre legene kjent med og trygg på det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp[24]. En analyse av legevaktdata fra 2011 viste at reiseavstand og organisering av legevaktstilbudet påvirker bruken av legevakten. Lang reiseavstand til legevakt, reduserer bruken av denne. Kommuner med egen legevaktsordning har høyere bruk av legevakt enn kommuner med samlokalisert legevakt (fler-kommunevakt) eller legevakt lokalisert i tilknytting til sykehus[25]. 65 prosent av henvisningene til kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp kommer fra legevakt (se tabell 5.6). Det er derfor mulig at organiseringen og bruken av det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp påvirkes på samme vis. Andre analyser[26] indikerer imidlertid at det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp har hatt mindre effekt på sykehus-bruken i vertskommunene enn i samarbeidskommu-nene. Det argumenteres der for at tilbudet alltid kommer som et tillegg til eksisterende tilbud i

24 Deloitte(2014) Undersøkelse om bruken av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene. Oppdrag fra Helsedirektoratet oktober 2014.

25 Raknes, Morken og Hunskår(2014) Reiseavstand og bruk av legevakt. Tidsskrift for Den norske legeforening 2014:134:2151-5.

26 Terje P. Hagen, Universitetet i Oslo, Foredrag på erfaringskonferan-se for kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud 24. november 2015, Scandic Oslo Airport.

Tabell 5.6 Oversikt over hvilken instans som har henvist til døgntilbud for øyeblikkelig hjelp og tidspunkt for innleggelsene. Data fra rapporteringperioden 2014-15.

Hvem er pasienten henvist fra?	Antall innleggelser	Andel av innleggelsene	Antall rapporterings-enheter
Legevaktslege	13 632	65	
Fastlege	5 024	24	
Annen lege i kommunen	381	2	
Lege i akuttmottak eller spesialisthelsetjenesten	1 743	8	
Annet	281	1	
Totalt	21 061	100	129
Tidspunkt for innleggelsen:			
Dagtid hverdager (08.00-15.30)	5 866	30	
Kveld hverdager (15.31-23.00)	6 844	35	
Natt hverdager (23.01-07.59)	2 409	12	
Helg og høytidsdager	4 288	22	
Totalt	19 407	100	126

Tabell 5.7 Oversikt over hvilket sted pasienten kommer fra og utskrives til. Data fra rapporteringsperioden 2014-15.

	Antall innleggelser	Andel av innleggelsene	Antall rapporterings-enheter
Hvor kommer pasienten fra?			
Hjemmet	20 181	90	
Kommunal inst./bolig med heldøgns omsorgtj.	1 008	5	
Spesialisthelsetjenesten	924	4	
Annet	192	1	
Totalt	22 302	100	131
Hvor sendes pasienten etter innleggelsen?			
Hjemmet	14 141	63	
Kommunal inst./bolig med heldøgns omsorgstj.	4 498	20	
Spesialisthelsetjenesten	3 270	15	
Annet	423	2	
Totalt	22 332	100	130

samarbeidskommunene, mens det kan erstatte allerede eksisterende tilbud i vertskommunene.

90 prosent av pasientene som legges inn i det kommunale døgntilbud for øyeblikkelig hjelp kommer fra eget hjem. Tilbudet blir også brukt av pasienter som før innleggelsen var på kommunal institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester. 4 prosent var i spesialisthelsetjenesten før innleggelse, og ¾ av disse registreringene er knyttet til 5 av rapporteringsenhetene. Disse enhetene ser i noen grad ut til å benytte observasjon av pasienten i spesialisthelsetjenesten i forkant av innleggelse i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp.

Samlet sett var det 96 686 innleggelser på sykehus for øyeblikkelig hjelp i medisinske diagnoser i rapporteringsperioden 2014-15 (se tabell 5.11). I kapittel 3 viser vi at det var 79 538 konsultasjoner hos legevakt for pasienter over 80 år i 2014. I tillegg kommer om lag 15 000 konsultasjoner i sykebesøk. Tallene sier noe om at sykehusinnleggelser for

pasienter over 80 år også skjer uten forutgående kontakt med legevakt. Mulighet for å bruke kommunalt døgntilbud for øyeblikkelighjelp etter forutgående undersøkelse og avklaring i akutt-mottak kan derfor være hensiktsmessig. Dette påpekes også i Norsk forening for allmennmedisin veileder[27].

Årsaker til innleggelse

Rapporteringsenhetene er bedt om å rapportere fordelingen av innleggelsesdiagnoser for pasientene. Grupperingen etter diagnose skjer etter ICPC-2 kodeverk og angis etter hvilket hovedkapittel diagnosen tilhører. I utgangspunktet skal det oppgis en hoveddiagnose som årsak til innleggelsen i det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp. For enkelte av rapporteringsenhetene er antallet diagnoser høyere enn antallet innleggelser, det vil si at det er rapportert flere samtidige diagnoser som årsak til innleggelsene. På et generelt grunnlag vil de pasienter som er aktuelle for et kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold være de samme som hyppig blir lagt inn i sykehus, jf. Helsedirektoratets veileder. Det avgjørende er hvilke pasienter som kan gis et faglig forsvarlig tilbud. Veilederen peker på to hovedgrupper av pasienter. Stabile pasienter med avklart diagnose men med akutt sykdom og stabile pasienter med uavklart diagnose som trenger observasjon og utredning.

Diagnosefordelingen for innleggelsene har vært forholdsvis stabil i de tre rapporteringsperiodene. De tre største diagnosegruppene i 2015 har vært de samme i alle rapporteringene, men har endret innbyrdes plassering. Muskel-skjellet systemet har blitt største diagnosegruppe og utgjør innleggelses-årsak til 20,6 prosent av innleggelsene. Luftveier med 18 prosent og A allmenn og uspesifisert med 15,5 prosent er de diagnosegruppene som følger etter. Størst endring i prosentpoeng siste år observeres for diagnoseblod, bloddannende organer og immunsystem med en reduksjon på 1,6 prosent, mens det er økning i diagnose fordøyelsessykdom-mer med 1 prosentpoeng.

27 Norsk forening for allmennmedisin (2014) Medisinsk veileder for kommunale akutte døgnplasser(KAD).

Tabell 5.8 Antall innleggelser i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp etter hovedkapittel i ICPC-2. Data fra rapporteringsperioden 2014-15.

Diagnose	Antall	Andel
A Allmenn og uspesifisert	3 484	15
B Blod, bloddannende organer og immunsystem	433	2
D Fordøyelsessystemet	2 382	11
F Øye	43	0
H Øre	72	0
K Hjerte-karsystemet	1 055	5
N Nervesystemet	853	4
P Psykisk	788	4
R Luftveier	4 042	18
S Hud	551	2
T Endokrine, metabolske, ernæringsforhold	1 524	7
U Urinveier	1 815	8
W Svangerskap, fødsel, familieplanlegging	287	1
X Kvinnelige kjønnsorganer (inkl bryst)	48	0
Y Mannlige kjønnsorganer	59	0
Z Psykososiale og sosiale problemer	424	2
L Muskel-skjelett-systemet	4 645	21
Totalt	22 505	100

5.9 OPPHOLDSTID OG BELEGGS-PROSENT

Dersom vi teller innleggelser som er kortere enn ett døgn som 0,5 liggedager, og antar at innleggelser som er registrert som mer enn fem døgn har et gjennomsnitt på 7 liggedager, har det vært 60 711 liggedøgn ved det kommunale døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i løpet av rapporteringsperioden fra 2014-15. Dette tilsvarer en vekst på 46 prosent siden forrige rapporteringsperiode (2013-14). Som tidligere nevnt er økningen særlig knyttet til at flere av rapporteringsenhetene har hatt årskontinuerlig drift. I forarbeidet til samhandlingsreformen ble det beregnet at det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp samlet sett ville utgjøre 240 000 liggedøgn.

Dersom vi ser antall liggedager per rapporterings-enhet i sammenheng med rapporterte plasser og antall dager hvor plassene har vært tilgjengelig for

Tabell 5.9 Estimerte liggedøgn, kapasitet og beleggsprosent i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp etter region. Data fra rapporteringsperioden 2014-15.

	Estimerte liggedøgn		Estimert kapasitet		Estimert beleggsprosent	
	Totalt	Komm. med minst 1 års drift	Totalt	Komm. med minst 1 års drift	Totalt	Komm. med minst 1 års drift
Sør-Øst	35 341	33 445	102 628	95 378	34	35
Vest	9 117	8 481	26 057	23 298	35	36
Midt-Norge	7 784	7 433	24 874	23 214	31	32
Nord	8 226	7 996	18 031	17 155	46	47
Totalt	60 468	57 354	171 589	159 045	35	36

bruk, beregnes beleggsprosenten i døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp til 35 prosent totalt. Det er store variasjoner mellom enhetene og beleggsprosenten varierer mellom 3 og 240 prosent. Når beleggsprosenten er beregnet høyere enn 100 prosent må det sees i sammenheng med innrapportert antall plasser i tilbudet. I små enheter som organiserer tilbudet i sammenheng med sykehjem kan plassene brukes fleksibelt og innrapporterte plasser trenger ikke være en absolutt grense for kapasiteten.

Det er en tendens i materialet til at små enheter har høyere beleggsprosent enn større enheter, men det gjelder for få plasser og variasjonene er store. Erfaringene så langt, er at det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp har blitt brukt i mindre grad enn forventet.

I tabell 5.10 vises beregnet beleggsprosent avhengig av når tilbudet ble etablert. Tabellen gir fordeling per region og etter hvilken rapporteringsperiode tilbudet startet opp. Oversikten viser at beleggsprosenten er høyest for tilbudene som har vært i drift lengst. Når det gjelder tilbud som ble etablert i løpet av rapporteringsperioden 2015 er det ved beregning av beleggsprosent tatt hensyn til hvor mange dager tilbudet har vært i drift.

Marianne Sundlisæter Skinner(2015)[28] har på oppdrag fra Helsedirektoratet laget en rapport som oppsummerer dokumenterte erfaringene med kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Erfaring med bruk av plassene er et sentralt tema i rapporten og det gis en nærmere redegjørelse for hva som er dokumentert om årsaker til ulik beleggsprosent i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Ulik tradisjon og organisering av akuttbehandling i sykehjem før etablering av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp er av Skinner(2015)[29] pekt som forklaring på som forklaring til variasjon i beleggsprosent og bruk av tilbudet. Samtidig ble det vist til at legene viste motvilje mot å henvise pasienter til andre enn sykehuset. I hennes intervjuundersøkelse ble det også gitt tilbakemeldinger om at statens forventning om behov for døgnplasser for øyeblikkelig hjelp var høyere enn det behovet som ble opplevd lokalt. Rambøll(2015) påpeker manglende tillitt til tilbudet er en hovedutfordring for bruk. Samtidig problematiseres variasjon med hensyn til hvem som skal benytte tilbudet. Tydelige kriterier for innleggelse i kommunalt tilbud understrekes som viktig fra informantene på den andre side kan strenge kriterier gjør det vanskelig å finne de pasientene som er egnet for tilbudet.

Døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp i kommunene skal ivareta en beredskap som lokalt vil kunne variere over tid med hensyn til behov. Tilbudet er fortsatt under utvikling og det vil ta tid før tilbudet blir godt kjent og finner sin endelige form. Høsten 2014 ble det gjennomført en undersøkelse om bruk av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp med fokus på utfordringer og suksessfaktorer knyttet til beleggsprosent og bruk av tilbudet[30]. De som svarte

28 Marianne Sundlisæter Skinner (2015) Oppsummering av kunnskap og erfaring fra de første fire årene med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Senter for omsorgsforskning – Rapportserie nr x/2015.

29 Marianne Sundlisæter (2015) Senter for omsorgsforskning rapportserie 10/2015. Skeptiske leger og tomme senger? Bruk av de kommunale akutte døgnplassene.

30 Deloitte. (2014). Undersøkelse om bruken av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene. Oppdrag fra Helsedirektoratet oktober 2014. Deloitte.

Tabell 5.10 Beregnet beleggsprosent i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp per region avhengig av hvilket rapporteringsår tilbudet ble etablert. Data fra rapporteringsperioden 2014-15.

	Beregnet beleggsprosent avhengig av oppstartsår for kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp		
Oppstartsperiode:	2013 eller før	2014	2015
Sør-Øst	36	28	26
Vest	35	37	23
Midt-Norge	33	31	21
Nord	50	36	26
Totalt	37	32	25

la vekt på at det tar tid å få opp beleggsprosenten og få forankret tilbudet hos innleggende lege. Det ble også pekt på at innleggelsesrutinene var tungvinte. Usikkerhet rundt tilgjengelighet av tilbudet og faglig kompetanse bidro også til beskjeden bruk.

I St.melding 26 (2014-2015) problematiseres det at beleggsprosenten i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp er lav og at tilbudet i kommunen dermed ikke avlaster sykehusene etter intensjonen. Det pekes på flere tiltak for å øke bruken av det kommunale døgntilbud for øyeblikkelig hjelp, herunder felles innleggelseskriterier og rutiner, informasjonstiltak og møter med turnusleger og fastleger for å bedre beleggsprosenten.

Samtidig understrekes at en helse- og omsorgstjeneste som samlet sett fungerer bedre og fanger opp pasienter så tidlig som mulig er det viktigste tiltaket for å hindre øyeblikkelig hjelp innleggelser i sykehus. Tiltak for å se tjenestene bedre i sammenheng foreslås også av Akuttutvalget (2015)[31]. Der foreslås det at det skal etableres ø-hjelpsteam i kommunene med forankring i legevakten, der hjemmebaserte tjenester og kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp inngår. Intensjonen er å utvikle en mer samordnet ø-hjelps-tjeneste som spiller på de personellressursene som allerede har døgnberedskap.

31 NOU 2015: 17 Først og fremst - Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus.

5.10 BIDRAR DØGNTILBUD FOR ØYEBLIKKELIG HJELP TIL Å REDUSERE INNLEGGELSER I SYKEHUS?

Formålet med oppbyggingen av et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp er å unngå sykehusinnleggelser der dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut fra en medisinskfaglig vurdering. Det er derfor interessant å se om vi kan gjenfinne effekter av oppbyggingen av det kommunale tilbudet når vi studerer utviklingen i bruk av sykehus, og innleggelser for øyeblikkelig hjelp med medisinske diagnoser[32] hos eldre.

Kunnskapssenteret (2014)[33] har søkt etter dokumenterte studier som sammenligner effekten av innleggelse i lokalt akuttilbud med innleggelse i sykehus. Kun tre studier tilfredsstilte inklusjonskriteriene. I disse studiene fant de at den lokale døgnenheten ga litt bedre pasienttilfredshet, men når det gjaldt pasientutfall med hensyn til livskvalitet, funksjonsnivå eller risiko for reinnleggelse, fant de ikke dokumenterte forskjeller.

32 Medisinske diagnoser gjelder DRG-type M (medisin). Fra 2013 til 2014 ble det gjort endringer i DRG-systemet som medførte at medisinske dagopphold (DD-DRGer) ble definert som poliklinisk behandling og inngår dermed ikke i definisjonen av medisinske DRG.. For å sikre sammenlignbarhet er opphold som ble gruppert i DD-DRGer før 2014 omkodet til medisinske DRGer, også i 2014 og 2015. Dette gjelder alle DRGer som begynner med 980, DRG 959W, DRG 981X og DRG 711O, DRG 816R . Det er samtidig et vilkår at oppholdet er registrert som en innleggelse for øyeblikkelig hjelp.

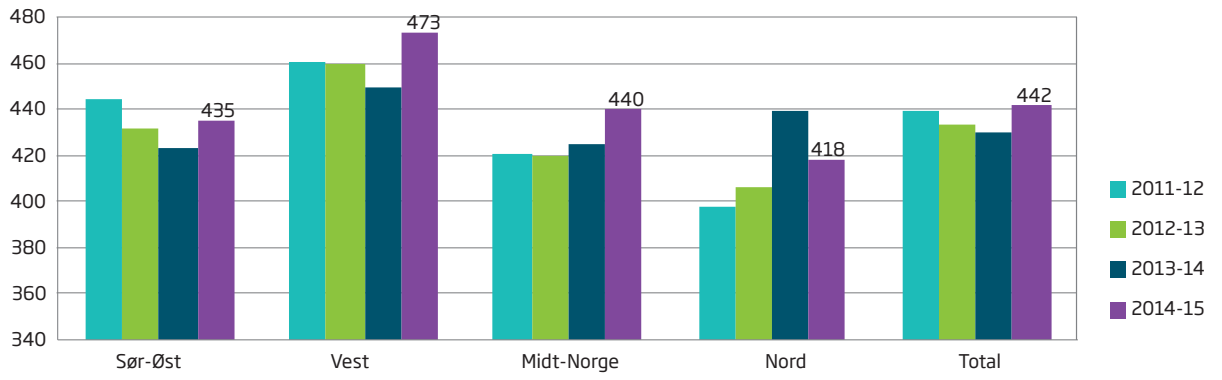
33 Kunnskapssenteret(2014) Lokale akutte døgntilbud sammenlignet med innleggelse i sykehus Rapport fra kunnskapssenteret nr 24 2014.

Utviklingen i innleggelser og liggedager på sykehus

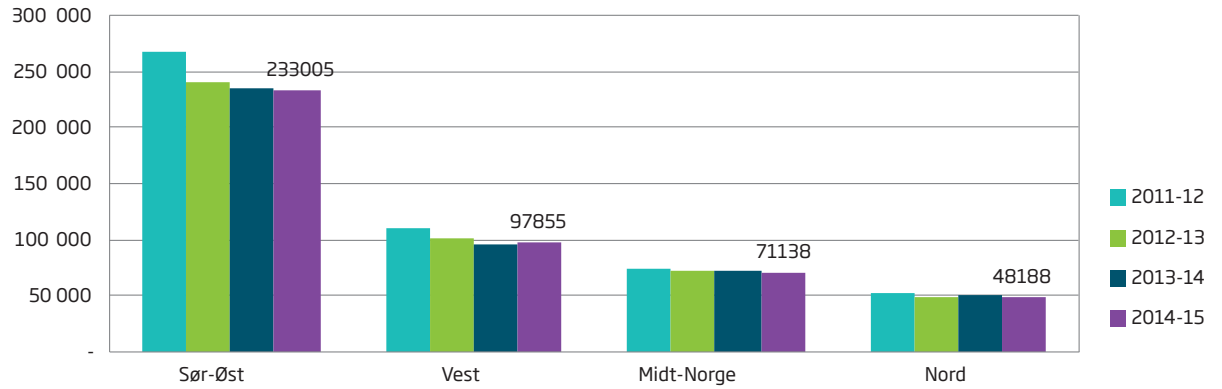
Figur 5.5 viser utviklingen i innleggelser på sykehus for øyeblikkelig hjelp i medisinske diagnoser (medisinske DRG) etter rapporteringsperiode. Rapporteringsperioden tilsvarer perioden for innsamling av data fra det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp (fra september til og med august året etter). Nivået av innleggelser blant eldre varierer over tid og mellom regionene. Størst endring gjennom perioden finner vi for Helse Nord. I denne regionen økte nivået av ø-hjelps-innleggelser fra rapporteringsperioden i 2011-12 til perioden 2013-2014, men falt igjen i siste periode. Helse Vest har de høyeste ratene for innleggelser for øyeblikkelig hjelp innen medisinske diagnoser i alle år. Dette er i tråd med tidligere analyser i SAMDATA. Årsakene til ulike rater kan knyttes til forhold ved både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Som tidligere vist er det lavest andel kommuner med kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i helse Vest. Organiseringen av kommunehelsetjenesten kan bidra til at bruk av spesialisthelsetjenesten blir høyere i Vest. Motsatt kan det også tenkes at høy bruk av øyeblikkelig hjelp i spesialisthelsetjenesten kan medvirke til manglende motivasjon for å få på plass et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp.

Vi har også beregnet rater for liggedøgn i sykehus knyttet til øyeblikkelig hjelp for medisinske diagnoser for tilsvarende rapporteringsperioder, dvs rapporteringsperioden fra september til og med august. For denne typen opphold var samlet sett en nedgang på 81 000 liggedager fra rapporteringsperioden i 2011-12 til perioden i 2014-2015. Aldersgruppen fra 80 år og over står for 54 000 av disse liggedøgnene. Denne nedgangen kan også knyttes til nedgangen i liggedager for utskrivningsklare pasienter (se kapittel 12). Figur 5.6 viser

Figur 5.5 Innleggelser på sykehus for øyeblikkelig hjelp innen medisinske diagnoser per 1000 innbyggere 80 år og over etter region og rapporteringsperiode. Data fra Norsk pasientregister.



Figur 5.6 Utvikling i liggedager på sykehus ved innleggelser for øyeblikkelig hjelp i medisinske diagnoser for innbyggere 80 år og over etter region og rapporteringsperiode. Data fra Norsk pasientregister.



utviklingen i liggedager per region for pasienter 80 år og eldre.

Innleggelser på sykehus i kommuner med et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp

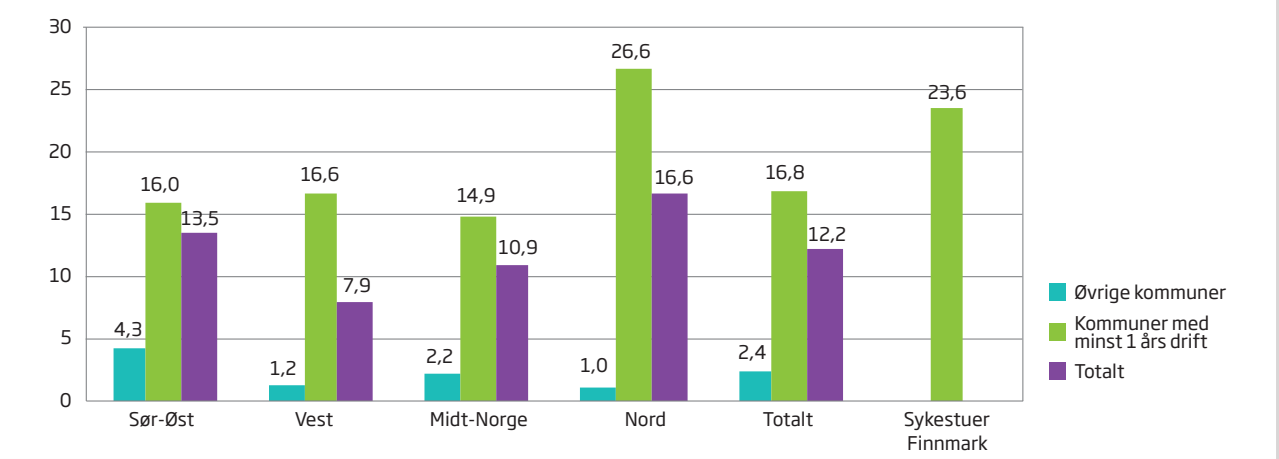
I rapporteringsperioden fra 2014-15 svarer innleggelsene i det kommunale døgntilbudet til 4,7 prosent av innleggelsene og 3,6 prosent av liggedøgnene for øyeblikkelig hjelp i medisinske diagnoser samlet sett. Når vi holder utenfor bruk av sykehustjenester i de kommunene som ikke hadde kommunalt døgntilbud og kun sammenligner bruk av kommune- og spesialisthelsetjeneste i de kommunene som har rapportert data med minst ett års kontinuerlig drift, utgjør det kommunale døgntilbudet 6,2 prosent av ø-hjelpsinnleggelsene i medisinske DRG i spesialisthelsetjenesten.

Det er i særlig grad aldersgruppen over 80 år som har benyttet det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp og det er for denne aldersgruppen at vi kan forvente størst effekt på innleggelser i sykehus. Dersom vi avgrenser data til denne aldersgruppen, og tar utgangspunkt i kommuner som har hatt et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i minst ett år, kan en finne sterkere effekt av det kommunale tilbudet. De 11 071 innleggelsene i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp for innbyggere 80 år og eldre i slike kommuner tilsvarer 16,8 prosent av innleggelsene på sykehus for øyeblikkelig hjelp i medisinske DRG – for denne aldersgruppen. I Finnmarks-kommuner med et sykestuetilbud utgjør innleggelsene i sykestuene nesten 24 prosent av denne typen innleggelser i sykehus for pasienter 80 år og over. Tabell 5.11 og figur 5.7 viser det kommunale tilbudets andel av

Tabell 5.11 Antall innleggelser for øyeblikkelig hjelp innen medisinske DRG på sykehus og innleggelser i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp for innbyggere 80 år og over. Data fra rapporteringsperioden 2014-15.

		Sør-Øst	Vest	Midt-Norge	Nord	Totalt	Komm. i Finnmark med sykestue
Innleggelser i kommunalt døgntilbud for ø- hjelp	Komm. med minst 1 års drift	6 632	1 506	1 474	1 460	11 071	492
	Øvrige komm.	474	143	97	37	750	
	Totalt	7 105	1 649	1 571	1 497	11 822	
Innleggelser på sykehus for ø-hjelp i med. DRG	Komm. med minst 1 års drift	41 452	9 058	9 926	5 491	65 927	2089
	Øvrige komm.	11 126	11 694	4 437	3 502	30 759	
	Totalt	52 578	20 752	14 363	8 993	96 686	
Andel av innleggelser på sykehus	Komm. med minst 1 års drift	16,0	16,6	14,9	26,6	16,8	23,6
	Øvrige komm.	4,3	1,2	2,2	1,0	2,4	
	Totalt	13,5	7,9	10,9	16,6	12,2	

Figur 5.7 Det kommunale tilbudets andel av innleggelser på sykehus for øyeblikkelig hjelp innen medisinske diagnoser etter region og tilbudets varighet. Gjelder innbyggere 80 år og over. Data fra Norsk pasientregister i rapporteringsperioden 2014-15.



Tabell 5.12 Innleggelser på sykehus for øyeblikkelig hjelp innen medisinske diagnoser for innbyggere 80 år etter tilgang til et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Data fra Norsk pasientregister for rapporteringsperioden 2014-15.

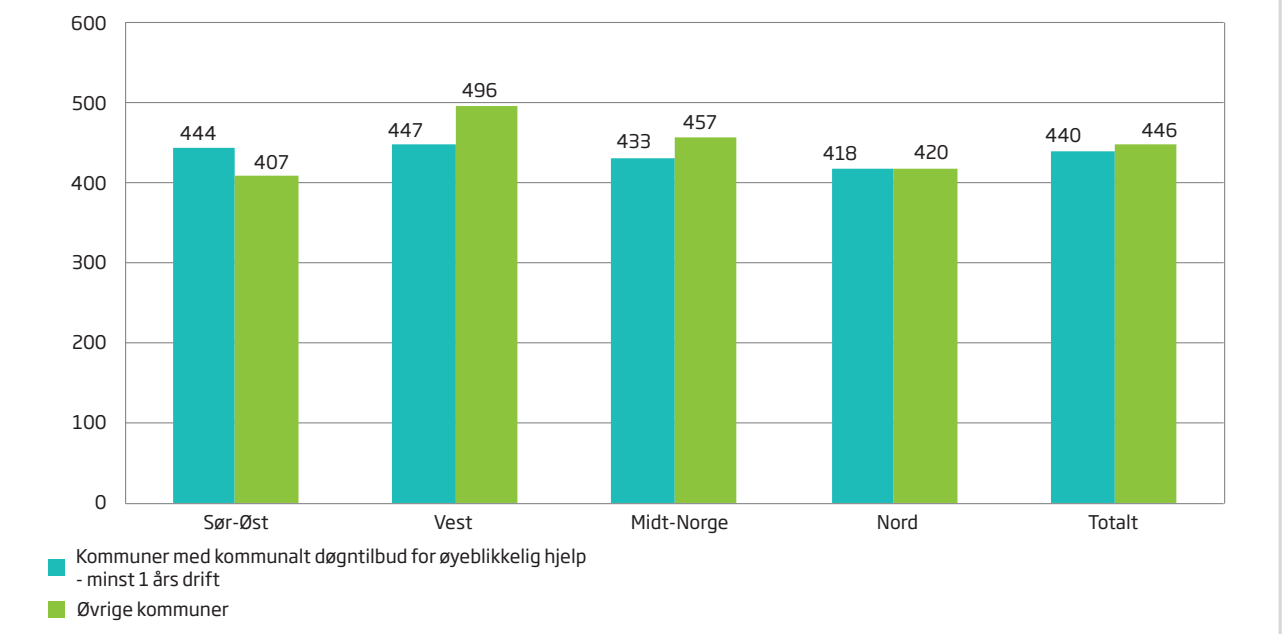
	Antall innleggelser (N=)		Antall innleggelser per 1000 innbygger 80 år+	
	Kommuner med mer enn 1 års drift	Øvrige kommuner	Kommuner med mer enn 1 års drift	Øvrige kommuner
Helse Sør-Øst	41 452	111 26	444	407
Helse Vest	9 058	116 94	447	496
Helse Midt-Norge	9 926	44 37	433	457
Helse Nord	5 491	35 02	418	420
Total	65 927	307 59	440	446

innleggelser for øyeblikkelig hjelp i medisinske DRG for pasienter 80 år og over.

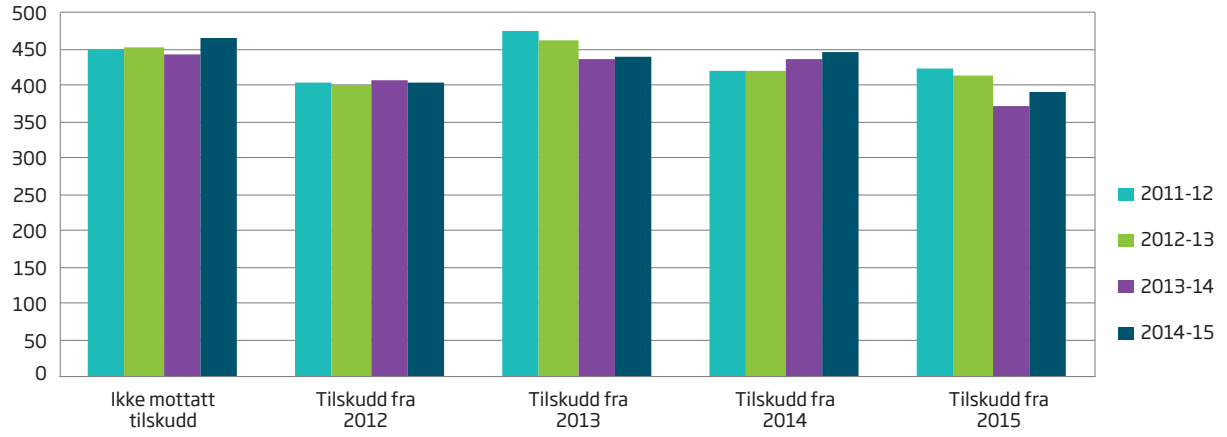
Det er noe variasjon mellom regionene i det kommunale tilbudets andel av innleggelser på sykehus. I region Nord representerer innleggelsene i det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp 27 prosent av øhjelps-innleggelsene på sykehus i medisinske DRG for eldre 80 år. I kommuner med sykestue i Finnmark, utgjør også innleggelser for øyeblikkelig hjelp døgnopphold i sykestuene omtrent tilsvarende andel av øyeblikkelighjelp-innleggelsene i sykehus for medisinske diagnoser.

Sammenlignes omfanget av innleggelser i det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp og ø-hjelps-innleggelser på sykehus, går det fram at det kommunale tilbudet kan utgjøre en vesentlig del av akutt-tilbudet for pasientene i kommunene. Dette betyr likevel ikke nødvendigvis at bruken av sykehus reduseres som følge av dette. For på kunne svare på om det kommunale døgntilbudet har bidratt til å redusere innleggelsene på sykehus, må vi sammenligne nivå og utvikling i sykehusbruk for kommuner som har – og ikke har, et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Tabell 5.12 og figur 5.8 viser bruk av sykehus (innleggelser for øyeblikkelig hjelp i medisinske DRG) for eldre pasienter i kommuner som har og ikke har et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i rapporteringsperioden 2014-15. Tallene indikerer at det samlet sett er noe lavere nivå av innleggelser i kommuner uten et slikt tilbud, men

Figur 5.8 Innleggelser på sykehus for øyeblikkelig hjelp innen medisinske diagnoser for innbyggere 80 år og over for kommuner med og uten et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Data fra Norsk pasientregister for rapporteringsperioden 2014-15.



Figur 5.9 Innleggelser for øyeblikkelig hjelp innen medisinske diagnoser per 1000 innbygger 80 år og over etter tidspunkt for mottatt tilskudd til kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Data fra Norsk pasientregister.



forskjellen mellom kommunene er svært liten (kun 1,4 prosent). I Helse Sør-Øst går forskjellen motsatt vei, her er det noe høyere omfang av innleggelser på sykehus i kommuner med et kommunalt døgntilbud enn i kommuner som mangler et slikt tilbud.

Som påpekt i tidligere rapporter, ser det ut som gruppen av kommuner som først mottok tilskudd til å etablere et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp hadde, og fortsatt har, et lavere nivå av sykehusinnleggelser enn andre kommuner. Innbyggere i kommuner som fikk første tilskudd i 2013 ser også ut til å ha fått en nedgang i bruk av øyeblikkelig hjelp for medisinske innleggelser fra 2013 til 2014. Som tidligere vist (figur 5.5), øker innleggelsene for øyeblikkelig hjelp i 2015, og for de kommunene som har fått tilskudd etter 2014 vises ingen nedgang i bruk av spesialisthelsetjenester for innbyggere 80 år og over.

I forbindelse med evalueringen av samhandlingsreformen har Universitetet i Oslo[34] gjort en nærmere analyse av sammenhengen mellom opprettelsen av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp og innleggelser i sykehus. Analysen viser at døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp gir signifikant, men foreløpig liten effekt på bruk av sykehus for eldre over 80 år. Analysen viser en nedgang i innleggelser i perioden etter at døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp ble etablert. Utslagene var størst for kommuner som deltar i interkommunale samarbeid om kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp, og som ikke har tilbudet lokalisert i egen kommune. De viste også at effekten ble sterkere for enhetene som var lokalisert i nærheten av en legevaktsentral.

34 Terje P. Hagen, Universitetet i Oslo, Foredrag på erfaringskonferanse for kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud 24. november 2015, Scandic Oslo Airport.

6. Pasienter og mottakere av helsetjenester innen psykisk helse og rus

Etter at Samhandlingsreformen ble implementert i 2012, har det vært en større vekst i omfanget pasienter behandlet hos fastlegen for et psykisk helse- og eller rusproblem enn i det psykiske helsevernet, både i antall og sett i relasjon for befolkningsutviklingen.

I 2014 var omlag 69 000 pasienter under 18 år i kontakt med fastlege for et psykisk helse- og eller rusproblem, og 57 000 i behandling i psykisk helsevern. Fra 2011 til 2014 økte antall pasienter behandlet hos fastlegen (11,6 prosent) sterkere enn i PHV-BU hvor pasienttallet var tilnærmet uendret i perioden (-0,1 prosent). Omfanget av pasienter i kontakt med legevakt hadde en vekst på knapt 2 prosent fra 2011 til 2014.

Nær 680 000 pasienter over 17 år var i kontakt med fastlegen for et psykisk helse- og eller rusproblem i 2014, mens nær 178 000 fikk tjenester i det psykiske helsevernet. Også blant voksne var det større vekst i antallet pasienter hos fastlegene (10,1 prosent) enn i det psykiske helsevernet (5,4 prosent) i perioden etter 2011. Voksne pasienter som oppsøkte legevakt økte med 3,1 prosent i perioden. Om lag 30 500 pasienter var i behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2014, og siste toårsperiode økte antall pasienter med 5,1 prosent.[34]

Det var vekst i antallet pasienter (P-diagnoser) hos fastlege i alle regioner og nesten samtlige kommunegrupper i perioden 2011 til 2014. Størst var veksten i region Midt-Norge, 18 prosent for barn og unge og 14 prosent for voksne. Blant barn og unge var det i region Midt-Norge og Sør-Øst størst vekst i storbyer, mens i region Nord økte antall pasienter mest i små kommuner. I region Vest var det liten variasjon i prosentvis vekst i pasienttallet mellom kommunegruppene. Det var en tendens til noe større vekst i de store kommunene enn de små for voksne pasienter.

6.1 INNLEDNING

Ved utgangen av 2014 var det tre år siden Samhandlingsreformen trådte i kraft (1. januar 2012). Hvordan har utviklingen vært i løpet av disse årene i bruk av tjenester blant pasienter med psykiske vansker/lidelser og/eller rusmiddelproblematikk? Utføres en større del av tjenestene til denne pasientgruppen i kommunene eller nær der pasienten bor i dag enn tidligere? Eller ser man ulik bruk av tjenester i primær- og spesialisthelsetjenesten? Og hvordan varierer dette mellom regioner og størrelsen på kommunene?

Statistikk og styringsinformasjon på psykisk helse- og rusfeltet er sentralt for å kunne følge utviklingen i arbeidet med Samhandlingsreformen. Tjenester knyttet til psykiske vansker/lidelser og rusmiddelproblematikk ytes innenfor mange instanser og på

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

ulike forvaltningsnivå, og per i dag har vi kunnskap om aktivitet og bruk av tjenester innenfor spesialisthelsetjenesten, men mangler aktivitetsdata for deler av den kommunale virksomheten. Det er derfor betydelige utfordringer knyttet til å anslå hvor mange personer med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer som mottar slike tjenester i kommunene[36], samt å utføre analyser av pasientforløp i kommunenes helse- og omsorgstjeneste eller mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten for denne gruppen av pasienter.

Formålet med dette kapitlet er å presentere tall for utvikling i omfanget av behandling knyttet til psykisk helse og rus på ulike forvaltningsnivå ved hjelp av data som er tilgjengelige på nasjonalt og regionalt nivå. Kapitlet belyser hvor mange pasienter hos fastlege/legevakt og innen spesialisthelsetjenesten (PHV og TSB) som har fått hjelp for psykiske vansker/lidelser og/eller rusmiddelproblemer og utvikling i perioden 2011 til 2014. Videre presenteres forbruksrater for fastlegens pasienter og pasienter i psykisk helsevern og TSB fordelt etter kommunestørrelse og endringer i perioden.

36 Se avsnitt 6.4 Datagrunnlag og klassifisering for omtale av Brukerplan.

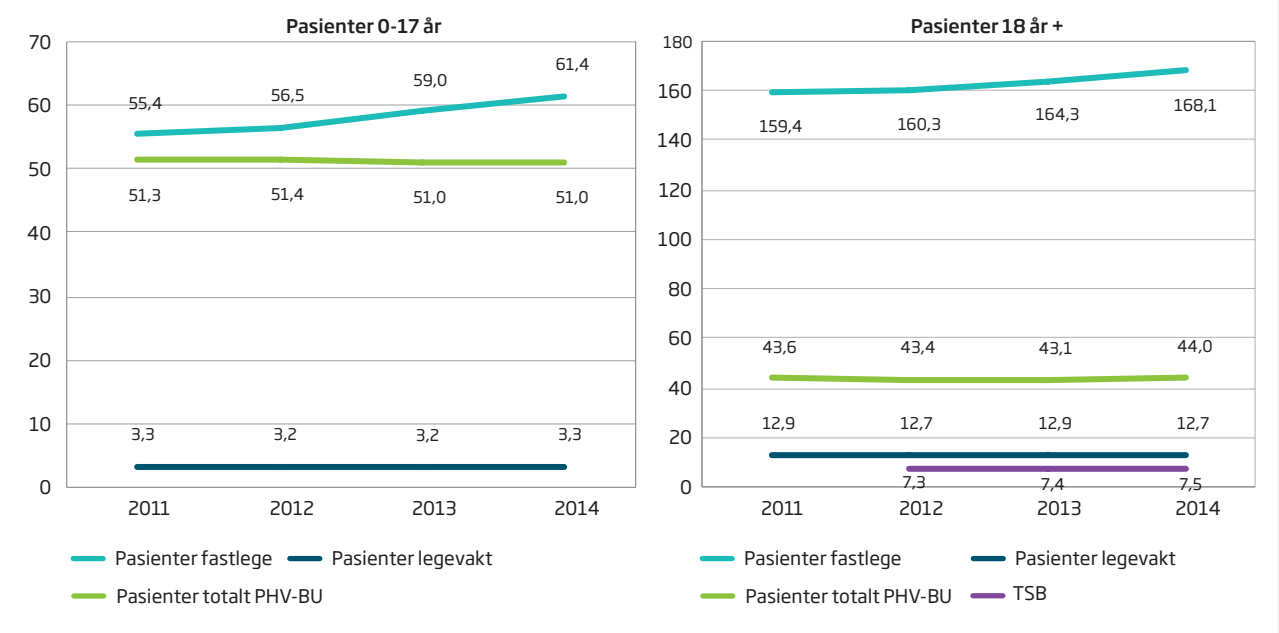
6.2 RESULTATER PÅ NASJONALT NIVÅ

Pasienter og konsultasjoner hos fastlege, legevakt og i psykisk helsevern

Figurene under viser utviklingen i antallet pasienter som har mottatt behandling for et psykisk helse- og/eller rusproblem hos fastlegen, legevakt, TSB og i psykisk helsevern i perioden 2011 til 2014. I figur 6.1 presenteres årlige pasientrater for de ulike tjenestene og i figur 6.2 vises den prosentvise endringen i antall pasienter i perioden.

Figur 6.1 viser at pasientraten for barn og unge som var i kontakt med fastlege for et psykisk helse- og eller rusproblem var noe høyere enn raten for de som var i behandling i det psykiske helsevernet i perioden 2011 til 2014. I 2014 var omlag 69 000 pasienter under 18 år hos fastlegen og 57 000 i behandling i psykisk helsevern. Dette tilsvarer henholdsvis 61 og 51 pasienter per 1000 innbyggere i alderen 0-17 år. Figur 6.1 viser at veksten i pasientraten har vært sterkere for pasienter behandlet hos fastlegen enn i PHV-BU, hvor nivået har holdt seg tilnærmet konstant. Omfanget av pasienter i kontakt med legevakt var betydelig lavere og tilnærmet uforandret i hele perioden.

Figur 6.1 Pasienter pr 1000 innbyggere i behandling hos fastlege og legevakt (P-diagnose), psykisk helsevern og TSB i perioden 2011 til 2014.



Nær 680 000 pasienter eller 168 pasienter per 1000 innbyggere over 17 år var i kontakt med fastlegen for et psykisk helse- og eller rusproblem i 2014, mens nær 178 000 eller 44 pasienter per 1000 innbyggere fikk tjenester i det psykiske helsevernet. Også blant voksne var det større økning i pasientraten hos fastlegene enn i det psykiske helsevernet i perioden 2011 til 2014. Det var en svak nedgang i raten for voksne pasienter som oppsøkte legevakt i perioden, fra 12,9 til 12,7 pasienter per 1000 innbyggere. Om lag 30 500 pasienter (7,5 pasienter per 1000 innbyggere) var i behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2014. Det finnes ikke komplette data for TSB for hele perioden, men fra 2012 til 2014 økte pasientraten per 1000 innbygger fra 7,3 til 7,5 pasienter.

Figurene under viser den prosentvise veksten i antall pasienter for de ulike tjenestene i perioden.

Som tidligere omtalt, var veksten i antall pasienter hos fastleger sterkere enn i de andre tjenestene både for barn og unge (11,6 prosent) og voksne (10,1 prosent) i perioden 2011 til 2014.

Når man ser på omfanget av konsultasjoner som ble gitt i disse tjenestene, var veksten i konsultasjoner sterkere enn økning i antallet pasienter i tjenestene til barn og unge i perioden. Videre var veksten større hos fastlegene (15,9 prosent) enn i det psykiske helsevernet (8,7 prosent).

Blant voksne var det også større vekst i konsultasjonstallet enn i pasienttallet hos legevakt og psykisk helsevern, mens det var motsatt hos fastlegene. Det var for øvrig større vekst i konsultasjonstallet i det psykiske helsevernet (15 prosent) enn hos fastlege (6,8 prosent) og legevakt (8,1 prosent).

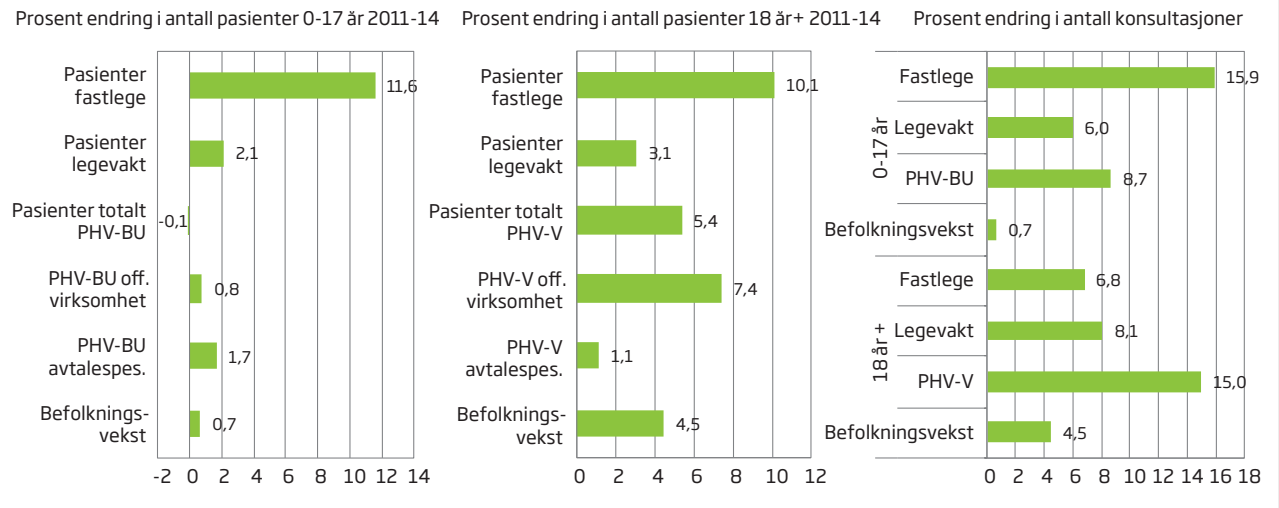
Nederste stolpe viser at befolkningsveksten har vært svak for barn og unge (0,7 prosent) og 4,5 prosent for voksne i perioden. For å synliggjøre endring i tilgjengelighet til tjenestene, må man ta hensyn til utviklingen i befolkningsstørrelsen for de ulike gruppene.

