

# Styringsinformasjon til helsefelleskapene

Del II: Barn og unge med langvarige  
og/eller omfattende behov for helse-  
og omsorgstjenester

---

Rapport  
IS-3045





# Innhold

<b>Sammendrag</b>	<b>3</b>
<b>1. Innledning</b>	<b>6</b>
1.1 Formål	7
1.2 Avgrensninger	7
<b>2. Fire prioriterte pasientgrupper</b>	<b>9</b>
2.1 Komplekse definisjoner og avgrensninger	11
<b>3. Bredt og tverrgående kunnskapsgrunnlag om barn og unge med sammensatte behov</b>	<b>13</b>
<b>4. Definisjon og omfang av barn og unge med omfattende og/eller langvarige behov for helse- og omsorgstjenester</b>	<b>18</b>
4.1 Definisjon av gruppen barn og unge med omfattende eller langvarige behov for helse- og omsorgstjenester	18
4.2 Barn og unge med omfattende eller langvarige behov for helse- og omsorgstjenester grunnet somatisk sykdom	19
4.3 Barn og unge med omfattende eller langvarige behov for helse- og omsorgstjenester grunnet psykisk sykdom	21
4.4 Definisjon av barn og unge som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester	24
4.5 Samlet definisjon av barn og unge 0-20 år med behov for omfattende eller langvarige helse- og omsorgstjenester	25
4.6 Overlapp mellom de tre utvalgene (undergruppene)	27
4.7 Innleggelser på somatiske sykehus av barn og unge med psykisk sykdom og med kommunale helse- og omsorgstjenester	28
4.8 Omfang av barn og unge med behov for langvarige og/eller omfattende helse- og omsorgstjenester	29
4.9 Forskjeller mellom kommunene i omfang av barn og unge med langvarig og/eller omfattende behov for helse- og omsorgstjenester	32
<b>5. Forskjeller i bruk av helse- og omsorgstjenester blant barn og unge med langvarige og/eller omfattende behov for helse- og omsorgstjenester</b>	<b>37</b>
5.1 Forskjeller mellom helsefelleskapene	38

<b>6.</b>	<b>Hvordan kan helsefelleskapene bruke informasjonen fra figurene?</b>	<b>52</b>
<b>7.</b>	<b>Vedlegg</b>	<b>55</b>

# Sammendrag

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (NHSP) beskriver fire pasientgrupper som trenger særlig prioritet og oppmerksomhet i helsefelleskapene. Dette er *skrøpelige eldre, personer med flere kroniske sykdommer, barn og unge med omfattende og/eller langvarige behov for helse- og omsorgstjenester og personer med alvorlige psykiske lidelser*.

I 2021 og 2022 har Helsedirektoratet arbeidet med å utarbeide en nærmere definisjon av de fire prioriterte pasientgruppene i NHSP og utvikle styringsinformasjon til helsefelleskapene om disse gruppene. I 2021 ble det publisert en rapport med definisjon av gruppene *skrøpelige eldre* og *personer med flere kroniske sykdommer*<sup>1</sup>.

I denne rapporten, del II, gis det en nærmere beskrivelse av gruppen *barn og unge med omfattende og/eller langvarige behov for helse- og omsorgstjenester*. I tillegg til rapporten er det laget fem vedlegg med styringsinformasjon til helsefelleskapene om barn og unge.

Formålet med styringsinformasjonen, er å legge grunnlag for en god og likeverdig dialog i helsefelleskapene, som gir rom for lokale tilpasninger og fleksible løsninger. Helsefelleskapene involverer helse- og omsorgstjenester på alle nivå og mange ulike aktører, og det er lagt vekt på å utvikle informasjon om tjenester på tvers av forvaltningsnivåene.

Barn og unge med behov for omfattende og/eller langvarige helse- og omsorgstjenester kan være barn med medfødte tilstander, funksjonsnedsettelse, kronisk sykdom, alvorlig sykdom, psykiske lidelser eller andre store helseutfordringer. Gruppen barn og unge som har langvarige og/eller omfattende behov for helse- og omsorgstjenester er *heterogen* og *multidimensjonal*. Det er ikke snakk om én gruppe barn og unge, men flere grupper med til dels ulike behov for helse- og omsorgstjenester.

For å spesifisere gruppen barn og unge på en god måte, ser vi at det er helt nødvendig å kombinere informasjon fra både somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern, og fra kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner. Dette inkluderer data fra både NPR (Norsk pasientregister) og KPR (Kommunalt pasient- og brukerregister). Det er viktig å gjøre definisjonen bred nok til å inkludere de personene som virkelig har behov for god samhandling, men også smal nok til å ekskludere personer som ikke inngår i målgruppene.

---

<sup>1</sup> Styringsinformasjon til helsefelleskapene. Del I. Helsedirektoratet 2021.

I denne rapporten er det definert tre utvalg for barn og unge i alderen 0-20 år med omfattende og/eller langvarige behov for helse- og omsorgstjenester:

- barn og unge med somatisk sykdom (inklusive medfødte tilstander)
- barn og unge med psykisk sykdom
- barn og unge som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester

Samlet sett for de tre gruppene med barn og unge, inngår 7,7 prosent av barn og unge i alderen 0-20 år. I utvalget for somatisk sykdom inngår 5,2 prosent av barn og unge, i utvalget for psykisk helse inngår 2,4 prosent, mens det er 1,5 prosent som inngår i utvalget for kommunale helse- og omsorgstjenester. Noen barn- og unge inngår i alle de tre gruppene, og disse utgjør 4 prosent av utvalget.

### **Omfanget av barn og unge med langvarige og/eller omfattende behov for helse- og omsorgstjenester varierer mellom helsefelleskapene**

Omfanget av barn og unge 0-20 år som inngår i definisjonen for langvarig og/eller omfattende behov for helse- og omsorgstjenester varierer fra 6,8 prosent i Ahus-området til 10,8 prosent i Finnmark. Nasjonalt er andelen 7,7 prosent.