Pasienter hos fastlege og psykisk helsevern fordelt etter kommunegruppe

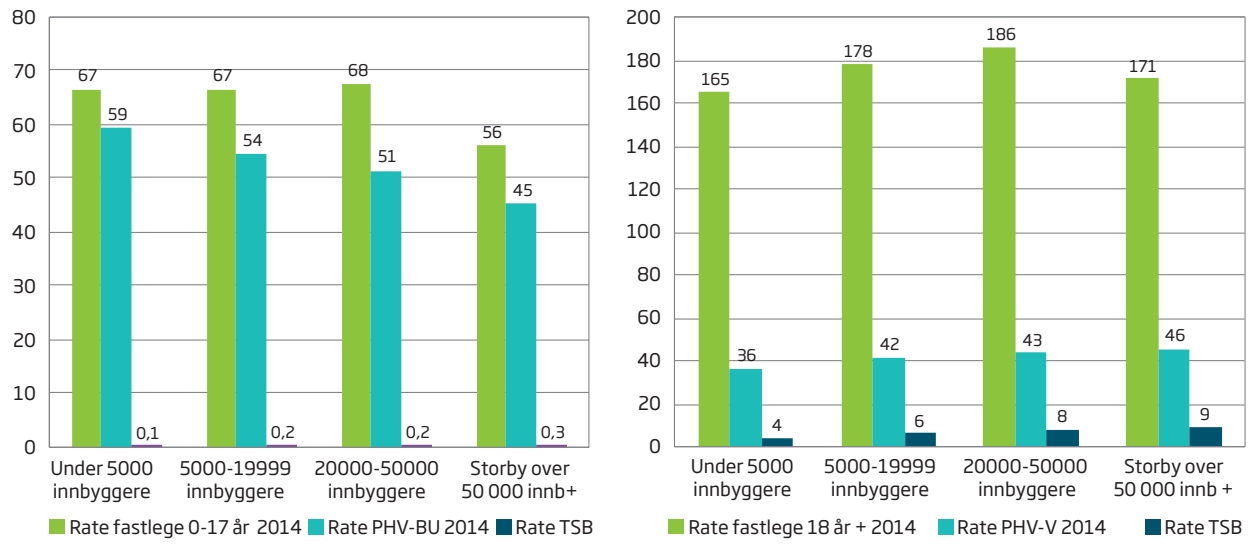
I hvilke typer kommuner har så veksten i behandlede pasienter hos fastlegene og i psykisk helsevern kommet? Varierer veksten med kommunestørrelse? Først vil vi se kort på nivået på pasientratene i de ulike kommunegruppene for 2014, deretter på utvikling i perioden 2011 til 2014.

Når vi tar hensyn til befolkningsstørrelse og presenterer antall pasienter per innbyggere, var pasientratene i 2014 høyere hos fastlegene enn i det psykiske helsevernet i alle kommunegrupper. Dette gjaldt både for barn, unge og voksne. For begge aldersgrupper var det noe høyere forbruk av fastlegetjenester i mellomstore kommuner med

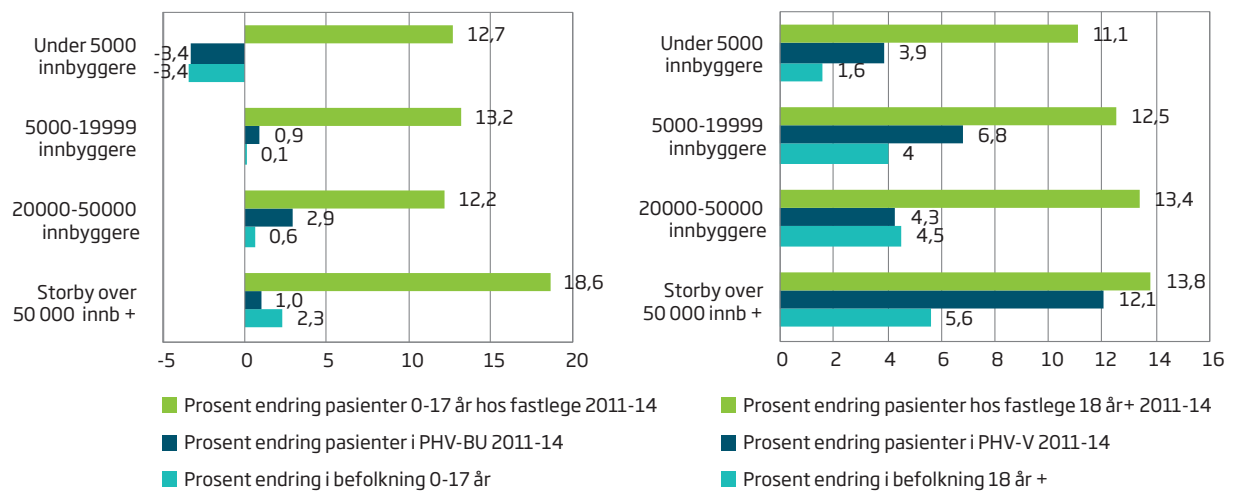
Figur 6.2 Prosent endring i nasjonale tall for antall pasienter og konsultasjoner hos fastlege og legevakt (P-diagnose), TSB og psykisk helsevern i perioden 2011-2014.



Figur 6.3 Pasienter per 1000 innbyggere 0-17 år og 18 år og over hos fastlege (P-diagnose), TSB og psykisk helsevern etter kommunestørrelse, 2014.



Figur 6.4 Prosent endring i antall pasienter 0-17 år og 18 år og over hos fastlege (P-diagnose) og offentlige institusjoner i psykisk helsevern etter kommunestørrelse, 2011-2014.



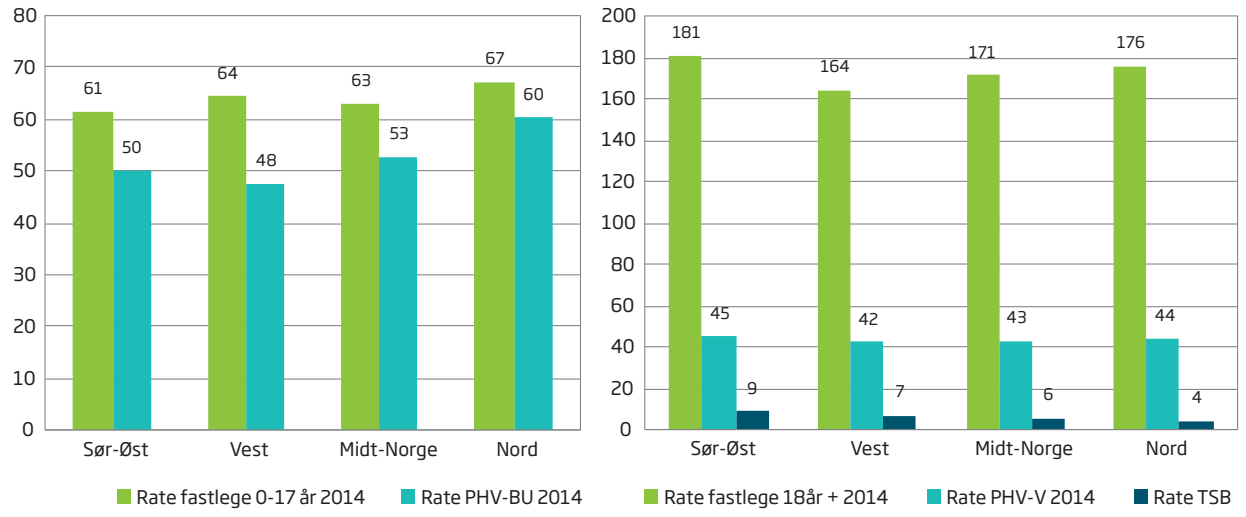
mellom 20 000 og 50 000 innbyggere, men variasjonene mellom kommunegruppene var begrenset. Man kan se et noe lavere forbruk i storbyene, spesielt for barn og unge.

Når det gjelder psykisk helsevern, var det blant barn og unge en avtagende pasientrate med økende kommunestørrelse, det vil si høyeste rate i små kommuner og lavest rate i storbyer over 50 000 innbyggere. Blant voksne var det motsatt tendens, økende forbruk med økende kommunestørrelse. Det samme gjaldt for pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), høyere pasientrate med økende kommunestørrelse.

I figur 6.4 vises prosent endring i antall pasienter hos fastleger og psykisk helsevern fra 2011 til 2014 innenfor ulike kommunegrupper.

For barn og unge var det størst vekst i antall pasienter hos fastlegene i de største kommunene

Figur 6.5 Pasienter per 1000 innbyggere 0-17 år og 18 år og over hos fastlege (P-diagnose), TSB og psykisk helsevern fordelt på region, 2014.



(18,6 prosent) fra 2011 til 2014[37]. I det psykiske helsevernet for barn og unge var det totale pasienttallet tilnærmet uendret i perioden, men det var en svak vekst i mellomstore kommuner (2,9 prosent), og en nedgang i små kommuner (-3,4 prosent).

Blant voksne var det en svak tendens til økt vekst i antall pasienter hos fastlegen med økende kommunestørrelse. I det psykiske helsevernet for voksne var det en størst vekst i den største kommunegruppen og lavest vekst i de minste kommunene.

Disse endringstallene er ikke korrigert for befolkningsutviklingen i kommunegruppene fra 2011 til 2014. Nederste stolpe i figurene viser befolkningsveksten for de ulike kommunegruppene i perioden, og denne viser minst vekst i de små kommunene og størst vekst i de største kommunene for både barn, unge og voksne.

6.3 RESULTATER PÅ REGIONALT NIVÅ

I fortsettelsen vil vi se på hvordan pasientratene fordeler seg regionvis, samt på kommunegrupper innad i regionene. I figurene 6.5 og 6.6 ser vi først på tall for regionene samla.

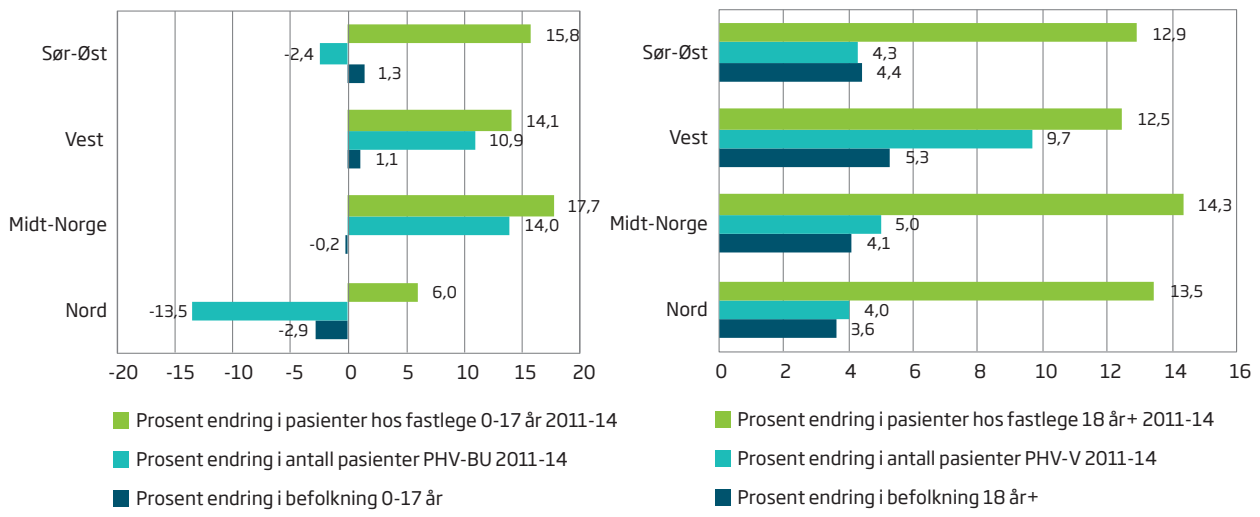
I samtlige regioner og for begge aldersgrupper, var pasientratene høyere hos fastlegene enn i det psykiske helsevernet i 2014. Men forskjellene mellom fastlege og psykisk helsevern var betydelig større blant voksne enn blant barn og ungdom i ratenes størrelse. Region Nord hadde de høyeste pasientratene på begge tjenestenivå for barn og unge, men variasjonene mellom regionene var mindre hos fastlegene (61-67 pasienter per 1000 innbygger) enn i det psykiske helsevernet (48-60 pasienter per 1000 innbyggere). For voksne hadde region Sør-Øst en noe høyere rate og region Vest en noe lavere rate hos fastlegen enn de to øvrige regionene. I det psykiske helsevernet var det mindre variasjoner mellom regionene. Det var større regionale variasjoner i pasientrater for TSB (4 – 8,7 pasienter per 1000 innbyggere), hvor Helse Sør-Øst hadde de høyeste ratene og Helse Nord de laveste.

I figur 6.6 vises endring i antall pasienter hos fastleger og psykisk helsevern i perioden 2011 til 2014 fordelt på region.

Det har vært vekst i antall pasienter hos fastlegen i alle regioner i perioden, både blant barn, unge og voksne. Størst var veksten i region Midt-Norge, nær 18 prosent for barn og unge og 14 prosent for voksne. Ellers varierte veksten mellom 6 til 18

37 Da sum pasienter i kommunene er noe høyere enn nasjonale tall i Kuhr-data, vil det være avvik mellom tall som er presentert på nasjonalt nivå og tall fordelt på kommunegrupper og summen av disse. Dette gjelder både absolutte tall og rater.

Figur 6.6 Prosent endring i antall pasienter hos fastleger (P-diagnoser) og psykisk helsevern fordelt på region, 2011-2014.



prosent for barn og unge, og mellom 12 og 14 prosent for voksne.

I det psykiske helsevernet for barn og unge var det en positiv vekst i Helse Midt-Norge og Helse Vest, mens antallet pasienter avtok i regionene Sør-Øst og Nord[38]. I tjenestene til voksne lå veksten på mellom 4 og 10 prosent, lavest i Nord og høyest i Vest.

Endringstallene er heller ikke her korrigert for befolkningsutviklingen i regionene i perioden, men nederste stolpe viser befolkningsutviklingen i de ulike regionene fra 2011 til 2014.

Kommunegrupper

I figur 6.7 og 6.8 presenteres nivået på pasientratene og prosent endring i antall pasienter fordelt på kommunegrupper innad i regionene i 2014.

Det var noe ulike mønstre i bruk av fastlegetjenester innad i kommunegruppene i regionene. Blant barn og unge var det felles for regionene at ratene hos fastlegene var lavest i storbyene. Ellers var det en tendens at bruk av fastlege var størst i de mellomstore kommunegruppene (5 000-20 000 og 20 000+), med unntak for region Midt-Norge og Nord hvor de minste kommunene hadde høyeste rate. I det psykiske helsevernet avtok bruk av tjenester med økende kommunestørrelse i samtlige regioner, det vil si høyeste forbruk i små kommuner og laveste i storbyer.

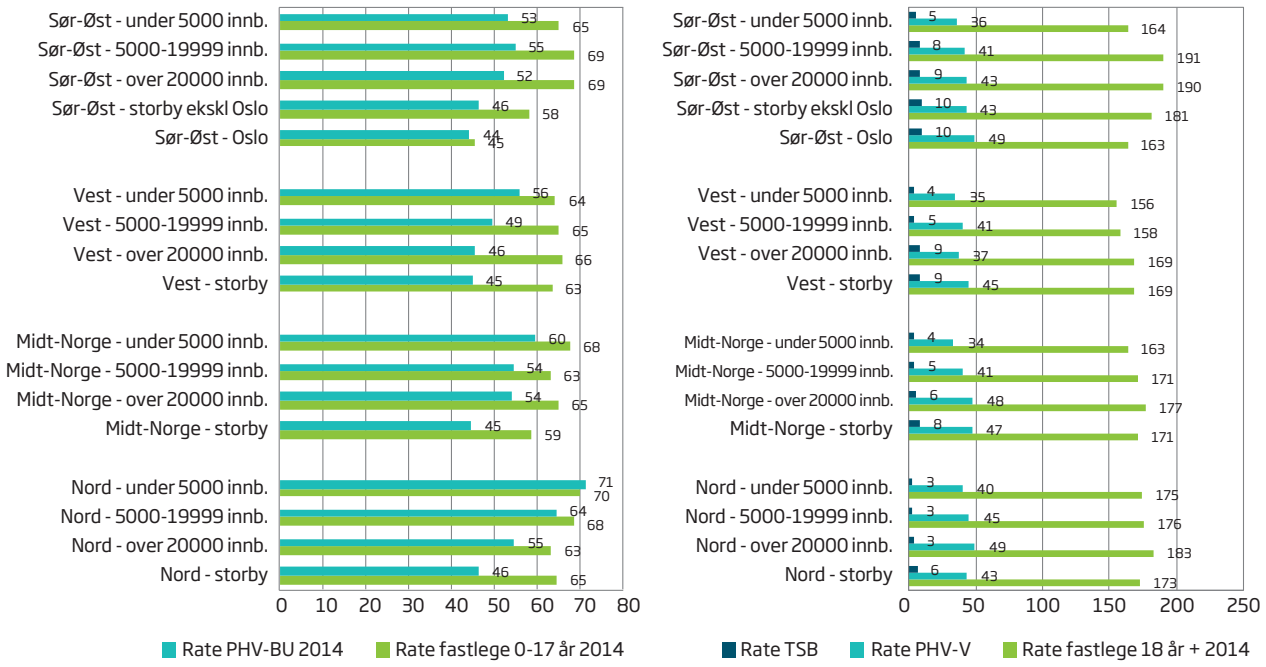
Blant voksne økte derimot pasientraten i psykisk helsevern med økende kommunestørrelse, med unntak for «storby i Nord». Fastlegeraten økte med økende kommunestørrelse, for så å avta eller stoppe opp for storbyene.

Når det gjaldt endringer i perioden etter Samhandlingsreformen trådte i kraft, var det vekst i antall pasienter hos fastlegen i samtlige kommunegrupper i samtlige regioner for voksne, og med ett unntak for barn og unge. Blant barn og unge hadde region Midt-Norge og Sør-Øst størst vekst i storbyer, mens region Nord hadde størst vekst i små kommuner. I Vest var det liten variasjon i prosentvis vekst i pasienttallet mellom kommunegruppene. Blant voksne var det mindre variasjon i veksten mellom kommunegruppene innad i regionene, men en tendens til størst vekst i store kommuner.

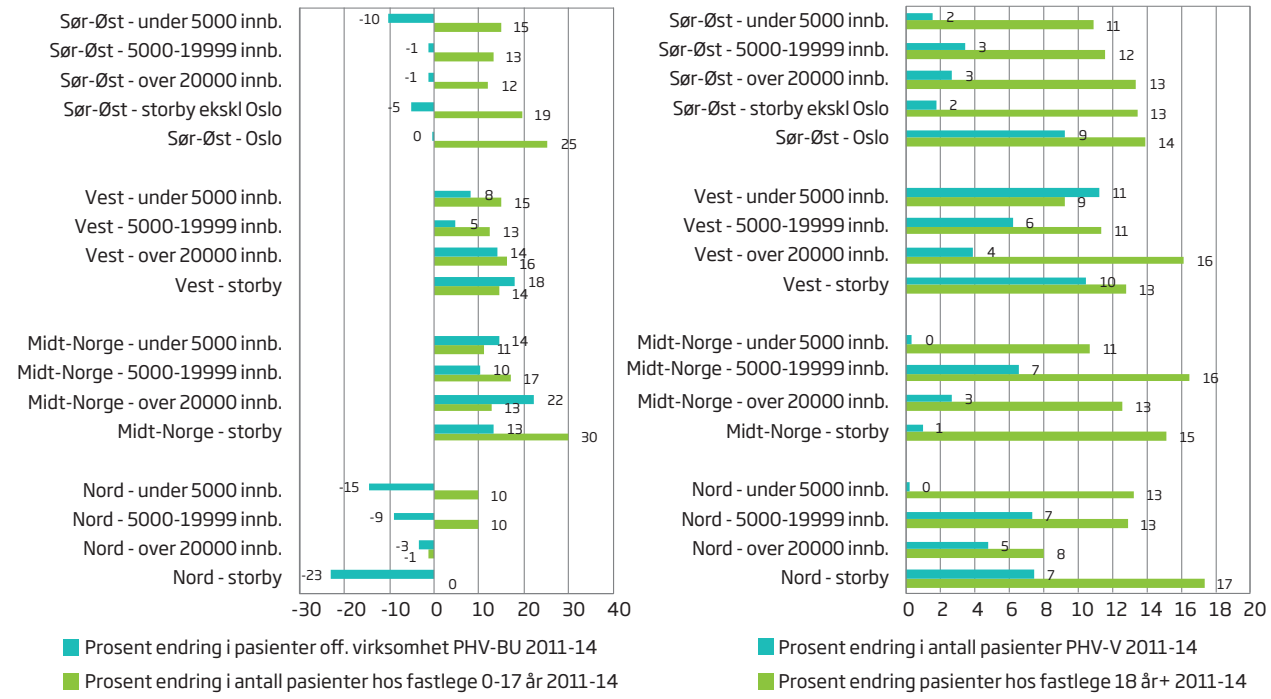
Endringene i psykisk helsevern i perioden, var for barn og unge positive blant alle kommunegrupper i Helse Vest og Helse Midt-Norge, mens det var reduksjon i antall pasienter i alle kommunegrupper i Sør-Øst og Nord. I PHV-V var det noe vekst i alle kommunegrupper i alle regioner, størst i små og store kommuner i region Vest.

38 Dette er delvis knyttet til overgang til nytt pasientdatasystem i disse regionene.

Figur 6.7 Pasienter per 1000 innbyggere 0-17 år og 18 år og over hos fastlege (P-diagnose), TSB og psykisk helsevern fordelt på kommunestørrelse og region, 2014.



Figur 6.8 Prosent endring i antall pasienter hos fastleger (P-diagnose) og psykisk helsevern fordelt på kommune-størrelse og region, 2011-2014.



6.4 DATAGRUNNLAG OG KLASSIFISERING

Klassifisering av diagnoser

Fastlegen bruker kodeverket ICPC-2 (International Classification of Primary Care) når pasientenes helseproblem skal klassifiseres. Utvalgskriteriet for pasientpopulasjonen som benyttes i denne rapporten, er at pasienten har hatt minst en kontakt som er kodet med ICPC-2-kode fra kapitlet Psykisk helse (P01-P99) i løpet av det aktuelle året. I dette ICPC-2 -kapitlet inngår også rusmiddelmisbruk (P15-P19). I spesialisthelsetjenesten brukes kodeverket ICD-10 (International Classification of Diseases). Kontaktene med psykisk helsevern er i hovedsak kodet med en diagnose fra kapitlet Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (F00-F99)[39]. I dette kapitlet i ICD-10 inngår et eget underkapittel om ruslidelser (F10-F19). For å sammenligne pasientbehandlingen i fastlegepraksisen og i psykisk helsevern, er P-diagnosene konvertert til F-diagnoser slik tabellen under viser.

De fleste helseproblemer det her dreier seg om korresponderer med diagnoser i kapittel F i ICD-10. Noen av helseproblemene er imidlertid symptomer og enkelte av ICPC-kodene kvalifiserer ikke for konvertering til kapittel F i ICD-10. Dette kan være lettere psykiske lidelser som følelse av angst, nervøsitet, anspenthet, depresjonsfølelse, psykiske symptomer osv. Disse er samlet i nederste kategori i tabell 6.1.

Pasienter og brukere av tjenester i kommunene

For å anslå omfanget av fastlegens pasienter med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddel-problematikk benyttes data fra KUHR (kontroll og utbetaling av helserefusjoner). I tillegg til takstkoder som er grunnlaget for utbetaling fra HELFO, er kontakten også kodet med en diagnosekode, og i dette kapitlet benyttes kontaktene kodet med en hoveddiagnose fra kapitlet Psykisk helse (P01-P99). Tilsvarende tall er hentet fra legevakt. Antall konsultasjoner er eksklusive telefonkontakter og synliggjør fastlegens direkte pasientkontakt. Antall pasienter er inklusive pasienter med telefonkonsul-tasjoner, og viser det totale antall personer i kontakt med disse tjenestene.

For pasienter som har flyttet i løpet av året, vil disse personene opptre i flere kommuner og de geografiske oversiktene over bruken av fastlegen vil summeres opp til høyere bruk enn de nasjonale tallene.

Tabell 6.1 Konvertering av kapittel P-Psykisk helse (ICPC-2) til underkapitler av kapittel F-Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (ICD-10).

Pasientgruppe	ICPC-2:	ICD-10:
Organiske lidelser	P70, P71	F0-09
Ruslidelser	P15- P19	F10-19
Schizofrenier	P72, P98	F20-29
Affektive lidelser	P73, P76	F30-39
Nevrotiske lidelser	P02, P74, P75, P78, P79, P82	F40-48
Fysiologiske og fysiske atferdssyndromer	P06- P08, P86	F50-59
Personlighetsforstyrrelser	P09, P80	F60-69
Hyperkinetiske forstyrrelser	P81	F90
Andre atferdsforstyrrelser	P10- P13, P22, P23	F91-98
Psykisk utviklingshemming	P85	F70-79
Utviklingsforstyrrelser	P24	F80-89
Uspesifisert psykiske lidelse	P77, P99	F99
Lettere psykiske lidelser	P01,P03-P05,P20,P25,P27-P29	Konvertert til annet kapittel i ICD-10

39 Det er unntak for tilstander under utredning eller hvor vurderingen ikke konkluderer med at kriteriene for psykisk lidelse eller atferdsforstyrrelse er oppfylt.

Summen av antall konsultasjoner pr. diagnosegruppe vil også være høyere enn antall konsultasjoner med P-diagnoser. Dette skyldes at en regning kan inneholde flere P-diagnoser.

Innen de øvrige kommunale tjenestene er det ikke ett nasjonalt register av individdata som kan belyse forhold rundt brukere med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer. Hverken IPLOS (nasjonalt register for pleie- og omsorgstjenester) eller andre fagsystem har den nødvendige diagnose-informasjon. Tall på antall personer med rusmiddel-problemer er kartlagt i utvalgte kommuner og bydeler gjennom BrukerPlan[40]. I 2014 har 201 kommuner tatt i bruk dette verktøyet og kartlagt 17 526 brukere av kommunale tjenester som er vurdert til å ha et rusproblem. I dette kapitlet vil Kuhr-data som består av nasjonale tall, benyttes for å belyse denne gruppen.

Pasienter i spesialisthelsetjenesten

For å belyse bruk av tjenester i spesialisthelse-tjenesten, benyttes pasientdata for psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge, for avtalespesialister og TSB fra Norsk pasientregister (NPR), Helsedirektoratet. Det personentydige pasientregisteret gir mulighet til å beregne hvor mange personer som har mottatt spesialistbehandling innen psykisk helsevern (inkludert avtalespesialister) eller TSB. For aktivi-tetsåret 2014 representerer pasientdata om lag 95 prosent av aktiviteten hos avtalespesialistene (psykiatere og psykologspesialister)[41]. Innen TSB er det en noen mangler i rapporteringen av aktivitet ved enkelte institusjoner[42] og i psykisk helsevern er det noen få enheter som mangler i rapporteringen til NPR [43].

Kommunegruppering

Kommunene er klassifisert etter antall innbyggere innad i hver region. Ved sammenstilling av bruken av psykisk helsevern og fastlegetjenester vil denne grupperingen benyttes.

40 Helse Stavanger (2015): Rusmiddelmisbruk i Norge. Brukerplan - statistikk 2014.

41 Helsedirektoratet (2015). Aktivitetsdata for avtalespesialister 2014. IS-2333.

42 https://statistikk.helsedirektoratet.no/HtmlViewer.ashx?Dd_ContentId=1b91be89-2416-442f-9bfe-705b55aecd84&Dd_ContentType=Dashboard

43 https://statistikk.helsedirektoratet.no/HtmlViewer.ashx?Dd_ContentId=6c2902ce-497b-44f3-9932-b5bcdbab746d&Dd_ContentType=Dashboard

Tabell 6.2 Nasjonale tall for antall pasienter hos fastlege/legevakt (P-diagnose), psykisk helsevern, avtalespesialister og TSB 2011-14.

Alder	Pasienter	2011	2012	2013	2014	Prosent endring 2011-14	Prosent endring 2013-14
0-17 år	Pasienter fastlege	61 894	63 492	66 329	69 058	11,6	4,1
	Pasienter legevakt	3687	3 647	3 596	3 765	2,1	4,7
	Pasienter totalt PHBU	57 416	57 745	57 380	57 355	-0,1	0,0
	- Offentlig virks.	54 838	55 582	55 304	55 263	0,8	-0,1
	- Avtalespesialister	2 831	3 093	2 942	2 878	1,7	-2,2
	Pasienter TSB		320	267	230		-13,9
	- Døgnpasienter		69	58	52		-10,3
	- Polikliniske pasienter		254	206	179		-13,1
18 år +	Pasienter fastlege	616 683	629 698	654 599	679 199	10,1	3,8
	Pasienter legevakt	49 813	49 864	51 336	51 343	3,1	0,0
	Pasienter totalt PHV	168 593	170 334	171 890	177 682	5,4	3,4
	- Offentlig virks.	123 118	125 184	128 001	132 266	7,4	3,3
	- Avtalespesialister	51 697	51 595	50 453	52 288	1,1	3,6
	Pasienter TSB		28 723	29 499	30285		2,7
	- Døgnpasienter		8 654	8 494	8550		0,7
	- Polikliniske pasienter		26 690	27 713	28702		3,6

Tabell 6.3 Nasjonale tall pasienter per 1000 innbyggere hos fastlege/legevakt (P-diagnose), psykisk helsevern, avtalespesialister[1] og TSB 2011-14.

Alder	Pasienter	2011	2012	2013	2014	Prosent endring 2011-14	Prosent endring 2013-14
0-17 år	Pasienter fastlege	55,4	57,0	59,0	61,4	10,8	4,0
	Pasienter legevakt	3,3	3,2	3,2	3,3	1,4	4,5
	Pasienter totalt PHBU	51,3	51,4	51,0	51,0	-0,7	-0,1
	- Offentlig virks.	49,0	49,5	49,1	49,1	0,2	0,0
	- Avtalespesialister	2,5	2,8	2,6	2,6	2,3	-1,7
	Pasienter TSB	-	0,3	0,2	0,2	-	2,2
	- Døgnpasienter	-	0,1	0,1	0,0	-	-53,8
	- Polikliniske pasienter	-	0,2	0,2	0,2	-	-20,5
18 år +	Pasienter fastlege	159,4	160,3	164,3	168,1	5,4	2,3
	Pasienter legevakt	12,9	12,7	12,9	12,7	-1,5	-1,5
	Pasienter totalt PHV	43,6	43,4	43,1	44,0	0,9	2,0
	- Offentlig virks.	31,8	31,9	32,1	32,7	2,9	2,0
	- Avtalespesialister	13,4	13,1	12,7	12,9	-3,4	1,9
	Pasienter TSB	-	7,3	7,4	7,5	-	1,3
	- Døgnpasienter	-	2,2	2,1	2,1	-	0,8
	- Polikliniske pasienter	-	6,8	6,9	7,1	-	3,0

1 Data fra avtalespesialistene omfatter om lag 94 prosent av virksomheten.

Tabell 6.4 Befolkning i Norge 0-17 år, 18 år og over og totalt fordelt på kommunegruppe, 2011 og 2014.

Kommunestørrelse	2011	2014	Prosent endring 2011-2014	2011	2014	Prosent endring 2011-2014	2011	2014	Prosent endring 2011-2014
	0-17 år			18 år+			Totalt		
Under 5 000 innb.	115 279	111 320	-3,4	420 186	427 064	1,6	535 465	538 384	0,5
5 000-19 999 innb.	328 143	328 505	0,1	1 075 107	1 117 799	4,0	1 403 250	1 446 304	3,1
20 000-50 000 innb.	257 925	259 474	0,6	8 730 78	912 761	4,5	1 131 003	1 172 235	3,6
Over 50 000 innb.	416 878	426 305	2,3	1 499 274	1 582 574	5,6	1 916 152	2 008 879	4,8
Totalt	1 118 225	1 125 604	0,7	3 867 645	4 040 198	4,5	4 985 870	5 165 802	3,6

Tabell 6.5 Befolkning i Norge 0-17 år, 18 år og over og totalt fordelt på region 2011 og 2014.

Region	2011	2014	Prosent endring 2011-2014	2011	2014	Prosent endring 2011-2014	2011	2014	Prosent endring 2011-2014
	0-17 år			18 år+			Totalt		
Sør-Øst	610 258	618 262	1,3	2 175 001	2 270 467	4,4	2 785 259	2 888 729	3,7
Vest	249 049	251 757	1,1	792 837	835 072	5,3	1 041 886	1 086 829	4,3
Midt-Norge	154 758	154 458	-0,2	533 210	555 046	4,1	687 968	709 504	3,1
Nord	104 160	101 127	-2,9	366 597	379 613	3,6	470 757	480 740	2,1
Totalt	1 118 225	1 125 604	0,7	3 867 645	4 040 198	4,5	4 985 870	5 165 802	3,6

7. Habilitering, rehabilitering og individuell plan

Da samhandlingsreformen ble innført i 2012, ville man blant annet gjennom en rekke strukturelle tiltak gjennomføre en venstreforskyvning i norsk helsetjeneste; det var et mål at helsetjenestene skal tilbys nærmere der befolkningen bor og organiseres slik at forebygging vektlegges.

Ut i fra intensjonen i samhandlingsreformen skulle man forvente at flere av tjenestene innenfor habiliterings- og rehabiliteringsfeltet skulle utføres lokalt i kommunene, og at aktivitetsveksten etter at reformen ble innført, derfor skulle bli større i kommunene enn i spesialisthelsetjenesten. Ut i fra analysene i dette kapitlet er det imidlertid vanskelig å se en slik entydig trend. I primærhelsetjenesten har det vært en vekst i antall mottakere av habilitering og rehabilitering i institusjon i perioden fra 2011 til 2014, selv om det er en nedgang siste år, mens antall mottakere av habilitering og rehabilitering utenfor institusjon har gått ned i hele perioden.

I spesialisthelsetjenesten har det vært en relativt stor vekst i antall pasienter som har mottatt habilitering og rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner i perioden fra 2011 til 2014. Den største veksten har kommet siste år fra 2013 til 2014. Antall pasienter som har mottatt tradisjonell rehabilitering i sykehus (primær døgnrehabilitering) har gått ned i hele perioden, mens sekundær døgnrehabilitering har holdt seg stabilt eller gått svakt opp. Det har også vært en trend med vekst i antall pasienter som har mottatt dag- og poliklinisk rehabilitering i spesialisthelsetjenesten de siste årene, selv om tallene er litt vanskeligere å tolke på grunn av at endringer i koding og regelverk.

7.1 INNLEDNING

Habiliterings- og rehabiliteringstjenester tilbys både i og utenfor institusjon, i både primær- og spesialisthelsetjenesten og ved offentlige og private institusjoner. Habiliterings- og rehabiliteringstjenester representerer tverrfaglige forløp som ofte går på tvers av nivåene i helsetjenesten og er derfor relevant i et samhandlingsperspektiv.

I primærhelsetjenesten har det vært en nedgang i antall mottakere av habilitering og rehabilitering utenfor institusjon i hele perioden 2011 til 2014. Det siste året, fra 2013 til 2014, har nivået vært tilnærmet stabilt. Antall mottakere av habilitering og rehabilitering i institusjon har gått noe opp i perioden 2011 til 2014, men det er en nedgang siste år fra 2013 til 2014.

Antall pasienter som har mottatt primær døgnrehabilitering i spesialisthelsetjenesten har gått ned i hele perioden 2011 til 2014, mens antall pasienter som har mottatt sekundær døgnrehabilitering har holdt seg på et stabilt nivå og gått noe opp siste år. Når det gjelder antall pasienter som har mottatt dag- og poliklinisk rehabilitering, er det vanskelig å si noe entydig om utviklingen i perioden. Dette er på

44 Oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten innenfor rehabiliteringsfeltet er ytterligere beskrevet i Meld. St. 14 *Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner* (2014-2015). Begrunnelsen for en slik ansvars- og oppgaveoverføring er at kommunene i større grad vil kunne se rehabiliteringsfeltet i sammenheng med øvrige kommunale tjenester, og at det vil kunne gi kommunene sterkere insentiver til å satse mer på forebygging og rehabilitering.

grunn av endringer/presiseringer i ISF-regelverket for hvordan aktiviteten skal kodes. Fra 2013 til 2014, hvor det ikke har vært noen store kodeendringer, har det vært en vekst i antall pasienter. Ved de private rehabiliteringsinstitusjonene har det vært en vekst i antall pasienter i perioden og veksten har vært særlig stor fra 2013 til 2014. Antall pasienter som mottok habilitering i spesialisthelsetjenesten har holdt seg stabilt fra 2013 til 2014.

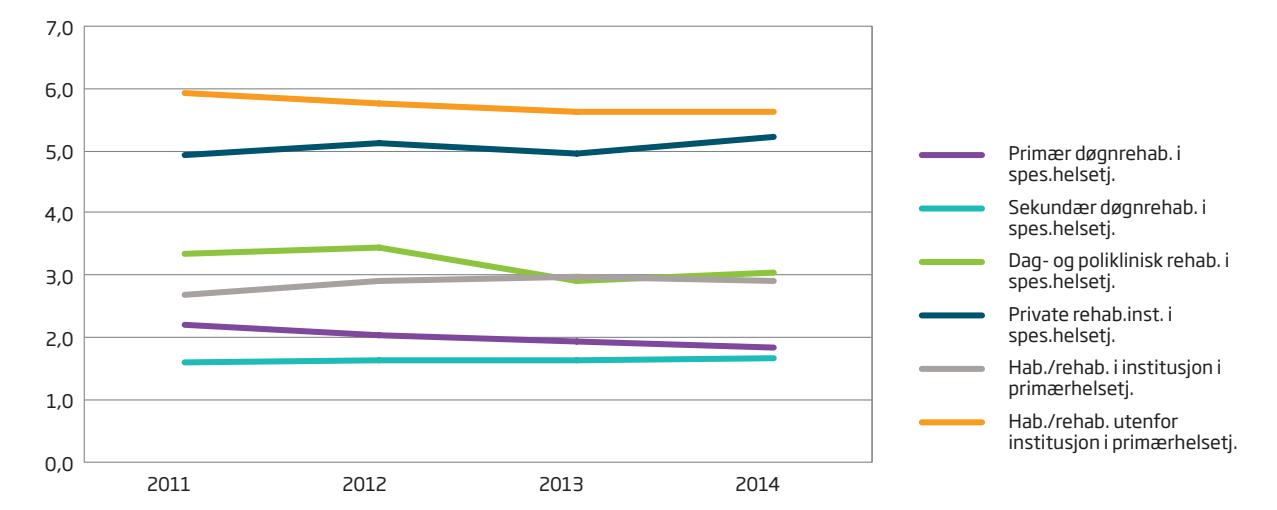
Selv om antall pasienter og mottakere av habiliterings- og rehabiliteringstjenester er viktige måleparametere, gir det lite informasjon om omfang, varighet og innhold. I spesialisthelsetjenesten finnes det informasjon om hvor mye og hvilken type rehabilitering som gis, men i primærhelsetjenesten har man foreløpig ingen god statistikk på dette. Det har også lenge vært vanskelig å få fram aktiviteten innenfor habilitering på en god måte. Dette gjelder både primær- og spesialisthelsetjenesten. Innen spesialisthelsetjenesten har man imidlertid det siste året kommet et stykke videre i å identifisere habiliteringsaktiviteten i pasientdataene. Det presenteres derfor også egne tall for habilitering for første gang i denne Samhandlingsstatistikk-rapporten. Usikkerhet knyttet til om man har klart å fange opp all habiliteringsaktivitet gjør imidlertid at tallene må tolkes med forsiktighet.

7.2 UTVIKLINGEN I HABILITERING OG REHABILITERING 2011-2014

I perioden 2011 til 2014 har det vært en vekst i antall mottakere av habilitering og rehabilitering i institusjon i kommunene på 12,8 prosent. I 2011, året før samhandlingsreformen ble innført, var det 13 397 mottakere av habilitering og rehabilitering i institusjon, mens det var 15 108 mottakere i 2014. Det siste året, fra 2013 til 2014, har det imidlertid vært en nedgang på 1,1 prosent i antall mottakere av denne typen tjenester. Figur 7.1 viser at når man kontrollerer for befolkningsvekst, har veksten i perioden vært fra 2,7 mottakere per 1 000 innbyggere i 2011 til 2,9 mottakere i 2014.

Antall mottakere av habilitering og rehabilitering utenfor institusjon i kommunene har ligget rundt 29 000 i hele perioden 2011 til 2014. I 2011 var det 29 569 mottakere av denne typen tjenester, mens det var 29 132 i 2014. Dette tilsvarer en nedgang på 1,5 prosent. Fra 2013 til 2014 har det imidlertid vært en vekst på 1,6 prosent. Kontrollert for befolknings-veksten i perioden har imidlertid antall mottakere av habilitering og rehabilitering utenfor institusjon gått ned i hele perioden. I 2011 var det 5,9 mottakere per 1 000 innbyggere, mens det var 5,6 i 2014. Fra 2013 til 2014 har imidlertid nivået vært stabilt. Dette kan ha sammenheng med at det er større andel kommuner som faktisk rapporterer mottakere av slike tjenester. Tidligere år har opp mot 70 prosent av kommunene ikke rapportert mottakere av

Figur 7.1 Pasienter og mottakere av habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og i kommunene per 1 000 innbyggere 2011-2014.



habilitering og rehabilitering utenfor institusjon, mens denne andelen er sunket til 63 prosent i 2014.

For spesialisthelsetjenesten viser figur 7.1 at det i hele perioden har vært en nedgang i antall pasienter som har mottatt primær døgnrehabilitering. I 2011 var det om lag 11 000 pasienter som mottok denne typen rehabilitering, mens det tilsvarende tallet var sunket til omtrent 9 500 i 2014. Dette er en nedgang på 14,1 prosent. Kontrollert for befolkningsveksten har antallet pasienter per 1 000 innbyggere gått ned fra 2,2 i 2011 til 1,8 i 2014.

Antallet pasienter som har mottatt sekundær døgnrehabilitering har gått opp fra i underkant av 8 000 i 2011 til om lag 8 600 i 2014. Kontrollert for befolkningsveksten har imidlertid nivået vært relativt stabilt. I 2011 var det 1,6 pasienter per 1 000 innbyggere, mens det var 1,7 i 2014.

For dag- og poliklinisk rehabilitering er det vanskelig å si noe entydig om utviklingen i perioden. Fram mot 2012 var det en vekst i antallet pasienter som mottok denne typen rehabilitering, mens det i 2013 var en sterk nedgang. Denne nedgangen skyldtes imidlertid etter all sannsynlighet presiseringer i ISF-regelverket for hvordan aktiviteten skal kodes og representerte derfor ikke en reell nedgang i antallet pasienter som mottok behandling (se Samhandlingsstatistikk 2013-14 for nærmere beskrivelse). Fra 2013 til 2014 var det igjen en vekst på om lag 1 000 pasienter som mottok dag- og poliklinisk rehabilitering, noe som tilsvarer 6,3 prosent.

Antallet pasienter som har mottatt habilitering og rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner har økt med om lag 2 300 i perioden 2011 til 2014. Dette tilsvarer en vekst på 9,6 prosent. Hoveddelen av denne veksten kom det siste året fra 2013 til 2014, da det var en økning på nesten 1 700 pasienter. Kontrollert for befolkningsutviklingen har antallet pasienter per 1 000 innbyggere økt fra 4,9 i 2011 til 5,2 i 2014.

Tabell 7.1 viser at det i 2014 var 18 674 pasienter som mottok habiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten. Dette er en vekst på 1,9 prosent fra 2013. Veksten var størst for habilitering for voksne, med en økning på 3,4 prosent, mens den var noe mindre for barn og unge. Om man kontrollerer for befolkningsvekst i perioden, er imidlertid antallet habiliteringspasienter stabilt.

7.3 MANGLENDE RAPPORTERING I PRIMÆRHELSETJENESTEN

I primærhelsetjenesten har det lenge vært et problem at dataene for habilitering og rehabilitering som har vært registrert i IPLOS har vært mangelfulle. For mottakere av habilitering og rehabilitering i institusjon mangler vi informasjon fra 36 prosent av kommunene, mens for habilitering og rehabilitering utenfor institusjon mangler vi tilsvarende tall for 63 prosent av kommunene. Dette er likevel en liten bedring sammenliknet med tidligere år, da andelen kommuner med manglende data for rehabilitering utenfor institusjon har ligget rundt 70 prosent. Tabell 7.2 viser at det er i Nord at færrest kommuner rapporterer mottakere av habilitering og rehabilitering utenfor institusjon; vi mangler informasjon om 74 prosent av kommunene i denne regionen. Av tabellen ser man også at det er de små kommunene som i minst grad rapporterer at de har mottakere av habilitering og rehabilitering. Dette gjelder både i og utenfor institusjon. Av totalt 94 kommuner med færre enn 2 000 innbyggere, rapporterte 83 prosent at de ikke hadde mottakere av habilitering og rehabilitering utenfor institusjon.

Tabell 7.1 Antall habiliteringspasienter i spesialisthelsetjenesten totalt og per 1 000 innbyggere i 2013-2014.

Type habilitering	Antall pasienter			Antall pasienter per 1 000 innbyggere	
	2013	2014	Prosent endring	2013	2014
Barn og unge	11 128	11 235	1,0	9,3	9,4
Voksne	7 195	7 438	3,4	1,8	1,9
Totalt	18 323	18 673	1,9	3,6	3,6

Våren 2015 sendte Helsedirektoratet ut et informasjonsbrev til alle kommuner der det ble presisert hvordan mottakere av habilitering og rehabilitering skal registreres og rapporteres. Målet var å få opp kvaliteten på dataene som registreres i IPLOS. Responsen fra kommunene på informasjonsbrevet avdekket at det har vært til dels stor usikkerhet knyttet til hvordan mottakere av slike tjenester skal registreres og behovet for oppklaring var stort. Man håper derfor at dette vil være med på å bidra til at kvaliteten på tallene som registreres på dette området blir bedre allerede fra 2015.

I analysene i denne rapporten er det ikke korrigert for at vi mangler informasjon om habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i svært mange kommuner. Grunnen til dette er at vi ikke vet nok om hva som er årsaken til å så mange kommuner ikke rapporterer data. En del av årsaken ligger nok i at det har vært stor usikkerhet i sektoren knyttet til hvor og hvordan disse mottakerne skal registreres. Det ble langt på vei bekreftet i forbindelse med informasjonsskrivet som Helsedirektoratet sendte ut våren 2015. Det er derfor grunn til å tro at antall mottakere er for lavt.

For en del kommuner er det imidlertid reelt at de ikke har mottakere av denne typen tjenester. Dette ble bekreftet i en spørreundersøkelse blant alle landets kommuner i 2014[45]. I denne spørreundersøkelsen svarte om lag fem prosent av kommunene at de ikke hadde tilbud om habilitering og rehabilitering i institusjon, mens i underkant av 16 prosent av kommunene svarte at de ikke hadde tilbud om habilitering og rehabilitering utenfor institusjon. Disse spørsmålene ble besvart av 256 kommuner/bydeler, noe som tilsvarer en svarprosent på i underkant av 60 prosent.

Det at vi mangler informasjon om hvilke kommuner som har underrapportert antall mottakere, hvilke kommuner som faktisk ikke har mottakere eller hvilke kommuner som er «prikket» av SSB i forbindelse med utlevering av data, gjør det vanskelig for oss å korrigere for dette i analysene. Ved å fjerne befolkningsgrunnlaget for alle kommuner som ikke har rapportert mottakere, vil man også fjerne de kommunene som ikke har et slikt tilbud. Man vil derfor risikere å korrigere for kommuner hvor det ikke skal korrigeres. Figur 7.2 illustrerer hvordan utviklingen i antallet mottakere av habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon hadde sett ut

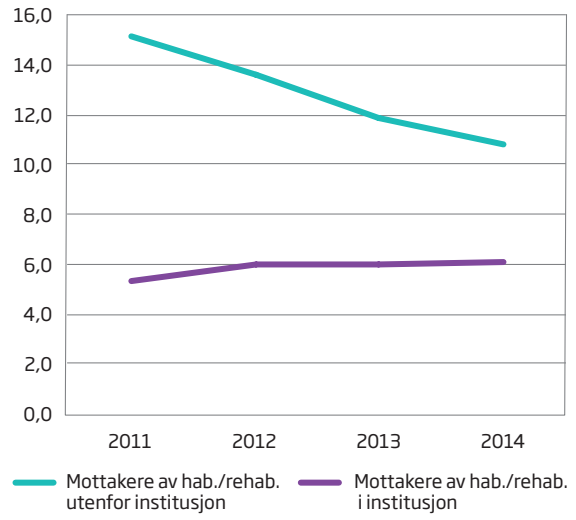
Tabell 7.2 Andel av kommunene som ikke har rapportert mottakere av habilitering og rehabilitering 2012-2014.

	Hab./rehab. i institusjon			Hab./rehab. utenfor institusjon			Totalt antall kommuner 2014
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	
Region							
Sør-Øst	24	25	24	67	65	59	172
Vest	28	28	25	67	65	64	85
Midt-Norge	39	38	45	61	57	60	84
Nord	57	60	61	86	86	74	87
Totalt	35	35	36	70	68	63	428
Kommunestørrelse							
1-1 999 innb.	56	60	59	85	84	83	94
2 000-4 999 innb.	34	33	37	73	73	70	131
5 000-9 999 innb.	33	33	34	67	65	60	89
10 000-19 999 innb.	29	29	24	73	66	51	59
20 000-49 999 innb.	8	13	10	38	40	35	40
50 000-99 999 innb.	20	10	10	40	30	20	10
100 000 innb. +	0	0	0	0	0	0	5
Totalt	35	35	36	70	68	63	428

45 Helsedirektoratet 2014: Spørreundersøkelse om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinering.

om man hadde valgt å korrigere befolknings-grunnlaget for kommuner som ikke har rapportert data.

Figur 7.2 Antall mottakere av habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon i primærhelse-tjenesten per 1 000 innbyggere, korrigert for kommuner som ikke har rapportert data, 2011-2014.

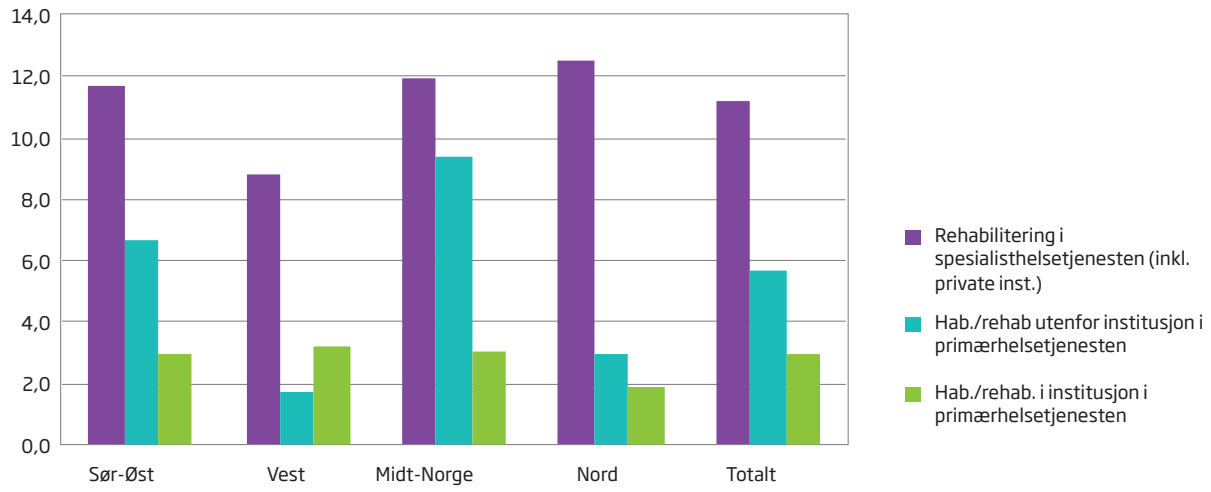


Når man fjerner befolkningsgrunnlaget for kommunene som står uten mottakere av habilitering og rehabilitering, vil antall mottakere per 1 000 innbyggere bli mye høyere enn om man ikke korrigerer for dette. Figur 7.2 viser en markant nedgang i antallet mottakere av habilitering og rehabilitering utenfor institusjon i perioden 2011-2014. I 2011 var det 15,2 mottakere per 1 000 innbyggere, mens det var sunket til 10,8 i 2014. Denne nedgangen er mer markant enn om man ser på utviklingstallene hvor det ikke er korrigert for kommuner uten mottakere. For mottakere av habilitering og rehabilitering i institusjon har det vært en vekst fra 5,3 mottakere per 1 000 innbyggere i 2011 til 6,0 i 2014. De siste tre årene har imidlertid nivået vært stabilt, slik de ukorrigerte tallene også viser.

7.4 REGIONALE VARIASJONER

Figur 7.3 viser antallet mottakere av habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon i kommunene, samt rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, per 1 000 innbyggere i 2014. Figuren viser at det var stor variasjon mellom kommunene når det gjelder antall mottakere av habilitering og rehabilitering utenfor institusjon. I kommunene i Vest var det i gjennomsnitt 1,7 mottakere per 1 000 innbyggere i 2014, mens det tilsvarende tallet i Midt-Norge var 9,4. Begge regionene har imidlertid hatt en vekst i antall mottakere fra 2013 til 2014. Også Nord, som i utgangpunktet har få mottakere kontrollert for innbyggertall, har hatt en vekst det siste året. I Sør-Øst har det imidlertid vært en nedgang i antallet mottakere av habilitering og rehabilitering utenfor institusjon i kommunene.

Figur 7.3 Mottakere av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, samt habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon i primærhelsetjenesten per 1 000 innbyggere i 2014.



Figur 7.3 viser at det er noe mindre variasjon mellom regionene når det gjelder antall mottakere av habilitering og rehabilitering i institusjon i kommunene. Her er det kommunene i Nord som har færrest mottakere, med gjennomsnittlig 1,9 mottakere per 1 000 innbyggere i 2014. Vest er regionen med flest mottakere av habilitering og rehabilitering i institusjon, med 3,2 mottakere per 1 000 innbyggere. Tidligere år har det vært Midt-Norge som har hatt det høyeste nivået av mottakere av denne typen habilitering og rehabilitering, men som den eneste regionen har Midt-Norge hatt en reduksjon i antall mottakere fra 2013 til 2014, noe som gjør at de nå ligger på nivå med Sør-Øst.

I spesialisthelsetjenesten er det Helse Vest som skiller seg ut med å ha et relativt sett lavere nivå av antall pasienter som mottar rehabilitering sammenliknet med de andre regionene. I Helse Vest var det 8,8 pasienter per 1 000 innbyggere som mottok rehabilitering i sykehus eller private rehabiliteringsinstitusjoner i 2014, mens tilsvarende tall for Helse Nord var 12,5.

Analysene av habiliteringsavdelingene i 2013 og 2014 viser at det var til dels store variasjoner mellom regionene i omfanget av pasienter og tjenestene de mottok. Disse forskjellene kan skyldes geografiske variasjoner i behov i befolkningen, ulik organisering av tjenestene, reelle forskjeller i tilbudet til befolkningen eller ulik registreringspraksis. Innenfor habiliteringsfeltet er usikkerheten rundt datakvaliteten særlig stor. Dette skyldes at habilitering verken inngår som egen diagnosekode i ICD-10 eller som prosedyre i NCMP og aktiviteten kan kun identifiseres gjennom utvalget av avdelinger og enheter. Forskjeller mellom regionene kan derfor også skyldes at noen habiliteringspasienter mottar behandling på enheter som ikke inkluderes i vårt datagrunnlag. Det har også vært gjort få analyser innen dette fagområdet tidligere og helseforetakene har hatt få muligheter til å sammenlikne seg med hverandre. Det er derfor viktig å presisere at tallene må tolkes med forsiktighet.

Tabell 7.3 viser utviklingen og variasjonen mellom regioner i antall pasienter som mottar habilitering. Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst er regionene som hadde flest pasienter innen habilitering for barn og unge kontrollert for innbyggertall. Begge disse regionene har en pasientrate på godt over ti pasienter per 1 000 innbyggere. Det er også kun i disse regionene det var en vekst i antall pasienter fra 2013 til 2014. Helse Vest og Helse Nord hadde en nedgang i antall pasienter, samtidig som at disse regionene også hadde et lavere nivå i utgangspunktet.

Også innen voksenhabiliteringen var det Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst som hadde flest pasienter kontrollert for innbyggertall. I disse regionene var det i overkant av to pasienter per 1 000 innbyggere i aldersgruppen. Det var imidlertid kun Helse Sør-Øst som hadde en vekst i antall pasienter i perioden, med en økning fra 1,9 til 2,0 pasienter per 1 000 innbyggere. I de andre regionene var antall pasienter stabilt eller svakt synkende fra 2013 til 2014. Det er færrest pasienter som mottar habiliteringstjenester for voksne i Helse Nord.

Tabell 7.3 Antall pasienter per 1 000 innbyggere for habilitering barn og unge og habilitering voksne etter region 2013-2014.

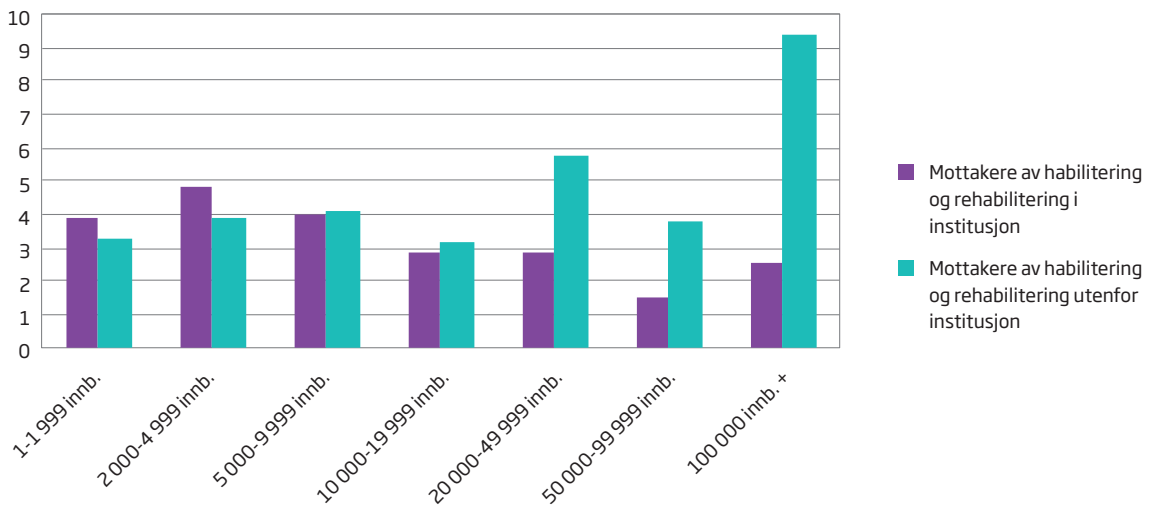
Region	Barn og unge		Voksne	
	2013	2014	2013	2014
Helse Sør-Øst	10,5	10,6	1,9	2,0
Helse Vest	6,4	6,2	1,6	1,5
Helse Midt-Norge	11,0	11,6	2,3	2,2
Helse Nord	7,4	7,0	1,2	1,2
Totalt	9,3	9,4	1,8	1,9

7.5 VARIASJON ETTER KOMMUNESTØRRELSE

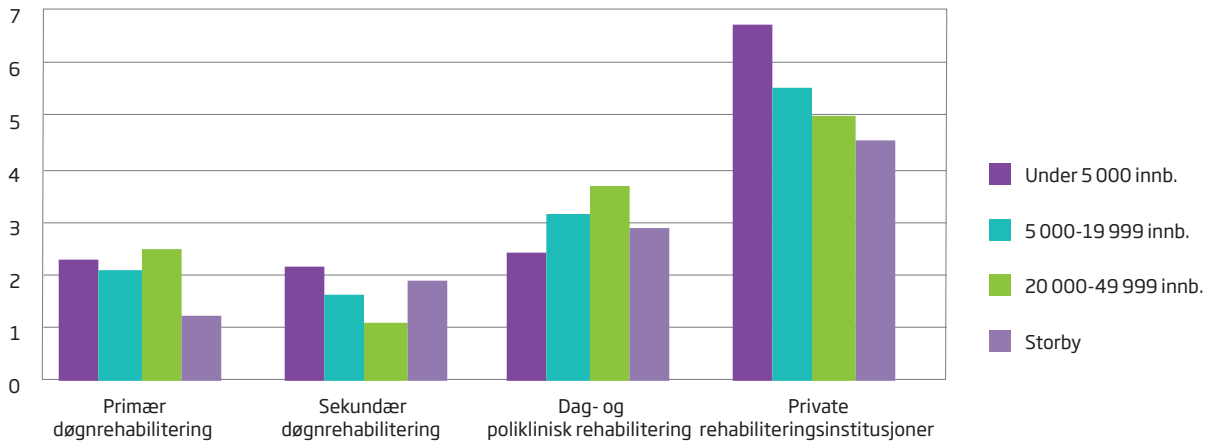
Figur 7.4 viser at antall mottakere av habiliterings- og rehabiliteringstjenester utenfor institusjon i kommunene tenderer mot å være høyere i kommuner med et høyt innbyggertall enn kommuner med færre innbyggere. For antall mottakere av habilitering og rehabilitering i institusjon er tendensen motsatt; figuren antyder at antall mottakere av slike tjenester er noe høyere i små kommuner enn i store. Dette bildet er i hovedsak likt slik det har vært de seneste årene.

Forholdet mellom ulike typer rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og kommunestørrelse følger også i stor grad samme mønster som tidligere

Figur 7.4 Mottakere av habilitering og rehabilitering i primærhelsetjenesten i løpet av 2014 per 1 000 innbyggere etter kommunestørrelse.



Figur 7.5 Mottakere av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten per 1 000 innbyggere 2014 etter kommunestørrelse.



år. Figur 7.5 viser at store byer tenderer mot å ha færre pasienter som mottar primær døgn-rehabilitering i spesialisthelsetjenesten enn mindre kommuner. For sekundær døgnrehabilitering er det de minste kommunene som har flest pasienter, mens antall pasienter ser ut til å synke jo større kommunen blir. Storbyene bryter imidlertid dette mønsteret med å ha et pasientnivå som er høyere enn både kommunegruppen med mellom 5 000-19 999 innbyggere og kommunene som har mellom 20 000-49 999 innbyggere.

For dag- og poliklinisk rehabilitering er det en tendens at store kommuner har flere pasienter enn små kommuner. Det er imidlertid et lite dropp for storbyene, som har et lavere nivå enn de to mellomstore kommunegruppene. For private rehabiliteringsinstitusjoner er tendensen veldig tydelig; omfanget av pasienter som mottar habilitering eller rehabilitering i slike institusjoner er betydelig høyere i små kommuner enn i store.

7.6 INDIVIDUELL PLAN OG KOORDINATOR

Retten til individuell plan etter helselovgivningen ble innført i 2001. Denne retten er videreført i ny

lovgivning fra 2012. Bestemmelsene er utdypet i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Høsten 2015 publiserte Helsedirektoratet en oppdatert veileder til denne forskriften. Retten til individuell plan er også hjemlet i Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen, Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, samt i Barnevernloven.

Formålet med individuell plan er å sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud for pasienter og brukere med behov for langvarige koordinerte tjenester. Tjenester fra ulike fagområder og sektorer skal samordnes og det skal arbeides i samsvar med tjenestemottakerens mål.

Bestemmelsen om koordinator er tydeliggjort i revidert lovgivning fra 2012. Fram til dette har denne funksjonen vært utledet av forskrift om individuell plan, omtalt som «...en tjenesteyter som har hovedansvar for oppfølgingen av tjeneste-mottakeren.»

Etter dagens lovgivning skal koordinator tilbys uavhengig av om pasienten/brukeren ønsker individuell plan, jfr. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 7-2 og Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 2-5a. I spesialisthelse-tjenesten er koordinator også tenkt å erstatte tidligere pasientansvarlig lege.

Oppstart av individuell plan og oppnevning av koordinator krever samtykke fra tjenestemottakeren. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av pasient/bruker, sikre samordningen av tjeneste-tilbudet og framdrift i arbeidet med individuell plan.

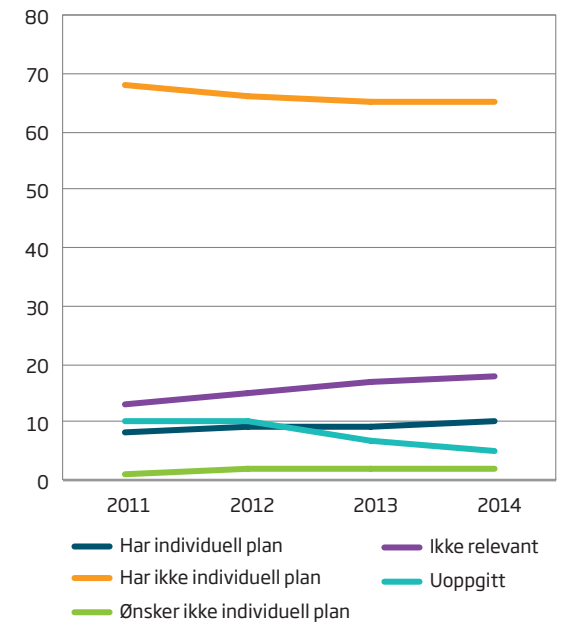
I kommunene registreres det om mottakerne av hjemmetjenester eller praktisk bistand har fått utarbeidet individuell plan. Av figur 7.6 ser man at det i 2014 var ti prosent av mottakerne av hjemmetjenester eller praktisk bistand som hadde individuell plan[46]. Dette tilsvarte om lag 18 000 pasienter/brukere. Andelen mottakere med individuell plan har steget fra åtte prosent i 2011 til ti prosent i 2014.

46 SSB-rapport 2015/42: Kommunale helse- og omsorgstjenester 2014. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere.

Mottakere under 67 år har individuell plan i større grad enn eldre mottakere i alderen 67 år og over. Mottakere med omfattende bistandsbehov har også individuell plan i større grad enn mottakere med et lavere bistandsbehov. For aldersgruppen under 67 år har 42 prosent av mottakerne med et omfattende bistandsbehov fått utarbeidet individuell plan. For mottakerne 67 år og eldre har kun fem prosent av de med et omfattende bistandsbehov fått utarbeidet individuell plan.

Kommunene registrerer også hvor mange som ikke har individuell plan fordi de ikke ønsker det, eller fordi det ikke er relevant, for eksempel fordi de bare har ett tiltak. I 2014 var det registrert at to prosent av mottakerne ikke ønsket individuell plan, og at individuell plan ikke var relevant for 18 prosent av mottakerne.

Figur 7.6 Andel mottakere av helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand som har individuell plan 2011-2014.



7.7 KOORDINERENDE ENHET FOR HABILITERING OG REHABILITERING

I forbindelse med innføringen av samhandlings-reformen ble kommunene og helseforetakene lovpålagt å ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, jfr. Helse- og omsorgs-tjenesteloven § 7-3 og Spesialisthelsetjenesteloven

§ 2-5b. Her tydeliggjøres det at enhetene på begge nivåer skal ha «... overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.»

For spesialisthelsetjenesten konkretiseres i tillegg følgende oppgaver i § 2-5b i Spesialisthelsetjenesteloven:

«... ha generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen. Enheten skal ha oversikt over, og nødvendig kontakt med, habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen.»

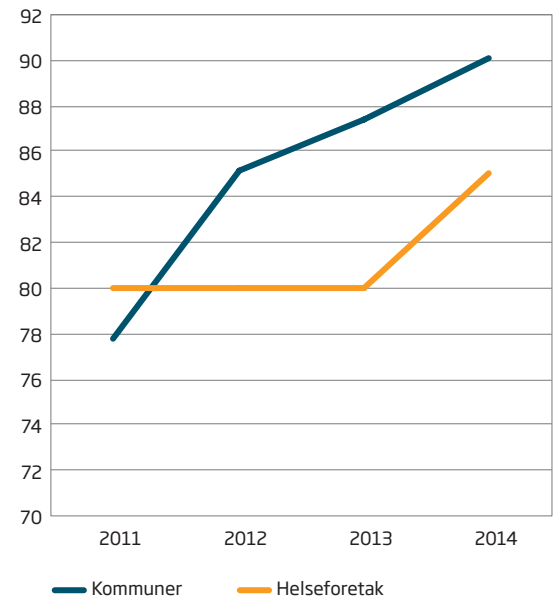
De kommunale enhetenes ansvar og oppgaver utdypes slik i Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 (St.meld. nr. 16, 2010-2011):

«Den koordinerende enheten i kommunen skal sørge for at tjenestene sees i sammenheng og at det er kontinuitet i tiltakene, over tid, uavhengig av hvem som har ansvaret. Enheten skal bidra til at de forskjellige tjenesteyterne samarbeider om planlegging og organisering av habiliterings- og rehabiliteringstilbudene og tilrettelegger for brukermedvirkning.»

Figur 7.7 viser andel kommuner og helseforetak som har etablert koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i perioden etter at samhandlingsreformen ble innført. Figuren viser at det har skjedd mye ute i kommunene i forhold til å etablere koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering. I 2011 hadde 78 prosent av kommunene etablert ordningen, mens tallet var steget til 85 prosent i 2012. Også i perioden fra 2012 til 2014 har det vært en jevn vekst og andelen kommuner med koordinerende enhet var i 2014 steget til 90 prosent. Dette tilsvarer en vekst på 12 prosentpoeng i perioden etter at samhandlingsreformen ble innført.

For spesialisthelsetjenesten var det en positiv utvikling i andel helseforetak med koordinerende enhet allerede før samhandlingsreformen ble innført. I 2009 hadde 60 prosent av helseforetakene etablert koordinerende enhet, mens tallet i 2011 var steget til 80 prosent. I de to påfølgende årene lå imidlertid nivået stabilt. Det var i all hovedsak helseforetakene i Helse Nord som ikke hadde etablert ordningen ved utgangen av 2013. Ved utgangen av 2014 er det imidlertid igjen en vekst, slik at andel helseforetak med koordinerende enhet da var oppe i 85 prosent. Denne veksten skyldes at Universitetssykehuset i Nord-Norge etablerte koordinerende enhet i løpet av dette året. I løpet av 2015 har også Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset etablert ordningen, noe som betyr at det kun er Finnmarkssykehuset som per dags dato ikke har en koordinerende enhet i drift[47]. Det er imidlertid viktig å påpeke at det er til dels store variasjoner både mellom de ulike kommunene og de ulike helseforetakene i hvordan de ivaretar funksjonen en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering skal ha. Det er derfor en definisjonssak om de fullt ut oppfyller kravene i forhold til lovforskriftene. Dette har det ikke vært kapasitet til å undersøke nærmere i denne rapporten.

Figur 7.7 Andel kommuner og helseforetak som har koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering 2011-2014.



Det er etablert koordinerende enhet ved alle de fire regionale helseforetakene. Disse har vært i stabil drift i flere år og har en sentral pådriverrolle i å etablere nettverk, møteplasser og systemer for informasjonsutveksling.

47 Ved Finnmarkssykehuset har man en kontaktperson, men det er ikke avsatt en stillingsressurs til oppgaven med å drifte en koordinerende enhet. Det er derfor vurdert at man ikke kan definere dette som en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering.

7.8 DEFINISJONER OG DATAGRUNNLAG

I forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator defineres habilitering og rehabilitering slik:

«Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.»

Habilitering og rehabilitering i primærhelsetjenesten

I kommunene registreres tiltak, herunder rehabilitering i og utenfor institusjon, til mottakere av pleie- og omsorgstjenester gjennom IPLOS, og dataene blir utlevert av SSB. I 2014 står 36 prosent av kommunene uten registrerte mottakere av rehabiliteringstjenester i institusjon. Tilsvarende er det 63 prosent av kommunene som ikke rapporterer mottakere av habiliterings- og rehabiliteringstjenester utenfor institusjon. I analysene i denne rapporten er det ikke korrigert for dette, da det er vanskelig å vite om den store andelen missing skyldes at de faktisk ikke har mottakere av disse tjenestene, om det er manglende rapportering, eller at det er så få mottakere at de blir «prikket» av SSB når data utleveres. Dette gjør av disse dataene må tolkes med forsiktighet. Tilbud til andre brukergrupper utenfor helse- og omsorgstjenesten blir ikke fanget opp.

Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

I spesialisthelsetjenesten registreres habiliterings- og rehabiliteringstjenester i Norsk pasientregister (NPR). Habilitering identifiseres ved hjelp av avdelingskoder, mens sykehusrehabilitering er definert som alle opphold og konsultasjoner med ICD-10-kode Z.50 (med unntak av Z.50.1) som hoveddiagnose. I denne rapporten omtaler vi primær og sekundær døgnrehabilitering, samt dag- og poliklinisk rehabilitering i helseforetak. Definisjonene av disse rehabiliteringsformene er:

Primær døgnrehabilitering

Rehabilitering med innleggelse der en av rehabiliteringskodene i diagnosekodeverket ICD-10 er satt som hovedtilstand i det pasientadministrative systemet. Dette skal i henhold til definisjonen gjøres ved opphold i avdelinger eller institusjoner hvor hensikten med oppholdet hovedsakelig er rehabilitering.

Sekundær døgnrehabilitering

Rehabilitering med innleggelse der en av rehabiliteringskodene i ICD-10 er satt som annen tilstand i det pasientadministrative systemet. Dette skal i henhold til definisjonen gjøres når samme opphold omfatter både akuttbehandling og rehabilitering. Den akutte sykdommen skal i disse tilfellene kodes som hovedtilstand, mens rehabilitering skal kodes som annen tilstand.

Spesielt om primær og sekundær rehabilitering

For mange kan disse begrepene være forvirrende. Det er kanskje nærliggende å tro at primærrehabilitering er rehabilitering tidlig i et forløp, for eksempel like etter at et hjerneslag har inntruffet. Ofte vil det imidlertid være motsatt. Man blir lagt inn til akutt behandling for hjerneslaget, hvorpå man så fort som mulig starter opp rehabiliteringsprosessen på akuttavdelingen. Da vil rehabilitering bli kodet som annen tilstand og altså bli definert som sekundær rehabilitering.

Dag- og poliklinisk rehabilitering

Kontakter med en rehabiliteringskode i ICD-10 som har 0 liggedager og over 5 timers varighet er definert som dagrehabilitering. Kontakter med 0 liggedager og under 5 timers varighet eller ICD-10-kode Z50.9 er definert som poliklinisk rehabilitering.

Habilitering

Habiliteringsaktiviteten ved sykehusene er identifisert ved hjelp av avdelingskoder. Habiliteringsaktiviteten inngår både i data fra psykisk helsevern og i somatikkdata. Innenfor habilitering blir det skilt mellom habilitering for barn og unge og habilitering for voksne. Alle pasienter mellom 0-18 år er definert som habilitering for barn og unge, pasienter fra 19 år og oppover tilhører habilitering for voksne.

Siden det har vært gjort svært få analyser innen habiliteringsfeltet tidligere, er usikkerheten rundt datagrunnlaget stor. Man må derfor være forsiktig i tolkningen av tallene, med tanke på at utviklingen av et godt analysegrunnlag for dette fagområdet kun er i startgropa.

Individuell plan og koordinerende enhet

Informasjon om andel mottakere av pleie- og omsorgstjenester som har fått utarbeidet individuell plan (IP) finnes i IPLOS og er hentet fra SSBs rapport «Kommunale helse -og omsorgstjenester 2014».

Data om andel kommuner som har etablert koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering er hentet fra SSB/KOSTRA, mens tilsvarende informasjon om helseforetak er innhentet fra de fire regionale koordinerende enhetene.

Tabell 7.4 Pasienter og mottakere av habiliterings- og rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten 2011-2014 etter region.

		Antall pasienter/mottakere (N=)				Prosent endring	
		2011	2012	2013	2014	2011-2014	2013-2014
Norge totalt							
Spesialist-helsetj.	Primær døgnrehab.	11 059	10 302	9 947	9 505	-14,1	-4,4
	Sekundær døgnrehab.	7 961	8 200	8 314	8 618	8,3	3,7
	Dag- og poliklinisk rehab.	16 738	17 374	14 864	15 796	-5,6	6,3
	Private rehab.institusjoner	24 568	25 875	25 229	26 928	9,6	6,7
Primærhelsetj.	Rehabilitering i inst.	13 397	14 670	15 278	15 108	12,8	-1,1
	Rehabilitering utenfor inst.	29 569	29 030	28 668	29 132	-1,5	1,6
Helse Sør-Øst/kommuner i Sør-Øst							
Spesialist-helsetj.	Primær døgnrehab.	7 365	6 767	6 607	6 382	-13,3	-3,4
	Sekundær døgnrehab.	3 705	3 514	3 489	3 447	-7,0	-1,2
	Dag- og poliklinisk rehab.	9 505	10 373	8 774	9 977	5,0	13,7
	Private rehab.institusjoner	14 037	14 686	14 172	15 804	12,6	11,5
Primærhelsetj.	Rehabilitering i inst.	7 781	8 157	8 600	8 625	10,8	0,3
	Rehabilitering utenfor inst.	20 847	20 211	19 727	19 236	-7,7	-2,5
Helse Vest/kommuner i Vest							
Spesialist-helsetj.	Primær døgnrehab.	1 450	1 417	1 287	1 207	-16,8	-6,2
	Sekundær døgnrehab.	1 842	2 173	2 472	2 701	46,6	9,3
	Dag- og poliklinisk rehab.	2 256	2 298	2 005	2 208	-2,1	10,1
	Private rehab.institusjoner	3 012	3 831	3 799	3 863	28,3	1,7
Primærhelsetj.	Rehabilitering i inst.	2 868	3 332	3 431	3 452	20,4	0,6
	Rehabilitering utenfor inst.	1 643	1 585	1 389	1 824	11,0	31,3
Helse Midt-Norge/kommuner i Midt-Norge							
Spesialist-helsetj.	Primær døgnrehab.	1 256	1 207	1 178	1 013	-19,3	-14,0
	Sekundær døgnrehab.	1 538	1 604	1 374	1 381	-10,2	0,5
	Dag- og poliklinisk rehab.	3 987	3 877	3 303	2 939	-26,3	-11,0
	Private rehab.institusjoner	3 895	3 531	3 586	3 582	-8,0	-0,1
Primærhelsetj.	Rehabilitering i inst.	1 863	2 230	2 323	2 126	14,1	-8,5
	Rehabilitering utenfor inst.	5 844	6 112	6 376	6 645	13,7	4,2
Helse Nord/kommuner i Nord							
Spesialist-helsetj.	Primær døgnrehab.	988	911	875	903	-8,6	3,2
	Sekundær døgnrehab.	876	909	979	1 089	24,3	11,2
	Dag- og poliklinisk rehab.	990	826	782	672	-32,1	-14,1
	Private rehab.institusjoner	3 624	3 827	3 672	3 679	1,5	0,2
Primærhelsetj.	Rehabilitering i inst.	885	951	924	905	2,3	-2,1
	Rehabilitering utenfor inst.	1 235	1 122	1 176	1 427	15,5	21,3

Tabell 7.5 Pasienter og mottakere av habiliterings- og rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten per 1 000 innbyggere 2011-2014 etter region.

		Antall pasienter/mottakere per 1 000 innbyggere				Relativt nivå 2014
		2011	2012	2013	2014	
Norge totalt						
Spesialist-helsetj.	Primær døgnrehab.	2,2	2,0	1,9	1,8	100
	Sekundær døgnrehab.	1,6	1,6	1,6	1,7	100
	Dag- og poliklinisk rehab.	3,4	3,4	2,9	3,1	100
	Private rehab.institusjoner	4,9	5,1	4,9	5,2	100
Primærhelsetj.	Rehabilitering i inst.	2,7	2,9	3,0	2,9	100
	Rehabilitering utenfor inst.	5,9	5,7	5,6	5,6	100
Helse Sør-Øst/kommuner i Sør-Øst						
Spesialist-helsetj.	Primær døgnrehab.	2,6	2,4	2,3	2,2	120
	Sekundær døgnrehab.	1,3	1,2	1,2	1,2	72
	Dag- og poliklinisk rehab.	3,4	3,7	3,1	3,5	113
	Private rehab.institusjoner	5,0	5,2	5,0	5,5	105
Primærhelsetj.	Rehabilitering i inst.	2,8	2,9	3,0	3,0	102
	Rehabilitering utenfor inst.	7,5	7,2	6,9	6,7	118
Helse Vest/kommuner i Vest						
Spesialist-helsetj.	Primær døgnrehab.	1,4	1,3	1,2	1,1	60
	Sekundær døgnrehab.	1,8	2,1	2,3	2,5	149
	Dag- og poliklinisk rehab.	2,2	2,2	1,9	2,0	66
	Private rehab.institusjoner	2,9	3,6	3,5	3,6	68
Primærhelsetj.	Rehabilitering i inst.	2,8	3,1	3,2	3,2	109
	Rehabilitering utenfor inst.	1,6	1,5	1,3	1,7	30
Helse Midt-Norge/kommuner i Midt-Norge						
Spesialist-helsetj.	Primær døgnrehab.	1,8	1,7	1,7	1,4	78
	Sekundær døgnrehab.	2,2	2,3	2,0	1,9	117
	Dag- og poliklinisk rehab.	5,8	5,6	4,7	4,1	135
	Private rehab.institusjoner	5,7	5,1	5,1	5,0	97
Primærhelsetj.	Rehabilitering i inst.	2,7	3,2	3,3	3,0	102
	Rehabilitering utenfor inst.	8,5	8,8	9,1	9,4	166
Helse Nord/kommuner i Nord						
Spesialist-helsetj.	Primær døgnrehab.	2,1	1,9	1,8	1,9	102
	Sekundær døgnrehab.	1,9	1,9	2,0	2,3	136
	Dag- og poliklinisk rehab.	2,1	1,7	1,6	1,4	46
	Private rehab.institusjoner	7,7	8,1	7,7	7,7	147
Primærhelsetj.	Rehabilitering i inst.	1,9	2,0	1,9	1,9	64
	Rehabilitering utenfor inst.	2,6	2,4	2,5	3,0	53

8. Meldingsutveksling

Meldingsutveksling er en viktig elektronisk kommunikasjonsform mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren. Tilnærmet alle aktørene i helse- og omsorgstjenesten er nå tilkoblet helsenettet. Standardiserte elektroniske meldinger for kommunikasjon mellom omsorgstjenesten, fastleger og helseforetak (HF) ble ferdig utviklet i 2011 og er i hovedsak tatt i bruk.

I 2015 er det estimert at kommunene sendte nær 1,3 millioner meldinger mot om lag 1,0 million meldinger i 2014. De aller fleste kommuner har nå kommet godt i gang med meldingsutveksling. Den største økningen i antall meldinger var fra 2013 til 2014. Det forventes en fortsatt økning i 2016.

8.1 INNLEDNING

I Meld. St. 9 (2011-2012) «Én innbygger – én journal» skisseres det tre overordnede mål; helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger, innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester og data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning. Videre er det et mål at elektronisk kommunikasjon skal være førstevalget for kommunikasjon både mellom de ulike tjenesteyterne og mellom tjenesteyter og pasient.

IKT er et viktig virkemiddel for å realisere mål om helhet og samhandling i helse- og omsorgstjenesten. IKT løsninger skal gi aktørene tilgang til relevant og oppdatert informasjon som gir grunnlag for god diagnostikk, behandling og pleie. Meldingsutveksling er en viktig elektronisk kommunikasjonsform mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren. Før omsorgsmeldingene ble innført har det ikke eksistert tilsvarende elektronisk kommunikasjon. Omsorgsmeldingene har bidratt til økt samhandling mellom aktørene. Papirforsendelser er nå i stor grad erstattet med elektroniske meldinger i kommunikasjon mellom de fleste kommuner og helseforetak.

8.2 ELEKTRONISKE OMSORGSMELDINGER

Standardiserte elektroniske meldinger for kommunikasjon mellom omsorgstjenesten, fastleger og helseforetak er utviklet for samhandling om felles pasienter. Meldingene har vært ferdig utviklet siden 2011 og tas nå i bruk. Meldingstypene dekker ulike informasjonsutvekslingsbehov som f.eks.:

- **orientering om tjenestetilbud i kommunen**; som sendes fra omsorgstjenesten til fastlegen når vedtak om kommunale tjenester er fattet
- **legemiddelopplysninger**; som benyttes i forbindelse med den løpende kontakt mellom omsorgstjenesten og fastlege
- **melding om innlagt pasient**; som sendes fra spesialisthelsetjenesten til omsorgstjenesten når pasienten opplyser at de har hjemmetjenester eller sykehjemstjenester
- **innleggelsesrapport**; som sendes fra omsorgstjenesten til spesialisthelsetjenesten når pasient er innlagt
- **melding om utskrivningsklar pasient**; som sendes fra spesialisthelsetjenesten til omsorgstjenesten (varsel om utskrivning)
- **utskrivningsrapport**; som sendes fra spesialisthelsetjenesten til omsorgstjenesten samme dag som pasient skrives ut

System for meldingsutveksling er integrert i de fleste elektroniske pasientjournalsystemer (EPJ) som brukes i omsorgstjenesten, hos fastleger,

avtalespesialister og i helseforetak (HF). I meldingsdata er det ikke mulig å skille mellom ulike typer privatpraktiserende autoriserte helsepersonell som fastleger og avtalespesialister. I kapitlet er dette for enkelhetsskyld benevnt «fastleger».

8.3 DATA OG METODE

Meldingstelleren er Norsk helsenetts statistikkverktøy som teller elektroniske meldinger som går i helsenettet[48]. Tjenesten brukes til å måle den elektroniske samhandlingen i sektoren basert på meldinger og viser oversikt over volum på total trafikk og innenfor ulike typer meldinger. Den kan også vise trender på utbredelsen av forskjellige typer meldinger.

Meldingstelleren teller alle meldinger som passerer. En betydelig andel av meldingene oppfyller ikke kravene til standard som gjør det mulig å kategorisere dem. Dette er i all hovedsak andre typer meldinger enn det vi beskriver i kapitlet her. Eksempelvis sendes det meldinger i eldre formater (ikke ebXML) eller uten angivelse av koder som gjør det mulig å tolke hvilken type melding det er.

Det pågår et kontinuerlig forbedringsarbeid av de ovenfor nevnte forhold, men det har vist seg krevende å få gjort endringer i alle IKT-systemer og i alle virksomheter som omfattes av disse feilene. Omsorgsmeldinger (tidligere kalt pleie- og omsorgsmeldinger) er forholdsvis nye meldinger, og det påregnes derfor en langt lavere feilrate for disse meldingene, men enkelte feil kan fortsatt forekomme.

Det er gjort uttrekk av data fra meldingstelleren vedrørende hvilke kommuner som sendte meldinger i perioden 2011 – per oktober 2015, hvilke omsorgsmeldinger ble sendt/mottatt, omfang på meldingsutvekslingen og hvem de sendte meldinger til eller mottok meldinger fra. Uttrekket fra meldingstelleren er sortert og analysert med utgangspunkt i hvilken kommune meldingen ble sendt fra eller sendt til. Omfanget av kommuner som inngår varierer mellom år og de ulike typene melding og er beskrevet nærmere i tabell 8.1.

Antall meldinger for hver meldingstype for hele 2015 er estimert basert på volum av meldinger per oktober. Det er gjennomført en enkel teknisk estimering ved å anta at andel meldinger per måned er lik gjennom hele året. Estimerte volumtall for 2015 er dermed beregnet som 12 ganger gjennomsnittet for perioden januar-oktober.

Det er kun 3 kommuner (Bærum, Båtsfjord og Forsand) som ikke rutinemessig sender omsorgsmeldinger. Bærum kommune har et egetutviklet EPJ-system, Helios. Kommunen er i ferd med å bytte ut Helios, og skal etter planen ta i bruk et nytt system i desember 2016. Kommunen har mottatt basismeldinger fra Bærum sykehus/Vestre Viken HF til pleie- og omsorgstjenesten siden 2008, og mottar 100-150 meldinger per uke. Kommunikasjon med fastleger og helseforetak m.fl. ved hjelp av pleie- og omsorgsmeldinger kommer ikke i gang før nytt system tas i bruk. Bærum er 1 av 5 kommuner med over 100 000 innbyggere og forklarer den lave andelen (80 prosent) for denne kommunegruppen, jf. tabell 8.3. For Forsand og Båtsfjord er det ulike årsaker til manglende meldingsutveksling.

8.4 UTBREDELSE OG BRUK AV OMSORGSMELDINGER

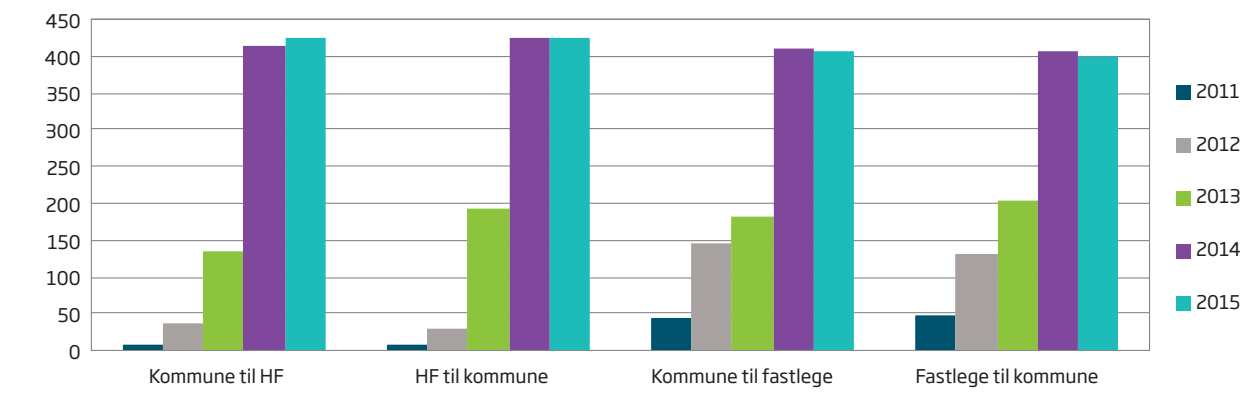
Antall kommuner

Meldingsutbredelsesprogrammet i regi av Norsk helsenett hadde som mål at alle kommuner skulle være i gang med elektronisk meldingsutveksling innen utgangen av 2014. Med få unntak er dette nå tilfelle.