På helsefelleskapsnivå knyttes de største forskjellene til gruppen som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, hvor den prosentvise forskjellen mellom helsefelleskapene går fra -10 prosent under landsgjennomsnittet (Oslo) til +53 prosent over landsgjennomsnittet (Innlandet).

Forskjellene mellom helsefelleskap i omfanget av barn og unge ser ut til å være systematisk knyttet til kommunenes befolkningsstørrelse og sentralitet. Omfanget av barn og unge med omfattende eller langvarige behov for helse- og omsorgstjenester er større i de minste og minst sentrale kommunene enn i de mest befolkningsrike og mest sentrale kommunene. Mønsteret er tydeligst for utvalget av barn og unge med somatisk sykdom, men gjelder alle de tre gruppene.

### **Forskjeller mellom helsefelleskapene i bruk av tjenester**

Når vi vurderer forskjeller mellom helsefelleskapene, bør vi vurdere både den prosentvise forskjellen mellom helsefelleskapene og den faktiske. Forskjellen mellom et gjennomsnitt på 2,5 og 3,6 polikliniske konsultasjoner per pasient fremstår ikke nødvendigvis som stor, men utgjør likevel en forskjell på 46 prosent. Det er viktig å huske at multiplisert med antall pasienter, kan disse forskjellene ha stor betydning for ressursbruken.

Forskjellene mellom helsefelleskapene knyttet til bruk av psykisk helsevern og kommunale helse- og omsorgstjenester er generelt større enn for bruk av somatiske sykehus. Likevel finner vi, også for bruk av somatiske sykehus, betydelige forskjeller mellom helsefelleskapene. "Alle" bruker fastlegen, men det varierer hvor ofte og hvor mange konsultasjoner pasientene har. Bruk av legevakt og hjemmebesøk varierer sterkt mellom helsefelleskapene.

### **Forskjeller knyttet til kommunenes sentralitet**

Noen av forskjellene mellom helsefelleskapene blant gruppen barn og unge som vi har sett på, er knyttet til strukturelle forhold som demografi, levekår og bosettingsmønstre. For flere av indikatorene finner vi

mønstre knyttet til kommunenes sentralitet. Barn og unge som er bosatt i de minst sentrale kommunene blir generelt sett litt oftere innlagt på sykehus, men har færre polikliniske konsultasjoner per pasient og kortere liggetid/oppholdstid på sykehus. Dette kan handle om avstander og reisetid, men også om behandlingspraksis.

Analysene viser også at barn og unge i de minst sentrale kommunene oftere mottar vedtakspliktige helsetjenester i hjemmet, og har oftere individuell plan, enn barn og unge i de mest sentrale kommunene.

Når det gjelder bruk av allmennlegetjenester, finner vi at for gruppene med psykisk sykdom og barn og unge som mottar vedtakspliktige kommunale helse- og omsorgstjenester, at barn og unge i de minst sentrale kommunene har flere fastlegekonsultasjoner enn barn og unge i de mest sentrale kommunene. Sykebesøk brukes oftere i mindre sentrale kommuner, og andel med legevaktkonsultasjon er høyest i kommuner med middels sentralitet.

# 1. Innledning

I tildelingsbrevet til Helsedirektoratet for 2020 fremgår det at:

*Helsedirektoratet skal, i samråd med tjenestene, utvikle kvalitetsindikatorer og styringsinformasjon for å understøtte helsefellesskapene.*

Dette var et av 23 oppdrag til Helsedirektoratet tilknyttet Nasjonal helse- og sykeplan (Meld St. 7 (2019-2020)). I NHSP fremsettes det ni ulike mål for helse- og omsorgstjenestene i perioden 2020-23, og 12 punkter med beskrivelser av hvordan målene skal oppnås. Et av de viktigste virkemidlene for å oppnå målene i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 er opprettelsen av 19 helsefellesskap.

*Regjeringen vil etablere 19 helsefellesskap hvor kommuner og helseforetak utvikler og planlegger tjenestene sammen som likeverdige partnere. Helsefellesskapene bør prioritere utvikling av tjenester til barn og unge, personer med flere kroniske lidelser, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og skrøpelige eldre. Helsefellesskapene skal finne løsninger som passer til lokale behov og forutsetninger, og vil spille inn til neste Nasjonal helse- og sykehusplan.*

I beskrivelsen av helsefellesskapene fremgår det at nasjonale myndigheter skal støtte helsefellesskapene gjennom å utvikle bedre styringsinformasjon og fremskrivingsverktøy. Tilrettelagt styringsinformasjon for helsefellesskapene er et virkemiddel for å oppnå en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste, bidra til felles virkelighetsforståelse og understøtte felles planlegging.

Det fremgår også av NHSP at felles planlegging i helsefellesskapene bør basere seg på analyser som ser den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten i sammenheng, og at det er behov for styringsinformasjon som går på tvers av forvaltningsnivå, som for eksempel informasjon om forløp, fastlegenes aktivitet og praksis og kvalitetsindikatorer for sentrale samarbeidsprosesser.

I denne rapporten presenteres arbeidet med å definere barn og unge med langvarige og/eller omfattende behov for helse- og omsorgstjenester, som er en av de fire prioriterte pasientgruppene i NHSP. Det gis en beskrivelse av omfanget av pasientgruppen i ulike helsefellesskap, samt av disse barn- og unges bruk av ulike helse- og omsorgstjenester i både spesialisthelsetjenesten og i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Oppdraget om å utvikle styringsinformasjon for helsefellesskapene er organisert som et internt prosjekt i Helsedirektoratet med fagdirektør for analyse som ansvarlig prosjektleder og deltakere fra avdeling komparativ statistikk og styringsinformasjon og avdeling helseregister.