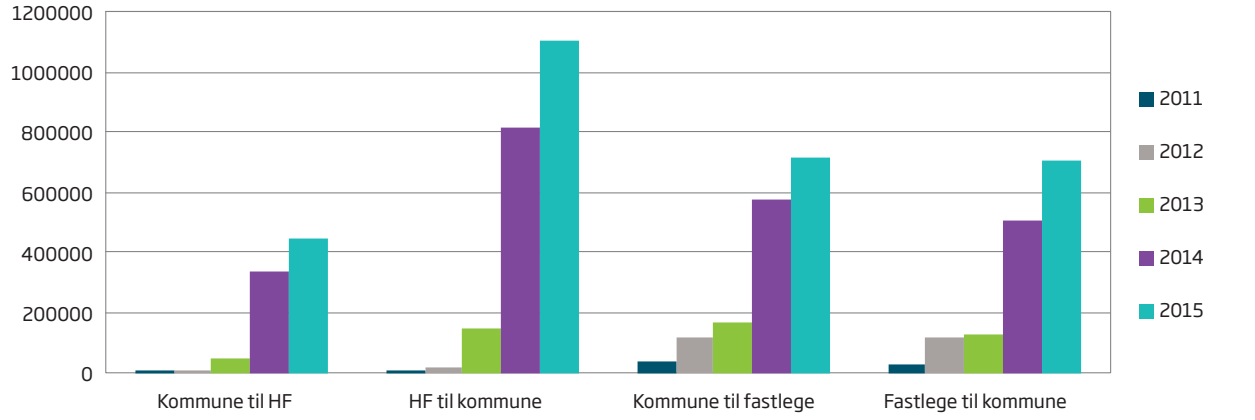
Det har tatt tid for det enkelte helseforetak å få oppgradert sine elektroniske pasientjournaler til en versjon som inneholder de nevnte meldingene og få løst intern adresseringsproblematikk. Helseforetak i Midt Norge og Oslo universitetssykehus har ikke tatt omsorgsmeldinger i bruk før mot slutten av 2014. Elektroniske meldinger erstatter i stor grad informasjon via fax, som trolig fortsatt benyttes, men i stadig mindre grad.

48 Norsk Helsenett. Meldingsteller. http://meldingsteller.nhn.no/

Figur 8.1 Antall kommuner med elektronisk meldingsutveksling for utvalgte typer meldinger 2011-2015[1]. Data fra Norsk helsenett.



Figur 8.2 Omfang av elektronisk meldingsutveksling for omsorgsmeldinger 2011-2015[1] (antall). Data fra Norsk helsenett.



Tabell 8.1 Antall kommuner som sender utvalgte omsorgsmeldinger til fastleger og HF i 2011-2015[1]. Data fra Norsk helsenett.

	Antall kommuner								
	2015					2014	2013	2012	2011
	Sør-Øst	Vest	Midt-Norge	Nord	Totalt	Totalt	Totalt	Totalt	Totalt
Omsorgsmeldinger fra kommuner til helseforetak/private sykehus	170	84	84	87	425	414	133	35	7
Omsorgsmeldinger fra helseforetak til kommuner	171	84	84	87	426	423	191	31	6
Omsorgsmeldinger fra kommuner til fastleger[2]	162	82	83	79	406	409	183	145	44
Omsorgsmeldinger fra fastleger[2] til kommuner	162	80	83	76	401	406	203	131	49
Meldinger om innlagt pasient fra helseforetak/ private sykehus til kommuner	171	84	84	87	426	329	113	22	1
Innleggelsesrapporter fra kommunene til helseforetakene	169	80	84	86	419	412	119	27	2

1) Data for 2015 er estimert basert på antall meldinger per oktober 2015.
2) Privatpraktiserende autorisert helsepersonell

Kommunestørrelse og elektroniske meldinger

Veksten i antall omsorgsmeldinger fortsetter for alle kommuner – både store og små. De mindre kommunene har i 2015 et noe høyere nivå per innbygger enn de største kommunene (tabell 8.2). Dette kan skyldes at noen av de større kommunene ikke har kommet godt i gang, og at gjennomsnittet derfor blir lavere. Noen av de minste kommunene arbeider fortsatt med å etablere løsninger, men antall og størrelse er slik at det gir mindre utslag på totalen (tabell 8.2 og tabell 8.3).

Geografiske forskjeller

Økningen i antall omsorgsmeldinger er jevnt over stor og ganske lik i alle helseregioner siste året (tabell 8.4 og tabell 8.5). Omfanget av omsorgs-

Tabell 8.2 Omfang av utvalgte omsorgsmeldinger per 100 000 innbyggere i 2015[1] og 2014 etter kommunestørrelse. Data fra Norsk helsenett.

	Sum meldinger per 100 000 innbygger 2015								2014
	1-1999 innb	2000-4999 innb	5000-9999 innb	10000-19999 innb	20000-49999 innb	50000-99999 innb	100 000 innb +	Totalt	Totalt
Omsorgsmeldinger fra kommuner til helseforetak/private sykehus	10 704	9 646	10 858	8 247	9 846	7 344	7 482	8 773	6 624
Omsorgsmeldinger fra helseforetak til kommuner	32 412	25 138	24 330	20 960	23 682	19 916	17 133	21 435	15 994
Omsorgsmeldinger fra kommuner til fastleger[2]	12 384	14 252	14 107	13 653	16 190	13 280	12 318	13 905	11 382
Omsorgsmeldinger fra fastleger[2] til kommuner	18 839	21 242	15 746	14 437	13 978	11 902	10 188	13 703	9 948
Meldinger om innlagt pasient fra helseforetak/private sykehus til kommuner	5 783	4 166	3 826	3 282	3 316	2 759	2 494	3 209	1 857
Innleggelsesrapporter fra kommunene til helseforetakene	2 265	2 196	2 415	1 783	1 958	1 621	1 726	1 906	1 421

1) Data for 2015 er estimert basert på antall meldinger per oktober 2015.
2) Privatpraktiserende autorisert helsepersonell

Tabell 8.3 Prosent av kommuner som sender utvalgte omsorgsmeldinger i 2015[1] og 2014 etter kommunestørrelse. Data fra Norsk helsenett.

	Prosent av kommuner 2015								2014
	1-1999 innb	2000-4999 innb	5000-9999 innb	10000-19999 innb	20000-49999 innb	50000-99999 innb	100 000 innb +	Totalt	Totalt
Omsorgsmeldinger fra kommuner til helseforetak/private sykehus	98	100	100	100	100	100	80	99	97
Omsorgsmeldinger fra helseforetak til kommuner	99	100	100	100	100	100	80	100	99
Omsorgsmeldinger fra kommuner til fastleger[2]	84	97	99	98	100	100	80	95	96
Omsorgsmeldinger fra fastleger[2] til kommuner	81	95	99	98	100	100	80	94	93
Meldinger om innlagt pasient fra helseforetak/private sykehus til kommuner	99	100	100	100	100	100	80	100	79
Innleggelsesrapporter fra kommunene til helseforetakene	94	99	99	100	100	100	80	98	96

1) Data for 2015 er estimert basert på antall meldinger per oktober 2015.
2) Privatpraktiserende autorisert helsepersonell

meldinger fra helseforetak til kommuner er nærmest helt lik i alle regionene (tabell 8.4). For de andre meldingstypene har Helse Midt-Norge et noe større omfang målt per innbygger.

I den første oppstartsfasen av meldingsutvekslingen ble det uttrykt en bekymring fra fastleger om en fare for at de skulle bli overlesset av meldinger fra omsorgstjenesten. Tallmaterialet viser at det i 2015 ble sendt omtrent like mange meldinger fra fastleger til omsorgstjenesten som motsatt (tabell 8.5). Fastleger har tilbakemeldt at de opplever meldingene som svært nyttige[49].

Tabell 8.4 Sendte og mottatte elektroniske omsorgsmeldinger per 100 000 innbyggere fra kommuner til HF og legekontor i 2015[1] og 2014 etter region. Data fra Norsk helsenett.

	Sum elektroniske meldinger per 100 000 innbygger 2015					2014
	Sør-Øst	Vest	Midt-Norge	Nord	Totalt	Totalt
Omsorgsmeldinger fra kommuner til helseforetak/ private sykehus	8 805	8 826	10 241	6 295	8 773	6 624
Omsorgsmeldinger fra helseforetak til kommuner	21 460	21 606	21 292	21 100	21 435	15 994
Omsorgsmeldinger fra kommuner til fastleger[2]	11 585	17 850	17 320	13 897	13 905	11 382
Omsorgsmeldinger fra fastleger[2] til kommuner	10 268	16 744	20 385	17 639	13 703	9 948
Meldinger om innlagt pasient fra helseforetak/ private sykehus til kommuner	2 915	3 265	3 701	4 124	3 209	1 857
Innleggelsesrapporter fra kommunene til helseforetakene	1 665	2 093	2 890	1 486	1 906	1 421

1) Data for 2015 er estimert basert på antall meldinger per oktober 2015.
2) Privatpraktiserende autorisert helsepersonell

Tabell 8.5 Totalt antall elektroniske omsorgsmeldinger fra kommuner til HF og legekontor i 2011-2015[1]. Data fra Norsk helsenett.

	Sum elektroniske meldinger								
	2015					2014	2013	2012	2011
	Sør-Øst	Vest	Midt-Norge	Nord	Totalt	Totalt	Totalt	Totalt	Totalt
Omsorgsmeldinger fra kommuner til helseforetak/ private sykehus	257 405	97 232	73 276	30 522	458 435	342 162	54 469	7 981	171
Omsorgsmeldinger fra helseforetak til kommuner	627 391	238 021	152 353	102 308	1 120 074	826 196	156 789	24 128	1 781
Omsorgsmeldinger fra kommuner til fastleger[2]	338 677	196 648	123 929	67 384	726 637	587 992	175 400	121 080	40 692
Omsorgsmeldinger fra fastleger[2] til kommuner	300 193	184 465	145 862	85 528	716 048	513 911	130 300	129 409	34 360
Meldinger om innlagt pasient fra helseforetak/private sykehus til kommuner	85 230	35 970	26 483	19 994	167 677	95 952	11 812	2 099	2
Innleggelsesrapporter fra kommunene til helseforetakene	48 671	23 062	20 682	7 205	99 619	73 420	13 269	1 905	62

1) Data for 2015 er estimert basert på antall meldinger per oktober 2015.
2) Privatpraktiserende autorisert helsepersonell

49 EPJ-løftet. Meldingsutveksling. http://www.refepj.no/tema/elin-k/ELIN-k-og-Meldingslftet

Melding om innlagt pasient

Ved innleggelse av pasient i sykehus skal det etter samtykke sendes elektronisk melding om innlagt pasient til omsorgstjenesten. Dette gjelder for pasienter som allerede har et tilbud fra omsorgstjenesten eller for pasienter som med stor sannsynlighet vil få behov for slike tjenester. Den korte liggetiden i sykehus tilsier at planlegging av utskriving starter med tidlig varsling om at pasienten er innlagt. Hvis pasienten allerede har tilbud om omsorgstjenester, skal kommunen respondere med å sende en elektronisk innleggelsesrapport.

Meldinger om innlagt pasient og innleggelsesrapporter fortsetter å øke i 2015 (tabell 8.4 og tabell 8.5), og som en konsekvens blir i økende grad papir eller fax faset ut.

Tilbakemelding om disse meldingene er at de gir økt pasientsikkerhet i samhandling mellom nivåene, og det gir større presisjon i innrapportering til IPLOS. Meldingene gir strukturert informasjon som kan gjenbrukes, og man unngår dobbeltregistreringer og uklarhet i hva som har vært formidlet mellom partene.

Omsorgsmeldinger mellom helseforetak og kommunene

Flere helseforetak som hadde kommet godt i gang med meldingsutveksling før 2014, har kun hatt relativ begrenset økning fra 2014 til 2015 (tabell 8.7). Noen helseforetak kom først i gang i 2014 og viser en betydelig vekst i antall meldinger fra 2014 til 2015.

Tabell 8.6 Antall helseforetak som sender og mottar elektroniske omsorgsmeldinger fra kommunene 2011-2015[1]. Data fra Norsk helsenett.

	Antall helseforetak									
	Omsorgsmeldinger fra helseforetak til kommuner					Omsorgsmeldinger til helseforetakene fra kommuner				
	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015
Helse Sør-Øst	4	9	10	12	12	1	9	11	12	12
Helse Vest	0	4	4	5	5	1	3	4	5	5
Helse Midt-Norge	0	0	0	3	3	0	1	2	3	3
Helse Nord	1	3	4	4	4	2	4	4	4	4
Totalt	5	16	18	24	24	4	17	21	24	24

1) Data for 2015 er estimert basert på antall meldinger per oktober 2015.

Tabell 8.7 Antall omsorgsmeldinger mellom helseforetak og kommuner, for hver helseregion og for hvert HF i perioden 2011-2015[1]. Data fra Norsk helsenett.

	Sum meldinger									
	Omsorgsmeldinger fra helseforetak til kommuner					Omsorgsmeldinger til helseforetakene fra kommuner				
	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015
Helse Sør-Øst	1567	15970	131513	504714	630284	1	4513	42852	210544	258763
Helse Vest	-	3090	8899	183002	237709	8	933	9645	70934	96894
Helse Midt-Norge	-	-	-	75056	151100	-	2	1	39917	72808
Helse Nord	214	5068	16377	63424	100980	162	2533	1910	20767	29969
Totalt	**1781**	**24128**	**156789**	**826196**	**1120074**	**171**	**7981**	**54408**	**342162**	**458434**
Sykehuset Østfold HF	-	707	27554	55525	60125	-	31	1191	23755	29132
Akershus univ. sykehus HF	1508	3787	19347	93023	95972	-	1140	11354	38424	39336
Oslo univ.sykehus HF	-	-	-	10499	58169	-	-	-	4118	24690
Sunnaas sykehus HF	55	93	49	242	364	-	8	1	148	259
Sykehuset Innlandet HF	-	898	12036	91521	111982	-	202	2614	40115	49852
Vestre Viken HF	-	198	12375	65873	83327	-	51	3166	23353	26090
Sykehuset Vestfold HF	2	86	16076	55621	63144	-	40	5870	22173	22824
Sykehuset Telemark HF	-	-	8	22974	37898	-	-	-	8748	14968
Sørlandet sykehus HF	-	717	36690	60797	67069	-	325	18025	28255	28720
Diakonhjemmet sykehus HF	-	5277	6200	24038	27227	-	1120	236	9864	11362
Lovisenberg Diakonale sh.	-	4207	1178	24104	24450	-	1596	395	11406	11327
Private med avtale Helse Sør-Øst RHF	-	-	-	497	558	-	-	-	184	204
Helse Stavanger HF	-	1942	5328	41822	56648	8	141	1534	7264	11688
Helse Fonna HF	-	1	671	33955	50075	-	-	645	15200	20328
Helse Bergen HF	-	1136	2783	74052	73439	-	750	7430	33043	35663
Helse Førde HF	-	11	117	24547	30836	-	42	36	11244	15836
Haraldsplass Diakonale sh.	-	-	-	8626	26462	-	-	-	4183	13302
Private med avtale Helse Vest RHF	-	-	-	-	248	-	-	-	-	77
Møre og Romsdal HF	-	-	-	22034	59802	-	-	-	9103	23874
St. Olavs hospital HF	-	-	-	35672	55982	-	2	1	21280	31968
Helse Nord-Trøndelag HF	-	-	-	17350	35316	-	-	-	9534	16966
Nordlandssykehuset HF	-	222	367	16546	37895	5	2	15	6413	12133
Helgelandssykehuset HF	-	42	247	7336	10558	-	33	51	1382	1594
Univ.sykehuset i Nord-Norge HF	214	4804	15461	32305	39826	157	2496	1828	11131	13164
Helse Finnmark HF	-	-	302	7237	12702	-	2	16	1841	3078

1) Data for 2015 er estimert basert på antall meldinger per oktober 2015.

9. Frisklivssentraler

Frisklivssentraler er en kommunal helsetjeneste, utviklet med bakgrunn i behov for mer forebygging i helsetjenesten. I 2014 var det 242 kommuner med frisklivssentraler, hvorav 50 av disse hadde et interkommunalt samarbeid. Antall kommuner med frisklivssentral har økt betydelig de siste årene, og til sammenligning var det 100 kommuner med frisklivssentral i 2011.

Det er variasjoner i andel kommuner med frisklivssentral både mellom helseregioner og kommunegrupper. Helse Sør-Øst har høyest andel kommuner med frisklivssentral, mens Helse Vest har lavest andel. Kommuner gruppert etter innbyggertall viser at store kommuner har større andel med frisklivssentral enn små kommuner. Trenden i andel frisklivssentraler etter innbyggertall er den samme i alle helseregioner.

9.1 FRISKLIVSSENTRALER - BESKRIVELSE OG HISTORIKK

Helseutfordringene i Norge preges i stor grad av sykdom som kan relateres til levevaner. Norge har gitt sin tilslutning til Verdens Helseforsamling (WHA) om å redusere for tidlig død av de ikke-smittsomme sykdommene (NCD), hjerte- og karsykdom, kroniske lungesykdommer, kreft og diabetes, med 25 prosent innen 2025. Noen grupper i befolkningen har spesielt høy risiko for å få en eller flere av disse sykdommene. Dette er sykdommer som kan forebygges gjennom målrettede helsefremmende og forebyggende tiltak som beskrevet i den norske NCD-strategien, 2013-2017.

Frisklivssentralen er en kommunal helsefremmende og forebyggende helsetjeneste med tilbud om hjelp til å endre levevaner og mestre egen helse, primært knyttet til fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Noen frisklivssentraler tilbyr også kurs i mestring av depresjon (KID), mestring av belastinger (KIB), og kurs om søvn. Målgruppen for frisklivssentralens tilbud er personer i alle aldre som har økt risiko for, eller som har utviklet sykdom. Frisklivssentralen tar i mot personer henvist fra helsepersonell eller NAV. Personer kan også henvende seg til frisklivssentralen uten å være henvist. Frisklivssentralen samarbeider med offentlige, private og frivillige aktører i kommunen, og leder videre til andre lokale tilbud når dette er aktuelt.

Oppfølgingstilbudet ved frisklivssentralen består av et tidsavgrenset, strukturert individ- og gruppe-rettet tilbud over 12 uker av gangen. Tilbudet starter og slutter med en helsesamtale basert på en motiverende intervju metodikk (MI). Frisklivs-sentralen gir støtte til å endre levevaner og mestre egen helse, basert på brukerens behov. Målet med tilbudet er å styrke brukeren som aktør i eget liv. Brukermedvirkning er sentralt i planlegging, utvikling og gjennomføring av tjenesten og tilbudene. I flere kommuner er friskliv, lærings- og mestringstilbud samorganisert eller samlokalisert i frisklivs og mestringssentre.

Utgangspunktet for kommunale frisklivssentraler er behovet for mer forebygging i helsetjenesten. Fra 2009 er det bevilget 6 - 7 millioner kroner årlig over statsbudsjettet til etablering og videreutvikling av frisklivssentraler. Midlene har de siste årene blitt fordelt likt til fylkene. I 2013 ble det gitt en tilleggs-bevilgning på 14 millioner kroner til overnevnte. Det ble også lyst ut tilskuddsmidler på 20 millioner til utvikling av tjenestetilbud til kronikergrupper, forankret i frisklivssentral. I 2014 ble tilskuddet på 7,5 millioner til etablering og videreutvikling, og 20 millioner til kronikergrupper, videreført. I tillegg ble det bevilget 3 millioner i tilskudd øremerket prosjekter knyttet til diabetes. I 2015 ble tilskuddene til kronikergrupper og etablering av frisklivssentraler slått sammen til en tilskuddsordning og redusert til 19,4 millioner kroner.

Utvikling av kommunale frisklivssentraler

Gjennom KOSTRA-rapporteringen, til Statistisk Sentralbyrå, har kommunene siden 2011 svart på om de har etablert frisklivssentral. I 2011 rapporterte 100 av landets kommuner at de hadde frisklivssentral. I 2013 hadde antallet kommuner med frisklivssentral økt til 200. Tall fra 2014 viser en ytterligere økning av kommuner med frisklivssentral til 242 kommuner totalt, eller 57 prosent av kommunene. Av de 242 kommunene som rapporterte til KOSTRA om frisklivssentral i 2014, så hadde 50 av disse et interkommunalt samarbeid. Dette er en økning fra 43 kommuner med interkommunalt samarbeid i 2013.

Frisklivssentraler i de ulike bydelene i Oslo kommune regnes som en kommune med frisklivssentral. I 2014 rapporterte 10 av bydelene i Oslo kommune at de har frisklivssentral.

Figur 9.1 og tabell 9.2 viser andel kommuner med frisklivssentral i 2014 etter kommunestørrelse (antall innbyggere). Som det fremkommer av tallene er andelen kommuner med frisklivssentral større i store kommuner sammenlignet med små kommuner. I de minste kommunene (mindre enn 2 000 innbyggere) har 43 prosent av kommunene frisklivssentral. Andel kommuner med frisklivssentral øker etter innbyggertall, hvor alle kommuner med over 100 000 innbyggere har frisklivssentral.

Det er også store variasjoner i de ulike helseregionene når det gjelder antall kommuner med frisklivssentral, se tabell 9.3. Helse Sør-Øst har fremdeles høyest prosentvise andel kommuner med frisklivssentral i 2014, med 71 prosent. I Helse Vest rapporterte 40 prosent av kommunene å ha frisklivssentral samme år, dette er lavest andel i landet. 55 prosent av kommunene i Helse Midt-Norge hadde frisklivssentral, og i Helse Nord var andelen på 46 prosent.

Ressurser og kompetanse

I 2013 ble det gjennomført en utvidet KOSTRA rapportering på frisklivssentraler. En tilsvarende kartlegging er planlagt gjennomført hvert tredje år. SSB er, på oppdrag fra Helsedirektoratet, i gang med en utvidet analyse av dataene fra 2013.

For å styrke kvalitets- og utviklingsarbeidet i frisklivssentralene etablerte Helsedirektoratet i 2014 en ordning med utviklingssentraler. Det er fem utviklingssentraler fordelt på helseregionene. Utviklingssentralene bistår i arbeidet med å implementere *Veileder for kommunale frisklivssentraler* og er en samarbeidspartner for fylkesmennene og fylkeskommunene i egen region.

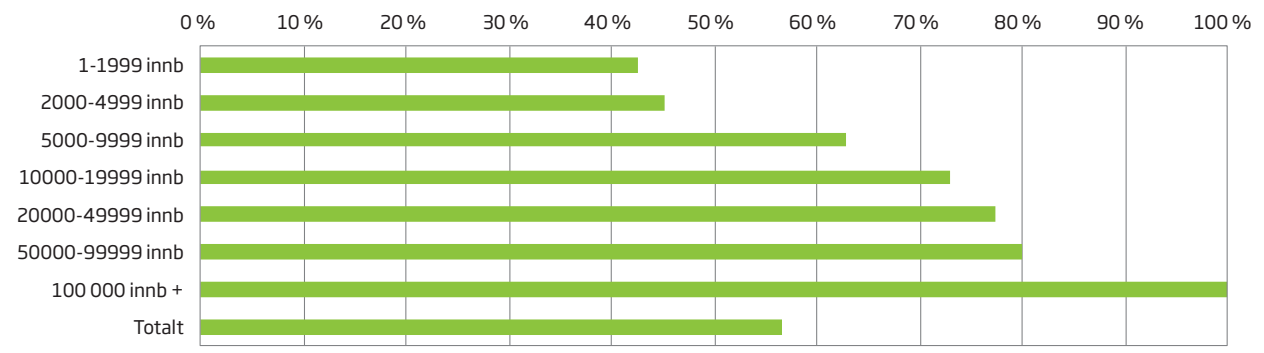
For å ivareta kompetanseutviklingen har Helsedirektoratet i 2014 og 2015 gjennomført grunnkurs innenfor emneområdene kosthold,

Tabell 9.1 Totalt antall kommuner med frisklivssentral (FLS)[1]. Data rapportert til Helsedirektoratet.

År	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Antall FLS	42	52	70	100	170	200	242

1) Det totale antallet frisklivsentraler i 2014 var 251. 10 av disse var i ulike bydeler i Oslo, og telles i denne sammenhengen som kun 1 kommune med frisklivssentral.

Figur 9.1 Andel av kommunene som har etablert en frisklivssentral eller inngår i et frisklivssentralsamarbeid etter kommunestørrelse i 2014.



tobakk, fysisk aktivitet og motiverende intervju (MI), i tillegg til kurs om søvn og søvnproblemer. Det er også gjennomført lederkurs i mestring av depresjon (KID) og mestring av belastninger (KIB). Flere fylkesmenn og noen fylkeskommuner har i samarbeid med utviklingssentralene arrangert regionale nettverkssamlinger for ansatte i frisklivssentraler.

Tabell 9.2 Antall og andel frisklivssentraler etter kommunestørrelse 2014.

Kommunestørrelse	Antall kommuner med frisklivssentral	Andel kommuner med frisklivssentral
1-1999 innbyggere	40	43 %
2000-4999 innbyggere	59	45 %
5000-9999 innbyggere	56	63 %
10000-19999 innbyggere	43	73 %
20000-49999 innbyggere	31	78 %
50000-99999 innbyggere	8	80 %
100 000 innbyggere +	5	100 %
Totalt	**242**	**57 %**

Tabell 9.3 Antall og andel frisklivssentraler etter kommunegruppe 2014.

Kommunegruppe		Antall kommuner med frisklivssentral	Andel kommuner med frisklivssentral
Totalt	Sør-Øst	122	71 %
	Vest	34	40 %
	Midt-Norge	46	55 %
	Nord	40	46 %
	Totalt	**242**	**57 %**
Sør-Øst	Under 5000 innb.	39	59 %
	5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	46	74 %
	5000-19999 innb. - kort reiseavstand	7	100 %
	Over 20000 innb. - lengre reiseavstand	13	81 %
	Over 20000 innb. - kort reiseavstand	10	83 %
	Sorby ekskl Oslo	6	75 %
	Oslo	1	100 %
Vest	Under 5000 innb.	11	24 %
	5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	15	56 %
	5000-19999 innb. - kort reiseavstand	2	40 %
	Over 20000 innb.	3	60 %
	Storby	3	100 %
Midt-Norge	Under 5000 innb.	24	50 %
	5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	13	50 %
	5000-19999 innb. - kort reiseavstand	4	100 %
	Over 20000 innb.	4	80 %
	Storby	1	100 %
Nord	Under 5000 innb.	25	38 %
	5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	8	73 %
	5000-19999 innb. - kort reiseavstand	4	67 %
	Over 20000 innb.	1	50 %
	Storby	2	100 %

10. Korttidsplasser og korttidsopphold

Fra 2009 til 2013 økte antallet mottakere av korttidsopphold på institusjon betydelig (18,7 prosent), men i 2014 stoppet veksten opp. Fra 2013 til 2014 har antallet mottakere av korttidsplasser blitt noe redusert (-1,3 prosent for innbyggere totalt), på tross av at det registrerte antallet korttidsplasser har økt (3 prosent). Summen av institusjonsplasser totalt (korttid og langtid) har vært omtrent uendret fra 2011 til 2014.

Utviklingen for eldre mottakere av korttidsplass er tilsvarende. Det var betydelig vekst i eldre mottakere av korttidsopphold i 2012 og 2013, men i 2014 har veksten stoppet opp. Fra 2011 til 2014 har det likevel vært en økning i dekningsgraden av korttidsopphold for eldre innbyggere, fra 153 til 168 mottakere 80 år og eldre per 1000 innbyggere i tilsvarende aldersgruppe.

Fra 2011 til 2014 har gjennomsnittlig varighet av et korttidsopphold gått ned fra 48 til 40 dager. Dette indikerer raskere pasientgjennomstrømning.

Våre analyser viser at nivået av mottakere av korttidsopphold har betydning for omfanget av liggedager på sykehus for eldre utskrivningsklare pasienter. Kommuner med et høyt nivå av korttidsopphold for eldre innbyggere, har færre liggedager for eldre utskrivningsklare pasienter enn kommuner med et lavt nivå korttidsopphold for eldre.

10.1 INNLEDNING

Korttidsplasser kan være et virkemiddel for å gi helsehjelp før, i stedet for, eller etter innleggelse i sykehus. Samhandlingsreformen legger opp til utbygging av lokalmedisinske sentre der desentraliserte spesialisthelsetjenester blir samlokalisert med ulike kommunale helsetjenester. Hagen-utvalget (NOU 2011:11) foreslo et tydelig skille mellom bofunksjonen til de som skal bo over lang tid i institusjon og de som er inne på korttidsopphold. På sikt vil flere sykehjem trolig bygges om for å tilby korttidsopphold for behandling og opptrening, mens langtidsbeboere, ofte med demens som hoveddiagnose, etter hvert vil få sitt tilbud i mindre bofellesskap.[50] I dette kapitlet beskriver vi utviklingen i bruk av korttidsplasser (både plasser og mottakere av tidsbegrensede opphold) og forholdet mellom korttidsplasser og langtidsplasser i kommunene.

50 Meld. St. nr. 29 (2012 -2013) s. 102

10.2 ØKT ANTALL OG ANDEL KORTTIDSPLASSER

Korttidsopphold er hovedsakelig et tilbud til den eldre befolkningen. Derfor benyttes andel korttidsplasser per innbygger 80 år og eldre for å si noe om dekningsgraden til denne målgruppen.

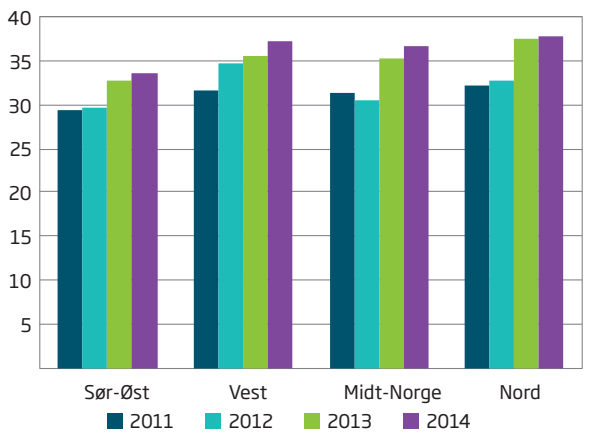
Antall korttidsplasser økte med 15 prosent fra 2011 til 2014, hvor mye av veksten kom i 2012 og 2013. I samme periode var det ingen økning i antall plasser totalt ved institusjonene, noe som innebærer en nedgang i antall langtidsplasser. Det er forskjeller mellom helseregionene i utvikling av antall korttidsplasser, se tabell 10.1. Helse Sør-Øst hadde en lavere vekst i antall korttidsplasser enn de øvrige regionene i tiden etter implementering av samhandlingsreformen. Kommunene i Sør-Øst har også lavest nivå av korttidsplasser per innbygger 80 år og eldre i 2014, se figur 10.1. I Helse Sør-Øst var det 34 korttidsplasser per 1000 innbygger 80 år og eldre.

Tabell 10.1 Utvikling i antall korttidsplasser og institusjonsplasser totalt 2011-2014 etter region.

	Antall korttidsplasser				Prosent endring	
	2011	2012	2013	2014	2011-14	2013-14
Sør-Øst	3 625	3 658	3 995	4 098	13,0	2,6
Vest	1 384	1 528	1 565	1 639	18,4	4,7
Midt-Norge	1 028	1 002	1 156	1 202	16,9	4,0
Nord	695	712	809	815	17,3	0,7
Totalt	**6 732**	**6 900**	**7 525**	**7 754**	**15,2**	**3,0**
	Antall plasser totalt				Prosent endring	
	2011	2012	2013	2014	2011-14	2013-14
Sør-Øst	21 903	22 048	21 894	21 826	-0,4	-0,3
Vest	8 470	8 598	8 577	8 656	2,2	0,9
Midt-Norge	6 260	6 339	6 323	6 223	-0,6	-1,6
Nord	4 616	4 705	4 750	4 594	-0,5	-3,3
Totalt	**41 249**	**41 690**	**41 544**	**41 299**	**0,1**	**-0,6**

Helse Nord hadde høyest antall korttidsplasser samme år med 38 per 1000 innbygger 80 år og eldre.

Figur 10.1 Antall korttidsplasser per 1000 innbyggere 80 år og over 2011-2014.



10.3 NEDGANG I ANTALL MOTTAKERE AV LANGTIDSOPPHOLD

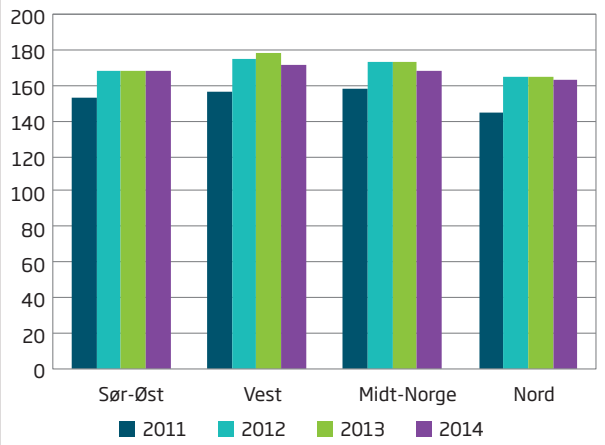
Korttidsopphold deles inn i tre hovedkategorier som er sentrale for brukere som blir skrevet ut fra sykehus.

- Utredning og behandling
- Habilitering/ rehabilitering
- Andre korttidsopphold

Tabell 10.2 viser at det har vært en betydelig økning i antall mottakere 80 år og eldre av korttidsopphold i perioden etter at samhandlingsreformen ble implementert. Størst vekst gjelder korttidsopphold for utredning og behandling. Samtidig har det vært nedgang i antall eldre mottakere av langtidsopphold i perioden.

Antallet eldre mottakere av tidsbegrensede opphold økte fra 2011 og frem til 2013, men avtok fra 2013 til 2014. Veksten fra 2011 til 2013 gjaldt alle regionene, mens Helse Sør-Øst var eneste region med vekst siste år. Kommunene i Vest har høyes nivå av eldre mottakere, mens kommuner i Nord har lavest andel.

Figur 10.2 Mottakere av tidsbegrensede opphold på institusjon per 1000 innbyggere 80 år og eldre etter region. Data fra IPLOS 2011-2014.



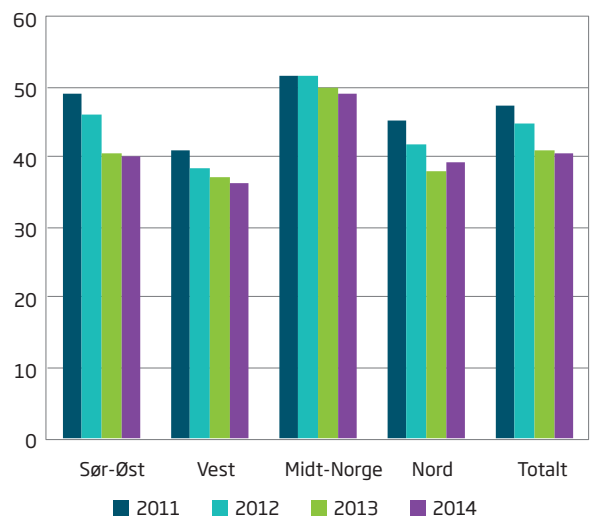
Tabell 10.2 Mottakere av institusjonsopphold gjennom året per 1000 innbyggere 80 år og over. Data fra IPLOS 2011-2014.

	Mottakere per 1000 innbyggere 80 år og eldre				Prosent endring	
	2011	2012	2013	2014	2011-14	2013-14
Habilitering og rehabilitering	47	49	50	49	4,4	-1,0
Utredning og behandling	92	94	106	106	14,7	-0,3
Andre korttidsplasser	76	81	82	82	7,9	0,3
Tidsbegrensede opphold totalt	153	169	170	168	9,8	-1,3
Langtidsopphold	174	176	173	172	-1,6	-0,8
	Antall mottakere 80 år og eldre (N=)				Prosent endring	
	2011	2012	2013	2014	2011-14	2013-14
Habilitering og rehabilitering	8 152	8 786	8 883	8 791	7,8	-1,0
Utredning og behandling	14 883	17 962	17 976	18 023	21,1	0,3
Andre korttidsplasser	13 724	14 573	14 674	14 270	4,0	-2,8
Tidsbegrensede opphold totalt	33 864	37 357	37 459	36 894	8,9	-1,5
Langtidsopphold	38 408	38 601	38 101	37 683	-1,9	-1,1

10.4 REDUSERT VARIGHET AV KORTTIDSOPPHOLDENE

Figur 10.3 viser gjennomsnittlig oppholdstid per mottaker av tidsbegrenset opphold ved institusjon fra 2011 til 2014. I 2011 var gjennomsnittlig varighet for landet samlet på 48 dager per mottaker av korttidsplass. I 2014 var gjennomsnittlig varighet redusert til 40 dager. Nedgangen gjelder alle regionene, hvor kommuner i Sør-Øst hadde størst nedgang i oppholdstid ved korttidsplasser med 9 dager. Kommuner i Midt-Norge hadde minst nedgang i oppholdstid, og hadde både i 2011 og 2014 lengst varighet i korttidsopphold per mottaker med henholdsvis 52 og 49 dager.

Figur 10.3 Gjennomsnittlig oppholdstid per mottaker av tidsbegrensede opphold på institusjon etter region. Data fra IPLOS 2011-2014.



10.5 OMFANG AV KORTTIDSOPPHOLD ETTER KOMMUNESTØRRELSE

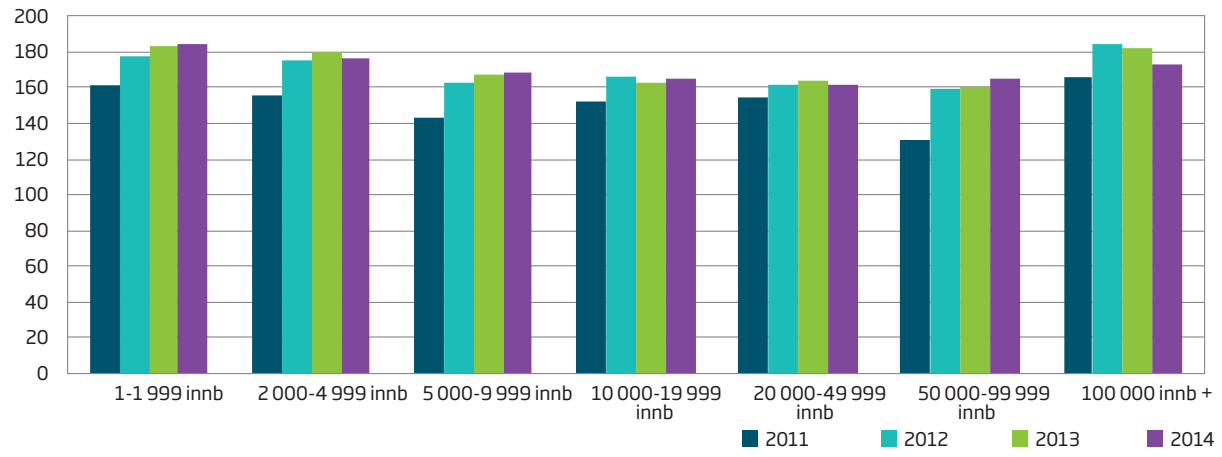
Det er de minste kommunene som har høyest dekningsgrad av korttidsopphold per eldre innbygger (mottakere gjennom året av tidsbegrenset opphold), se figur 10.4. I 2014 hadde kommuner med færre enn 2 000 innbyggere 185 eldre mottakere per 1 000 eldre innbygger. Tilsvarende tall for kommuner med lavest andel eldre mottakere var på 161, og gjaldt kommuner med mellom 20 000- 49 999 innbyggere.

Perioden fra 2011 til 2014 sett under ett, viser en sterk vekst i antall mottakere av korttidsopphold, uavhengig av kommunestørrelse. Siste år, fra 2013 til 2014, ser vi imidlertid at noen kommunegrupper har hatt nedgang i antall mottakere av korttidsopphold. Dette gjelder spesielt de største kommunene med over 100 000 innbyggere.

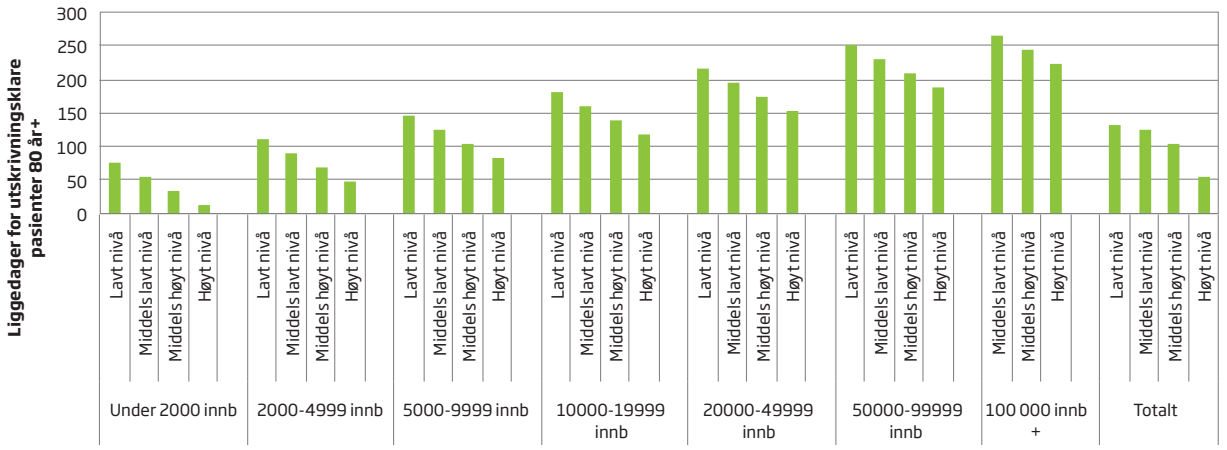
10.6 OMFANGET AV KORTTIDSOPPHOLD OG LIGGEDAGER FOR UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER

Tilgjengeligheten til korttidsplasser ser ut til å ha betydning for kommunenes evne til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus. Figur 10.5 viser nivået av liggedager for utskrivningsklare pasienter 80 år og eldre etter kommunestørrelse og nivået av mottakere av korttidsopphold. Nivået av

Figur 10.4 Mottakere av tidsbegrenset opphold på institusjon per 1000 innbyggere 80 år og eldre etter kommunestørrelse. Data fra IPLOS 2011-2014.



Figur 10.5 Gjennomsnittlig antall liggedager for utskrivningsklare pasienter per innbygger 80 år og eldre etter nivå av korttidsopphold for eldre(mottakere per 1000 innbyggere 80 år og over) og kommunestørrelse. Data fra 2012-2014.



korttidsopphold er definert gjennom rangering av kommunene med hensyn til antall mottakere av korttidsopphold per 1000 innbyggere 80 år og eldre. Lavt nivå av korttidsopphold representerer de 25 prosent av kommunene som i 2012-2014 hadde det laveste nivået av korttidsopphold. Middels lavt nivå av korttidsopphold representerer de neste 25 prosent av kommunene osv.

Sammenhengen mellom nivået av mottakere av korttidsopphold over 80 år og liggedager for utskrivningsklare pasienter i samme aldersgruppe, er signifikant dersom vi kontrollerer for kommunestørrelse. Sammenhengen mellom antall mottakere av korttidsplasser og liggedager for utskrivningsklare pasienter er også signifikant for befolkningen under ett.

10.7 DATAGRUNNLAG

Data på antall korttidsplasser er hentet fra KOSTRA og SSB – Statistikkbanken. Data for antall mottakere av tidsbegrenset opphold på institusjon, samt mottakere av langtidsopphold på institusjon, er fra IPLOS-registeret. Data fra IPLOS er levert på kommunenivå av SSB.

Oversikten nedenfor viser antallet kommuner med manglende data eller ugyldig registrering etter type data. Ved beregning av rater (plasser/mottakere per 1000 innbyggere) er befolkningstallene også tatt ut for kommuner med manglende/ugyldige data.

Tabell 10.3 Antall kommuner med manglende data 2011-2014.