Prosjektet inngår i Helsedirektoratets program for arbeid med Nasjonal helse- og sykehusplan som leverer en årlig samlet vurdering av om utviklingen i tjenesten går i den retningen som er staket ut i NHSP.



Rapporteringen for 2021 tok utgangspunkt i det arbeidet som Helsedirektoratet gjør, både i oppdrag direkte gitt i tilknytning til planen og tilgrensende oppdrag som har betydning for oppnåelse av målene som er skissert i Nasjonal helse- og sykehusplan (Helsedirektoratets rapportering på status og fremgang for Nasjonal helse- og sykehusplan 2021).

Datakildene til denne rapporten er Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).

## 1.1 Formål

Målet med å utvikle og tilby styringsinformasjon og kvalitetsindikatorer til helsefelleskapene, er å legge grunnlag for en god og likeverdig *dialog* i helsefelleskapene som kan bidra til best mulig pasientbehandling og god pasientflyt mellom tjenester og forvaltningsnivåer. En best mulig pasientbehandling innebærer at brukeren av helsetjenesten føler seg ivaretatt og får riktig behandling og oppfølging til riktig tid. En god dialog gir rom for lokale tilpasninger og mulighet for å finne fleksible løsninger som ivaretar behovene til hver enkelt pasient/bruker. Dette gir pasientbehandling av høy kvalitet og god utnyttelse av knappe ressurser.

Det er videre et generelt mål at den styringsinformasjonen som utvikles, oppleves som nyttig for de som skal bruke den og at prosjektet samordnes godt med eksisterende styringsinformasjon og andre oppdrag ifm NHSP.

Helsefelleskapene involverer helse- og omsorgstjenester på alle nivå og mange ulike aktører. Per i dag er det stor ulikhet i aktørenes tilgang til, og kompetanse på bruk av, styringsinformasjon og analyser av pasient- og brukerdata. Utvikling av tilrettelagt og lett tilgjengelig informasjon om de pasientgruppene som skal prioriteres, vurderes derfor som et tiltak for å utbedre denne ubalansen og bidra til større likeverd mellom partnerne.

## 1.2 Avgrensninger

Det eksisterer allerede mye styringsinformasjon som kan være relevant for helsefelleskapene (se nærmere beskrivelse nedenfor), men tilgang på styringsinformasjon som ser den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten i sammenheng, og gir informasjon om tjenestebruk på tvers av forvaltningsnivå for pasientgrupper som har sammensatte behov, er foreløpig lite utviklet. I dette arbeid vurderes det derfor som viktig å ta utgangspunkt i de fire pasientgruppene som beskrives i NHSP og frembringe informasjon om disse pasientenes bruk av helse- og omsorgstjenester i både spesialisthelsetjeneste og i kommunale helse- og omsorgstjenester. De fire pasientgruppene er:

- barn og unge
- personer med alvorlige psykiske lidelser
- skrøpelige eldre
- personer med flere kroniske lidelser

Helsedirektoratet er ikke tilført nye ressurser ifm prosjektet, og arbeidet baseres på omprioritering av annet analysearbeid. Dette innebærer at det er nødvendig å ta utgangspunkt i eksisterende data fra

registrene NPR og KPR, og at det ikke er ressurser i dette prosjektet til innsamling av nye data på for eksempel brukertilfredshet eller dashboardløsninger.

Denne rapporten presenterer arbeidet med definisjon av pasientgruppen barn og unge, og beskriver omfanget av denne pasientgruppen i ulike helsefelleskap, samt gruppens bruk av ulike helse- og omsorgstjenester. Rapporten og vedleggene publiseres på Helsedirektoratets temaside for helsefelleskapene <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsefelleskap/styringsinformasjon>.

## 2. Fire prioriterte pasientgrupper

I NHSP pekes det på sentrale utfordringer for helsetjenesten i Norge. De største utfordringene er knyttet til demografisk utvikling, til vekst i kostnader til nye metoder og teknologi, til økte forventninger fra pasienter og pårørende, samt at flere trenger behandling over lengre tid. NHSP påpeker også en rekke ulike muligheter som gir et godt utgangspunkt for å kunne håndtere utfordringene; pasientene har mange ressuser som kan mobiliseres, vi kan prioritere bedre og vi kan samhandle bedre. Under overskriften "*En sammenhengende helse- og omsorgstjeneste*" beskrives mål og tiltak som skal bidra til at pasienter og pårørende opplever en helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjeneste der pasienten er aktiv deltager i egen helse og behandling.

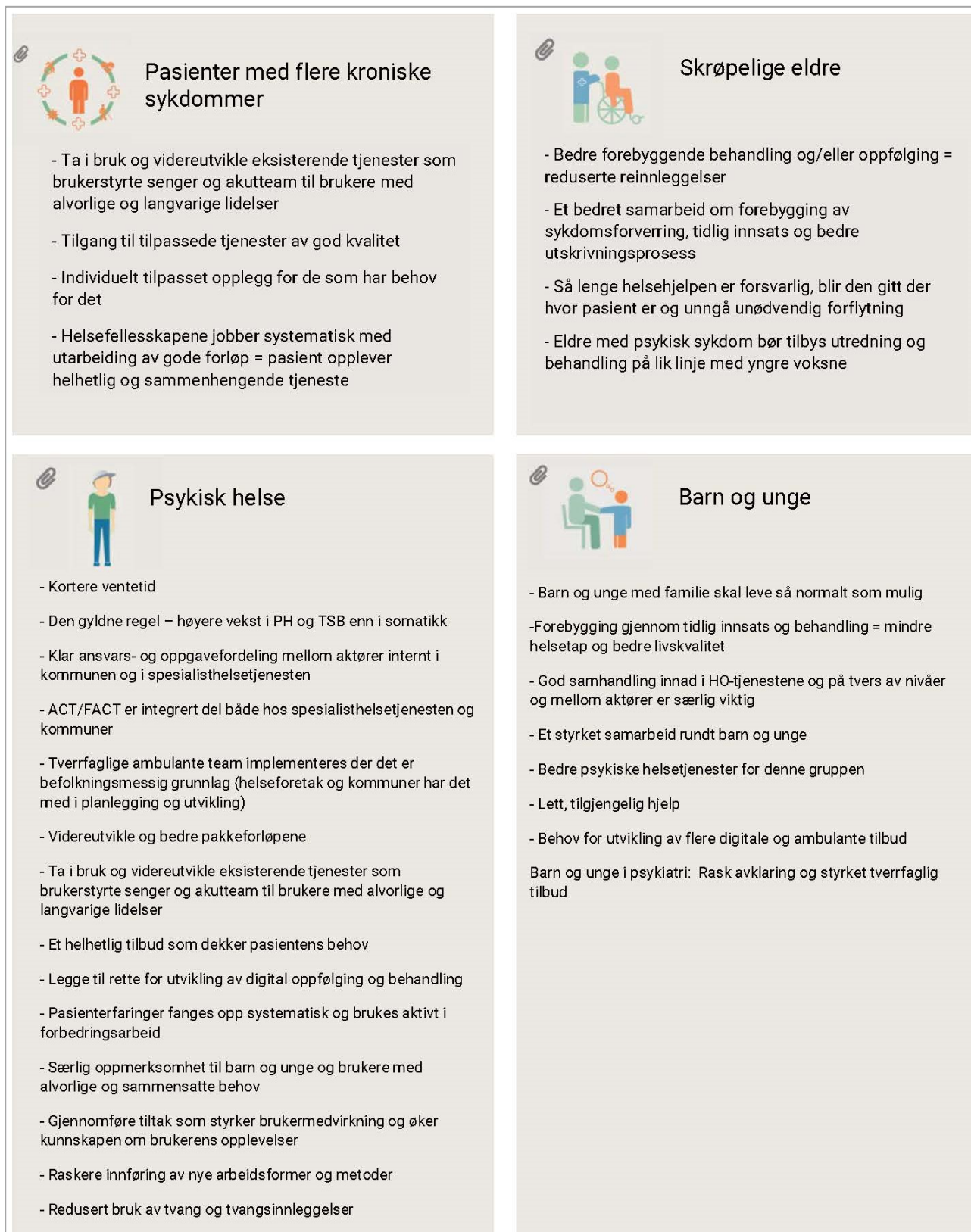
Helsefellesskapene skal prioritere fire pasientgrupper: Pasienter med psykiske lidelser, pasienter med flere kroniske sykdommer, barn og unge samt skrøpelige eldre. Planen setter opp mange mål for de fire gruppene og disse er forsøkt sammenfattet i figurene nedenfor.

Det som kjennetegner de fire pasientgruppene som omtales særskilt i NHSP er at:

- De har mange diagnoser eller en helsesituasjon som må forstås i et helhetlig perspektiv.
- De har behov for helse- og omsorgstjenester fra både kommuner og spesialisthelsetjeneste
- De har særskilt høyt behov for god samhandling både innad i tjenestene og på tvers av nivåene
- Hver enkelt diagnose kan skjule store variasjoner i hjelpebehov, både mellom ulike pasienter og mellom ulike stadier i sykdomsforløpet.

I NHSP forsøker man å adressere den utfordringen som disse fire pasientgruppene representerer, og løfte frem pasienter som har særskilt behov for god samhandling og helhetlig forståelse. NHSP setter opp mange mål for de fire prioriterte pasientgruppene. Disse er forsøkt sammenfattet i figur 2.1. For utvikling av god styringsinformasjon om disse fire pasientgruppene er det en betydelig utfordring at mange av de tiltakene som skal styrkes, forutsetter spesifikk informasjon om behandling og tjenester som er dårlig dekket eller mangler i registerdata. Dette er for eksempel brukerstyrte senger, ACT-team, grad av individuelle tilpasninger, sykdomsforverring, forebygging, habilitering og rehabilitering, fengselshelsetjenesten og sikkerhetspsykiatrien. Vi tror likevel at generell kunnskap om pasientgruppenes bruk av ulike typer helse- og omsorgstjenester i eget helsefellesskap kan gi et godt grunnlag og verdifullt bidrag til en felles virkelighetsforståelse av situasjonen for pasientene i eget helsefellesskap. For at helsefellesskapene skal kunne lykkes med prioriteringen av disse pasientgruppene, er det viktig å ha god informasjon bruken av ulike typer helse- og omsorgstjenester og å kunne sammenligne praksis i eget helsefellesskap med andres.

Figur 2.1. Oppsummering av mål for de fire prioriterte pasientgruppene i NHSP



## 2.1 Komplekse definisjoner og avgrensninger

Å definere pasienter med flere kroniske lidelser, skrøpelige eldre, alvorlige psykiske lidelser og barn og unge med langvarige behov for helsehjelp er komplekst. En fastlege som kjenner sine pasienter godt, vil ofte kunne fortelle hvilke pasienter som tilhører de prioriterte pasientgruppene ettersom disse pasientgruppene gjerne har hyppig kontakt med fastlegen sin. Når vi skal utvikle løpende styringsinformasjon, må vi imidlertid basere oss på bruk av ulike kodeverk og tilgjengelig informasjon i eksisterende registerdata.

I spesialisthelsetjenesten kan en pasientgruppe vanligvis defineres gjennom kodeverkene for diagnoser (ICD-10) eller behandling (NCMP-NCSP-NCRP), eventuelt også gjennom relativt ressursbruk (DRG). Behandling og diagnostisering i spesialisthelsetjenesten er vanligvis basert på en enkelt- eller et fåtall av diagnoser og/eller prosedyrer, mens det som kjennetegner disse fire pasientgruppene er at de har mange diagnoser, eller en helsesituasjon som må sees i et mer helhetlig perspektiv. Det gjør utplukket av pasienter basert på diagnose- eller prosedyrekoder komplekst og muligens utilstrekkelig.