	Kommuner med manglende/ugyldig data			
	2011	2012	2013	2014
Mottakere langtidsopphold totalt	5	5	3	3
Mottakere langtidsopphold 80 år og over	7	7	4	4
Mottakere tidsbegrenset opphold på institusjon totalt	3	5	7	6
Mottakere tidsbegrenset opphold på institusjon 80 år og over	10	9	8	11
Mottakere tidsbegrenset opphold for utredn. og behandl. tot	197	106	171	164
Mottakere tidsbegrenset opphold for utredn. og behandl. 80 år og over	213	115	192	181
Mottakere tidsbegrenset opphold for habil./rehab. totalt	157	149	151	153
Mottakere tidsbegrenset opphold for habil./rehab. 80 år og over	181	173	175	175
Mottakere tidsbegrenset opphold -annet totalt	114	115	111	109
Mottakere tidsbegrenset opphold -annet 80 år og over	134	138	132	135

Tabell 10.4 Antall korttidsplasser per 1000 innbyggere 1000 år og over etter kommunegrupper. Data fra KOSTRA 2011-14.

Kommunegruppe		Antall plasser per 1000 innbyggere 80 år og over			
		2011	2012	2013	2014
Totalt	Sør-Øst	29	30	33	34
	Vest	32	35	36	37
	Midt-Norge	31	30	35	37
	Nord	32	33	38	38
	Totalt	**30**	**31**	**34**	**35**
Sør-Øst	Under 5000 innb.	32	35	39	39
	5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	26	30	33	35
	5000-19999 innb. - kort reiseavstand	20	27	28	30
	Over 20000 innb. - lengre reiseavstand	35	31	35	37
	Over 20000 innb. - kort reiseavstand	33	28	32	36
	Storby ekskl. Oslo	30	30	33	32
	Oslo	25	27	28	27
Vest	Under 5000 innb.	32	33	36	36
	5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	27	29	31	36
	5000-19999 innb. - kort reiseavstand	19	15	18	26
	Over 20000 innb.	29	36	34	42
	Storby	36	41	41	39
Midt-Norge	Under 5000 innb.	29	35	47	44
	5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	24	28	30	32
	5000-19999 innb. - kort reiseavstand	22	27	33	32
	Over 20000 innb.	37	42	37	31
	Storby	43	18	28	42
Nord	Under 5000 innb.	32	33	36	40
	5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	31	30	36	36
	5000-19999 innb. - kort reiseavstand	28	28	43	35
	Over 20000 innb.	34	32	32	36
	Storby	37	40	41	38

Tabell 10.5 Mottakere av tidsbegrensede opphold på institusjon per 1000 innbyggere 80 år og over etter kommunegruppe. Data fra IPLOS 2011-14.

Kommunegruppe		Mottakere per 1000 innbygger 80 år og over				Prosent endring	
		2011	2012	2013	2014	2011-14	2013-14
Totalt	Sør-Øst	152	167	168	168	10,2	0,1
	Vest	156	174	178	172	10,1	-3,6
	Midt-Norge	158	172	174	168	6,1	-3,4
	Nord	145	165	164	163	12,4	-0,6
	Totalt	**153**	**169**	**170**	**168**	**9,8**	**-1,3**
Sør-Øst	Under 5000 innb.	168	182	187	186	10,9	-0,3
	5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	161	167	171	169	5,1	-1,0
	5000-19999 innb. - kort reiseavstand	124	144	149	147	18,9	-1,3
	Over 20000 innb. - lengre reiseavstand	156	157	160	164	4,9	2,0
	Over 20000 innb. - kort reiseavstand	158	167	166	167	6,2	0,9
	Storby ekskl. Oslo	138	170	171	182	31,5	6,1
	Oslo	149	172	162	150	0,7	-7,8
Vest	Under 5000 innb.	153	166	165	173	13,0	4,5
	5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	144	172	175	172	19,5	-1,9
	5000-19999 innb. - kort reiseavstand	152	155	149	164	7,4	9,7
	Over 20000 innb.	133	156	163	142	6,9	-13,0
	Storby	171	187	193	181	5,6	-6,5
Midt-Norge	Under 5000 innb.	165	187	195	190	14,8	-2,7
	5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	137	161	157	157	14,3	0,2
	5000-19999 innb. - kort reiseavstand	135	163	156	160	17,9	2,5
	Over 20000 innb.	152	153	163	149	-1,7	-8,6
	Storby	198	194	193	181	-8,5	-5,9
Nord	Under 5000 innb.	140	164	172	160	15,0	-6,5
	5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	142	161	157	164	15,6	4,4
	5000-19999 innb. - kort reiseavstand	144	165	164	183	27,6	11,5
	Over 20000 innb.	170	196	172	168	-1,1	-2,3
	Storby	146	154	152	145	-0,3	-4,6

Tabell 10.6 Mottakere av langtidsopphold på institusjon per 1000 innbyggere 80 år og over etter kommunegruppe. Data fra IPLOS 2011-14.

Kommunegruppe		Mottakere per 1000 innbygger 80 år og over				Prosent endring	
		2011	2012	2013	2014	2011-14	2013-14
Totalt	Sør-Øst	166	168	165	164	-1,1	-0,9
	Vest	180	176	175	176	-2,3	0,4
	Midt-Norge	184	186	183	182	-1,0	-0,3
	Nord	196	199	197	190	-3,4	-3,6
	Totalt	**174**	**176**	**173**	**172**	**-1,6**	**-0,8**
Sør-Øst	Under 5000 innb.	193	189	187	184	-4,6	-1,7
	5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	163	163	159	159	-2,3	-0,3
	5000-19999 innb. - kort reiseavstand	164	164	139	129	-21,1	-7,2
	Over 20000 innb. - lengre reiseavstand	151	145	145	144	-4,6	-1,0
	Over 20000 innb. - kort reiseavstand	144	143	146	146	1,6	0,1
	Storby ekskl. Oslo	150	160	155	156	3,4	0,2
	Oslo	203	214	211	208	2,6	-1,4
Vest	Under 5000 innb.	209	203	197	202	-3,3	2,9
	5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	155	150	151	147	-4,8	-2,6
	5000-19999 innb. - kort reiseavstand	152	145	143	144	-5,4	1,0
	Over 20000 innb.	173	158	162	160	-7,7	-1,5
	Storby	192	192	192	195	1,4	1,4
Midt-Norge	Under 5000 innb.	205	199	209	209	2,0	0,1
	5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	190	195	179	176	-7,5	-2,0
	5000-19999 innb. - kort reiseavstand	139	146	126	134	-3,5	7,0
	Over 20000 innb.	150	147	156	152	1,4	-2,1
	Storby	200	212	206	210	4,6	1,8
Nord	Under 5000 innb.	223	222	221	209	-6,4	-5,7
	5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	180	182	187	190	5,7	1,8
	5000-19999 innb. - kort reiseavstand	183	194	184	180	-1,7	-2,3
	Over 20000 innb.	198	202	191	176	-11,1	-7,9
	Storby	172	175	174	168	-2,4	-3,4

11. Hjemmetjenester i kommunene

I årene etter reformen har det vært en tydelig vekst i hjemmesykepleie og dagsentertilbud. For hjemmesykepleie øker antallet mest for de yngste (under 67 år) og de aller eldste (90 år og over), sett i forhold til endringer i innbyggertallet for aldersgruppene. For de øvrige aldersgruppene øker innbyggertallet mer enn veksten i mottakere.

Fra 2012 er det også flere enn før som får hjemmesykepleie hvor tjenesten avsluttes før årets slutt. Dette kan ha sammenheng med tidligere utskrivninger fra sykehusene og midlertidige behov for tjenester i hjemmet. Dekningsgraden for hjemmesykepleie er generelt høyere i små kommuner enn i store kommuner og har samlet sett økt noe de siste årene, men vært stabil for de eldste.

11.1 INNLEDNING

Tre år etter at reformen trådte i kraft er det tydelig at enkelte typer omsorgstjenester har blitt mer berørt enn andre av reformen. Intervjuer gjort i 2013 med ansatte i omsorgstjenestene viser at kommunene opplever en økning i antall pasienter utskrevet fra sykehus som har hatt behov for hjemmesykepleie[51]. Undersøkelsen viser også at hjemmesykepleien tar i mot flere pasienter med kreft, hjerte- og karlidelser, geriatriske problemer, rusmisbrukere, personer med psykiske lidelser og pasienter med infeksjons-medisinske tilstander enn sykehjemmene. At utskrivningsklare pasienter som kommunene mottar fra sykehusene er sykere og har mer komplekse tilstander enn før bekreftes også i undersøkelse fra 2014[52]. Denne beskriver i tillegg høyere terskler for å få omsorgstjenester, samt at utviklingen av mer spesialiserte tilbud fortrenger enklere tilbud. Nyere intervjuer med sykepleiere i tjenesten tyder på at til tross for økt gjennomstrømming av pasienter, mener sykepleierne at tjenestene som ytes er av god kvalitet[53] . I denne undersøkelsen mener også sykepleierne at eldre mennesker med moderate helse- og omsorgstjenester, behov for tilsyn og sosial kontakt, er de grupper som har kommet dårligst ut etter reformen.

Kapittel 3 i denne rapporten, samt tidligere årgangen av rapporten, har vist at det har vært en tydelig vekst i mottakere av hjemmesykepleie og dagaktivitetstilbud etter samhandlingsreformen. Årets kapittel om kommunale hjemmetjenester viser utvikling og status for hjemmetjenester, og hovedvekten av analysen legges på hjemme-sykepleie. I tillegg beskrives sykdomsgruppene i omsorgstjenestene.

11.2 UTVIKLINGEN I HJEMMETJENESTER 2011-2014

I 2014 mottok mer enn 209 000 personer hjemme-sykepleie og antallet mottakere har økt med 6 prosent i perioden fra 2011 til 2014. Den største relative veksten for perioden er for tjenesten *dagsenter/dagtilbud* hvor veksten er på 9 prosent. Det er flere som mottar opplæring til daglige gjøremål (8 prosent), mens 6 prosent færre mottar *praktisk bistand – daglige gjøremål*. Dette kan knyttes opp mot endret fokus i tjenesten i retning av

51 Gautun og Syse (2013): *Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene;* Rapport 8/2013, NOVA.

52 Abelsen, Gaski, Nødland og Stephansen (2014): *Samhandlings-reformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgs-tilbudet;* Rapport IRIS 2014/382

53 Haukelien, Vike og Vardhaug (2015):*Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleiernes erfaringer;* Rapport nr.362, Telemarksforskning.

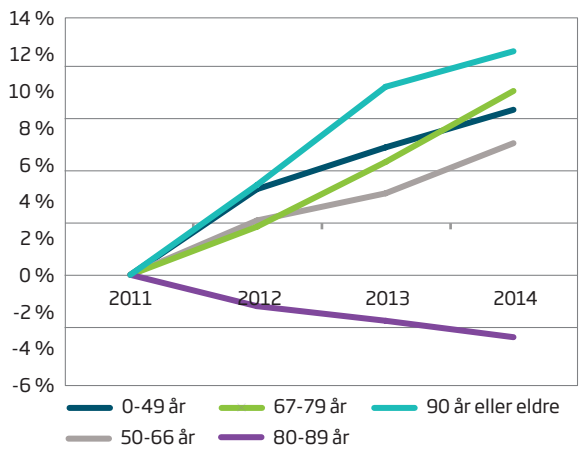
at mottakerne i større grad får opplæring i å mestre gjøremålene selv (hverdagsrehabilitering). Samlet sett er det færre enn før som mottar praktisk bistand til daglige gjøremål. Matombringing og trygghets-alarm er tjenester som gjør at det er mulig å leve lengre i eget hjem. Dette er også tjenester hvor eldre hovedsakelig er brukerne. Mens antallet brukere av matombringing har økt med 8 prosent i perioden har antallet med trygghetsalarm vært stabilt.

11.3 HJEMMESYKEPLEIE OG ALDER

Siste års tall for hjemmesykepleie viser at utviklingen i de ulike alderskategoriene fortsetter tilnærmet som årene før. Eneste unntak er at veksten i antallet mottakere hjemmesykepleie til de aller eldste (90 år og eldre) går noe ned - veksten i tallet på de eldste innbyggere er større enn veksten i antall mottakere ialdersgruppen (se figur 11.1-11.2).

I de yngste aldersgruppene (0-49 år og 50-66 år) øker tallet på mottakere for hvert år, både absolutt og relativt til innbyggertallet. For de yngste eldre (67-79 år) øker også antallet mottakere av hjemme-sykepleie, men innbyggertallet øker i en høyere takt og fører til at dekningsgraden målt i mottakere per 1000 innbyggere reduseres. For aldersgruppen 80-89 år, har tallet på mottakere av hjemme-sykepleie gått ned hvert år de siste fem årene, mens for de aller eldste (90 år og eldre) har veksten disse årene vært aller størst. Siste år har imidlertid veksten vært lavere for de aller eldste og andelen av de eldste som mottar hjemmesykepleie går marginalt ned siste år (figur 11.3).

Figur 11.1 Antall mottakere av hjemmesykepleie per 31.12 2011-2014 etter alder.



Kilde: IPLOS-registeret

Figur 11.2 Antall mottakere av hjemmesykepleie per 31. 12 2011-2014 per 1000 innbyggere etter alder.

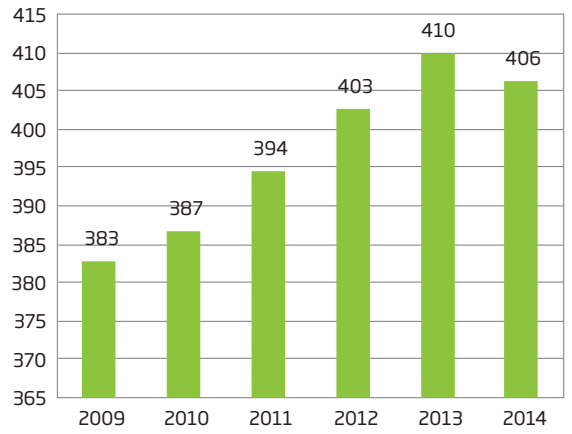
Kilde: IPLOS-registeret

Tabell 11.1 Antall mottakere av hjemmetjenester i løpet av året, etter tjenestetype. 2011-2014

	Mottakere i løpet av året				Prosent endring	
	2011	2012	2013	2014	2013-2014	2011-2014
Hjemmesykepleie	197 323	204 624	207 921	209 010	1	6
Praktisk bistand - daglige gjøremål	120 218	118 704	116 857	113 404	-3	-6
Praktisk bistand - opplæring - daglige gjøremål	21 930	22 625	23 455	23 751	1	8
Praktisk bistand - brukerstyrt - personlig assistent	3 391	3 335	3 361	3 434	2	1
Dagsenter/dagtilbud	26 445	27 119	28 584	28 765	1	9
Matombringing	31 670	32 235	33 214	34 193	3	8
Trygghetsalarm	91 803	93 002	92 384	91 973	0	0
Støttekontakt	34 708	35 403	35 951	36 323	1	5

Kilde: IPLOS-registeret . Tall avviker fra kap 3, der tall utlevert fra SSB ikke er korrigert for flyttinger.

Figur 11.3 Mottakere av hjemmesykepleie per 1000 innbyggere, 90 år og eldre per 31.12. 2009-2014.



Kilde: IPLOS-registeret

11.4 FLERE MED HJEMMESYKEPLEIE VED MIDLERTIDIGE BEHOV ETTER REFORMEN?

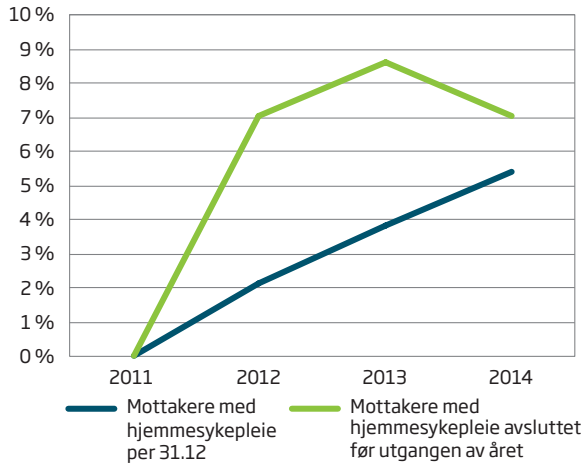
Av de i alt 209 000 mottakerne av hjemmesykepleie i 2014 var tjenesten avsluttet for hver tredje av dem før året var omme (68 000 personer) [54], mens de resterende hadde fortsatt aktiv tjeneste ved årets slutt. Årsaken til avsluttet tjeneste kan være både at tjenestemottakeren er død, at behovet for tjeneste var midlertidig eller at mottakeren i stedet får annen type tjeneste.

Figur 11.4 viser utviklingen i mottakere av hjemmesykepleie fra 2011 til 2014, fordelt på om tjenesten er avsluttet i løpet av året eller om de fortsatt hadde aktiv tjeneste ved årsskiftet. Figuren viser at kommunene responderte spesielt på gruppen med avsluttet tjeneste etter reformen. I 2012 økte antallet som fikk hjemmesykepleie hvor tjenesten ble avsluttet samme år med 7 prosent, mens de øvrige økte med 2 prosent. Samhandlingsreformen kan ha bidratt til en nivåheving i antallet personer som mottar hjemmesykepleie som avsluttes før året er omme, og økningen kan være personer som har behov for helsetjeneste hjemme i en midlertidig periode.

54 Dette beregnes ved å ta differansen mellom antallet mottakere gjennom hele året og antallet mottakere som har tjeneste ved årets slutt (31.12.). Tall fra Mørk (2015): *Helse- og omsorgstjenester 2014*, Rapporter 2015/42

Intervjuer med ansatte i omsorgstjenestene viser at kommunene etter samhandlingsreformen har hatt en økning i antall pasienter utskrevet fra sykehus som har hatt behov for hjemmesykepleie[55] og at det i kommunene foregår et visst skifte i retning mer kortvarig og mer spesialisert behandling[56]. Det er grunn til å tro at det også har vært nye grupper som har kommet inn i de kommunale omsorgstjenestene som følge av samhandlingsreformen og tidligere utskrivninger.

Figur 11.4 Prosent endring i antall mottakere av hjemmesykepleie 2011-14, etter om tjenesten er avsluttet i løpet av året eller om de fortsatt hadde aktiv tjeneste ved årsskiftet slutt.



Kilde: IPLOS-registeret

11.5 BRUKERGRUPPER I OMSORGSTJENESTENE

Mottakere av omsorgstjenester har ofte flere lidelser og parallelle behandlingstrengende kroniske sykdommer. Eksempelvis har en studie vist at 75 prosent av de som har KOLS og mottar hjemmesykepleie, også har minst fire ytterligere kroniske sykdommer[57]. Og det ser ut til at kompleksiteten i komorbiditeten har økt med samhandlingsreformen. Ansatte i omsorgstjenestene rapporterer at

55 Gautun og Syse (2013): *Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene;* Rapport 8/2013, NOVA.

56 Abelsen, Gaski, Nødland og Stephansen (2014): *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet;* Rapport IRIS 2014/382

57 Grimsmo og Magnussen (2015): *Norsk samhandlingsreform i et internasjonalt perspektiv*, NTNU

hjemmesykepleien i større grad enn før har pasienter med stor grad av multimorbiditet[58].

Tall fra tre utvalgte kommuner viser at hver tjenestemottaker i gjennomsnitt er registrert med mellom 3 og 5 diagnoser fra IPLOS-registeret [59]. Basert på de som er registrert med diagnoser i registeret[60], er de største diagnosegruppene blant mottakere av omsorgstjenester gruppene psykiske lidelser, nevrologiske lidelser og lungelidelser[61].

Tabell 11.2 Antall tjenestemottakere etter diagnosegrupper, landet. 2014.

Diagnosegruppe	Totalt landet
Psykisk utviklingshemming	10 670
Psykiske lidelser og rus	21 686
- psykiske lidelser	19 078
- rus	2 608
Demens	11 097
Nevrologiske lidelser	17 576
Kreft	5 489
Diabetes	7 980
Brudd	6 347
Hjerte- og kar	7 475
Lungelidelser	28 051
Muskel- og skjelett lidelser	15 496
Andre ofte aldersrelaterte diagnoser	7 849
Resterende diagnoser	35 355

Kilde: IPLOS-registeret

11.6 KOMMUNAL VARIASJON I HJEMMESYKEPLEIE

Geografisk variasjon i forbruket av helsetjenester kan skyldes så mangt, alt fra ulik sykelighet og ulikt behov for tjenester, ulik alderssammensetning, og ulik tilgang på ressurser for kommunene for å kunne tilby tjenester av riktig type og tilstrekkelig omfang.

I et spredtbygd land som Norge vil også kostnadsnivået som ligger til grunn være forskjellig og føre til prioriteringer som kan gi variasjoner.

Kommunal variasjon i omsorgstjenestene er senest dokumentert i rapport fra SSB hvor det blant annet pekes på at storbyene har flere langtidsplasser enn andre kommuner for dem som er 80 år og eldre[62]. Et annet hovedfunn i rapporten er at kommunegrupper som består av små kommuner har høyest dekning av hjemmesykepleie.

Tabell 11.3 viser antall mottakere av hjemmesykepleie per 1000 innbyggere etter kommunegrupper. Hovedtrekket er at dekningen av hjemmesykepleie er større i små kommuner enn i store kommuner, og større i Midt- og Nord-Norge enn ellers i landet. En del av variasjonen mellom kommunene kan tilskrives ulik aldersfordeling. Antallet mottakere har økt mer enn innbyggertallet, og dekningsgraden har økt 4 prosent siden 2011 og 1 prosent siste år.

Tabell 11.4 viser tilsvarende dekningsgrad for aldersgruppen 80 år og over. Trendene er de samme som ovenfor, men variasjonene er mindre. Oslo er kommunen med færrest over 80 år som mottar hjemmesykepleie (330 per 1000 innbyggere), mens de minste kommunene i Midt-Norge har flest mottakere i aldersgruppen (468 per 1000 innbyggere). Den totale dekningsgraden har vært stabil de siste tre årene med 0 prosentvis vekst.

58 Gautun og Syse (2013): *Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene;* Rapport 8/2013, NOVA.

59 Helsedirektoratet (2014): *Diagnoser i IPLOS-registeret. Et forprosjekt med kommunene Harstad, Stange og Sandefjord;* Rapport IS-0427, Helsedirektoratet

60 Andelen mottakere med diagnoseopplysninger i IPLOS-registeret var 27 % i 2014. Mottakere kan være registrert med flere diagnoser. I tallgrunnlaget for diagnosegrupper er hver person telt én gang innenfor hver gruppe, mens en person med flere diagnoser telles inn i flere grupper.

61 Helsedirektoratet (2015): *Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester. Data fra IPLOS-registeret*; IS-0511

62 Otnes og Haugstveit (2015): *Kommunal variasjon i omsorgstjenester*; Rapporter 2015/44

Tabell 11.3 Mottakere av hjemmesykepleie per 1000 innbyggere, etter kommunegrupper. Mottakere gjennom året 2011-2014.

Kommunegruppe						Prosent endring	Prosent endring
		2011	2012	2013	2014	2011-14	2013-14
Totalt	Sør-Øst	38,9	40,1	40,4	40,8	5 %	1 %
	Vest	36,1	35,9	35,7	35,6	-1 %	0 %
	Midt-Norge	42,7	43,9	44,3	44,8	5 %	1 %
	Nord	47,0	48,4	49,0	49,0	4 %	0 %
	Totalt	**39,6**	**40,5**	**40,8**	**41,0**	**4 %**	**1 %**
Sør-Øst	Under 5000 innb.	58,1	60,6	60,8	62,6	8 %	3 %
	5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	44,5	45,9	47,4	48,3	8 %	2 %
	5000-19999 innb. - kort reiseavstand	45,6	46,4	47,2	44,8	-2 %	-5 %
	Over 20000 innb. - lengre reiseavstand	39,9	39,9	40,6	41,3	4 %	2 %
	Over 20000 innb. - kort reiseavstand	44,3	45,3	45,6	45,1	2 %	-1 %
	Sorby ekskl Oslo	36,8	39,0	38,7	39,8	8 %	3 %
	Oslo	25,1	26,1	25,9	25,5	1 %	-1 %
Vest	Under 5000 innb.	51,4	51,1	51,7	51,9	1 %	0 %
	5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	39,2	38,9	39,6	40,7	4 %	3 %
	5000-19999 innb. - kort reiseavstand	39,3	39,1	39,4	40,1	2 %	2 %
	Over 20000 innb.	31,2	32,2	32,6	31,2	0 %	-4 %
	Storby	31,8	31,3	30,2	29,7	-7 %	-2 %
Midt-Norge	Under 5000 innb.	59,5	59,8	60,7	61,6	4 %	2 %
	5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	44,4	47,0	47,4	48,5	9 %	2 %
	5000-19999 innb. - kort reiseavstand	46,0	49,6	48,7	47,4	3 %	-3 %
	Over 20000 innb.	44,7	45,4	45,7	46,0	3 %	1 %
	Storby	26,8	27,1	27,6	28,0	5 %	1 %
Nord	Under 5000 innb.	57,0	58,4	59,4	60,1	5 %	1 %
	5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	48,9	50,5	51,9	51,8	6 %	0 %
	5000-19999 innb. - kort reiseavstand	47,2	49,7	50,8	51,8	10 %	2 %
	Over 20000 innb.	49,2	49,8	48,7	46,6	-5 %	-4 %
	Storby	32,9	34,2	34,3	34,1	3 %	-1 %

Tabell 11.4 Mottakere av hjemmesykepleie per 1000 innbyggere 80 år og eldre, etter kommunegrupper. Mottakere gjennom året 2011-2014.

Kommunegruppe						Prosent endring	Prosent endring
		2011	2012	2013	2014	2011-14	2013-14
Totalt	Sør-Øst	388	398	398	400	3 %	1 %
	Vest	398	404	402	401	1 %	0 %
	Midt-Norge	423	430	432	436	3 %	1 %
	Nord	437	443	443	441	1 %	0 %
	Totalt	**400**	**408**	**408**	**410**	**2 %**	**0 %**
Sør-Øst	Under 5000 innb.	440	445	446	456	4 %	2 %
	5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	408	416	420	420	3 %	0 %
	5000-19999 innb. - kort reiseavstand	417	428	414	423	1 %	2 %
	Over 20000 innb. - lengre reiseavstand	399	387	392	400	0 %	2 %
	Over 20000 innb. - kort reiseavstand	424	430	433	431	2 %	0 %
	Sorby ekskl Oslo	374	397	391	392	5 %	0 %
	Oslo	315	335	330	330	5 %	0 %
Vest	Under 5000 innb.	423	439	444	446	6 %	1 %
	5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	434	437	437	437	1 %	0 %
	5000-19999 innb. - kort reiseavstand	415	405	418	426	3 %	2 %
	Over 20000 innb.	389	398	393	378	-3 %	-4 %
	Storby	368	372	366	366	-1 %	0 %
Midt-Norge	Under 5000 innb.	453	464	469	468	3 %	0 %
	5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	429	439	440	452	5 %	3 %
	5000-19999 innb. - kort reiseavstand	455	473	464	453	-1 %	-2 %
	Over 20000 innb.	435	437	435	431	-1 %	-1 %
	Storby	356	356	364	376	6 %	3 %
Nord	Under 5000 innb.	440	446	450	449	2 %	0 %
	5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	439	434	443	447	2 %	1 %
	5000-19999 innb. - kort reiseavstand	410	428	424	432	6 %	2 %
	Over 20000 innb.	463	472	456	446	-4 %	-2 %
	Storby	438	443	435	422	-4 %	-3 %

Tabell 11.5 Gjennomsnittlig antall timer hjemmesykepleie per mottaker 2009-2014.

	Kommunegruppe	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Totalt	Sør-Øst	4,3	4,1	4,2	4,2	4,1	4,1
	Vest	5,8	5,9	5,9	6,0	6,1	6,0
	Midt-Norge	4,5	4,2	4,2	4,2	4,3	4,5
	Nord	5,5	5,5	5,4	5,1	5,2	5,4
	Totalt	**4,7**	**4,6**	**4,6**	**4,7**	**4,6**	**4,7**
Sør-Øst	Under 5000 innb.	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,1
	5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	4,4	4,2	4,4	4,6	4,5	4,5
	5000-19999 innb. - kort reiseavstand	3,6	3,6	3,6	3,7	4,1	3,5
	Over 20000 innb. - lengre reiseavstand	4,2	3,9	3,9	3,9	3,7	3,8
	Over 20000 innb. - kort reiseavstand	4,5	4,6	4,6	4,4	4,4	4,4
	Sorby ekskl Oslo	4,9	4,4	4,7	4,8	4,5	4,3
	Oslo	3,4	3,3	3,2	3,2	3,2	3,4
Vest	Under 5000 innb.	4,9	4,7	4,8	5,3	5,5	5,5
	5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	6,7	7,3	7,1	6,9	6,9	6,8
	5000-19999 innb. - kort reiseavstand	7,8	7,1	6,6	6,5	7,2	7,4
	Over 20000 innb.	7,3	7,4	7,3	7,5	7,1	6,9
	Storby	4,8	4,8	4,9	5,1	5,2	5,0
Midt-Norge	Under 5000 innb.	4,7	4,8	4,7	4,7	4,8	4,9
	5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	5,0	4,5	4,5	4,6	4,7	4,7
	5000-19999 innb. - kort reiseavstand	4,7	3,8	3,5	4,0	4,1	4,9
	Over 20000 innb.	5,5	5,4	5,5	5,2	5,2	5,3
	Storby	1,7	1,6	1,5	1,7	1,8	2,2
Nord	Under 5000 innb.	5,3	5,2	5,1	4,5	4,9	5,6
	5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	4,8	4,8	4,7	4,7	5,0	5,0
	5000-19999 innb. - kort reiseavstand	6,4	6,5	6,3	6,1	5,5	5,4
	Over 20000 innb.	5,6	5,7	5,7	5,4	5,4	5,5
	Storby	5,9	6,0	6,0	5,9	5,7	5,6

Tabell 11.6 Gjennomsnittlig antall timer hjemmesykepleie per mottaker 80 år og eldre 2009-2014.

	Kommunegruppe	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Totalt	Sør-Øst	4,4	4,3	4,4	4,4	4,4	4,3
	Vest	5,5	5,6	5,3	5,3	5,4	5,4
	Midt-Norge	4,0	3,8	3,6	3,5	3,6	3,7
	Nord	4,5	4,5	4,7	4,1	4,3	4,4
	Totalt	**4,6**	**4,5**	**4,5**	**4,4**	**4,5**	**4,4**
Sør-Øst	Under 5000 innb.	4,1	4,2	4,2	4,1	3,9	4,3
	5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	4,5	4,2	4,4	4,5	4,8	4,7
	5000-19999 innb. - kort reiseavstand	4,4	4,3	4,1	4,6	5,4	3,7
	Over 20000 innb. - lengre reiseavstand	4,2	3,8	3,9	4,0	3,8	3,8
	Over 20000 innb. - kort reiseavstand	4,7	4,8	5,0	5,0	4,9	4,8
	Sorby ekskl Oslo	5,0	4,6	4,9	4,9	4,6	4,2
	Oslo	3,8	3,8	3,6	3,6	3,7	3,8
Vest	Under 5000 innb.	4,2	4,3	4,3	4,6	4,9	4,8
	5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	6,3	6,1	5,4	5,1	5,1	5,3
	5000-19999 innb. - kort reiseavstand	7,8	7,9	7,3	6,6	6,6	7,3
	Over 20000 innb.	5,6	5,9	5,5	6,1	6,1	6,4
	Storby	5,1	5,3	5,3	5,3	5,5	5,1
Midt-Norge	Under 5000 innb.	4,0	4,0	3,8	3,7	3,8	3,8
	5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	4,5	4,2	4,1	4,0	4,2	4,1
	5000-19999 innb. - kort reiseavstand	4,5	3,6	3,0	3,2	3,2	3,4
	Over 20000 innb.	5,5	5,1	5,2	4,7	4,7	4,8
	Storby	1,2	1,1	1,1	1,2	1,3	1,5
Nord	Under 5000 innb.	4,2	4,1	4,3	3,4	3,8	4,1
	5000-19999 innb. - lengre reiseavstand	4,5	4,4	4,5	4,0	4,4	4,5
	5000-19999 innb. - kort reiseavstand	4,5	4,7	5,1	4,7	4,7	4,9
	Over 20000 innb.	4,5	4,4	4,5	4,6	4,4	4,6
	Storby	5,3	5,4	5,3	4,8	4,8	4,4

12. Liggedager for utskrivningsklare pasienter

Antall liggedager for pasienter som var registrert utskrivningsklar gikk betydelig ned i alle regionene fra 2011 til 2012 etter innføring av samhandlingsreformen. Fra 2013 til 2014 økte omfanget av liggedager for slike pasienter igjen på grunn av et økt antall registrerte opphold for utskrivningsklare pasienter. Fra 2014 til 2015 var det igjen en nedgang i sum liggedager for utskrivningsklare pasienter. Nedgangen gjaldt alle regionene.

Antall opphold der pasienten meldes utskrivningsklar fortsetter å øke i 2015. Helse Sør-Øst og Helse Vest har hatt en særlig stor økning per innbygger i opphold der pasienten meldes utskrivningsklar og blir tatt i mot av kommunen samme dag. Helse Midt-Norge har i hele perioden en lav rate for denne type opphold.

Oppholdsraten for pasienter som har en eller flere dager som utskrivningsklar holdt seg relativt stabil fra 2012 og fram til i dag (2015). Det er mindre regionale forskjeller med henhold til nivået for denne gruppen utskrivningsklare pasienter. Helse Vest har en utvikling som skiller seg noe fra de andre regionene, og er den eneste regionen som har en vekst perioden sett under ett. Helse Vest hadde imidlertid et lavt nivå i 2011 og har omtrent samme nivået som for landet samlet i 2015.

12.1 INNLEDNING

Ved innføringen av samhandlingsreformen ble det fra 1. januar 2012 innført en ny ordning for kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter i spesialisthelsetjenesten. I 2015 måtte kommunen betale 4 387 kroner per døgn for pasienter som ble liggende på sykehus etter at de ble definert som utskrivningsklar, i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud. Ordningen gir kommunene et sterkere insentiv til å ta imot utskrivningsklare pasienter. Dette har resultert i en betydelig nedgang i liggedager for utskrivningsklare pasienter etter 2012. Nedgangen er i tråd med intensjonen i samhandlingsreformen, da disse pasientene får et kommunalt tilbud fortere enn før og behandles på laveste effektive omsorgsnivå. Dette bidrar videre til å frigjøre ressurser i spesialhelsetjenesten. Samtidig har det vært blitt vist at ordningen kan ha hatt andre virkninger. I en studie som inngikk i følge-evalueringen av Samhandlingsreformen, påpekes det fra flere kommuner at liggetiden på sykehus var blitt kortere for pasienter med oppfølgingsbehov[63]. Det ble videre hevdet at det var flere pasienter nå enn tidligere med komplekse problemstillinger og med pågående avansert behandling som ble utskrevet til kommunene. Formålet med dette kapitlet er å følge utviklingen for utskrivningsklare pasienter med henhold til antall opphold og liggetid i perioden fra 2011 til 2015.

12.2 UTVIKLINGEN I ANTALL OPPHOLD FOR UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER

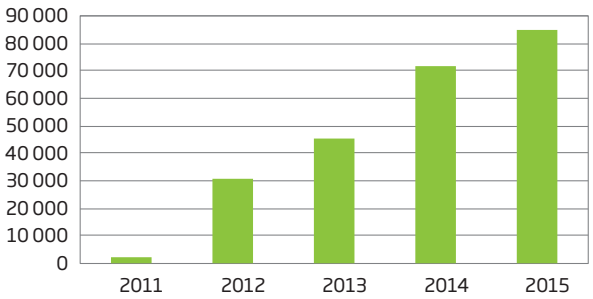
Tabell 12.1 og tabell 12.2 viser antall opphold for utskrivningsklare pasienter fra 2011 til 2015 etter hvor lenge pasienten har ventet på å bli tatt imot av kommunen. Endringen i kommunens betalingsplikt

63 Grimsmo, Anders (2013): Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? Sykepleien Forskning. Volum 8 (2). Doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0053.

medførte en tydelig endring i antallet registrerte opphold for utskrivningsklare pasienter i 2012. Antallet registrerte opphold for utskrivningsklare pasienter som ble tatt i mot av kommunen samme dag som de ble registrert som utskrivningsklar økte betraktelig fra 2011 til 2012, og har fortsatt å øke, se figur 12.1. Økningen var også betydelig fra 2014 til 2015 (18 prosent). Det er 36 ganger så mange opphold for utskrivningsklare pasienter som tas imot av kommunen samme dag som de meldes utskrivningsklare i 2015 sammenlignet med i 2011, en økning som tilsvarer omtrent 83000 opphold. Økningen vurderes i hovedsak å være en registreringsendring, men kan også indikere økt grad av kommunikasjon mellom kommuner og sykehus. Når en pasient meldes utskrivningsklar betyr dette at kommunen varsles om at en pasient har et pleie- og omsorgsbehov etter at han/hun skrives ut fra sykehuset.

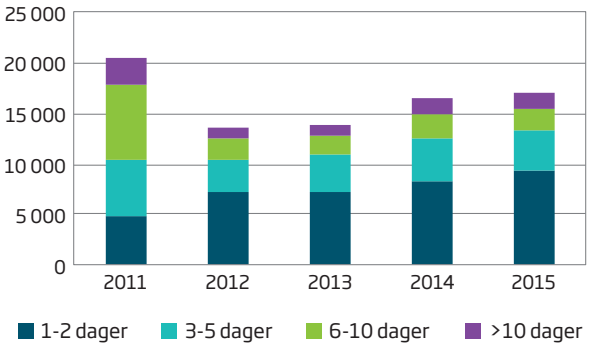
I perioden fra 2011 til 2015 var det totalt sett en nedgang i antall opphold der pasienten har en eller flere liggedager som utskrivningsklar. Dette fremgår av figur 12.2. Nedgangen er knyttet til endringen fra 2011 til 2012, men fra 2012 til 2015 var det en vekst for denne type opphold, med størst vekst i for opphold med 1 til 2 liggedager. Det siste året fra 2014 til 2015 ser vi en økning i opphold med 1 til 5 liggedager som utskrivningsklar og en nedgang i opphold med 6 eller flere liggedager som utskrivningsklar.

Figur 12.1 Antall sykehusopphold for utskrivningsklare pasienter som blir tatt i mot av kommunen samme dag 2011-2015[1].



Data fra Norsk pasientregister.
[1] Data for 2015 er et årsestimat som er beregnet ut i fra faktisk aktivitet ved somatiske sykehus per 2. tertial 2015.

Figur 12.2 Antall sykehusopphold for utskrivningsklare pasienter etter liggetid som utskrivningsklar 2011-2015[1].



Data fra Norsk pasientregister.
[1] Data for 2015 er et årsestimat som er beregnet ut i fra faktisk aktivitet ved somatiske sykehus per 2. tertial 2015.

Tabell 12.1 Antall sykehusopphold for utskrivningsklar pasienter etter liggetid som utskrivningsklar 2011-2015[1].

						Prosent endring		
	2011	2012	2013	2014	2015	2011-12	2014-15	2011-15
0 dager	2 357	30 702	45 279	71 940	85 133	1 202,6	18,3	3 511,9
1-2 dager	4 866	7 227	7 268	8 412	9 353	48,5	11,2	92,2
3-5 dager	5 600	3 308	3 571	4 020	4 109	-40,9	2,2	-26,6
6-10 dager	7 247	1 916	1 861	2 387	2 099	-73,6	-12,1	-71,0
>10 dager	2 900	1 126	1 096	1 676	1 458	-61,2	-13,0	-49,7
Sum 1 dag+	20 613	13 577	13 796	16 495	17 018	-34,1	3,2	-17,4

Data fra Norsk pasientregister.
1) Data for 2015 er et årsestimat som er beregnet ut i fra faktisk aktivitet ved somatiske sykehus per 2. tertial 2015.

12.3 UTVIKLINGEN I LIGGEDAGER FOR UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER

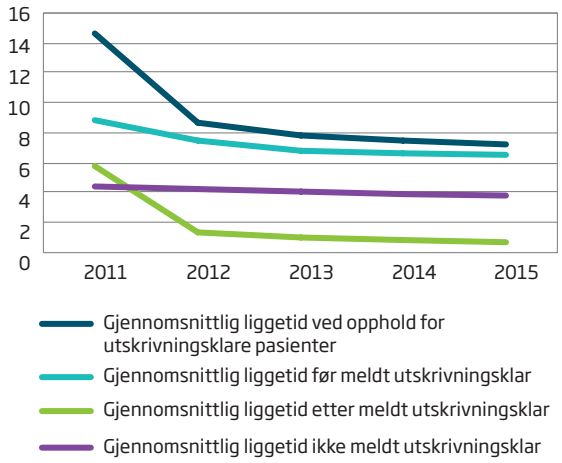
Tabell 12.2 viser utviklingen i antall liggedager for utskrivningsklare pasienter fra 2011 til 2015. Det var en betydelig nedgang i liggedager fra 2011 til 2012 da kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter ble innført. Fra 2014 til 2015 var det også det en nedgang i antall liggedager i alle regionene. Helse Midt-Norge har i perioden fra 2012 til 2015 et mer stabilt nivå enn de andre regionene. Helse Midt-Norge har også hatt en lavere vekst i registrerte opphold for utskrivningsklare pasienter enn andre regioner. Dette kan skyldes at registreringen av slike opphold var bedre i denne regionen enn i andre regioner før reformen.

Alle regionene har en økning i antall liggedager som utskrivningsklar fra 2013 til 2014. Noe av denne økningen kan knyttes til en systemendring i 2014 for pasienter som meldes utskrivningsklar flere ganger i løpet av et sykehusopphold (første dato benyttes i stedet for den siste). For pasienter som er meldt utskrivningsklar flere ganger i samme sykehusopphold bidrar endringen til at liggetiden som utskrivningsklar er lengre i 2014 enn i 2013. Det ble gjort en beregning av effekten av denne endringen i Samhandlingsstatestikkrapporten for 2013-14. Beregningene anslo at registreringsendringen stod for omtrent 10 prosent flere liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2014, - sammenlignet med 2013.

12.4 UTVIKLINGEN I GJENNOMSNITTLIG LIGGETID FOR UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER

Figur 12.3 viser gjennomsnittlig liggetid for opphold etter pasientenes status som utskrivningsklar fra 2011 til 2015. Gjennomsnittlig liggetid for opphold der pasienten er meldt utskrivningsklar ble halvert fra 2011 til 2015. Den største nedgangen kom ved innføring av samhandlingsreformen, men det har også vært en nedgang i årene fra 2013 til 2015. Nedgangen i den totale liggetiden for utskrivningsklare pasienter var hovedsakelig et resultat av en markant nedgang i gjennomsnittlig liggetid etter at pasienten var meldt utskrivningsklar. I 2015 var gjennomsnittlig liggetid som utskrivningsklar på

Figur 12.3 Gjennomsnittlig liggetid[1] etter utskrivningsklar[2] status 2011-2015[3].



Data fra Norsk pasientregister.
[1] Endring i definisjon av hvilken dato som brukes når pasienten er meldt utskrivningsklar flere ganger i løpet av samme sykehusopphold bidrar til en økning i liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2014. Beregning tilsier at effekten av dette tilsvarer omtrent 10 prosent flere liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2013.
[2] Opphold for pasienter som er meldt utskrivningsklar og tatt imot av kommunen samme dag er inkludert.
[3] Data per 2. tertial for 2015.

Tabell 12.2 Sum liggedager for utskrivningsklare pasienter 2011-2015[1].

						Prosent endring		
	2011	2012	2013	2014	2015	2011-12	2014-15	2011-15
Helse Sør-Øst	69 860	24 756	27 213	37 826	35 607	-64,6	-5,9	-49,0
Helse Vest	2 3261	11 238	8 708	13 421	13 197	-51,7	-1,7	-43,3
Helse Midt-Norge	20 641	13 224	13 880	14 758	13 504	-35,9	-8,5	-34,6
Helse Nord	20 092	7 650	6 756	10 215	8 830	-61,9	-13,6	-56,0
Totalt	133 854	56 868	56 557	76 220	71 139	-57,5	-6,7	-46,9

Data fra Norsk pasientregister.
1) Data for 2015 er et årsestimat som er beregnet ut i fra faktisk aktivitet ved somatiske sykehus per 2. tertial 2015.

0,7 dager. Dette er 5 dager mindre enn i 2011 (5,8 dager).

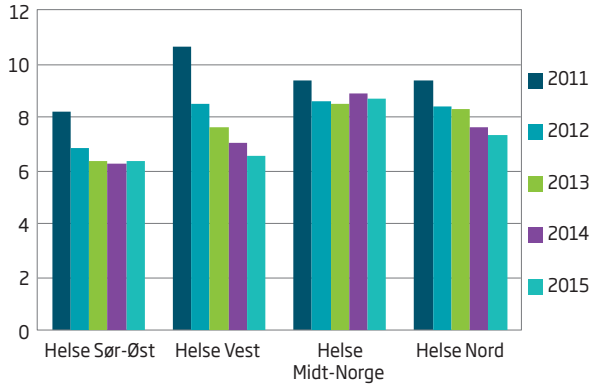
I perioden fra 2011 til 2015 har det også vært en nedgang i gjennomsnittlig liggetid *før* pasientene blir meldt utskrivningsklare. Nedgangen var størst fra 2011 til 2012, men har vedvart til og med 2015 (fra 8,8 dager i 2011 til 6,5 dager i 2015). Fra 2011 til 2015 har nedgangen i liggetid før pasientene meldes utskrivningsklar vært noe sterkere enn nedgangen i liggetid for pasienter som ikke meldes som utskrivningsklar (d.v.s. pasienter som ikke trenger oppfølging av kommunen etter utskrivning). Pasienter som ikke ble meldt utskrivningsklar har en gjennomsnittlig liggetid på 4,4 dager i 2011 og 3,8 dager i 2015. Utskrivningsklare pasienter har imidlertid fortsatt lengre gjennomsnittlig liggetid enn andre pasienter.

12.5 UTVIKLING I GJENNOMSNITTLIG LIGGETID FOR UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER ETTER REGION

Figur 12.4 og figur 12.5 viser gjennomsnittlig liggetid etter region, henholdsvis før og etter pasienten ble meldt utskrivningsklar. Gjennomsnittlig liggetid før pasienten er meldt utskrivningsklar har gått ned i alle regionene. Helse Midt-Norge er den regionen som har hatt minst endring i nivået i perioden, med en nedgang på mindre enn en dag (0,7), og er den regionen som i 2015 har det høyeste nivået av liggedager for utskrivningsklare pasienter. Helse Vest har den største nedgangen, og regionen gikk fra å ha det høyeste nivået i 2011 til å ha omtrent likt nivå som landet samlet i 2015.

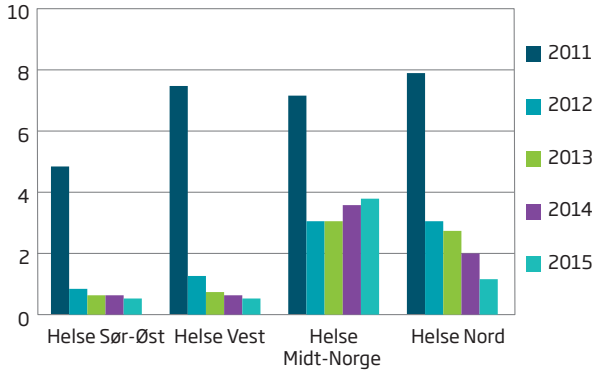
Totalt sett har det vært en betydelig nedgang i gjennomsnittlig liggetid fra pasienten er meldt utskrivningsklar i sykehuset til hun eller han er tatt imot av kommunen. Størst nedgang var det i Helse Vest som hadde en nedgang på 7 dager i perioden fra 2011 til 2015 (0,5 dager i 2015). Helse Vest har i 2015 sammen med Helse Sør-Øst det laveste nivået av liggedager som utskrivningsklar. Helse Midt-Norge og Helse Nord har også en betydelig nedgang i liggedager og begge regionene hadde en gjennomsnittlig liggetid på 3,1 dager i 2012. I Helse Nord fortsatte nedgangen i alle år fram mot 2015, mens det i Helse Midt-Norge har vært en økning i 2014 og 2015. Helse Midt-Norge har i 2015 en betraktelig høyere gjennomsnittlig liggetid sammenlignet med de andre regionene. Helse Vest og Helse Sør-Øst har en høy andel opphold der pasienten meldes utskrivningsklar og blir tatt imot av kommunen samme dag.

Figur 12.4 Gjennomsnittlig liggetid[1] før pasienten blir meldt utskrivningsklar[2] 2011-2015[3].



Data fra Norsk pasientregister.
[1] Endring i definisjon av hvilken dato som brukes når pasienten er meldt utskrivningsklar flere ganger i løpet av samme sykehusopphold bidrar til en økning i liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2014. Beregning tilsier at effekten av dette tilsvarer omtrent 10 prosent flere liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2013.
[2] Opphold for pasienter som er meldt utskrivningsklar og tatt imot av kommunen samme dag er inkludert.
[3] Data per 2. tertial for 2015.

Figur 12.5 Gjennomsnittlig liggetid[1] etter at pasienten blir meldt utskrivningsklar[2] 2011-2015[3].



Data fra Norsk pasientregister.
[1] Endring i definisjon av hvilken dato som brukes når pasienten er meldt utskrivningsklar flere ganger i løpet av samme sykehusopphold bidrar til en økning i liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2014. Beregning tilsier at effekten av dette tilsvarer omtrent 10 prosent flere liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2013.
[2] Opphold for pasienter som er meldt utskrivningsklar og tatt imot av kommunen samme dag er inkludert.
[3] Data per 2. tertial for 2015.

12.6 UTVIKLING I RATER FOR UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER ETTER REGION OG KOMMUNE-GRUPPER

Før samhandlingsreformen trådte i kraft var omfanget av opphold for pasienter som var meldt utskrivningsklar og som ble tatt imot av kommunen samme dag, relativt lavt. Figur 12.6 og tabell 12.3 viser antall sykehusopphold per innbygger for pasienter som er meldt utskrivningsklare og tatt imot av kommunen samme dag. For landet samlet var raten for slike opphold på 16 per 1 000 innbyggere i 2015, mot en rate 0,5 per 1 000 innbyggere i 2011. Økningen var størst fra 2011 til 2012, men vi ser også en tydelig vekst hvert år fra 2012 fram til 2015.

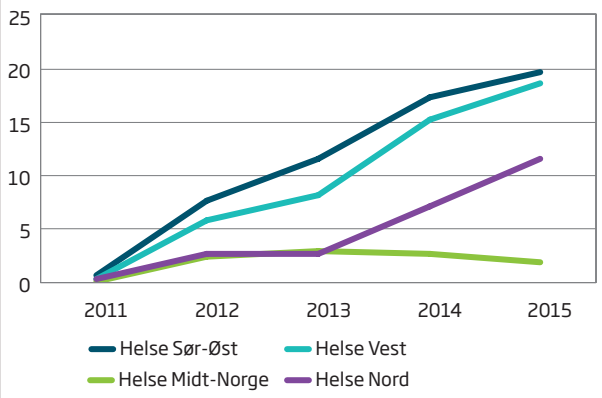
Når det gjelder opphold der pasienten meldes utskrivningsklar og har en eller flere liggedager som utskrivningsklar, har det i perioden sett under ett vært en nedgang per innbygger, se tabell 12.4. For disse pasienter ser vi den tydeligste endringen fra 2011 til 2012, med en nedgang fra 4,1 opphold per 1 000 innbyggere til 2,7 per 1 000 innbyggere. Nivået holder seg stabilt fra 2012 til 2013, men ser ut til å øke igjen fram mot 2015 (3,3 opphold per 1 000 innbyggere i 2015). Økningen fra 2013 til 2014 skyldes delvis en registreringsendring for pasienter som meldes utskrivningsklar flere ganger i løpet av et sykehusopphold (se nærmere beskrivelse i «Datagrunnlag og definisjoner»).

Tabell 12.5 viser utviklingen i liggedager for utskrivningsklare pasienter per 1 000 innbyggere for perioden fra 2011 til 2015. Som et resultat av økningen av utskrivningsklare opphold der pasienten blir tatt imot av kommunen samme dag og en samtidig nedgang i opphold der pasienten har en eller flere liggedager som utskrivningsklar, ser vi en betydelig nedgang antall liggedager per innbygger (fra 26,8 dager per 1 000 innbyggere i 2011 til 13,6 dager per 1 000 innbyggere i 2015). Det laveste nivået var i 2013, med en økning i raten i 2014. Noe av økningen fra 2013 til 2014 skyldes en systemendring nevnt i avsnittet ovenfor. Graden av økningen tilsier imidlertid at det også var en faktisk endring i aktivitet i form av et høyere nivå i 2014 sammenlignet med 2013. Det siste året, fra 2014 til 2015, går antall liggedager per innbygger ned.

Utviklingen for den eldre delen av befolkningen (80 år og eldre) følger det samme mønsteret som for totalbefolkningen. Dette gjelder alle regioner, se tabell 12.7 – 12.9. Aldersgruppen 80 år og eldre utgjør ca. 60 % av det totale antallet utskrivningsklare pasienter som har en eller fler liggedager.

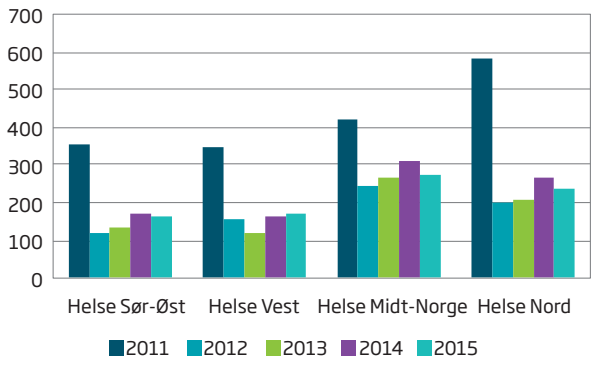
Figur 12.7 og 12.8 viser liggedager for utskrivningsklare pasienter per 1 000 innbyggere, etter henholdsvis region og kommunestørrelse, for befolkningsgruppen som er 80 år og eldre. Fra 2011 til 2012 var det en markant nedgang i liggedager per innbygger i alle regionene. Helse Nord har hatt mest nedgang i antall liggedager per innbygger. Regionen hadde imidlertid en høyere rate enn de andre regionene i 2011. I alle regionene unntatt i Helse Vest var det en nedgang i antall liggedager per innbygger fra 2014 til 2015 etter en vekst i antallet fra 2012 til 2014. De minste kommunene har gjennomgående lavere liggedagsrater enn de større kommunene. Reduksjonen i antall liggedager per innbygger har i perioden fra 2011 til 2015 vært størst i kommunegruppene med innbyggertall over 50 000.

Figur 12.6 Sykehusopphold hvor pasienten er meldt utskrivningsklar og tatt imot av kommunen samme dag per 1 000 innbygger i 2011-2015[1].



Data fra Norsk pasientregister.
[1] Data for 2015 er et årsestimat som er beregnet ut i fra faktisk aktivitet ved somatiske sykehus per 2. tertial 2015.

Figur 12.7 Liggedager[1] som utskrivningsklar per 1 000 innbyggere etter region, 80 år og eldre 2011-2015[2].



Data fra Norsk pasientregister.
[1] Endring i definisjon av hvilken dato som brukes når pasienten er meldt utskrivningsklar flere ganger i løpet av samme sykehusopphold bidrar til en økning i liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2014. Beregning tilsier at effekten av dette tilsvarer omtrent 10 prosent flere liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2013.
[2] Data for 2015 er et årsestimat som er beregnet ut i fra faktisk aktivitet ved somatiske sykehus per 2. tertial 2015.

Helse Sør-Øst

Alle kommunegruppene i Helse Sør-Øst har i perioden fra 2011 til 2015 en betydelig vekst i sykehusopphold per innbygger for utskrivningsklare pasienter som ble tatt imot av kommunen samme dag. Oslo og andre storbyer i regionen har i 2015 en lavere rate sammenlignet med de mindre kommunene.

Helse Sør-Øst har i 2012 i en betydelig nedgang i antall opphold per innbygger for pasienter som har en eller flere liggedager som utskrivningsklar. Raten øker igjen fra 2012 til 2015, men nivået i 2015 var likevel lavere enn hva det var i 2011. Pasientraten følger omtrent samme mønster som oppholdsstaten for denne gruppen.

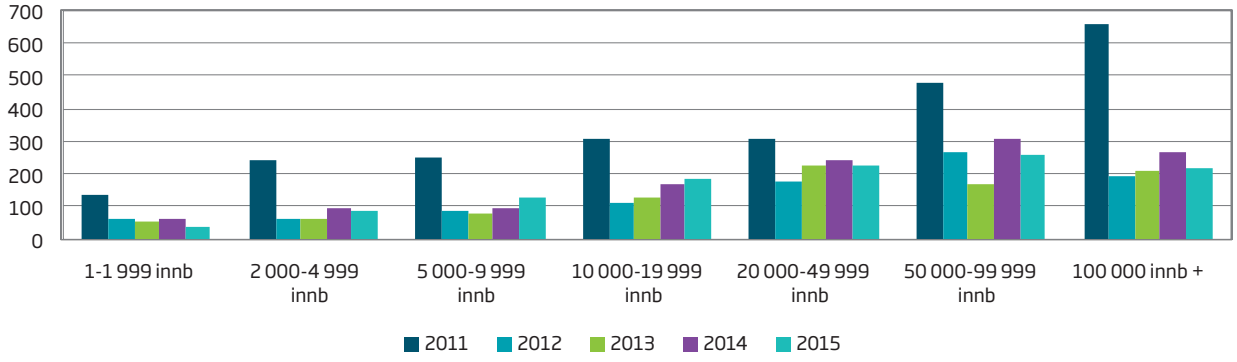
Antall liggedager for utskrivningsklare pasienter gikk ned fra 25,1 per 1 000 innbyggere i 2011 til 12,2 per 1 000 innbyggere i 2015. Det laveste nivået så vi i 2012. Raten økte i perioden fra 2012 og fram til 2014, mens vi ser en nedgang igjen fra 2014 til 2015. Dette gjelder for både befolkningen under ett og for pasienter 80 år og eldre. Helse Sør-Øst har i 2015, sammen med Helse Vest, færre liggedager for utskrivningsklare pasienter per innbygger enn Helse Midt-Norge og Helse Nord. I kommunegruppene med færrest innbyggere (mindre enn 20 000) var endringen relativt liten. En særlig stor endring ser vi i Oslo hvor raten falt fra 47,1 dager per 1 000 innbyggere i 2011 til 13,1 dager per 1 000 innbyggere i 2015.

Helse Vest

Helse Vest har i likhet med Helse Sør-Øst en betydelig vekst i sykehusopphold der pasienten meldes utskrivningsklar og blir tatt imot av kommunen samme dag, fra 0,3 opphold per 1 000 innbyggere i 2011 til 18,7 opphold per 1 000 innbyggere i 2015. Utviklingen er omtrent lik i alle kommunegruppene.

For opphold der pasienten har en eller flere liggedager som utskrivningsklar var Helse Vest den eneste regionen som i perioden fra 2011 til 2015 hadde en økning per innbygger. Helse Vest har i 2011 et lavere nivå sammenlignet med de andre regionene og har i 2015 omtrent samme nivå som

Figur 12.8 Liggedager[1] som utskrivningsklar per 1 000 innbyggere etter kommunestørrelse, 80 år og eldre 2011-2015[2].



Data fra Norsk pasientregister.
[1] Endring i definisjon av hvilken dato som brukes når pasienten er meldt utskrivningsklar flere ganger i løpet av samme sykehusopphold bidrar til en økning i liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2014. Beregning tilsier at effekten av dette tilsvarer omtrent 10 prosent flere liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2013.
[2] Data for 2015 er et årsestimat som er beregnet ut i fra faktisk aktivitet ved somatiske sykehus per 2. tertial 2015.

landet samlet. Fra 2014 til 2015 var det en nedgang i opphold per innbygger i storbyene (Helse Vest). I de andre kommunegruppene var nivået likt eller noe høyere i 2015 sammenlignet med 2014. Utviklingen i pasientraten følger denne utviklingen.

Raten for liggedager som utskrivningsklar gikk ned med 10 dager, fra 22,3 dager per 1 000 innbyggere i 2011 til 12 dager per 1 000 innbyggere i 2015. Den laveste raten ser vi i 2013 (8,1 dager per 1 000 innbyggere). Helse Vest har i 2015 sammen med Helse Sør-Øst færre liggedager per innbygger enn de to andre regionene.

Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge har få opphold per innbygger for pasienter som blir meldt utskrivningsklar og tas imot av kommunen samme dag. I 2015 var raten på 2 opphold per 1 000 innbyggere mot det nasjonale nivået på 16,3 opphold per 1 000 innbyggere. Storbyer i Midt-Norge (Trondheim) har i perioden fra 2012 til 2015 et lavere nivå av opphold med 0 liggedager som utskrivningsklar enn andre kommunegrupper.

Antall opphold per innbygger for utskrivningsklare pasienter som har en eller flere liggedager gikk ned fra 4,1 per 1 000 innbyggere i 2011 til 3 per 1 000 innbyggere i 2015. Regionen har i 2015 en noe lavere rate enn de andre regionene. Utviklingen det siste året (2014-2015) har vært forskjellig for de ulike kommunegruppene, se tabell 12.4. Kommuner som har flere enn 20 000 innbyggere (også storby) har i hele perioden en høyere rate enn de mindre kommunene. Den lave veksten i opphold for utskrivningsklare pasienter i Helse Midt-Norge indikerer at registreringen av slike opphold var bedre i denne regionen enn i andre regioner før reformen.

Helse Midt-Norge har i 2015 har flere liggedager for utskrivningsklare pasienter per innbygger enn de andre regionene. Etter at raten falt i 2012 holdt den seg på et relativt stabilt nivå fra 2012 til 2014. I 2015 var det en nedgang i antall liggedager per innbygger. Nedgangen var spesielt tydelig i storbyene (fra 39,9 dager per 1 000 innbyggere i 2014 til 26,8 dager per 1 000 innbyggere i 2015).

Oppsummert for Helse Midt-Norge, så har regionen noe færre registrerte opphold for utskrivningsklare pasienter enn andre regioner, men de pasientene som meldes utskrivningsklare, blir ofte liggende lenger på sykehus enn i andre regioner. Dette gjelder særlig de største byene.

Helse Nord

Helse Nord har i 2015 i likhet med Helse Midt-Norge en relativt lav oppholdsrate for pasienter som ble meldt utskrivningsklar og tatt imot av kommunen samme dag. Regionen har omtrent det samme nivået som Helse Midt-Norge fram til 2013, men har to siste år hatt en økning for denne type opphold. Denne økningen gjelder alle kommunegruppene.

I 2015 har Helse Nord, sammenlignet med de andre regionene, en høyere oppholdsrate for pasienter som har en eller flere liggedager som utskrivningsklar. Fra 2012 til 2014 har regionen et lavere nivå enn landet samlet, men omfanget av opphold for utskrivningsklare pasienter øker fra 2014 til 2015. Regionen har en tilsvarende vekst i antall utskrivningsklare pasienter fra 2014 til 2015. Både nivået og utviklingen er noe forskjellig for de ulike kommunegruppene. Denne forskjellen samsvarer med ulikt nivå i pasientraten for utskrivningsklare i de respektive kommunene.

På tross av at antallet opphold for utskrivningsklare pasienter øker fra 2014 til 2015, har Helse Nord i samme periode en nedgang i liggedager per innbygger for utskrivningsklare pasienter. Fra 2011 til 2015 har antallet liggedager for denne pasientgruppen falt fra 42,7 dager per 1 000 innbyggere til 18,2 dager per 1 000 innbyggere, med lavest nivå i 2013. Alle kommunegruppene i regionen har en betydelig nedgang i liggedager fra 2011 til 2012. Fra 2012 og fram til 2015 var utviklingen for de ulike kommunegruppene noe forskjellig, se tabell 12.5.

12.7 LIGGEDAGER FOR UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER OG DEKNINGSGRAD AV KOMMUNALE TJENESTER

Det er betydelig variasjoner mellom kommunene i tilbudet av pleie- og omsorgstjenester. Noen kommuner har, relativt sett, mange mottakere av

langtidsplass på institusjon, mens andre har høyere dekningsrater for mottakere av korttidsplasser, dagsenter og/eller hjemmesykepleie. Tjenestetilbudet, i form av antall timer med hjemmesykepleie per eldre mottaker varierer også betydelig. Det er mange grunner til disse forskjellene, det handler både om forskjeller i behov for tjenester, økonomiske muligheter (frie disponible inntekter), og politiske prioriteringer i kommunene. I tilknytning til liggedager for utskrivningsklare pasienter, kan det imidlertid være grunn til å stille spørsmål ved om dekningsgraden av pleie- og omsorgstjenester kan påvirke om pasientene blir liggende på sykehus etter at de er ferdig behandlet. I kapittel 10 om korttidsplasser viste vi at det er indikasjoner på en slik sammenheng; kommuner med et høyt nivå av mottakere av korttidsplasser, har et lavere omfang av liggedager for utskrivningsklare pasienter enn kommuner med et lavt nivå av mottakere av korttidsplasser.

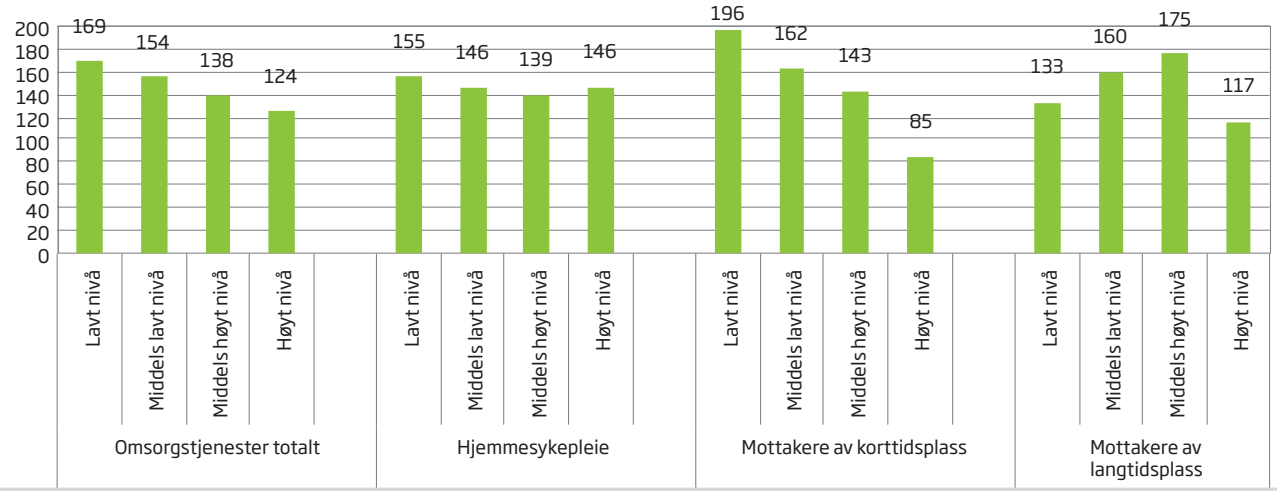
I figur 12.9 viser vi mer generelt, sammenhengen mellom liggedager for utskrivningsklare pasienter per 1 000 innbygger 80 år og eldre og nivået av dekningsgrad for:

(i) Sum mottakere (i løpet av året) av omsorgstjenester totalt per 1 000 innbygger 80 år+
(ii) Sum mottakere av hjemmesykepleie (i løpet av året) per 1 000 innbygger 80 år+
(iii) Sum mottakere av korttidsplass (i løpet av året) per 1 000 innbygger 80 år+
(iv) Sum mottakere av langtidsplass (i løpet av året) per 1 000 innbygger 80 år+

Nivået av dekningsgrad er definert ved å rangere kommunene og dele dem inn i kvartiler. De 25 prosent av kommunene som har det laveste nivået av mottakere per 1 000 innbyggere 80 år og eldre er definert som et lavt nivå, mens de 25 prosent av kommunene som har det høyeste nivået av mottakere er definert til å ha et høyt nivå. En kommune kan inngå i «lavt nivå» for mottakere av langtidsplass, men «høyt nivå» for hjemmesykepleie. En kommune kan også inngå i kommuner med et «lavt nivå» i ett år, og i en annen kategori et annet år. Data inkluderer årene 2011-2014.

Den sammenhengen som fremkommer i figuren er ikke entydig, og vil trolig kunne påvirkes av mange ulike forhold. Sammenhengen mellom kommunenes tilbud av pleie- og omsorgstjenester og liggedager for utskrivningsklare pasienter er mer kompleks enn det som fremkommer her. Vi vet at både kommunestørrelse og bruk av sykehus mer generelt, har betydning for både dekningsgrad av kommunale omsorgstjenester og omfanget av liggedager for utskrivningsklare pasienter. Sammenhengene må derfor analyseres nærmere. Figuren kan likevel være en indikasjon på et mønster i retning av at høy dekningsgrad av pleie- og omsorgstjenester, kan bidra til færre liggedager for utskrivningsklare pasienter.

Figur 12.9 Liggedager for utskrivningsklare pasienter per 1 000 innbygger 80 år og over etter nivå av mottakere av kommunale pleie- og omsorgstjenester. Data fra 2011-14.



12.8 DATAGRUNNLAG OG DEFINISJONER

Data i dette kapitelet er hentet fra Norsk pasientregister (NPR). Analysene er basert på datagrunnlaget fra SAMDATA 2011-2014 og per 2. tertial for 2015. Tall for 2015 er beregnet på grunnlag av innrapportert aktivitet per 2. tertial, med en antagelse om at 2/3 av aktiviteten kom i denne perioden. Gjennomsnittlig liggetid er beregnet per 2. tertial for 2015.

Sykehuset skal etter forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 13, tredje ledd, rapportere dato for når pasienten er utskrivningsklar til Norsk pasientregister. Datakvaliteten på liggetiden for utskrivningsklare pasienter er imidlertid noe usikker. Dataene er basert på sykehusenes registering av utskrivningsklare pasienter og det kan være avvik mellom registreringer i data fra Norsk pasientregister og det som kommunene faktisk betaler for. Dette gir usikkerhet til analysene og data må tolkes med forsiktighet.

Videre ble Norsk Pasientklassifisering[64] (NPK) endret i 2014[65], ved at utskrivningsklar-dato hentes fra den første datoverdien hvor kommunen ble varslet om at pasienten var utskrivningsklar. For pasienter som meldes utskrivningsklar flere ganger i løpet av et sykehusopphold, hentet NPK tidligere ut siste utskrivningsklar-dato i siste avdelingsopphold. For pasienter som er meldt utskrivningsklar flere ganger i samme sykehusopphold fører endringen i NPK til at liggetiden som utskrivningsklar er lengre i 2014 enn i 2013. Effekten av dette på 2013-data ble beregnet til å gi omtrent ti prosent flere liggedager for utskrivningsklare pasienter med NPK-reglene for 2014. Liggetid før pasienten er meldt utskrivningsklar er også noe påvirket av endringen, men da i retning av kortere liggetid.

Utskrivningsklare pasienter er definert som pasienter som har vært innlagt med en liggetid på minst 1 døgn, og som har vært registrert som utskrivningsklar. I årets rapport er døgnrehabilitering ekskludert. Samme utvalg er benyttet for alle år fra 2011 til 2015.

Utskrivningsklare liggedager er antallet dager fra utskrivningsklar- dato (registrert av sykehuset) til utskrivningsdato. Liggetid før pasienten er meldt utskrivningsklar viser antall dager fra innskrivningsdato til utskrivningsklar-dato.

På grunn av stor endring i volum av opphold som meldes utskrivningsklare og tas imot av kommunen samme dag er det tatt med egne tabeller og figurer for denne gruppen som utskrivningsklar pasienter.

Befolkningstall brukt til rateberegning er hentet fra SSB og er fra 1. januar påfølgende år. For 2015 er det brukt estimerte befolkningstall per 1.1. 2016 som også er hentet fra SSB.

64 Helsedirektoratet benytter programvaren NPK som ledd i driften av ISF-ordningen. En av de viktigste funksjonene til NPK er å aggregere sammenhengende behandlingsepisoder til sykehusopphold.

65 http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/isf/norsk-pasientklassifisering/Sider/default.aspx

Tabell 12.3 Sykehusopphold for pasienter som er meldt utskrivningsklare og tatt imot av kommunen samme dag per 1 000 innbyggere 2011-2015[1].

Kommunegruppe		2011	2012	2013	2014	2015
Region	Helse Sør-Øst	0,7	7,6	11,6	17,3	19,6
	Helse Vest	0,3	5,9	8,3	15,2	18,7
	Helse Midt-Norge	0,1	2,5	3,0	2,6	2,0
	Helse Nord	0,3	2,7	2,8	7,2	11,6
	Totalt	0,5	6,1	8,9	13,9	16,3
Helse Sør-Øst	Under 5 000 innb.	0,7	7,4	11,8	22,2	25,0
	5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand	0,8	8,4	12,3	19,3	21,0
	5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand	0,7	6,3	10,3	18,1	20,1
	Over 20 000 innb. - lengre reiseavstand	0,7	8,8	14,7	20,3	21,0
	Over 20 000 innb. - kort reiseavstand	1,4	8,3	13,2	22,6	24,4
	Storby ekskl. Oslo	0,4	5,8	9,2	15,6	17,3
	Oslo	0,4	7,3	9,9	10,6	15,4
Helse Vest	Under 5 000 innb.	0,4	5,5	6,1	18,0	24,1
	5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand	0,2	5,9	8,0	15,3	18,4
	5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand	0,7	7,5	9,0	18,8	20,2
	Over 20 000 innb.	0,6	5,2	6,5	16,2	17,8
	Storby	0,1	6,1	9,5	13,6	17,8
Helse Midt- Norge	Under 5 000 innb.	0,1	2,9	3,7	3,2	2,2
	5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand	0,1	3,6	4,1	3,9	2,8
	5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand	0,1	1,6	1,6	1,6	1,6
	Over 20 000 innb.	0,1	3,3	4,3	3,6	1,8
	Storby	0,1	0,5	0,5	0,5	1,0
Helse Nord	Under 5 000 innb.	0,3	2,5	2,1	6,2	11,1
	5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand	0,2	2,6	2,6	6,0	10,5
	5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand	0,3	4,1	4,0	11,0	19,5
	Over 20 000 innb.	0,8	4,8	6,6	8,9	12,7
	Storby	0,1	1,2	1,3	6,4	8,1

Data fra Norsk pasientregister.

1) Data for 2015 er et årsestimat som er beregnet ut i fra faktisk aktivitet ved somatiske sykehus per 2. tertial 2015.

Tabell 12.4 Sykehusopphold for utskrivningsklare pasienter[1] per 1 000 innbyggere 2011-2015[2].

Kommunegruppe		2011	2012	2013	2014	2015
Region	Helse Sør-Øst	4,5	2,5	2,7	3,1	3,3
	Helse Vest	2,7	2,5	2,4	3,4	3,2
	Helse Midt-Norge	4,1	3,7	3,5	3,2	3,0
	Helse Nord	5,2	2,6	2,4	3,1	3,6
	Totalt	4,1	2,7	2,7	3,2	3,3
Helse Sør-Øst	Under 5 000 innb.	1,8	1,5	1,3	2,0	2,1
	5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand	2,7	1,7	1,8	2,2	2,6
	5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand	3,8	2,4	2,0	3,2	3,3
	Over 20 000 innb. - lengre reiseavstand	4,0	2,4	3,1	3,4	3,6
	Over 20 000 innb. - kort reiseavstand	3,4	3,4	3,9	4,4	4,4
	Storby ekskl. Oslo	4,6	2,8	2,3	3,0	3,2
	Oslo	8,0	2,9	3,2	3,4	3,4
Helse Vest	Under 5 000 innb.	2,8	1,1	1,0	2,1	2,1
	5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand	2,8	1,1	1,1	2,1	2,3
	5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand	2,5	2,4	2,9	3,8	4,2
	Over 20 000 innb.	2,3	1,6	2,1	2,5	3,8
	Storby	2,8	3,9	3,5	4,7	3,7
Helse Midt-Norge	Under 5 000 innb.	2,8	2,3	1,7	1,5	1,2
	5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand	3,3	2,1	2,0	1,7	2,0
	5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand	2,5	1,4	1,9	2,1	2,9
	Over 20 000 innb.	3,7	5,3	5,1	4,2	3,8
	Storby	6,7	5,7	5,6	5,5	4,6
Helse Nord	Under 5 000 innb.	4,4	1,8	1,8	2,7	3,6
	5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand	4,2	2,1	2,7	2,9	3,3
	5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand	5,8	4,5	4,0	4,2	5,2
	Over 20 000 innb.	7,9	3,7	0,7	1,5	1,0
	Storby	5,2	2,3	2,7	3,7	3,8

Data fra Norsk pasientregister.

1) Opphold for pasienter som er meldt utskrivningsklar og tatt imot av kommunen samme dag er ekskludert.

2) Data for 2015 er et årsestimat som er beregnet ut i fra faktisk aktivitet ved somatiske sykehus per 2. tertial 2015.

Tabell 12.5 Liggedager[1] som utskrivningsklar per 1 000 innbyggere 2011-2015[2].

Kommunegruppe		2011	2012	2013	2014	2015
Region	Helse Sør-Øst	25,1	8,8	9,5	13,1	12,2
	Helse Vest	22,3	10,6	8,1	12,3	12,0
	Helse Midt-Norge	30,0	19,0	19,7	20,8	18,9
	Helse Nord	42,7	16,1	14,1	21,2	18,2
	Totalt	26,8	11,3	11,1	14,8	13,6
Helse Sør-Øst	Under 5 000 innb.	7,2	4,4	4,8	6,8	7,2
	5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand	12,6	5,6	5,9	9,1	10,1
	5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand	18,5	9,9	9,8	14,9	15,1
	Over 20 000 innb. - lengre reiseavstand	21,9	9,0	10,4	13,1	12,5
	Over 20 000 innb. - kort reiseavstand	16,6	11,0	17,6	20,6	17,1
	Storby ekskl. Oslo	28,2	11,8	7,5	12,9	10,7
	Oslo	47,1	8,5	10,6	13,8	13,1
Helse Vest	Under 5 000 innb.	18,1	5,3	4,4	8,5	7,1
	5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand	17,3	5,1	4,0	8,5	8,7
	5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand	13,9	12,4	14,0	16,2	23,1
	Over 20 000 innb.	14,1	7,6	10,9	10,5	12,1
	Storby	30,0	15,8	9,6	15,5	13,5
Helse Midt-Norge	Under 5 000 innb.	18,0	8,8	7,0	9,8	7,7
	5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand	27,8	7,4	8,6	7,4	11,8
	5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand	19,7	3,7	8,6	14,7	14,8
	Over 20 000 innb.	34,9	35,8	32,4	29,3	29,9
	Storby	39,9	30,5	34,3	38,3	26,8
Helse Nord	Under 5 000 innb.	40,1	9,7	7,7	13,2	13,1
	5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand	35,5	11,5	12,8	15,6	16,8
	5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand	51,3	23,0	22,5	22,5	22,5
	Over 20 000 innb.	53,7	16,4	1,2	5,7	2,8
	Storby	42,0	22,9	22,8	40,3	28,8

Data fra Norsk pasientregister.

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

2) Data for 2015 er et årsestimat som er beregnet ut i fra faktisk aktivitet ved somatiske sykehus per 2. tertial 2015.

Tabell 12.6 Utskrivningsklare pasienter[1] per 1 000 innbyggere 2011-2015[2].

Kommunegruppe		2011	2012	2013	2014	2015
Region	Helse Sør-Øst	3,9	2,3	2,4	2,8	3,0
	Helse Vest	2,5	2,3	2,2	3,0	2,9
	Helse Midt-Norge	3,7	3,3	3,1	2,8	2,7
	Helse Nord	4,6	2,4	2,2	2,8	3,3
	Totalt	3,6	2,5	2,4	2,8	3,0
Helse Sør-Øst	Under 5 000 innb.	1,7	1,5	1,3	1,9	2,0
	5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand	2,5	1,7	1,7	2,0	2,4
	5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand	3,6	2,2	1,8	2,9	3,1
	Over 20 000 innb. - lengre reiseavstand	3,5	2,3	2,8	3,0	3,4
	Over 20 000 innb. - kort reiseavstand	3,0	3,1	3,5	3,9	4,1
	Storby ekskl. Oslo	3,9	2,6	2,1	2,8	3,0
	Oslo	6,4	2,6	2,8	2,9	3,1
Helse Vest	Under 5 000 innb.	2,7	1,1	1,0	2,0	2,0
	5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand	2,6	1,1	1,1	1,9	2,1
	5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand	2,4	2,3	2,6	3,4	3,8
	Over 20 000 innb.	2,1	1,5	1,9	2,3	3,4
	Storby	2,5	3,4	3,1	4,0	3,3
Helse Midt-Norge	Under 5 000 innb.	2,7	2,2	1,7	1,5	1,2
	5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand	3,1	2,0	1,9	1,6	1,9
	5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand	2,5	1,4	1,7	1,9	2,6
	Over 20 000 innb.	3,3	4,6	4,4	3,8	3,5
	Storby	5,7	4,9	4,7	4,6	4,1
Helse Nord	Under 5 000 innb.	4,1	1,7	1,7	2,4	3,3
	5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand	3,8	1,9	2,5	2,6	3,1
	5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand	5,3	4,0	3,6	3,7	4,7
	Over 20 000 innb.	6,9	3,4	0,7	1,4	1,0
	Storby	4,4	2,1	2,4	3,3	3,4

Data fra Norsk pasientregister.
1) Opphold for pasienter som er meldt utskrivningsklar og tatt imot av kommunen samme dag er ekskludert.
2) Data for 2015 er et årsestimat som er beregnet ut i fra faktisk aktivitet ved somatiske sykehus per 2. tertial 2015.

Tabell 12.7 Sykehusopphold for utskrivningsklare pasienter[1] per 1 000 innbyggere, 80 år og eldre 2011-2015[2].

Kommunegruppe		2011	2012	2013	2014	2015
Region	Helse Sør-Øst	66	37	38	44	46
	Helse Vest	42	39	37	51	50
	Helse Midt-Norge	59	49	49	45	42
	Helse Nord	71	35	34	40	47
	Totalt	61	39	39	45	46
Helse Sør-Øst	Under 5 000 innb.	18	15	14	20	19
	5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand	36	23	23	28	33
	5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand	52	34	23	42	37
	Over 20 000 innb. - lengre reiseavstand	59	34	43	48	51
	Over 20 000 innb. - kort reiseavstand	43	46	53	59	59
	Storby ekskl. Oslo	67	42	34	43	44
	Oslo	145	54	58	59	63
Helse Vest	Under 5 000 innb.	34	12	11	23	22
	5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand	44	17	17	31	35
	5 000-19999 innb. - kort reiseavstand	36	39	44	52	49
	Over 20 000 innb.	39	32	40	47	74
	Storby	46	65	57	75	62
Helse Midt Norge	Under 5 000 innb.	29	24	19	17	12
	5 000-1 9999 innb. - lengre reiseavstand	49	27	28	21	28
	5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand	40	21	25	31	39
	Over 20 000 innb.	56	71	74	62	58
	Storby	121	101	102	102	85
Helse Nord	Under 5 000 innb.	50	20	17	23	33
	5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand	60	30	40	40	50
	5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand	73	60	52	56	67
	Over 20 000 innb.	99	45	08	18	11
	Storby	111	44	60	77	75

Data fra Norsk pasientregister.
1) Opphold for pasienter som er meldt utskrivningsklar og tatt imot av kommunen samme dag er ekskludert.
2) Data for 2015 er et årsestimat som er beregnet ut i fra faktisk aktivitet ved somatiske sykehus per 2. tertial 2015.

Tabell 12.8 Liggedager[1] som utskrivningsklar per 1 000 innbyggere, 80 år og eldre 2011-2015[2].

Kommunegruppe		2011	2012	2013	2014	2015
Region	Helse Sør-Øst	358	121	134	173	162
	Helse Vest	348	153	117	166	170
	Helse Midt-Norge	424	247	266	312	276
	Helse Nord	584	202	205	268	237
	Totalt	388	154	157	202	188
Helse Sør-Øst	Under 5 000 innb.	73	41	49	56	59
	5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand	163	70	74	110	124
	5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand	258	110	112	188	151
	20 000 innb. - lengre reiseavstand	312	117	138	173	173
	Over 20 000 innb. - kort reiseavstand	207	147	249	273	203
	Storby ekskl. Oslo	400	170	110	182	148
	Oslo	832	146	178	208	233
Helse Vest	Under 5 000 innb.	220	52	53	86	82
	5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand	268	72	59	94	123
	5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand	202	203	194	214	226
	Over 20 000 innb.	226	128	194	191	240
	Storby	501	239	143	224	201
Helse Midt-Norge	Under 5 000 innb.	191	90	65	107	54
	5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand	392	96	108	98	162
	5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand	325	54	100	222	206
	Over 20 000 innb.	519	477	487	469	512
	Storby	690	506	582	749	499
Helse Nord	Under 5 000 innb.	446	88	80	101	128
	5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand	479	145	171	190	258
	5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand	639	288	311	300	289
	Over 20 000 innb.	702	211	15	47	37
	Storby	883	425	534	824	514

Data fra Norsk pasientregister.

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

2) Data for 2015 er et årsestimat som er beregnet ut i fra faktisk aktivitet ved somatiske sykehus per 2. tertial 2015.

Tabell 12.9 Utskrivningsklare pasienter[1] per 1 000 innbyggere 80 år og eldre 2011-2015[2].

Kommunegruppe		2011	2012	2013	2014	2015
Region	Helse Sør-Øst	56	34	35	39	43
	Helse Vest	38	35	34	45	45
	Helse Midt-Norge	53	44	43	40	39
	Helse Nord	63	32	31	36	42
	Totalt	53	36	35	40	43
Helse Sør-Øst	Under 5 000 innb.	17	14	14	19	19
	5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand	34	22	22	26	31
	5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand	49	31	21	39	36
	20 000 innb. - lengre reiseavstand	52	31	39	42	48
	Over 20 000 innb. - kort reiseavstand	39	41	48	52	55
	Storby ekskl. Oslo	57	38	31	39	42
	Oslo	114	49	51	52	57
Helse Vest	Under 5 000 innb.	32	11	11	22	21
	5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand	41	17	16	28	33
	5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand	35	36	39	45	44
	Over 20 000 innb.	37	29	35	44	66
	Storby	40	57	52	65	54
Helse Midt-Norge	Under 5 000 innb.	28	23	18	16	11
	5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand	46	26	26	20	26
	5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand	39	21	24	29	37
	Over 20 000 innb.	49	63	64	57	54
	Storby	103	88	84	83	76
Helse Nord	Under 5 000 innb.	46	19	17	21	31
	5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand	52	28	37	35	45
	5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand	67	53	47	48	60
	Over 20 000 innb.	84	40	08	16	11
	Storby	93	41	54	69	66

Data fra Norsk pasientregister.
1) Opphold for pasienter som er meldt utskrivningsklar og tatt imot av kommunen samme dag er ekskludert.
2) Data for 2015 er et årsestimat som er beregnet ut i fra faktisk aktivitet ved somatiske sykehus per 2. tertial 2015.

13. Reinnleggelser av utskrivningsklare pasienter

Andelen reinnleggelser etter opphold hvor pasienten ikke ble meldt utskrivningsklar gikk ned i perioden fra 2011 til 2015. Nedgangen var størst i Helse Sør-Øst, men vi ser også en tydelig nedgang i Helse Nord det siste året. Helse Midt-Norge har noe økning i andelen reinnleggelser for pasienter som ikke meldes utskrivningsklare fra 2011 til 2015.

Ved opphold for utskrivningsklare pasienter økte andelen reinnleggelser fra 2011 til 2014, men var omtrent uendret fra 2014 til 2015. Siste år var det noe nedgang for Helse Sør-Øst og Helse Nord, mens Helse Midt-Norge og Helse Vest hadde økt nivå siste år. Helse Midt-Norge og Helse Nord har i hele perioden et lavere nivå av reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter sammenlignet med de to andre regionene.

Våre analyser viser at risikoen for reinnleggelse for utskrivningsklare pasienter, er knyttet til liggetid både før og etter at pasienten blir meldt utskrivningsklar. Når liggetiden før pasienten meldes utskrivningsklar øker, reduseres risikoen for reinnleggelse. Pasienter som tas i mot av kommunen innen 1 dag etter at de meldes utskrivningsklar, har også høyere risiko for en reinnleggelse enn pasienter som blir liggende i 2 dager eller mer på sykehus før de tas imot av kommunen. Dette betyr at både sykehusenes valg av tidspunkt for å melde en pasient utskrivningsklar, og kommunenes behandling av pasienten, har betydning for risikoen for reinnleggelse.

13.1 INNLEDNING

Etter innføringen av samhandlingsreformen i 2012 har antallet registrerte opphold for utskrivningsklare pasienter økt betydelig (se tabell 13.1). I 2015, ble pasientene tatt imot av kommunen innen 1 dag etter at han/hun blir meldt utskrivningsklar i 90 prosent av oppholdene. I 2011 og 2012 var tilsvarende andel på 19 og 79 prosent. Samhandlingsreformen og forskriften om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, har bidratt til at kommunene tar imot utskrivningsklare pasienter raskere enn før.

Som et resultat av denne utviklingen har den gjennomsnittlige liggetiden som utskrivningsklar gått betraktelig ned, fra 5,8 liggedager i 2011 til 0,7 liggedager i 2015. Den gjennomsnittlige liggetiden på sykehus før pasienten blir meldt utskrivningsklar har samtidig gått ned med i overkant av to dager fra 2011 til 2015.

Endringen i både omfanget av pasienter som meldes utskrivningsklar og endringen i den gjennomsnittlige liggetiden gjør at det er viktig å følge med på utviklingen i andelen reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter. Dette er en sårbar pasientgruppe som ofte har et komplekst sykdomsbilde. I dette kapitlet beskriver vi utviklingen i reinnleggelser per 2. tertial for årene fra 2011 til 2015 for:

- Pasienter som ikke er meldt utskrivningsklare
- Pasienter som er meldt utskrivningsklar og har blitt tatt imot av kommunen samme eller neste dag
- Pasienter som er meldt utskrivningsklare og har 2 eller flere liggedager som utskrivningsklar

Tabell 13.1 Antall opphold etter utskrivningsklar status per 2. tertial 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	2015
Ikke meldt utskrivningsklar	496 401	494 481	487 118	466 760	460 219
Meldt utskrivningsklar og ut samme/neste	2 851	22 754	30 889	49 099	61 522
Meldt utskrivningsklar og ut etter 2 eller flere liggedager	11 834	5 972	5 703	6 787	6 578
Sum opphold for utskrivningsklare pasienter	14 685	28 726	36 592	55 886	68 100

13.2 UTVIKLING I REINNLEGGELSER ETTER UTSKRIVNINGSKLAR STATUS FRA 2011 TIL 2015

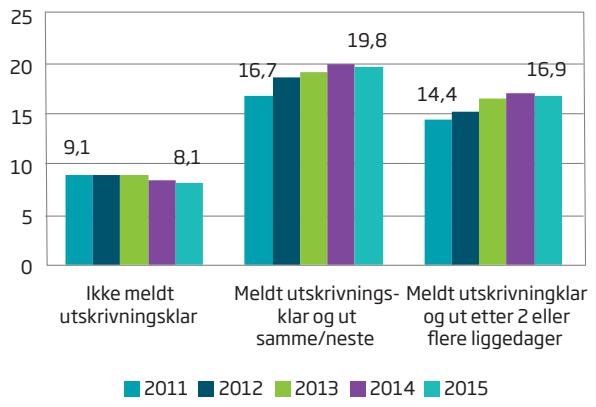
Figur 13.1 viser andelen reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivningsklar status fra 2011 til 2015. For opphold der pasienten ikke ble meldt utskrivningsklar går andelen reinnleggelser ned gjennom hele perioden.