Fastlegene benytter diagnoser i rapporteringen av pasientbehandlingen, men baserer seg på kodeverket ICPC-2 som har noe færre detaljer enn ICD-10. I fastlegenes diagnosesetting kan det for eksempel være mest relevant å bruke generelle diagnoser eller samlebetegnelser (IKA-koder). Bruk av koder i ICPC-2 kan både medføre at utvalget av pasienter blir for omfattende og lite treffsikkert, samt at det kan utelate personer som burde vært inkludert.

For kommunale helse- og omsorgstjenester er diagnosesetting ofte mindre relevant, og behovene for tjenester vurderes på bakgrunn av en helhetlig livssituasjon der boforhold, funksjonsnivå og mestring er sentrale element.

For å definere disse pasientgruppene har vi behov for informasjon om både diagnoser, funksjonsnivå og bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er interessant i seg selv å få informasjon om hvilke kommunale tjenester pasienter med gitte diagnoser og behov for behandling i spesialisthelsetjenesten får fra kommunene og allmennlegetjenestene. For barn- og unge med langvarige helsetjenestebehov er det også interessant å vite hvilken oppfølging som gis fra spesialisthelsetjenesten og mulige forskjeller i dette mellom ulike helseforetak.

I det styringsmessige behovet for informasjon om disse pasientgruppene er det viktig at gruppene ikke defineres for vidt, slik at informasjonen blir lite treffsikker og vanskelig å håndtere. Det er samtidig viktig at de som har behov for god samhandling blir inkludert.

Målet med definisjonene er:

1. At de er treffsikre og valide, slik at de er brede nok til å inkludere de personene som har særlig stort behov for god samhandling både innad og mellom tjenestenivå, men samtidig smale nok til å ekskludere personer som ikke inngår i målgruppen.
2. At de er relativt enkle å benytte i både klinisk praksis, i evalueringer av omsorg- og tjenestebehov og ved utarbeiding av styringsinformasjon.
3. At de er nyttige i implementering av helsepolitiske prioriteringer.

4. At de ikke er i konflikt med medisinskfaglig praksis og skjønn.

Det er ønskelig å oppnå bred enighet rundt nytten av de definisjonene som tas i bruk, slik at den styringsinformasjonen som utvikles kan representere et felles grunnlag for diskusjon og situasjonsforståelse.

# 3. Bredt og tverrgående kunnskapsgrunnlag om barn og unge med sammensatte behov

Det finnes en lang rekke ulike initiativ, utredninger og samarbeidsprosjekter som har analysert utfordringene knyttet til barn og unge med behov for sammensatte tjenester fra Flatø-utvalget<sup>2</sup> i 2009, Helsetilsynetets rapporter fra 2009<sup>3</sup> og 2017<sup>4</sup>, 0-24-samarbeidet<sup>5</sup>, Livshendelsen alvorlig sykt barn<sup>6</sup> og kunnskapsgrunnlaget "Hvor skal man begynne?"<sup>7</sup>, til Riksrevisjonens undersøkelse av helse- og omsorgstjenester til barn med funksjonsnedsettelse<sup>8</sup>, samt BarnUnge21<sup>9</sup>. I tillegg har prosjektet Akson En innbygger – en journal laget flere beskrivelser av samhandlingsutfordringer knyttet til barn og unge.

Helsedirektoratet har utviklet *nasjonale veiledere* for gode helse- og omsorgstjenester til personer med psykisk utviklingshemming (2021)<sup>10</sup>, veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (2018)<sup>11</sup>, veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov (2018)<sup>12</sup>, samt nasjonal veileder for barn og unge med habiliteringsbehov (2015)<sup>13</sup>. En nasjonal tverrsektoriell veileder i psykisk helsearbeid blant barn og unge er under utvikling i samarbeid med Udir, Avdir, Bufdir, Husbanken og Landbruksdirektoratet.

---

<sup>2</sup> NOU 2009:22. Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge.

<sup>3</sup> Helsetilsynet (2009): Utsatte barn og unge – behov for bedre samarbeid, Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2008 med kommunale helse-, sosial- og barneverntjenester til utsatte barn. Rapport 5/2009.

<sup>4</sup> Helsetilsynet (2017): Det gjelder livet – oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016 med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming. Rapport 4/2017.

<sup>5</sup> <https://0-24-samarbeidet.no/>

<sup>6</sup> <https://alvorligsyktbarn.no/>

<sup>7</sup> Hvor skal man begynne? Et utfordringsbilde blant familier med barn og unge som tyrenger sammensatte offentlige tjenester. Helsedirektoratet 2019: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/hvor-skal-man-begynne-et-utfordringsbilde-blant-familier-med-barn-og-unge-som-behøver-sammensatte-offentlige-tjenester>

<sup>8</sup> Riksrevisjonens undersøkelse av helse- og omsorgstjenester til barn med funksjonsnedsettelse. Dokument 3:15 (2020-2021).

<sup>9</sup> Ut av blindsonene. Strategi for et samlet kunnskapsløft for utsatte barn og unge. Forskningsrådet 2021.

<sup>10</sup> [Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming - Helsedirektoratet](#)

<sup>11</sup> [Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator - Helsedirektoratet](#)

<sup>12</sup> [Oppfølging av personer med store og sammensatte behov - Helsedirektoratet](#)

<sup>13</sup> [Barn og unge med habiliteringsbehov – Veileder.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

Helsedirektoratet har også utviklet *retningslinjer* for tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge<sup>14</sup>, palliasjon til barn og unge<sup>15</sup>, forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge<sup>16</sup>, samt beskrivelser av strukturerte pasientforløp for barn og unge med spiseforstyrrelser, barn med kreft m.m.