Andelen reinnleggelser etter opphold der pasienten ble meldt utskrivningsklar økte fra 2011 til 2014, mens vi ser en liten nedgang fra 2014 til 2015. Økningen fra 2011 til 2014 var noe større for pasienter som ble tatt i imot av kommunen samme dag enn for pasienter som har to eller flere liggedager som utskrivningsklar. Pasienter som ble tatt i mot av kommunen samme eller neste dag har også det høyeste nivået av reinnleggelser i hele perioden, og i 2015 ble 19,8 prosent av opphold for denne gruppen etterfulgt av en reinnleggelse.

Figur 13.2 og figur 13.3 viser andel reinnleggelser for den eldre delen av befolkningen fra 2011 til 2015. Aldersgruppen fra 67 til 79 år har omtrent lik utvikling som for totalbefolkningen, men nivået var noe høyere.

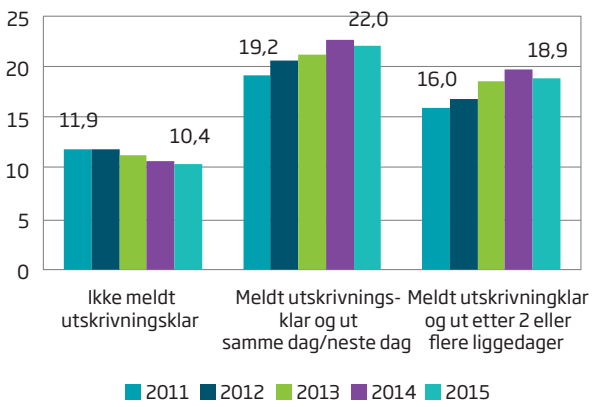
Også for de eldste pasienten, 80 år og eldre, var det fra 2011 til 2015 en nedgang i andel reinnleggelser for pasienter som ikke ble meldt utskrivningsklar. Den største nedgangen så vi fra 2014 til 2015. Nivået på reinnleggelser for pasienter som ble meldt utskrivningsklar har økt i hele perioden fra 2011 til 2015. Veksten var størst for gruppen som har to eller flere liggedager som utskrivningsklar (2,5 prosent-poeng). I likhet med totalbefolkningen var nivået høyest for pasienter som ble tatt i mot av kommunen samme eller neste dag.

Figur 13.1. Andel reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivningsklar status per 2. tertial 2011-2015.



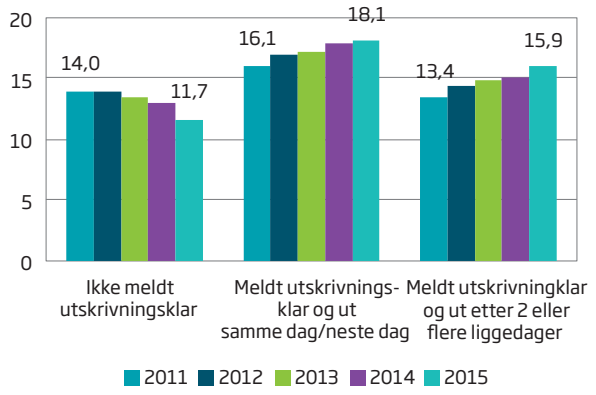
Data fra Norsk pasientregister.

Figur 13.2. Andel reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivningsklar status for aldersgruppen 67-79 år per 2. tertial 2011-2015.



Data fra Norsk pasientregister.

Figur 13.3. Andel reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivningsklar status for aldersgruppen 80 år og eldre per 2. tertial 2011-2015.



Data fra Norsk pasientregister.

Utviklingen i reinnleggelser etter region og kommunegrupper

Det er til dels store forskjeller mellom regioner og kommunegrupper i nivå og utvikling i andelen reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter. Helse Midt-Norge og Helse Nord har en lavere andel reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter enn Helse Sør-Øst og Helse Vest. På tvers av regioner ser det ut som om risikoen for reinnleggelse i 2015 er minst i kommunegrupper med få innbyggere (mindre enn 5000 innbyggere). Stort sett er andelen reinnleggelser høyere i kommuner med kort reiseavstand til sykehus enn i kommuner med lengre reiseavstand, men det er også tilfeller der kommuner med lang reiseavstand har en høyere andel reinnleggelser, blant annet i Helse Midt-Norge.

Helse Sør-Øst

I Helse Sør-Øst gikk andelen reinnleggelser for pasienter som ikke er meldt utskrivningsklare ned fra 2011 til 2015. Regionen har i 2015 et lavere nivå av reinnleggelser enn de andre regionene (7,4 prosent). Oslo har en større nedgang i andelen reinnleggelser fra 2014 til 2015 sammenlignet med de andre kommunegruppene i regionen, og har en andel på 6,7 prosent i 2015. Dette var det laveste nivået alle kommunegruppene tatt i betraktning.

Helse Sør-Øst har samme utvikling for reinnleggelser for landet samlet når det gjelder pasienter som er meldt utskrivningsklar. Det var en økning fra 2011 til 2014 og en liten nedgang fra 2014 til 2015. Dette gjaldt begge gruppene av utskrivningsklare pasienter. Regionen har i 2015 et lavere nivå av reinnleggelser enn Helse Vest og høyere nivå enn Helse Midt-Norge og Helse Nord. Alle kommune-gruppene, med unntak av to, følger denne utviklin-gen, se tabell 13.4. Oslo har i 2015, sammenlignet med de andre kommunene i regionen, et høyere nivå av reinnleggelser for denne pasientgruppen.

Helse Vest

For pasienter som ikke er meldt utskrivningsklar har Helse-Vest samme utvikling for reinnleggelser som Helse-Sør-Øst fra 2011 til 2015. Nivået var imidlertid høyere gjennom hele perioden. Alle kommune-gruppene i regionen har en nedgang i andel reinnleggelser for disse pasientene i perioden sett under ett.

I Helse Vest var det en økning i andel reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter på 6,1 prosentpoeng fra 2011 til 2015. I 2015 ble 20,2 prosent av oppholdene der pasienten var meldt utskrivningsklar etterfulgt av en reinnleggelse. For begge gruppene med utskrivningsklare pasienter ser vi en økning i andelen reinnleggelser det siste året. Alle kommune-gruppene har totalt sett en vekst i perioden (2011 til 2015), men utviklingen var noe forskjellig. Det var en betydelig vekst i andel reinnleggelser i kommuner som har et innbyggertall på 5 000 til 20 000 og som har kort reiseavstand til sykehus.

Helse Midt-Norge

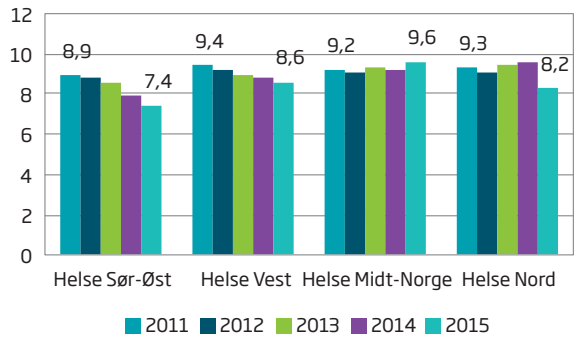
I Helse Midt-Norge ble 9,6 prosent av oppholdene for pasienter som ikke ble meldt utskrivningsklar etterfulgt av en reinnleggelse i 2015. Regionen har motsetning til de andre regionene hatt en liten økning i reinnleggelser for denne gruppen pasienter. Økningen kom i alle kommunegruppene.

For pasienter som var meldt utskrivningsklar, har Helse Midt-Norge et lavere nivå av reinnleggelser enn de andre regionene i 2015. En mulig forklaring kan være at de aktuelle pasientene i regionen har en noe lengre liggetid enn i andre regioner (se figur 12.4 og 12.5). Sammenlignet med storbyer i de andre regionene har storby i Helse Midt-Norge (Trondheim) en lav andel av reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter. Storby (Trondheim)

har samme nivå på reinnleggelser som de små kommunene i regionen i 2015 (15,4 prosent).

Helse Midt-Norge hadde i 2011 en relativ lav andel av reinnleggelser for pasienter som ble tatt imot av kommunen samme eller neste dag. Regionen har en større vekst i andelen reinnleggelser sammenlignet med de andre regionene etter denne type opphold, men har likevel det laveste nivået i 2015. Regionen har de tre siste årene hatt et stabilt nivå av reinnleggelser for pasienter som er meldt utskrivningsklar og har to eller flere liggedager. I 2015 har Helse Midt-Norge en lavere andel reinnleggelser sammenlignet med Helse Vest og Helse Sør-Øst, men litt høyere enn Helse Nord for denne pasientgruppen.

Figur 13.4 Andel reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter opphold hvor pasienten ikke ble meldt utskrivningsklar per 2. tertial 2011-2015.



Data fra Norsk pasientregister.

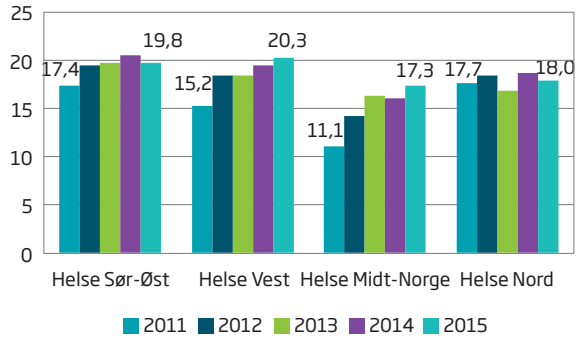
Helse Nord

I Helse Nord var det fra 2014 til 2015 en markant nedgang i andelen reinnleggelser for pasienter som ikke ble meldt utskrivningsklar (fra 9,6 prosent til 8,2 prosent), og regionen har i 2015 omtrent samme nivå som landet samlet. Fra 2011 til 2014 var nivået relativt stabilt for denne gruppen. Mest nedgang det siste året ser vi i kommuner med et innbyggertall mellom 5 000 og 20 000, som samtidig har kort reiseavstand til sykehus.

Helse Nord har i hele perioden et relativt lavt nivå av reinnleggelser etter opphold der pasienten ble meldt utskrivningsklar. Det siste året, fra 2014 til 2015, var det en nedgang i andel reinnleggelser for pasienter som ble tatt imot av kommunen samme eller neste dag. Nivået har imidlertid vært relativt stabilt fra 2011 til 2015 for denne gruppen pasienter. Også for pasienter som har to eller flere liggedager som utskrivningsklar var det en nedgang i andel reinnleggelser fra 2014 til 2015. Fra 2011 til 2013 var nivået for denne gruppen stabilt, mens vi så en betydelig økning fra 2013 til 2014.

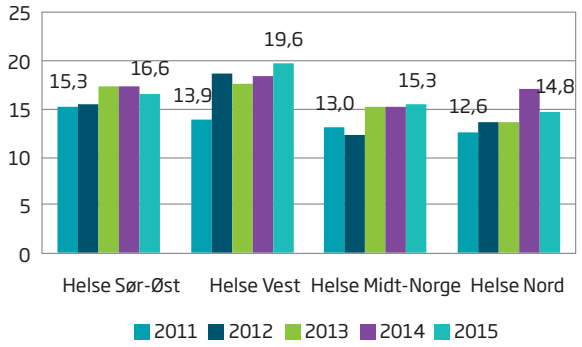
Kommuner med få innbyggere har i 2015 et lavere nivå av reinnleggelse sammenlignet med andre kommuner.

Figur 13.5 Andel reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter opphold hvor pasienten ble meldt utskrivningsklar og tatt i mot av kommunen samme/neste dag per 2.terial 2011-2015.



Data fra Norsk pasientregister.

Figur 13.6 Andel reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter opphold hvor pasienten ble meldt utskrivningsklar og tatt i mot av kommunen etter 2 eller flere liggedager per 2.terial 2011-2015.



Data fra Norsk pasientregister.

13.3 OM ØKNINGEN I REINNLEGGELSER FOR UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER

Økningen i andelen reinnleggelser av utskrivningsklare pasienter har gitt grunnlag for bekymring for om pasientene som blir definert som utskrivningsklare får et godt nok tilbud på sykehus og i kommunene etter utskrivning. Det er en ønsket utvikling at pasienter som ikke trenger behandling i sykehus skal få et tilbud i kommunen, enten i hjemmet eller i kommunal institusjon, men økningen i andel reinnleggelser av utskrivningsklare pasienter fra 2011 til 2014, kan være uttrykk for redusert kvalitet i behandlingen, enten på sykehus (inkludert for tidlig utskrivning) eller i kommunen. Vi har derfor analysert disse reinnleggelsene noe nærmere for å vurdere om;

- Innholdet eller pasientsammensetningen i reinnleggelsene har endret seg vesentlig fra 2011 til 2014
- Om varigheten av oppholdet før reinnleggelsen, har betydning for om pasienten blir reinnlagt eller ei.

For de utskrivningsklare pasientene, finner vi ingen påviselige endringer i innholdet i reinnleggelsene eller pasientsammensetningen fra 2011 til 2015. For pasienter 80 år og eldre er 90-91 prosent av reinnleggelsene definert som indremedisinsk behandling i både 2011 og 2015. Varigheten av reinnleggelsesoppholdene er omtrent uendret, og det samme gjelder diagnosefordelingen. I 24-25 prosent av reinnleggelsene for utskrivningsklare pasienter som er over 66 år, er hoveddiagnosen knyttet til sykdommer i åndedrettsorganer, 15-16 prosent av reinnleggelsene er knyttet til sykdommer i sirkulasjonsorganene, 11 prosent gjelder sykdommer i fordøyelsesorganene og 10 prosent gjelder nyre- og urinveissykdommer.

Tidligere kunnskap om sammenhengen mellom liggetid på sykehus og reinnleggelser[66] viser at kortere liggetid øker sannsynligheten for at en pasient blir reinnlagt. I kapittel 12 viste vi at liggetiden for utskrivningsklare pasienter har blitt redusert etter innføringen av samhandlingsreformen. Nedgangen gjelder både liggetiden *før* og *etter* at pasienten blir meldt utskrivningsklar. Utskrivningsklare pasienter har generelt sett lengre liggetid enn pasienter som det ikke blitt gitt varsel til kommunen om at har et pleie- og omsorgsbehov etter utskrivning. For å vurdere betydningen av liggetid på sykehus for sannsynligheten for reinnleggelse, har vi gjennomført to logistiske regresjonsanalyser på data fra 2014. Den ene analysen gjelder opphold for utskrivningsklare pasienter, den andre omfatter opphold hvor pasienten ikke blir meldt utskrivningsklar.

Risikoen for reinnleggelse for utskrivningsklare pasienter er estimert på bakgrunn av en logistisk regresjonsanalyse med følgende variabler; kjønn, tre dikotome aldersvariabler (0-59 år, 60-84 år (referanseverdi), 85 år+), pasienttyngde (sum korrigert DRG-vekt per pasient), liggetid på sykehus før pasienten meldes utskrivningsklar (kontinuerlig), liggetid etter at pasienten meldes utskrivningsklar (mindre enn 2 dager, 2 dager eller mer), innleggelse for øyeblikkelig hjelp eller planlagt behandling.

Det er gjort en tilsvarende analyse av risiko for reinnleggelse for pasienter som *ikke* blir meldt utskrivningsklar til kommunen. Beregningen tar utgangspunkt i følgende variabler; kjønn, tre dikotome aldersvariabler (0-59 år, 60-84 år (referanseverdi), 85 år+), pasienttyngde (sum korrigert DRG-vekt per pasient), liggetid på sykehus, innleggelse for øyeblikkelig hjelp eller planlagt behandling.

Våre analyser viser at risikoen for reinnleggelse for utskrivningsklare pasienter, er knyttet til liggetid både før og etter at pasienten blir meldt utskrivningsklar. Når liggetiden før pasienten meldes utskrivningsklar øker, reduseres risikoen for reinnleggelse. Pasienter som tas i mot av kommunen innen 1 dag etter at de meldes utskrivningsklar, har også høyere risiko for en reinnleggelse enn pasienter som blir liggende i 2 dager eller mer på sykehus før de tas imot av kommunen. Dette betyr at både sykehusenes valg av tidspunkt for å melde en pasient utskrivningsklar, og kommunenes behandling av pasienten, har betydning for risikoen for reinnleggelse.

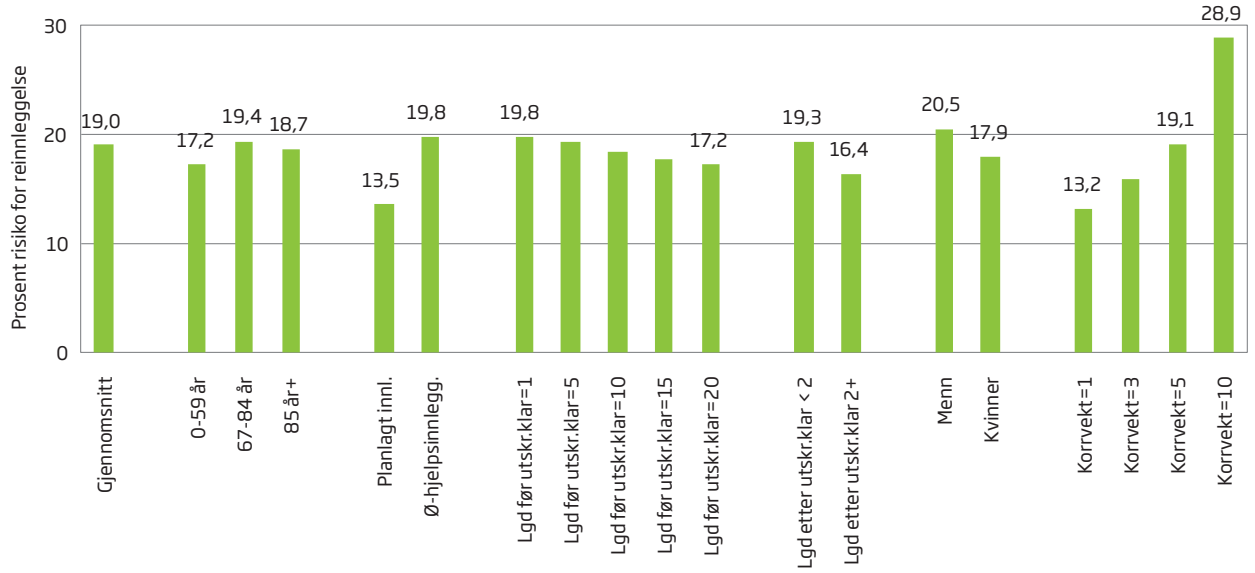
For utskrivningsklare pasienter, øker også risikoen for reinnleggelse ved innleggelser for øyeblikkelig hjelp – sammenlignet med en planlagt behandling,

66 Heggestad, Torhild: «Hospital readmissions and the distribution of health care. Analyses of Norwegian national register data». Phd-avhandling ved Universitetet i Bergen 2009.

og ved økt ressursbehov i behandlingen. Økt ressursbehov vil i denne sammenhengen indikere økt sykelighet, og analysen viser at de sykeste pasientene har størst risiko for reinnleggelse. Menn har noe høyere risiko for reinnleggelse enn kvinner, og pasienter i alderen 67-84 år har høyere risiko for reinnleggelse enn pasienter over 84 år. Dette skyldes trolig at mange av de eldste pasientene har et pleie- og omsorgstilbud i kommunen (sykehjem, korttidsopphold, hjemmesykepleie) som reduserer risikoen for reinnleggelse på sykehus.

For pasienter som ikke meldes til kommunen som utskrivningsklar, finner vi også at liggetid har betydning for risikoen for reinnleggelse. Effekten av liggetid er imidlertid ikke særlig sterk, pasienter med en liggetid på 1 dag har en gjennomsnittlig risiko for innleggelse på 7,8 prosent, mens pasienter med opphold på 20 dager har 7 prosent risiko for reinnleggelse. For pasienter som ikke meldes utskrivningsklare øker risikoen for reinnleggelse med alder, med innleggelser for øyeblikkelig hjelp og med økt ressursbehov/sykelighet.

Figur 13.7 Risiko for reinnleggelse for pasienter som blir meldt utskrivningsklare. Data fra Norsk pasientregister 2014.



Figur 13.8 Risiko for reinnleggelse for pasienter som ikke blir meldt utskrivningsklare. Data fra Norsk pasientregister 2014.

Tabell 13.2 Logistisk regresjon av sannsynligheten for å bli reinnlagt for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager. Data fra 2014.

	Opphold hvor pasienten blir meldt utskrivningsklar			Opphold hvor pasienten ikke blir meldt utskrivningsklar		
	B	Sign.	Exp (B)	B	Sign.	Exp (B)
Alder 0-59 år	-0,148	0,000	0,863	-0,428	0,000	0,652
Alder 85 år+	-0,050	0,012	0,952	0,290	0,000	1,337
Liggetid før pasienten meldes utskrivningsklar1	-0,009	0,000	0,991	-0,006	0,000	0,994
Kvinne	-0,166	0,000	0,847	0,014	0,101	1,015
Innleggelse for øyeblikkelig hjelp	0,457	0,000	1,580	0,581	0,000	1,789
Sum DRG-vekt	0,109	0,000	1,115	0,083	0,000	1,086
Tatt imot av kommunen innen 1 dag etter meldt USK	0,197	0,000	1,217	-	-	-
Konstant	-2,381	0,000		-2,916	0	
(N=)	(N=88 462)			(N=708 066)		

13.4 DATAGRUNNLAG OG DEFINISJONER

Data i dette kapitelet er hentet fra Norsk pasientregister (NPR). Analysene er basert på datagrunnlaget fra SAMDATA per 2. tertial for årene fra og med 2011 til og med 2015.

Sykehuset skal etter forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 13, tredje ledd, rapportere dato for når pasienten er utskrivningsklar til Norsk pasientregister. Datakvaliteten på liggetiden for utskrivningsklare pasienter er imidlertid noe usikker. Dataene er basert på sykehusenes registering av utskrivningsklare pasienter og det kan være avvik mellom registreringer i data fra Norsk pasientregister og det som kommunene faktisk betaler for. Dette gir usikkerhet til analysene og data må tolkes med forsiktighet.

Videre ble Norsk Pasientklassifisering[67] (NPK) endret i 2014[68], ved at utskrivningsklar-dato hentes fra den første datoverdien hvor kommunen ble varslet om at pasienten var utskrivningsklar. For pasienter som meldes utskrivningsklar flere ganger i løpet av et sykehusopphold, hentet NPK tidligere ut siste utskrivningsklar-dato i siste avdelingsopphold. For pasienter som er meldt utskrivningsklar flere ganger i samme sykehusopphold fører endringen i NPK til at liggetiden som utskrivningsklar er lengre i 2014 enn i 2013. Effekten av dette på 2013-data ble beregnet til å gi omtrent ti prosent flere liggedager for utskrivningsklare pasienter med NPK-reglene for 2014. Liggetid før pasienten er meldt utskrivningsklar er også noe påvirket av endringen, men da i retning av kortere liggetid.

Utskrivningsklare pasienter er definert som innlagt med en liggetid på minst 1 døgn, og som har vært registrert som utskrivningsklar. I årets rapport er døgnrehabilitering ekskludert. Samme utvalg er benyttet for alle år fra 2011 til 2015.

En reinnleggelse er definert som en innleggelse for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivning. Reinnleggelse inkluderer ikke pasienter som legges inn og skrives ut samme dag. Alle fødsler (DRG 370-375, 382) og friske nyfødte (DRG 390-391) er definert som øyeblikkelig hjelp. Det er ulik registreringspraksis vedrørende hastegrad ved sykehusene som er årsaken til behovet for denne definisjonen.

Analysene er basert på data per 2. tertial 2011-2015 og andelen reinnleggelser i august vil derfor være kunstig lav (mange reinnleggelser vil komme i september). Dette vil føre til at andelen reinnleggelser per 2. tertial vil være litt lavere enn det faktiske nivået. Dette er likt for alle årene.

I tabeller for kommunegrupper og Helseforetak (HF) viser vi andel reinnleggelser etter sykehusopphold hvor pasienten var meldt utskrivningsklar uavhengig av lengden på det utskrivningsklare oppholdet. Dette gjør vi for at det for enkelte kommunegrupper/HF ville blitt få opphold ved inndeling av grupper av utskrivningsklare pasienter. Dette gjelder spesielt i 2011.

67 Helsedirektoratet benytter programvaren NPK som ledd i driften av ISF-ordningen. En av de viktigste funksjonene til NPK er å aggregere sammenhengende behandlingsepisoder til sykehusopphold.

68 http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/isf/norsk-pasientklassifisering/Sider/default.aspx

Tabell 13.3 Andel reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter region og utskrivningsklar status per 2. tertial 2011-2015.

		2011	2012	2013	2014	2015
Helse Sør-Øst	Ikke meldt utskrivningsklar	8,9	8,8	8,5	7,9	7,4
	Meldt utskrivningsklar og ut samme dag/neste dag	17,4	19,4	19,8	20,6	19,8
	Meldt utskrivningsklar og ut etter 2 eller flere dager	15,3	15,5	17,2	17,3	16,6
Helse Vest	Ikke meldt utskrivningsklar	9,4	9,2	9,0	8,8	8,6
	Meldt utskrivningsklar og ut samme dag/neste dag	15,2	18,4	18,5	19,4	20,3
	Meldt utskrivningsklar og ut etter 2 eller flere dager	13,9	18,6	17,6	18,3	19,6
Helse Midt-Norge	Ikke meldt utskrivningsklar	9,2	9,0	9,4	9,3	9,6
	Meldt utskrivningsklar og ut samme dag/neste dag	11,1	14,3	16,3	16,0	17,3
	Meldt utskrivningsklar og ut etter 2 eller flere dager	13,0	12,2	15,1	15,2	15,3
Helse Nord	Ikke meldt utskrivningsklar	9,3	9,1	9,4	9,6	8,2
	Meldt utskrivningsklar og ut samme dag/neste dag	17,7	18,4	16,8	18,6	18,0
	Meldt utskrivningsklar og ut etter 2 eller flere dager	12,6	13,7	13,5	17,1	14,8
Totalt	Ikke meldt utskrivningsklar	9,1	9,0	8,9	8,5	8,1
	Meldt utskrivningsklar og ut samme dag/neste dag	16,7	18,8	19,2	20,1	19,8
	Meldt utskrivningsklar og ut etter 2 eller flere dager	14,4	15,2	16,5	17,1	16,9

Data fra Norsk pasientregister.

Tabell 13.4 Andel reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter sykehusopphold hvor pasienten ikke ble meldt utskrivningsklar per 2.tertial 2011-2015.

Kommunegruppe		2011	2012	2013	2014	2015
Region	Helse Sør-Øst	8,9	8,8	8,5	7,9	7,4
	Helse Vest	9,4	9,2	9,0	8,8	8,6
	Helse Midt-Norge	9,2	9,0	9,4	9,3	9,6
	Helse Nord	9,3	9,1	9,4	9,6	8,2
	Totalt	9,1	9,0	8,9	8,5	8,1
Helse Sør-Øst	Under 5 000 innb.	8,7	8,4	8,4	7,5	7,3
	5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand	8,8	8,6	8,4	7,7	7,5
	5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand	9,4	10,1	9,1	7,6	8,3
	Over 20 000 innb. - lengre reiseavstand	8,8	8,4	7,8	7,3	7,3
	Over 20 000 innb. - kort reiseavstand	9,7	9,4	9,3	8,0	7,6
	Storby ekskl. Oslo	9,3	9,3	9,1	8,3	7,7
	Oslo	8,1	8,6	8,1	8,1	6,7
Helse Vest	Under 5 000 innb.	9,5	9,2	9,0	9,0	9,0
	5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand	9,0	8,8	8,7	8,3	8,2
	5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand	9,2	9,4	9,3	8,8	8,0
	Over 20 000 innb.	8,8	9,8	9,2	8,5	8,1
	Storby	9,8	9,3	9,0	9,2	9,0
Helse Midt-Norge	Under 5 000 innb.	9,4	8,9	9,4	9,0	9,6
	5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand	8,9	8,6	9,0	8,7	9,0
	5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand	10,5	10,5	10,2	10,5	10,7
	Over 20 000 innb.	8,5	8,9	9,3	9,4	9,9
	Storby	9,6	9,4	9,7	9,6	9,7
Helse Nord	Under 5 000 innb.	9,2	8,9	9,2	9,5	8,0
	5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	9,1	8,4	9,4	9,2	8,0
	5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand til sykehus	10,5	10,3	10,3	10,7	8,7
	Over 20 000 innb.	8,4	9,1	10,0	9,6	8,8
	Storby	9,0	9,1	8,9	9,1	8,2

Data fra Norsk pasientregister.

Tabell 13.5 Andel reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter sykehusopphold hvor pasienten ble meldt utskrivningsklar per 2.tertial 2011-2015.

Kommunegruppe		2011	2012	2013	2014	2015
Region	Helse Sør-Øst	15,8	18,8	19,4	20,3	19,6
	Helse Vest	14,1	18,4	18,4	19,3	20,2
	Helse Midt-Norge	12,8	13,4	15,8	15,7	16,4
	Helse Nord	13,3	16,6	15,7	18,2	17,5
	Totalt	14,8	18,0	18,8	19,7	19,5
Helse Sør-Øst	Under 5 000 innb.	14,2	12,9	17,4	17,8	17,0
	5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand	16,1	17,5	16,7	18,7	18,8
	5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand	13,1	18,7	18,5	21,5	18,7
	Over 20 000 innb. - lengre reiseavstand	14,8	18,9	18,1	20,1	18,9
	Over 20 000 innb. - kort reiseavstand	18,4	19,5	20,2	20,7	21,1
	Storby ekskl. Oslo	16,4	17,2	20,4	20,0	18,1
	Oslo	15,2	22,2	22,5	23,5	22,3
Helse Vest	Under 5 000 innb.	13,4	16,6	16,6	16,5	16,9
	5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand	15,9	18,4	20,3	19,0	18,7
	5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand	7,2	17,7	20,9	21,3	22,0
	Over 20 000 innb.	14,6	17,0	20,1	17,8	22,1
	Storby	14,1	19,2	17,2	20,2	21,1
Helse Midt-Norge	Under 5 000 innb.	12,4	12,5	13,1	13,3	15,4
	5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand	11,6	12,0	16,9	16,4	16,4
	5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand	6,2	19,4	14,3	12,7	14,5
	Over 20 000 innb.	17,6	15,4	17,4	17,9	19,1
	Storby	12,4	12,2	14,6	14,4	15,4
Helse Nord	Under 5 000 innb.	8,9	16,9	11,5	17,6	14,6
	5 000-19 999 innb. - lengre reiseavstand	12,5	17,0	18,7	17,3	16,0
	5 000-19 999 innb. - kort reiseavstand	12,7	17,9	20,3	22,1	19,1
	Over 20 000 innb.	17,9	14,1	16,0	15,6	20,4
	Storby	15,7	16,6	11,3	17,0	19,6

Data fra Norsk pasientregister.

Tabell 13.6 Andel reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter sykehusopphold hvor pasienten ikke ble meldt utskrivningsklar i helseforetak per 2. tertial 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	2015
Sykehuset Østfold HF	10,1	10,6	11,5	10,0	9,4
Akershus universitetssykehus HF	9,0	8,9	8,2	7,7	8,0
Oslo universitetssykehus HF	7,2	7,0	6,8	6,7	5,6
Sykehuset Innlandet HF	10,1	10,0	9,8	8,5	8,3
Vestre Viken HF	9,3	8,8	9,0	8,1	7,4
Sykehuset i Vestfold HF	9,0	8,9	7,5	7,6	7,7
Sykehuset Telemark HF	10,9	12,0	10,8	8,8	8,1
Sørlandet sykehus HF	8,9	8,0	7,4	7,4	7,2
Diakonhjemmet Sykehus	11,0	11,6	11,5	10,7	10,3
Lovisenberg Sykehus	8,4	8,8	7,9	8,8	7,2
Helse Stavanger HF	8,6	7,8	7,7	7,8	8,3
Helse Fonna HF	10,2	10,4	9,9	8,7	8,1
Helse Bergen HF - eks Bergen legevakt	9,4	9,0	9,1	8,7	8,5
Helse Førde HF	9,0	9,1	9,0	8,0	8,4
Haraldsplass Diakonale sykehus AS	11,4	12,1	11,7	12,1	8,8
Møre og Romsdal HF	9,0	8,6	8,9	8,9	9,5
St. Olavs Hospital HF	9,1	8,9	9,3	9,0	9,0
Helse Nord Trøndelag HF	10,3	10,8	10,7	10,8	11,5
Helgelandssykehuset HF	9,9	9,8	9,6	11,1	8,9
Nordlandssykehuset HF	9,6	9,1	9,5	9,5	7,9
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	9,4	9,3	9,7	9,6	8,8
Helse Finnmark HF	9,1	8,3	9,2	9,2	7,2

Data fra Norsk pasientregister.

Tabell 13.7 Andel reinnleggelse for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter sykehusopphold hvor pasienten ble meldt utskrivningsklar i helseforetak per 2. tertial 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	2015
Sykehuset Østfold HF	15,0	16,5	12,1	18,3	16,8
Akershus universitetssykehus HF	16,6	19,0	20,6	21,6	20,9
Oslo universitetssykehus HF	13,7	16,6	18,4	19,2	19,7
Sykehuset Innlandet HF	18,8	16,7	18,6	20,1	19,5
Vestre Viken HF	15,9	18,2	20,0	19,7	19,7
Sykehuset i Vestfold HF	13,9	20,1	17,8	20,2	19,6
Sykehuset Telemark HF	14,3	23,8	17,4	19,8	19,4
Sørlandet sykehus HF	19,4	16,2	17,8	18,3	17,0
Diakonhjemmet Sykehus	14,5	19,7	19,6	20,4	23,0
Lovisenberg Sykehus	17,4	27,9	26,4	27,6	24,2
Helse Stavanger HF	16,6	19,5	18,3	19,6	20,5
Helse Fonna HF	13,4	18,0	20,9	18,3	20,1
Helse Bergen HF - eks Bergen legevakt	11,6	17,4	17,8	20,4	20,8
Helse Førde HF	9,7	15,0	16,7	16,7	19,4
Haraldsplass Diakonale sykehus AS	8,5	15,4	14,7	19,2	19,5
Møre og Romsdal HF	13,8	14,1	16,0	17,2	17,5
St. Olavs Hospital HF	11,9	12,0	14,8	13,8	15,1
Helse Nord Trøndelag HF	16,3	17,0	18,9	14,5	16,4
Helgelandssykehuset HF	12,9	15,4	11,3	15,7	16,8
Nordlandssykehuset HF	13,3	19,4	17,5	18,8	18,6
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	13,2	14,5	12,9	16,8	15,9
Helse Finnmark HF	14,5	16,6	19,7	20,5	17,5

Data fra Norsk pasientregister.

Vedlegg

Kommuneliste med kommunegrupper og helseforetaksområder 2014

Kommune-nr	Kommune-navn	Kommunegruppe		Kommune-gruppe PHV og TSB	HF-område somatikk	HF-område PHV og TSB	Befolking 2011	Befolking 2012	Befolking 2013	Befolking 2014
101	Halden	4	Sør-Øst - over 20000 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - over 20000 innb.	Østfold	Østfold	29543	29880	30132	30328
104	Moss	5	Sør-Øst - over 20000 innb. - kort reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - over 20000 innb.	Østfold	Østfold	30723	30988	31308	31802
105	Sarpsborg	6	Sør-Øst - storby ekskl Oslo	Sør-Øst - storby ekskl Oslo	Østfold	Østfold	53333	53696	54059	54192
106	Fredrikstad	6	Sør-Øst - storby ekskl Oslo	Sør-Øst - storby ekskl Oslo	Østfold	Østfold	75583	76807	77591	78159
111	Hvaler	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Østfold	Østfold	4206	4284	4386	4480
118	Aremark	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Østfold	Østfold	1423	1425	1408	1406
119	Marker	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Østfold	Østfold	3518	3587	3596	3613
121	Rømskog	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Ahus-området	Ahus-området	688	691	672	672
122	Trøgstad	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Østfold	Østfold	5219	5273	5366	5346
123	Spydeberg	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Østfold	Østfold	5348	5474	5620	5692
124	Askim	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Østfold	Østfold	15096	15315	15430	15513
125	Eidsberg	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Østfold	Østfold	11049	11195	11323	11353
127	Skiptvet	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Østfold	Østfold	3631	3668	3727	3731
128	Rakkestad	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Østfold	Østfold	7698	7860	7974	8020
135	Råde	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Østfold	Østfold	6987	7053	7104	7206
136	Rygge	3	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Østfold	Østfold	14691	14967	15101	15242
137	Våler	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Østfold	Østfold	4705	4857	4978	5100
138	Hobøl	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Østfold	Østfold	4911	4980	5187	5343
211	Vestby	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Ahus-området	Ahus-området	15143	15605	15944	16310
213	Ski	4	Sør-Øst - over 20000 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - over 20000 innb.	Ahus-området	Ahus-området	28970	29307	29542	29775
214	Ås	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Ahus-området	Ahus-området	17284	17568	17969	18503
215	Frogn	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Ahus-området	Ahus-området	15154	15469	15671	15656
216	Nesodden	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Ahus-området	Ahus-området	17809	17998	18297	18372
217	Oppegård	4	Sør-Øst - over 20000 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - over 20000 innb.	Ahus-området	Ahus-området	25520	25963	26255	26580

Kommune-nr	Kommune-navn	Kommunegruppe		Kommune-gruppe PHV og TSB	HF-område somatikk	HF-område PHV og TSB	Befolking 2011	Befolking 2012	Befolking 2013	Befolking 2014
219	Bærum	6	Sør-Øst - storby ekskl Oslo	Sør-Øst - storby ekskl Oslo	Vestre Viken-området	Vestre Viken-området	114489	116677	118588	120685
220	Asker	6	Sør-Øst - storby ekskl Oslo	Sør-Øst - storby ekskl Oslo	Vestre Viken-området	Vestre Viken-området	56447	57418	58338	59571
221	Aurskog-Høland	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Ahus-området	Ahus-området	14905	15260	15500	15726
226	Sørum	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Ahus-området	Ahus-området	16091	16363	16918	17089
227	Fet	3	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Ahus-området	Ahus-området	10626	10810	11048	11199
228	Rælingen	3	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Ahus-området	Ahus-området	16170	16420	16806	17185
229	Enebakk	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Ahus-området	Ahus-området	10487	10560	10626	10760
230	Lørenskog	5	Sør-Øst - over 20000 innb. - kort reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - over 20000 innb.	Ahus-området	Ahus-området	33709	34320	34697	35139
231	Skedsmo	6	Sør-Øst - storby ekskl Oslo	Sør-Øst - storby ekskl Oslo	Ahus-området	Ahus-området	49698	50532	51188	51725
233	Nittedal	4	Sør-Øst - over 20000 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - over 20000 innb.	Ahus-området	Ahus-området	21454	21971	22385	22706
234	Gjerdrum	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Ahus-området	Ahus-området	6152	6264	6292	6326
235	Ullensaker	4	Sør-Øst - over 20000 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - over 20000 innb.	Ahus-området	Ahus-området	31044	31743	32438	33310
236	Nes	4	Sør-Øst - over 20000 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - over 20000 innb.	Innlandet	Ahus-området	19462	19819	20164	20410
237	Eidsvoll	4	Sør-Øst - over 20000 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - over 20000 innb.	Ahus-området	Ahus-området	21621	22142	22689	23238
238	Nannestad	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Ahus-området	Ahus-området	11362	11505	11707	11882
239	Hurdal	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Ahus-området	Ahus-området	2657	2685	2695	2752
301	Oslo	7	Sør-Øst - Oslo	Sør-Øst - Oslo			613285	623966	634463	647676
301	01 Gamle Oslo	7	Sør-Øst - Oslo	Sør-Øst - Oslo	Lovisen-berg	Lovisen-berg	44 958	46 290	48 417	49 854
301	02 Grüner-løkka	7	Sør-Øst - Oslo	Sør-Øst - Oslo	Lovisen-berg	Lovisen-berg	49 307	50 507	52 198	54 701
301	03 Sagene	7	Sør-Øst - Oslo	Sør-Øst - Oslo	Lovisen-berg	OUS	35 990	37 053	38 637	39 918
301	04 St. Hans-haugen	7	Sør-Øst - Oslo	Sør-Øst - Oslo	Lovisen-berg	Lovisen-berg	34 109	34 982	35 630	36 218
301	05 Frogner	7	Sør-Øst - Oslo	Sør-Øst - Oslo	Diakon-hjemmet	Diakon-hjemmet	52 531	53 573	54 604	55 965
301	06 Ullern	7	Sør-Øst - Oslo	Sør-Øst - Oslo	Diakon-hjemmet	Diakon-hjemmet	31 275	31 443	31 656	32 124
301	07 Vestre Aker	7	Sør-Øst - Oslo	Sør-Øst - Oslo	Diakon-hjemmet	Diakon-hjemmet	45 186	45 715	46 444	47 024
301	08 Nordre Aker	7	Sør-Øst - Oslo	Sør-Øst - Oslo	OUS	OUS	48 432	48 413	48 720	49 337
301	09 Bjerke	7	Sør-Øst - Oslo	Sør-Øst - Oslo	OUS	OUS	29 090	29 617	30 327	30 502
301	10 Grorud	7	Sør-Øst - Oslo	Sør-Øst - Oslo	Ahus	Ahus	26 777	26 888	27 101	27 283
301	11 Stovner	7	Sør-Øst - Oslo	Sør-Øst - Oslo	Ahus	Ahus	30 554	30 752	31 340	31 669
301	12 Alna	7	Sør-Øst - Oslo	Sør-Øst - Oslo	Ahus	Ahus	47 786	48 062	48 307	48 770
301	13 Østensjø	7	Sør-Øst - Oslo	Sør-Øst - Oslo	OUS	OUS	47 164	47 806	48 714	49 133

Kom-mune-nr	Kom-mune-navn	Kommunegruppe		Kommune-gruppe PHV og TSB	HF-område somatikk	HF-område PHV og TSB	Befolking 2011	Befolking 2012	Befolking 2013	Befolking 2014
301	14 Nordstrand	7	Sør-Øst - Oslo	Sør-Øst - Oslo	OUS	OUS	47 696	48 347	48 931	49 428
301	15 Søndre Nordstrand	7	Sør-Øst - Oslo	Sør-Øst - Oslo	OUS	OUS	36 304	36 659	37 054	37 913
301	16 Sentrum	7	Sør-Øst - Oslo	Sør-Øst - Oslo	Lovisen-berg	Lovisen-berg	963	970	958	1 063
301	17 Marka	7	Sør-Øst - Oslo	Sør-Øst - Oslo	Hoved-stad uoppgitt	Hoved-stad uoppgitt	1 637	1 624	1 608	1 598
301	99 Uoppgitt bydel	7	Sør-Øst - Oslo	Sør-Øst - Oslo	Hoved-stad uoppgitt	Hoved-stad uoppgitt	3 526	5 265	3 817	5 176
402	Kong-svinger	3	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Innlandet	Innlandet	17522	17638	17825	17881
403	Hamar	5	Sør-Øst - over 20000 innb. - kort reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - over 20000 innb.	Innlandet	Innlandet	29045	29353	29520	29847
412	Ringsaker	4	Sør-Øst - over 20000 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - over 20000 innb.	Innlandet	Innlandet	33191	33406	33463	33603
415	Løten	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Innlandet	Innlandet	7477	7479	7546	7552
417	Stange	4	Sør-Øst - over 20000 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - over 20000 innb.	Innlandet	Innlandet	19190	19407	19737	20013
418	Nord-Odal	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Innlandet	Innlandet	5141	5190	5118	5128
419	Sør-Odal	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Innlandet	Innlandet	7859	7806	7847	7800
420	Eidskog	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Innlandet	Innlandet	6288	6282	6253	6219
423	Grue	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Innlandet	Innlandet	5003	4997	4948	4853
425	Åsnes	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Innlandet	Innlandet	7606	7600	7544	7561
426	Våler	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Innlandet	Innlandet	3844	3826	3783	3790
427	Elverum	5	Sør-Øst - over 20000 innb. - kort reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - over 20000 innb.	Innlandet	Innlandet	20152	20343	20563	20794
428	Trysil	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Innlandet	Innlandet	6752	6689	6621	6569
429	Åmot	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Innlandet	Innlandet	4337	4387	4455	4456
430	Stor-Elvdal	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Innlandet	Innlandet	2678	2641	2699	2619
432	Rendalen	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Innlandet	Innlandet	1959	1910	1883	1885
434	Engerdal	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Innlandet	Innlandet	1390	1376	1345	1359
436	Tolga	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Innlandet	Innlandet	1681	1681	1658	1656
437	Tynset	3	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Innlandet	Innlandet	5564	5570	5549	5562
438	Alvdal	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Innlandet	Innlandet	2431	2449	2432	2418
439	Folldal	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Innlandet	Innlandet	1641	1654	1631	1597
441	Os	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Innlandet	Innlandet	2040	2035	2013	1991
501	Lille-hammer	5	Sør-Øst - over 20000 innb. - kort reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - over 20000 innb.	Innlandet	Innlandet	26765	26850	27028	27300
502	Gjøvik	5	Sør-Øst - over 20000 innb. - kort reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - over 20000 innb.	Innlandet	Innlandet	29202	29407	29668	30063

Kom-mune-nr	Kom-mune-navn	Kommunegruppe		Kommune-gruppe PHV og TSB	HF-område somatikk	HF-område PHV og TSB	Befolking 2011	Befolking 2012	Befolking 2013	Befolking 2014
511	Dovre	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Innlandet	Innlandet	2742	2727	2704	2745
512	Lesja	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Innlandet	Innlandet	2195	2145	2076	2059
513	Skjåk	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Innlandet	Innlandet	2307	2279	2264	2245
514	Lom	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Innlandet	Innlandet	2382	2364	2361	2356
515	Vågå	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Innlandet	Innlandet	3739	3716	3686	3675
516	Nord-Fron	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Innlandet	Innlandet	5830	5827	5765	5754
517	Sel	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Innlandet	Innlandet	5992	5952	5974	5965
519	Sør-Fron	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Innlandet	Innlandet	3208	3193	3191	3204
520	Ringebu	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Innlandet	Innlandet	4561	4496	4495	4459
521	Øyer	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Innlandet	Innlandet	5095	5102	5090	5065
522	Gausdal	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Innlandet	Innlandet	6160	6141	6237	6210
528	Østre Toten	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Innlandet	Innlandet	14747	14766	14777	14796
529	Vestre Toten	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Innlandet	Innlandet	12928	12999	13075	13152
532	Jevnaker	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Vestre Viken-området	Innlandet	6483	6444	6516	6599
533	Lunner	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Innlandet	Innlandet	8776	8880	8952	9003
534	Gran	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Innlandet	Innlandet	13493	13550	13607	13685
536	Søndre Land	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Innlandet	Innlandet	5761	5703	5701	5772
538	Nordre Land	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Innlandet	Innlandet	6768	6758	6700	6740
540	Sør-Aurdal	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Innlandet	Innlandet	3154	3147	3133	3094
541	Etnedal	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Innlandet	Innlandet	1408	1399	1408	1402
542	Nord-Aurdal	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Innlandet	Innlandet	6428	6396	6417	6466
543	Vestre Slidre	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Innlandet	Innlandet	2232	2219	2187	2180
544	Øystre Slidre	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Innlandet	Innlandet	3174	3197	3206	3199
545	Vang	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Innlandet	Innlandet	1617	1597	1602	1619
602	Drammen	6	Sør-Øst - storby ekskl Oslo	Sør-Øst - storby ekskl Oslo	Vestre Viken-området	Vestre Viken-området	64597	65473	66214	67016
604	Kongsberg	5	Sør-Øst - over 20000 innb. - kort reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - over 20000 innb.	Vestre Viken-området	Vestre Viken-området	25479	25887	26406	26711
605	Ringerike	5	Sør-Øst - over 20000 innb. - kort reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - over 20000 innb.	Vestre Viken-området	Vestre Viken-området	29236	29400	29624	29712

Kommune-nr	Kommune-navn	Kommunegruppe		Kommune-gruppe PHV og TSB	HF-område somatikk	HF-område PHV og TSB	Befolking 2011	Befolking 2012	Befolking 2013	Befolking 2014
612	Hole	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Vestre Viken-området	Vestre Viken-området	6322	6463	6595	6698
615	Flå	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Vestre Viken-området	Vestre Viken-området	1034	1050	1033	1033
616	Nes	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Vestre Viken-området	Vestre Viken-området	3452	3435	3445	3414
617	Gol	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Vestre Viken-området	Vestre Viken-området	4581	4667	4631	4588
618	Hemsedal	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Vestre Viken-området	Vestre Viken-området	2228	2224	2295	2344
619	Ål	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Vestre Viken-området	Vestre Viken-området	4741	4761	4713	4716
620	Hol	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Vestre Viken-området	Vestre Viken-området	4457	4448	4452	4471
621	Sigdal	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Vestre Viken-området	Vestre Viken-området	3535	3538	3509	3520
622	Krødsherad	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Vestre Viken-området	Vestre Viken-området	2186	2223	2265	2268
623	Modum	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Vestre Viken-området	Vestre Viken-området	13116	13337	13581	13685
624	Øvre Eiker	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Vestre Viken-området	Vestre Viken-området	17421	17752	17919	18039
625	Nedre Eiker	4	Sør-Øst - over 20000 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - over 20000 innb.	Vestre Viken-området	Vestre Viken-området	23262	23640	23811	24154
626	Lier	5	Sør-Øst - over 20000 innb. - kort reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - over 20000 innb.	Vestre Viken-området	Vestre Viken-området	24177	24763	25175	25378
627	Røyken	4	Sør-Øst - over 20000 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - over 20000 innb.	Vestre Viken-området	Vestre Viken-området	19594	20078	20621	21038
628	Hurum	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Vestre Viken-området	Vestre Viken-området	9185	9321	9330	9365
631	Flesberg	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Vestre Viken-området	Vestre Viken-området	2638	2657	2683	2671
632	Rollag	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Vestre Viken-området	Vestre Viken-området	1383	1355	1369	1375
633	Nore og Uvdal	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Vestre Viken-området	Vestre Viken-området	2540	2531	2557	2541
701	Horten	4	Sør-Øst - over 20000 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - over 20000 innb.	Vestfold	Vestfold	26307	26595	26751	26903
702	Holmestrand	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Vestfold	Vestfold	10251	10350	10456	10661
704	Tønsberg	5	Sør-Øst - over 20000 innb. - kort reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - over 20000 innb.	Vestfold	Vestfold	40677	41239	41550	41920

Kom-mune-nr	Kom-mune-navn	Kommunegruppe		Kommune-gruppe PHV og TSB	HF-område somatikk	HF-område PHV og TSB	Befolking 2011	Befolking 2012	Befolking 2013	Befolking 2014
706	Sandefjord	4	Sør-Øst - over 20000 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - over 20000 innb.	Vestfold	Vestfold	44150	44629	44976	45281
709	Larvik	4	Sør-Øst - over 20000 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - over 20000 innb.	Vestfold	Vestfold	42947	43132	43258	43506
711	Svelvik	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Vestre Viken-området	Vestre Viken-området	6581	6570	6580	6601
713	Sande	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Vestre Viken-området	Vestre Viken-området	8680	8835	9036	9149
714	Hof	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Vestfold	Vestfold	3048	3060	3091	3114
716	Re	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Vestfold	Vestfold	8936	8994	9144	9253
719	Andebu	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Vestfold	Vestfold	5448	5546	5719	5860
720	Stokke	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Vestfold	Vestfold	11178	11398	11509	11506
722	Nøtterøy	4	Sør-Øst - over 20000 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - over 20000 innb.	Vestfold	Vestfold	20995	21100	21403	21483
723	Tjøme	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Vestfold	Vestfold	4813	4865	4927	4962
728	Lardal	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Vestfold	Vestfold	2413	2435	2460	2463
805	Porsgrunn	5	Sør-Øst - over 20000 innb. - kort reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - over 20000 innb.	Telemark	Telemark	35219	35392	35516	35755
806	Skien	6	Sør-Øst - storby ekskl Oslo	Sør-Øst - storby ekskl Oslo	Telemark	Telemark	52509	53015	53439	53745
807	Notodden	3	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Telemark	Telemark	12469	12497	12609	12599
811	Siljan	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Telemark	Telemark	2432	2426	2404	2361
814	Bamble	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Telemark	Telemark	14106	14129	14193	14140
815	Kragerø	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Telemark	Telemark	10710	10700	10621	10636
817	Drangedal	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Telemark	Telemark	4126	4139	4135	4111
819	Nome	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Telemark	Telemark	6579	6625	6643	6630
821	Bø	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Telemark	Telemark	5766	5791	5834	5977
822	Sauherad	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Telemark	Telemark	4314	4369	4325	4346
826	Tinn	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Telemark	Telemark	5982	5973	5957	5913
827	Hjartdal	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Telemark	Telemark	1602	1609	1602	1594
828	Seljord	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Telemark	Telemark	2959	2945	2989	3002
829	Kviteseid	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Telemark	Telemark	2498	2507	2468	2466
830	Nissedal	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Telemark	Telemark	1430	1430	1451	1439
831	Fyresdal	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Telemark	Telemark	1335	1350	1303	1298
833	Tokke	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Telemark	Telemark	2287	2284	2257	2252
834	Vinje	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Telemark	Telemark	3700	3721	3723	3689

Kommune-nr	Kommune-navn	Kommunegruppe		Kommune-gruppe PHV og TSB	HF-område somatikk	HF-område PHV og TSB	Befolking 2011	Befolking 2012	Befolking 2013	Befolking 2014
901	Risør	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Sørlandet	Sørlandet	6899	6848	6899	6909
904	Grimstad	4	Sør-Øst - over 20000 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - over 20000 innb.	Sørlandet	Sørlandet	21301	21594	21783	22098
906	Arendal	5	Sør-Øst - over 20000 innb. - kort reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - over 20000 innb.	Sørlandet	Sørlandet	42801	43336	43841	44219
911	Gjerstad	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sørlandet	Sørlandet	2478	2484	2489	2481
912	Vegårshei	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sørlandet	Sørlandet	1933	1986	2000	2018
914	Tvede-strand	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Sørlandet	Sørlandet	6019	6064	6059	6048
919	Froland	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Sørlandet	Sørlandet	5257	5425	5486	5532
926	Lillesand	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Sørlandet	Sørlandet	9878	10032	10106	10340
928	Birkenes	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Sørlandet	Sørlandet	4828	4936	4993	5035
929	Åmli	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sørlandet	Sørlandet	1825	1815	1810	1832
935	Iveland	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sørlandet	Sørlandet	1298	1283	1314	1315
937	Evje og Hornnes	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sørlandet	Sørlandet	3496	3556	3549	3567
938	Bygland	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sørlandet	Sørlandet	1219	1207	1200	1189
940	Valle	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sørlandet	Sørlandet	1293	1277	1270	1251
941	Bykle	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sørlandet	Sørlandet	970	929	948	933
1001	Kristian-sand	6	Sør-Øst - storby ekskl Oslo	Sør-Øst - storby ekskl Oslo	Sørlandet	Sørlandet	83243	84476	85983	87446
1002	Mandal	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Sørlandet	Sørlandet	15149	15237	15349	15437
1003	Farsund	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Sørlandet	Sørlandet	9433	9441	9516	9596
1004	Flekkefjord	3	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Sørlandet	Sørlandet	9046	9060	9013	9069
1014	Vennesla	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Sørlandet	Sørlandet	13583	13756	13986	14095
1017	Songdalen	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Sørlandet	Sørlandet	6165	6285	6303	6354
1018	Søgne	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Sørlandet	Sørlandet	10855	10960	11005	11217
1021	Marnardal	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sørlandet	Sørlandet	2286	2292	2290	2294
1026	Åseral	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sørlandet	Sørlandet	912	912	923	925
1027	Audnedal	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sørlandet	Sørlandet	1689	1728	1743	1750
1029	Lindesnes	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sørlandet	Sørlandet	4753	4796	4853	4880
1032	Lyngdal	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Sørlandet	Sørlandet	7895	8011	8102	8335
1034	Hægebo-stad	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sørlandet	Sørlandet	1665	1669	1690	1693
1037	Kvinesdal	2	Sør-Øst - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Sør-Øst - 5000-19999 innb.	Sørlandet	Sørlandet	5834	5899	5891	5948
1046	Sirdal	1	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sør-Øst - under 5000 innb.	Sørlandet	Sørlandet	1816	1831	1831	1838

Kom-mune-nr	Kom-mune-navn	Kommunegruppe		Kommune-gruppe PHV og TSB	HF-område somatikk	HF-område PHV og TSB	Befolking 2011	Befolking 2012	Befolking 2013	Befolking 2014
1101	Eigersund	9	Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Vest - 5000-19999 innb.	Helse Stav-anger-område	Helse Stav-anger-område	14475	14636	14811	14916
1102	Sandnes	12	Vest - storby	Vest - storby	Helse Stav-anger-område	Helse Stav-anger-område	67814	70046	71900	73624
1103	Stavanger	12	Vest - storby	Vest - storby	Helse Stav-anger-område	Helse Stav-anger-område	127506	129191	130754	132102
1106	Haugesund	11	Vest - over 20000 innb.	Vest - over 20000 innb.	Helse Fonna-området	Helse Fonna-området	35099	35753	36099	36538
1111	Sokndal	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Helse Stav-anger-område	Helse Stav-anger-område	3257	3286	3303	3309
1112	Lund	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Helse Stav-anger-område	Helse Stav-anger-område	3183	3173	3225	3247
1114	Bjerkreim	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Helse Stav-anger-område	Helse Stav-anger-område	2739	2779	2820	2861
1119	Hå	9	Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Vest - 5000-19999 innb.	Helse Stav-anger-område	Helse Stav-anger-område	17244	17635	18115	18528
1120	Klepp	9	Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Vest - 5000-19999 innb.	Helse Stav-anger-område	Helse Stav-anger-område	17746	18227	18485	18741
1121	Time	9	Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Vest - 5000-19999 innb.	Helse Stav-anger-område	Helse Stav-anger-område	16769	17437	17897	18306
1122	Gjesdal	9	Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Vest - 5000-19999 innb.	Helse Stav-anger-område	Helse Stav-anger-område	10778	11039	11317	11600
1124	Sola	11	Vest - over 20000 innb.	Vest - over 20000 innb.	Helse Stav-anger-område	Helse Stav-anger-område	23877	24579	25083	25708
1127	Randaberg	10	Vest - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand til sykehus	Vest - 5000-19999 innb.	Helse Stav-anger-område	Helse Stav-anger-område	10265	10397	10416	10556
1129	Forsand	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Helse Stav-anger-område	Helse Stav-anger-område	1190	1227	1242	1208
1130	Strand	9	Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Vest - 5000-19999 innb.	Helse Stav-anger-område	Helse Stav-anger-område	11533	11882	12139	12395

Kommune-nr	Kommune-navn	Kommunegruppe		Kommune-gruppe PHV og TSB	HF-område somatikk	HF-område PHV og TSB	Befolking 2011	Befolking 2012	Befolking 2013	Befolking 2014
1133	Hjelmeland	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Helse Stav-anger-område	Helse Stav-anger-område	2807	2799	2787	2785
1134	Suldal	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Helse Fonna-området	Helse Fonna-området	3845	3872	3881	3892
1135	Sauda	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Helse Fonna-området	Helse Fonna-området	4754	4745	4760	4756
1141	Finnøy	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Helse Stav-anger-område	Helse Stav-anger-område	2955	3015	3058	3147
1142	Rennesøy	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Helse Stav-anger-område	Helse Stav-anger-område	4388	4619	4755	4794
1144	Kvitsøy	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Helse Stav-anger-område	Helse Stav-anger-område	519	528	531	534
1145	Bokn	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Helse Fonna-området	Helse Fonna-området	851	865	868	865
1146	Tysvær	9	Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Vest - 5000-19999 innb.	Helse Fonna-området	Helse Fonna-området	10320	10487	10668	10857
1149	Karmøy	11	Vest - over 20000 innb.	Vest - over 20000 innb.	Helse Fonna-området	Helse Fonna-området	40536	41118	41753	42062
1151	Utsira	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Helse Fonna-området	Helse Fonna-området	218	209	211	206
1160	Vindafjord	9	Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Vest - 5000-19999 innb.	Helse Fonna-området	Helse Fonna-området	8447	8615	8747	8765
1201	Bergen	12	Vest - storby	Vest - storby	Helse Bergen-området	Helse Bergen-området	263762	267950	271949	275112
1211	Etne	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Helse Fonna-området	Helse Fonna-området	3963	4040	4057	4103
1216	Sveio	9	Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Vest - 5000-19999 innb.	Helse Fonna-området	Helse Fonna-området	5228	5400	5463	5509
1219	Bømlo	9	Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Vest - 5000-19999 innb.	Helse Fonna-området	Helse Fonna-området	11503	11638	11749	11761
1221	Stord	10	Vest - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand til sykehus	Vest - 5000-19999 innb.	Helse Fonna-området	Helse Fonna-området	17957	18161	18425	18685
1222	Fitjar	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Helse Fonna-området	Helse Fonna-området	2944	2980	3009	3093
1223	Tysnes	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Helse Fonna-området	Helse Fonna-området	2766	2736	2745	2782
1224	Kvinnherad	9	Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Vest - 5000-19999 innb.	Helse Fonna-området	Helse Fonna-området	13318	13305	13232	13234

Kom-mune-nr	Kom-mune-navn	Kommunegruppe		Kommune-gruppe PHV og TSB	HF-område somatikk	HF-område PHV og TSB	Befolking 2011	Befolking 2012	Befolking 2013	Befolking 2014
1227	Jondal	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Helse Fonna-området	Helse Fonna-området	1050	1046	1094	1100
1228	Odda	10	Vest - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand til sykehus	Vest - 5000-19999 innb.	Helse Fonna-området	Helse Fonna-området	6946	6988	7006	6952
1231	Ullensvang	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Helse Fonna-området	Helse Fonna-området	3417	3403	3369	3411
1232	Eidfjord	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Helse Fonna-området	Helse Fonna-området	957	952	950	950
1233	Ulvik	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Helse Bergen-området	Helse Bergen-området	1112	1113	1094	1107
1234	Granvin	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Helse Bergen-området	Helse Bergen-området	923	904	911	921
1235	Voss	10	Vest - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand til sykehus	Vest - 5000-19999 innb.	Helse Bergen-området	Helse Bergen-området	13978	14061	14168	14347
1238	Kvam	9	Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Vest - 5000-19999 innb.	Helse Bergen-området	Helse Bergen-området	8522	8584	8584	8539
1241	Fusa	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Helse Bergen-området	Helse Bergen-området	3811	3818	3829	3838
1242	Samnanger	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Helse Bergen-området	Helse Bergen-området	2417	2434	2436	2443
1243	Os	9	Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Vest - 5000-19999 innb.	Helse Bergen-området	Helse Bergen-området	17726	18142	18678	19097
1244	Austevoll	9	Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Vest - 5000-19999 innb.	Helse Bergen-området	Helse Bergen-området	4792	4838	4924	5012
1245	Sund	9	Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Vest - 5000-19999 innb.	Helse Bergen-området	Helse Bergen-området	6409	6514	6635	6752
1246	Fjell	11	Vest - over 20000 innb.	Vest - over 20000 innb.	Helse Bergen-området	Helse Bergen-området	22720	23277	23852	24427
1247	Askøy	11	Vest - over 20000 innb.	Vest - over 20000 innb.	Helse Bergen-området	Helse Bergen-området	26210	26831	27346	27858
1251	Vaksdal	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Helse Bergen-området	Helse Bergen-området	4138	4132	4140	4096
1252	Modalen	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Helse Bergen-området	Helse Bergen-området	370	383	372	378
1253	Osterøy	9	Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Vest - 5000-19999 innb.	Helse Bergen-området	Helse Bergen-området	7521	7674	7786	7842
1256	Meland	9	Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Vest - 5000-19999 innb.	Helse Bergen-området	Helse Bergen-området	7036	7347	7544	7736
1259	Øygarden	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Helse Bergen-området	Helse Bergen-området	4419	4563	4704	4733

Kommune-nr	Kommune-navn	Kommunegruppe		Kommune-gruppe PHV og TSB	HF-område somatikk	HF-område PHV og TSB	Befolking 2011	Befolking 2012	Befolking 2013	Befolking 2014
1260	Radøy	9	Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Vest - 5000-19999 innb.	Helse Bergen-området	Helse Bergen-området	4952	5003	5039	5014
1263	Lindås	9	Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Vest - 5000-19999 innb.	Helse Bergen-området	Helse Bergen-området	14668	14820	15069	15402
1264	Austrheim	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Helse Bergen-området	Helse Bergen-området	2776	2833	2833	2856
1265	Fedje	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Helse Bergen-området	Helse Bergen-området	576	569	561	563
1266	Masfjorden	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Helse Bergen-området	Helse Bergen-området	1683	1696	1693	1704
1401	Flora	9	Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Vest - 5000-19999 innb.	Sogn og Fjordane	Sogn og Fjordane	11654	11697	11779	11862
1411	Gulen	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Sogn og Fjordane	Sogn og Fjordane	2310	2305	2315	2335
1412	Solund	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Sogn og Fjordane	Sogn og Fjordane	851	842	815	800
1413	Hyllestad	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Sogn og Fjordane	Sogn og Fjordane	1461	1428	1391	1405
1416	Høyanger	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Sogn og Fjordane	Sogn og Fjordane	4216	4222	4183	4169
1417	Vik	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Sogn og Fjordane	Sogn og Fjordane	2748	2731	2688	2678
1418	Balestrand	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Sogn og Fjordane	Sogn og Fjordane	1338	1337	1306	1304
1419	Leikanger	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Sogn og Fjordane	Sogn og Fjordane	2236	2255	2268	2276
1420	Sogndal	9	Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Vest - 5000-19999 innb.	Sogn og Fjordane	Sogn og Fjordane	7348	7477	7623	7677
1421	Aurland	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Sogn og Fjordane	Sogn og Fjordane	1712	1714	1715	1738
1422	Lærdal	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Sogn og Fjordane	Sogn og Fjordane	2205	2176	2174	2146
1424	Årdal	9	Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Vest - 5000-19999 innb.	Sogn og Fjordane	Sogn og Fjordane	5572	5521	5496	5429
1426	Luster	9	Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Vest - 5000-19999 innb.	Sogn og Fjordane	Sogn og Fjordane	5026	5041	5089	5118
1428	Askvoll	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Sogn og Fjordane	Sogn og Fjordane	3010	3018	3011	3008
1429	Fjaler	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Sogn og Fjordane	Sogn og Fjordane	2832	2871	2853	2823
1430	Gaular	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Sogn og Fjordane	Sogn og Fjordane	2848	2923	2928	2960
1431	Jølster	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Sogn og Fjordane	Sogn og Fjordane	3052	3078	3070	3026
1432	Førde	10	Vest - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand til sykehus	Vest - 5000-19999 innb.	Sogn og Fjordane	Sogn og Fjordane	12307	12559	12685	12801
1433	Naustdal	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Sogn og Fjordane	Sogn og Fjordane	2710	2713	2776	2777
1438	Bremanger	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Sogn og Fjordane	Sogn og Fjordane	3891	3945	3950	3890
1439	Vågsøy	9	Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Vest - 5000-19999 innb.	Sogn og Fjordane	Sogn og Fjordane	6129	6119	6091	6082
1441	Selje	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Sogn og Fjordane	Sogn og Fjordane	2831	2789	2782	2752

Kom-mune-nr	Kom-mune-navn	Kommunegruppe		Kommune-gruppe PHV og TSB	HF-område somatikk	HF-område PHV og TSB	Befolking 2011	Befolking 2012	Befolking 2013	Befolking 2014
1443	Eid	9	Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Vest - 5000-19999 innb.	Sogn og Fjordane	Sogn og Fjordane	5950	5920	5926	5987
1444	Hornindal	8	Vest - under 5000 innb.	Vest - under 5000 innb.	Sogn og Fjordane	Sogn og Fjordane	1220	1238	1223	1221
1445	Gloppen	9	Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Vest - 5000-19999 innb.	Sogn og Fjordane	Sogn og Fjordane	5679	5676	5694	5751
1449	Stryn	9	Vest - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Vest - 5000-19999 innb.	Sogn og Fjordane	Sogn og Fjordane	7065	7105	7134	7155
1502	Molde	16	Midt-Norge - over 20000 innb.	Midt-Norge - over 20000 innb.	Møre og Romsdal	Møre og Romsdal	25488	25936	26048	26392
1504	Ålesund	16	Midt-Norge - over 20000 innb.	Midt-Norge - over 20000 innb.	Møre og Romsdal	Møre og Romsdal	44416	45033	45747	46316
1505	Kristian-sund_ny	16	Midt-Norge - over 20000 innb.	Midt-Norge - over 20000 innb.	Møre og Romsdal	Møre og Romsdal	23813	24131	24395	24507
1511	Vanylven	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	Møre og Romsdal	Møre og Romsdal	3388	3336	3302	3258
1514	Sande	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	Møre og Romsdal	Møre og Romsdal	2588	2628	2636	2635
1515	Herøy	14	Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Midt-Norge - 5000-19999 innb.	Møre og Romsdal	Møre og Romsdal	8727	8847	8847	8934
1516	Ulstein	14	Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Midt-Norge - 5000-19999 innb.	Møre og Romsdal	Møre og Romsdal	7828	7927	8092	8292
1517	Hareid	14	Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Midt-Norge - 5000-19999 innb.	Møre og Romsdal	Møre og Romsdal	5000	5057	5021	5065
1519	Volda	15	Midt-Norge - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand til sykehus	Midt-Norge - 5000-19999 innb.	Møre og Romsdal	Møre og Romsdal	8693	8827	8909	8977
1520	Ørsta	14	Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Midt-Norge - 5000-19999 innb.	Møre og Romsdal	Møre og Romsdal	10398	10456	10536	10589
1523	Ørskog	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	Møre og Romsdal	Møre og Romsdal	2202	2267	2301	2294
1524	Norddal	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	Møre og Romsdal	Møre og Romsdal	1738	1739	1685	1676
1525	Stranda	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	Møre og Romsdal	Møre og Romsdal	4602	4610	4616	4605
1526	Stordal	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	Møre og Romsdal	Møre og Romsdal	1026	1052	1035	1043
1528	Sykkylven	14	Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Midt-Norge - 5000-19999 innb.	Møre og Romsdal	Møre og Romsdal	7664	7673	7730	7707
1529	Skodje	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	Møre og Romsdal	Møre og Romsdal	4184	4282	4387	4465
1531	Sula	14	Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Midt-Norge - 5000-19999 innb.	Møre og Romsdal	Møre og Romsdal	8256	8397	8651	8855
1532	Giske	14	Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Midt-Norge - 5000-19999 innb.	Møre og Romsdal	Møre og Romsdal	7312	7541	7739	7924
1534	Haram	14	Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Midt-Norge - 5000-19999 innb.	Møre og Romsdal	Møre og Romsdal	8973	9020	9084	9120
1535	Vestnes	14	Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Midt-Norge - 5000-19999 innb.	Møre og Romsdal	Møre og Romsdal	6539	6626	6615	6708

Kom-mune-nr	Kom-mune-navn	Kommunegruppe		Kommune-gruppe PHV og TSB	HF-område somatikk	HF-område PHV og TSB	Befolking 2011	Befolking 2012	Befolking 2013	Befolking 2014
1539	Rauma	14	Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Midt-Norge - 5000-19999 innb.	Møre og Romsdal	Møre og Romsdal	7428	7421	7453	7445
1543	Nesset	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	Møre og Romsdal	Møre og Romsdal	3004	2995	3001	2975
1545	Midsund	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	Møre og Romsdal	Møre og Romsdal	1988	2010	2036	2068
1546	Sandøy	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	Møre og Romsdal	Møre og Romsdal	1315	1291	1285	1262
1547	Aukra	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	Møre og Romsdal	Møre og Romsdal	3289	3339	3377	3466
1548	Fræna	14	Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Midt-Norge - 5000-19999 innb.	Møre og Romsdal	Møre og Romsdal	9484	9614	9720	9787
1551	Eide	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	Møre og Romsdal	Møre og Romsdal	3442	3476	3471	3463
1554	Averøy	14	Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Midt-Norge - 5000-19999 innb.	Møre og Romsdal	Møre og Romsdal	5593	5651	5687	5794
1557	Gjemnes	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	Møre og Romsdal	Møre og Romsdal	2579	2557	2565	2580
1560	Tingvoll	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	Møre og Romsdal	Møre og Romsdal	3101	3116	3064	3090
1563	Sunndal	14	Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Midt-Norge - 5000-19999 innb.	Møre og Romsdal	Møre og Romsdal	7196	7205	7171	7155
1566	Surnadal	14	Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Midt-Norge - 5000-19999 innb.	Møre og Romsdal	Møre og Romsdal	5952	5927	5954	5976
1567	Rindal	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	St.Olavs-området	Møre og Romsdal	2088	2061	2046	2038
1571	Halsa	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	Møre og Romsdal	Møre og Romsdal	1641	1606	1581	1563
1573	Smøla	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	Møre og Romsdal	Møre og Romsdal	2182	2180	2166	2146
1576	Aure	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	Møre og Romsdal	Møre og Romsdal	3511	3570	3577	3549
1601	Trondheim	17	Midt-Norge - storby	Midt-Norge - storby	St.Olavs-området	St. Olavs-området	176348	179692	182035	184960
1612	Hemne	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	St.Olavs-området	St. Olavs-området	4221	4228	4224	4254
1613	Snillfjord	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	St.Olavs-området	St. Olavs-området	981	985	980	982
1617	Hitra	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	St.Olavs-området	St. Olavs-området	4399	4477	4522	4569
1620	Frøya	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	St.Olavs-området	St. Olavs-området	4369	4506	4547	4634
1621	Ørland	14	Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Midt-Norge - 5000-19999 innb.	St.Olavs-området	St. Olavs-området	5119	5155	5164	5183
1622	Agdenes	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	St.Olavs-området	St. Olavs-området	1715	1712	1744	1770
1624	Rissa	14	Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Midt-Norge - 5000-19999 innb.	St.Olavs-området	St. Olavs-området	6543	6652	6646	6676
1627	Bjugn	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	St.Olavs-området	St. Olavs-området	4584	4665	4711	4715
1630	Åfjord	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	St.Olavs-området	St. Olavs-området	3257	3237	3242	3248

Kom-mune-nr	Kom-mune-navn	Kommunegruppe		Kommune-gruppe PHV og TSB	HF-område somatikk	HF-område PHV og TSB	Befolking 2011	Befolking 2012	Befolking 2013	Befolking 2014
1632	Roan	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	Nord-Trøndelag	St. Olavs-området	987	996	986	977
1633	Osen	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	Nord-Trøndelag	Nord-Trøndelag	1020	1010	997	1010
1634	Oppdal	14	Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Midt-Norge - 5000-19999 innb.	St.Olavs-området	St. Olavs-området	6755	6794	6814	6852
1635	Rennebu	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	St.Olavs-området	St. Olavs-området	2569	2534	2556	2567
1636	Meldal	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	St.Olavs-området	St. Olavs-området	3924	3967	3962	3967
1638	Orkdal	15	Midt-Norge - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand til sykehus	Midt-Norge - 5000-19999 innb.	St.Olavs-området	St. Olavs-området	11429	11519	11628	11722
1640	Røros	14	Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Midt-Norge - 5000-19999 innb.	St.Olavs-området	St. Olavs-området	5604	5589	5583	5593
1644	Holtålen	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	St.Olavs-området	St. Olavs-området	2013	2030	2024	2014
1648	Midtre Gauldal	14	Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Midt-Norge - 5000-19999 innb.	St.Olavs-området	St. Olavs-området	6153	6266	6361	6336
1653	Melhus	14	Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Midt-Norge - 5000-19999 innb.	St.Olavs-området	St. Olavs-området	15392	15679	15844	15916
1657	Skaun	14	Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Midt-Norge - 5000-19999 innb.	St.Olavs-området	St. Olavs-området	6941	7143	7392	7668
1662	Klæbu	14	Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Midt-Norge - 5000-19999 innb.	St.Olavs-området	St. Olavs-området	5930	5939	5970	5995
1663	Malvik	14	Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Midt-Norge - 5000-19999 innb.	St.Olavs-området	St. Olavs-området	12785	13085	13371	13498
1664	Selbu	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	St.Olavs-området	St. Olavs-området	4042	4030	4030	4078
1665	Tydal	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	St.Olavs-området	St. Olavs-området	870	865	864	863
1702	Steinkjer	16	Midt-Norge - over 20000 innb.	Midt-Norge - over 20000 innb.	Nord-Trøndelag	Nord-Trøndelag	21303	21392	21555	21650
1703	Namsos	15	Midt-Norge - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand til sykehus	Midt-Norge - 5000-19999 innb.	Nord-Trøndelag	Nord-Trøndelag	12953	12988	13083	13026
1711	Meråker	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	Nord-Trøndelag	Nord-Trøndelag	2513	2510	2553	2558
1714	Stjørdal	16	Midt-Norge - over 20000 innb.	Midt-Norge - over 20000 innb.	Nord-Trøndelag	Nord-Trøndelag	22058	22379	22683	22957
1717	Frosta	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	Nord-Trøndelag	Nord-Trøndelag	2618	2627	2653	2624
1718	Leksvik	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	Nord-Trøndelag	Nord-Trøndelag	3527	3531	3555	3506
1719	Levanger	15	Midt-Norge - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand til sykehus	Midt-Norge - 5000-19999 innb.	Nord-Trøndelag	Nord-Trøndelag	18922	19078	19212	19474
1721	Verdal	14	Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Midt-Norge - 5000-19999 innb.	Nord-Trøndelag	Nord-Trøndelag	14387	14539	14788	14809
1723	Inderøy (fra 2012)	14	Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Midt-Norge - 5000-19999 innb.	Nord-Trøndelag	Nord-Trøndelag	.	.	.	.

Kom-mune-nr	Kom-mune-navn	Kommunegruppe		Kommune-gruppe PHV og TSB	HF-område somatikk	HF-område PHV og TSB	Befolking 2011	Befolking 2012	Befolking 2013	Befolking 2014
1724	Verran	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	Nord-Trøndelag	Nord-Trøndelag	2705	2834	2562	2547
1725	Namdalseid	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	Nord-Trøndelag	Nord-Trøndelag	1694	1699	1676	1644
1729	Inderøy (fra 2012)	14	Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Midt-Norge - 5000-19999 innb.	Nord-Trøndelag	Nord-Trøndelag	.	.	.	.
1736	Snåsa	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	Nord-Trøndelag	Nord-Trøndelag	2164	2154	2156	2153
1738	Lierne	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	Nord-Trøndelag	Nord-Trøndelag	1410	1401	1385	1394
1739	Røyrvik	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	Nord-Trøndelag	Nord-Trøndelag	494	503	498	475
1740	Nams-skogan	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	Nord-Trøndelag	Nord-Trøndelag	916	902	922	892
1742	Grong	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	Nord-Trøndelag	Nord-Trøndelag	2409	2465	2449	2489
1743	Høylandet	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	Nord-Trøndelag	Nord-Trøndelag	1264	1263	1257	1252
1744	Overhalla	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	Nord-Trøndelag	Nord-Trøndelag	3679	3688	3732	3751
1748	Fosnes	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	Nord-Trøndelag	Nord-Trøndelag	668	669	642	630
1749	Flatanger	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	Nord-Trøndelag	Nord-Trøndelag	1141	1158	1120	1119
1750	Vikna	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	Nord-Trøndelag	Nord-Trøndelag	4241	4300	4321	4363
1751	Nærøy	14	Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Midt-Norge - 5000-19999 innb.	Nord-Trøndelag	Nord-Trøndelag	5069	5097	5064	5081
1755	Leka	13	Midt-Norge - under 5000 innb.	Midt-Norge - under 5000 innb.	Nord-Trøndelag	Nord-Trøndelag	573	574	556	574
1756	Inderøy (fra 2012)	14	Midt-Norge - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Midt-Norge - 5000-19999 innb.	Nord-Trøndelag	Nord-Trøndelag	6682	6692	6720	6770
1804	Bodø	22	Nord - storby	Nord - storby	Nordland-området	Nordland-området	48422	49203	49731	50185
1805	Narvik	20	Nord - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand til sykehus	Nord - 5000-19999 innb.	UNN-området	UNN-området	18473	18509	18705	18853
1811	Bindal	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Helge-land	Helge-land	1562	1545	1503	1482
1812	Sømna	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Helge-land	Helge-land	2038	2033	2047	2063
1813	Brønnøy	19	Nord - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Nord - 5000-19999 innb.	Helge-land	Helge-land	7778	7859	7897	7934
1815	Vega	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Helge-land	Helge-land	1256	1238	1223	1225
1816	Vevelstad	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Helge-land	Helge-land	511	500	495	510
1818	Herøy	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Helge-land	Helge-land	1711	1759	1733	1737
1820	Alstahaug	19	Nord - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Nord - 5000-19999 innb.	Helge-land	Helge-land	7372	7361	7394	7454
1822	Leirfjord	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Helge-land	Helge-land	2107	2144	2188	2188
1824	Vefsn	20	Nord - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand til sykehus	Nord - 5000-19999 innb.	Helge-land	Helge-land	13258	13252	13286	13352
1825	Grane	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Helge-land	Helge-land	1455	1459	1465	1458

Kom-mune-nr	Kom-mune-navn	Kommunegruppe		Kommune-gruppe PHV og TSB	HF-område somatikk	HF-område PHV og TSB	Befolking 2011	Befolking 2012	Befolking 2013	Befolking 2014
1826	Hattfjelldal	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Helge-land	Helge-land	1456	1471	1500	1533
1827	Dønna	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Helge-land	Helge-land	1433	1431	1420	1407
1828	Nesna	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Helge-land	Helge-land	1813	1875	1902	1871
1832	Hemnes	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Helge-land	Helge-land	4585	4620	4553	4528
1833	Rana	21	Nord - over 20000 innb.	Nord - over 20000 innb.	Helge-land	Helge-land	25652	25752	25943	26078
1834	Lurøy	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Helge-land	Helge-land	1937	1916	1901	1917
1835	Træna	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Helge-land	Helge-land	497	506	489	486
1836	Rødøy	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Helge-land	Helge-land	1320	1310	1305	1269
1837	Meløy	19	Nord - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Nord - 5000-19999 innb.	Nordland-området	Nordland-området	6657	6582	6491	6454
1838	Gildeskål	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Nordland-området	Nordland-området	2000	2006	2023	2014
1839	Beiarn	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Nordland-området	Nordland-området	1097	1075	1088	1058
1840	Saltdal	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Nordland-området	Nordland-området	4710	4745	4690	4734
1841	Fauske	19	Nord - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Nord - 5000-19999 innb.	Nordland-området	Nordland-området	9513	9513	9556	9622
1845	Sørfold	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Nordland-området	Nordland-området	2003	1981	1987	1953
1848	Steigen	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Nordland-området	Nordland-området	2609	2552	2579	2507
1849	Hamarøy	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Nordland-området	Nordland-området	1783	1791	1820	1811
1850	Tysfjord	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Nordland-området	Tysfjord	1956	1978	2000	1996
1851	Lødingen	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	UNN-området	UNN-området	2179	2220	2248	2160
1852	Tjeldsund	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	UNN-området	UNN-området	1284	1278	1256	1280
1853	Evenes	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	UNN-området	UNN-området	1359	1376	1391	1385
1854	Ballangen	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	UNN-området	UNN-området	2616	2599	2591	2581
1856	Røst	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Nordland-området	Nordland-området	595	565	566	545
1857	Værøy	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Nordland-området	Nordland-området	751	754	777	780
1859	Flakstad	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Nordland-området	Nordland-området	1383	1376	1368	1358
1860	Vestvågøy	20	Nord - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand til sykehus	Nord - 5000-19999 innb.	Nordland-området	Nordland-området	10848	10870	10997	11140
1865	Vågan	19	Nord - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Nord - 5000-19999 innb.	Nordland-området	Nordland-området	9086	9207	9223	9285
1866	Hadsel	20	Nord - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand til sykehus	Nord - 5000-19999 innb.	Nordland-området	Nordland-området	7937	8050	8112	8057
1867	Bø	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Nordland-området	Nordland-området	2720	2654	2642	2642
1868	Øksnes	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Nordland-området	Nordland-området	4467	4472	4562	4563
1870	Sortland	19	Nord - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Nord - 5000-19999 innb.	Nordland-området	Nordland-området	9983	10082	10129	10166

Kommune-nr	Kommune-navn	Kommunegruppe		Kommune-gruppe PHV og TSB	HF-område somatikk	HF-område PHV og TSB	Befolking 2011	Befolking 2012	Befolking 2013	Befolking 2014
1871	Andøy	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Nordland-området	Nordland-området	5032	5024	4993	4991
1874	Moskenes	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Nordland-området	Nordland-området	1116	1118	1108	1070
1901	Harstad - fom 2013	21	Nord - over 20000 innb.	Nord - over 20000 innb.	UNN-området	UNN-området	23640	.	.	.
1902	Tromsø	22	Nord - storby	Nord - storby	UNN-området	UNN-området	69116	70358	71590	72681
1903	Harstad - fom 2013	21	Nord - over 20000 innb.	Nord - over 20000 innb.	UNN-området	UNN-området	.	24291	24441	24676
1911	Kvæfjord	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	UNN-området	UNN-området	3025	3082	3107	3076
1913	Skånland	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	UNN-området	UNN-området	2972	2940	2951	2988
1915	Harstad - fom 2013	21	Nord - over 20000 innb.	Nord - over 20000 innb.	UNN-området	UNN-området	455	.	.	.
1917	Ibestad	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	UNN-området	UNN-området	1410	1421	1436	1410
1919	Gratangen	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	UNN-området	UNN-området	1136	1119	1135	1137
1920	Lavangen	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	UNN-området	UNN-området	1016	1012	1014	1008
1922	Bardu	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	UNN-området	UNN-området	3875	3933	3985	4078
1923	Salangen	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	UNN-området	UNN-området	2214	2220	2223	2219
1924	Målselv	19	Nord - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Nord - 5000-19999 innb.	UNN-området	UNN-området	6599	6630	6634	6693
1925	Sørreisa	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	UNN-området	UNN-området	3381	3407	3450	3451
1926	Dyrøy	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	UNN-området	UNN-området	1188	1190	1171	1154
1927	Tranøy	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	UNN-området	UNN-området	1524	1514	1510	1544
1928	Torsken	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	UNN-området	UNN-området	892	880	878	884
1929	Berg	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	UNN-området	UNN-området	887	924	918	905
1931	Lenvik	19	Nord - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Nord - 5000-19999 innb.	UNN-området	UNN-området	11345	11455	11557	11535
1933	Balsfjord	19	Nord - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Nord - 5000-19999 innb.	UNN-området	UNN-området	5502	5562	5593	5720
1936	Karlsøy	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	UNN-området	UNN-området	2355	2317	2334	2289
1938	Lyngen	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	UNN-området	UNN-området	3028	3013	2992	2922
1939	Storfjord	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	UNN-området	UNN-området	1909	1942	1941	1898
1940	Gáivuotna Kåfjord	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	UNN-området	UNN-området	2210	2208	2221	2182
1941	Skjervøy	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	UNN-området	UNN-området	2880	2905	2881	2895
1942	Nordreisa	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	UNN-området	UNN-området	4807	4850	4854	4882
1943	Kvæn-angen	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	UNN-området	UNN-området	1284	1245	1234	1226
2002	Vardø	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Finnmark	Finnmark	2122	2128	2119	2128
2003	Vadsø	19	Nord - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Nord - 5000-19999 innb.	Finnmark	Finnmark	6125	6163	6223	6239

Kommune-nr	Kommune-navn	Kommunegruppe		Kommune-gruppe PHV og TSB	HF-område somatikk	HF-område PHV og TSB	Befolking 2011	Befolking 2012	Befolking 2013	Befolking 2014
2004	Hammer-fest	20	Nord - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand til sykehus	Nord - 5000-19999 innb.	Finnmark	Finnmark	9934	10072	10287	10417
2011	Guovda-geaidnu Kautokeino	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Finnmark	Finnmark	2927	2923	2931	2914
2012	Alta	19	Nord - 5000-19999 innb. - lengre reiseavstand til sykehus	Nord - 5000-19999 innb.	Finnmark	Finnmark	19282	19646	19822	19898
2014	Loppa	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Finnmark	Finnmark	1087	1070	1027	989
2015	Hasvik	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Finnmark	Finnmark	995	1023	1037	1041
2017	Kvalsund	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Finnmark	Finnmark	1010	1036	1051	1049
2018	Måsøy	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Finnmark	Finnmark	1243	1240	1241	1241
2019	Nordkapp	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Finnmark	Finnmark	3228	3205	3213	3278
2020	Porsanger Porsángu Porsanki	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Finnmark	Finnmark	3946	3968	3963	3925
2021	Kárásjohka Karasjok	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Finnmark	Finnmark	2763	2721	2698	2708
2022	Lebesby	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Finnmark	Finnmark	1356	1339	1341	1343
2023	Gamvik	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Finnmark	Finnmark	1008	1063	1098	1116
2024	Berlevåg	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Finnmark	Finnmark	1015	1025	1057	1020
2025	Deatnu Tana	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Finnmark	Finnmark	2896	2900	2883	2909
2027	Unjárga Nesseby	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Finnmark	Finnmark	901	882	919	934
2028	Båtsfjord	18	Nord - under 5000 innb.	Nord - under 5000 innb.	Finnmark	Finnmark	2089	2162	2207	2235
2030	Sør-Varanger	20	Nord - 5000-19999 innb. - kort reiseavstand til sykehus	Nord - 5000-19999 innb.	Finnmark	Finnmark	9860	9968	10090	10221

Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000
St Olavs plass, 0130 Oslo
Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
E-post: postmottak@helsedir.no
www.helsedirektoratet.no