### **0-24 samarbeidet**

Kunnskapen om utfordringene knyttet til barn og unge med sammensatte utfordringer har blitt styrket gjennom felles innsats i 0-24 samarbeidet. 0-24 har vært et samarbeid mellom Helsedirektoratet, Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet og Utdanningsdirektoratet. Formålet med samarbeidet har vært å bidra til at alle barn og unge får den støtten og hjelpen de behøver for å mestre eget liv. Arbeidet startet i 2015, og fra 2019 deltok også Sekretariatet for konfliktrådene og Politidirektoratet. 0-24 samarbeidet ble avsluttet i løpet av mars 2021, etter 5 år.

I kunnskapsgrunnlaget for 0-24-samarbeidet som ble utviklet av Fafo<sup>17</sup>, påpekes det at utsatte barn og unge ofte har sammensatte behov og behov for flere tjenester samtidig, men at samordning er et sviktområde. Det hevdes at kompleksiteten utfordrer innretningen av et sektorisert velferdssystem og at grenseflatene mellom tjenester, sektorer og forvaltningsnivåer kan bli glippsoner som åpner for ansvarsfraskrivelse, manglende kontinuitet i oppfølgingen og hvor overføring av informasjon kan svikte.

I sluttrapporten for 0-24-samarbeidet oppsummeres det tre faktorer for bedre oppfølging av utsatte barn og unge: (1) individorientert og helhetlig tilnærming, (2) mer helhetlig oppfølging ved hjelp av styrket tverrsektorielt samarbeid, og (3) tidlig intervensjon.

Tre viktige prosjekt i 0-24-samarbeidet er:

#### **Endringer i velferdslovgivningen (Prop 100 L (2020-2021))<sup>18</sup>**

Proposisjonen inneholder forslag til endringer i 14 lover. I proposisjonen foreslås det blant annet harmonisering og styrking av reglene om samarbeid og individuell plan, innføring av en samordningsplikt for kommunen ved ytelse av velferdstjenester, innføring av en rett til barnekoordinator, samt utvidelse av helse- og omsorgstjenestens ordning med lovpålagte samarbeidsavtaler. Formålet med endringene er å styrke oppfølgingen av utsatte barn og unge og deres familier gjennom økt samarbeid mellom velferdstjenestene.

I tilknytning til proposisjonen utarbeides det nå en veileder som skal lanseres til høsten.

#### **Oppvekstprofiler for barn og unge**

Et annet av prosjektene i 0-24-samarbeidet har vært å samordne statistikk utvikle bedre statistikk fra de fem direktoratene for å gi bedre kunnskapsgrunnlag til aktører på ulike forvaltningsnivåer.

---

<sup>14</sup> [Tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge - Helsedirektoratet](#)

<sup>15</sup> [Palliasjon til barn og unge - Helsedirektoratet](#)

<sup>16</sup> [Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge – Nasjonal faglig retningslinje.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

<sup>17</sup> Inger Lise Skog Hansen, Ragnild Steen Jensen og Tone Fløtten: 0-24-samarbeidet – Et kunnskapsgrunnlag. Fafo-notat 2019:21.

<sup>18</sup> [Prop. 100 L \(2020–2021\) - regjeringen.no](#)



Oppvekstprofilene<sup>19</sup> samler oppdatert oppvekststatistikk på ett sted slik at kommunene har et oversiktlig verktøy for å planlegge videreutvikling av oppvekstmiljøet i kommunen, særlig knyttet til sårbare barn og unge. Den samlede statistikken viser noen av kommunenes styrker og utfordringer, og er unik for hver kommune eller bydel. Profilene sammenfatter statistikk om tilhørighet og trygghet i familien og nærmiljøet, om tilknytning til skole (og arbeidsliv), om psykisk og fysisk helse og om økonomi og levekår.

### **Pilot for programfinansiering<sup>20</sup>**

Et forslag fra 0-24-samarbeidet om å iverksette en pilot for programfinansiering er vedtatt. Programfinansiering innebærer en samordning av statlige tilskudd rettet mot utsatte barn og unge mellom 0-24 år og deres familier. Gjennom piloten ønsker direktoratene i samarbeidet å få mer kunnskap om effekten av en mer fleksibel finansieringsmodell, fremfor dagens mange ulike sektor- og fagspesifikke tilskuddsordninger. 12 kommuner fra tre statsforvaltere deltar i piloten.

Pilot for programfinansiering er rettet mot kommunenes arbeid om å levere gode tjenester til utsatte barn og unge og deres familier. Et viktig mål er å øke det lokale handlingsrommet. Kommunene i piloten gis lokal frihet som skal stimulere til utviklingsarbeid og fremme samarbeid mellom tjenestene i kommunen slik at utsatte barn og unge får bedre tjenester.

### **Alvorlig sykt barn**

*Alvorlig sykt barn* er en av syv prioriterte livshendelser i digitaliseringsstrategien *Én digital offentlig sektor*. Livshendelsen Alvorlig sykt barn er en av syv livshendelser som ble valgt som utgangspunkt for utvikling av sammenhengende tjenester. Den overordnede ambisjonen for livshendelsen er å gi familier med barn med sammensatte behov et sammenhengende, sømløst, persontilpasset og forutsigbart tilbud, slik at de kan fokusere sine ressurser på omsorg og livskvalitet for barnet og familien. For å få til dette må tjenestetilbudet og tjenestetilbydernes arbeidsformer og møte med brukerne samordnes bedre. Det må utvikles metodikk for tverrgående og brukerorientert tjenesteutvikling og samarbeid i praksis.

Arbeidsnotatet for alvorlig sykt barn beskriver utfordringsbildet for tematikken familier med barn og unge som behøver sammensatte offentlige tjenester med vekt på nåsituasjonen i betydningen «hvor er det skoen trykker?» og «hva er behovene for endring?». Prosjektgruppen for alvorlig sykt barn har vært sammensatt av ressurser fra Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Flekkefjord kommune, Norsk Helsenett og Utdanningsdirektoratet i tillegg til konsulentteamet. Det har vært en prosjektgruppe med bredt sammensatt kompetanse, som har vært viktig for å få tilstrekkelig bredde i inngangen til problemstillingene.

### **Hvor skal man begynne?**

I tilknytning til livshendelsen *Alvorlig sykt barn* fikk Helsedirektoratet i 2019 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utvikle en enkel kunnskapsbasert behovskartlegging som sammenfatter tjenesteutfordringer møtt av barn og unge 0-24 år med sammensatte behov og deres familier i kontakt

<sup>19</sup> <https://www.fhi.no/fp/oppvekst/hent-oppvekstprofil/>

<sup>20</sup> [Bakgrunnsdokument-pfp-v1.0.pdf \(0-24-samarbeidet.no\)](#)

med offentlige tjenester, samt lage en prioritering av utfordringsområder identifisert i kunnskapsoppsummeringen som gir retning til eventuelt videre arbeid.

Rapporten *Hvor skal man begynne? Et utfordringsbilde blant familier med barn og unge som behøver sammensatte offentlige tjenester*<sup>21</sup> ble levert som svar på dette oppdraget. Rapporten påpeker at:

- Barn, unge og deres familier trenger et helhetlig tilbud tilpasset den enkeltes behov.
- Barn, unge og deres familier trenger kontinuitet i oppfølgingen gjennom ulike livsfaser og livshendelser.
- Barn, unge og deres familier trenger tilgjengelig, god, forståelig og tidlig informasjon tilpasset den enkeltes behov.
- Barn, unge og deres familier trenger enklere og mer samkjørte søknadsprosesser samt en bedre ivaretagelse av pårørende.
- Det er tydelig at systemet ikke er tilrettelagt for tverrsektorielt samarbeid og at sammenhengende tjenester møter mange hindringer på veien: både organisatoriske, juridiske, kulturelle og økonomiske.

### **Riksrevisjonens undersøkelse av helse- og omsorgstjenester til barn med funksjonsnedsettelse**

I Riksrevisjonens undersøkelse av helse- og omsorgstjenester til barn med funksjonsnedsettelse<sup>22</sup> påpekes det at det er usikkert hvor mange barn og unge i Norge som har funksjonsnedsettelse. Anslagene varierer mellom 3 og 10 prosent av befolkningen under 18 år og hjelpebehovet varierer mye. Det vises til at Stortinget, ved flere anledninger, har gitt uttrykk for at familier med barn som har funksjonsnedsettelse, må få bedre hjelp fra det offentlige. Særlig gjelder det familier med barn som har store og sammensatte behov.

Riksrevisjonens undersøkelse konkluderes med at:

- Det er store forskjeller og utilstrekkelig kapasitet i helseforetakenes habiliteringstilbud til barn
- Det er store variasjoner mellom kommunene i bruken av avlastning
- Statsforvaltners behandling av klagen har stor betydning for hvilke tjenester familiene får
- Familiene må ta et stort ansvar selv for å få hjelp og koordinere tjenestene

### **Ut av blindsonene. Strategi BarnUnge21**

Barne- og familiedepartementet nedsatte i 2019 strategigruppen BarnUnge21 med Forskningsrådet som sekretariat for arbeidet. Strategien BarnUnge21 ble levert i februar 2021. Målet med strategien var å skape en målrettet, helhetlig og koordinert nasjonal innsats for forskning, utvikling og innovasjon for utsatte barn og unge. BarnUnge21-strategien skulle bidra til et godt beslutningsgrunnlag for fremtidige prioriteringer, hvor målet er at færre barn og unge faller utenfor gjennom livsløpet.

---

<sup>21</sup> *Hvor skal man begynne? Et utfordringsbilde blant familier med barn og unge som behøver sammensatte offentlige tjenester*. Helsedirektoratet 2019.

<sup>22</sup> Riksrevisjonens undersøkelse av helse- og omsorgstjenester til barn med funksjonsnedsettelse. Dokument 3:15 (2020-2021).

BarnUnge21-strategien (BU21) bygger på aktuell kunnskap med relevans for oppvekstfeltet og peker på at *ny kunnskap* og *bedre samhandling* er nødvendig for å oppnå resultater som kommer barn og unge til gode. I rapporten påpekes det at det oppstår *blindsoner* fordi tjenestene som er etablert for barn og unge, ikke evner å oppdage at et barn eller en ungdom er utsatt, eller fordi de bare ser deler av utfordringene barnet eller ungdommen har. De mest sårbare viser seg ofte å ha behov for flere tjenester samtidig, og da er det viktig at tjenestene både samarbeider og har overlappende kunnskap.

Det vises til manglende samordning mellom tjenester og kompetansemiljøer og til betydningen av at tjenestene samarbeider, og at hjelpen koordineres med utgangspunkt i det enkelte barnets livssituasjon og behov. Det påpekes at blindsoner som gir manglende samordning, kan blant annet skyldes at tjenestene har forskjellige oppdrag, løsninger, verdier og normer, at kunnskapen om andre tjenester er mangelfull, og at det på mange områder mangler pålitelig, forskningsbasert kunnskap.

Strategien gir 7 anbefalinger:

1. *Et samordnet og langsiktig forsknings- og innovasjonsprogram:* Det må etableres og finansieres en langsiktig, samordnet og målrettet satsing på forskning og innovasjon på feltet for utsatte barn og unge.
2. *Bedre tilgang til data gir pålitelig og relevant forskning:* En samordnet datainfrastruktur gir grunnlag for solide og forskningsbaserte analyser på området, og det gir bedre tilgang på gode styringsdata for ledere av tjenester som fanger opp barn og unge.
3. *Forskningsbasert og praksisrettet utdanning, videreutdanning og etterutdanning for medarbeidere og ledere i praksisfeltet:* Utdanningene og tjenestene rettet mot utsatte barn og unge må få et kunnskapsløft.
4. *Innovasjon i oppvekstfeltet:* Systemer, insentiver og styringssignaler for innovasjon og utnyttelse av kunnskap i tjenesteutvikling og politikktutvikling må på plass.
5. *Ledelse for en kunnskapsbasert og endringsorientert praksis:* Nye prinsipper for ledelse og styring må utvikles og implementeres for å oppnå samhandling og koordinering på tvers av sektorer.
6. *En gjennomgang av kunnskaps- og kompetansesentrene roller:* Det er behov for en sektorovergripende gjennomgang av kunnskaps- og kompetansesentrene rolle i kunnskapsproduksjon, kunnskapsformidling og kunnskapsanvendelse med sikte på å tydeliggjøre deres mandat og roller for en helhetlig og kunnskapsbasert oppvekstpolitikk.
7. *En samordnet videreføring og utvikling av BU21-anbefalingene:* Det må nedsettes en tverrdepartemental gruppe som får ansvaret for å utarbeide en handlingsplan for forskning og utdanning knyttet til barn og unge generelt, og utsatte barn og unge spesielt.

# 4. Definisjon og omfang av barn og unge med omfattende og/eller langvarige behov for helse- og omsorgstjenester

## 4.1 Definisjon av gruppen barn og unge med omfattende eller langvarige behov for helse- og omsorgstjenester

Arbeidet i Helsefelleskapene er knyttet til helse- og omsorgstjenestene. For arbeidet i helsefelleskapene rundt barn og unge med behov for omfattende eller langvarige helse- og omsorgstjenester er det naturlig å ta utgangspunkt i **bruk** av helse- og omsorgstjenester, og barn og unge i **kontakt** med helse- og omsorgstjenestene, selv om sammenhenger med andre kommunale tjenester har stor betydning for å kunne ha et helhetlig perspektiv på behovene til barn og unge. Informasjon og data fra kommunale og regionale tjenester fra skole, barnevern og NAV (arbeids- og velferdstjenester) er ikke tilgjengelig for våre analyser. Vi har derfor satt en nødvendig avgrensning knyttet til helse- og omsorgstjenester.

Barn og unge med behov for omfattende eller langvarige helse- og omsorgstjenester kan være barn med funksjonsnedsettelse, kronisk sykdom, alvorlig sykdom, psykiske lidelser eller andre store helseutfordringer. Gruppen barn og unge som har langvarige eller omfattende behov for helse- og omsorgstjenester er **heterogen** og **multidimensjonal**. Det er ikke snakk om én gruppe barn og unge, men flere grupper med til dels helt ulike behov for helse- og omsorgstjenester.

For å definere denne gruppen på en god måte, ser vi at det er helt nødvendig å kombinere informasjon fra både somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern, og fra kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner. Dette inkluderer data fra både NPR (Norsk pasientregister) og KPR (Kommunalt pasient- og brukerregister). Det er viktig å gjøre definisjonen bred nok til å inkludere de personene som virkelig har behov for god samhandling, men også smal nok til å ekskludere personer som ikke inngår i målgruppene.

Det er ikke et mål at alle barn og unge som mottar helsetjenester skal inngå i definisjonen, men at definisjonen skal inkludere barn og unge med langvarige og/eller omfattende behov for helse- og omsorgstjenester.

Det kan gi begrenset nytte å samle alle barn og unge i én felles kategori, og lage gjennomsnittstall for denne gruppen. Gjennomsnittstall for alle barn og unge med langvarige eller omfattende behov for helse-

og omsorgstjenester vil gi dårlig og noen ganger feil informasjon. Det er åpenbart at barn med medfødt hjertesykdom kan ha ulike og andre tjenestebehov enn unge med psykiske lidelser. Å studere gjennomsnittstall for bruk av spesialisthelsetjenester, kommunale tjenester og allmennlegetjenester for disse gruppene samlet, vil ikke gi oss den informasjonen vi trenger for å utvikle tjenestene videre. Likevel, kan det gi nyttig informasjon å få oversikt over tjenestetilbudet til en definert gruppe barn og unge, og sammenligne eget helsefellesskap med andre.

En diagnose gir ikke nødvendigvis god informasjon om alvorlighetsgrad eller tjenestebehov. Dette kan være særskilt utfordrende innen psykisk helsevern for barn og unge. Det er derfor utfordrende å velge en metode for hvem som skal inkluderes eller ikke i våre analyser. Statistikkmessige hensyn, og hensyn til anonymitet tilsier at gruppen ikke bør være for liten. Kapasitetshensyn i statistikkproduksjonen tilsier også at det er behov for å begrense antallet pasientgrupper som skal inngå i definisjonen, ettersom statistikken vil bli mest interessant dersom vi skiller mellom ulike pasientgrupper.

### **Alder**

Med hensyn til samhandling, kan det være særskilte utfordringer knyttet til overgangene mellom ulike forvaltningsnivåer eller behandlingenheter fra barn og ungdom til behandlingstilbudet for voksne. Dette gjelder kanskje særlig for overgangen mellom psykisk helsevern for barn og unge og psykisk helsevern for voksne. Vi har mottatt flere innspill som tilsier at pasientgruppen bør inkludere ungdom som er i overgangsfaser mellom tilbud som gis til barn og tilbud som gis til voksne. Samtidig ønsker vi ikke for store overlapp mellom statistikk for barn og unge, og statistikken for alvorlige psykiske lidelser som gjelder for personer fra 18 år og over. Vi finner at det derfor er relevant å inkludere barn og unge opp til 20 år. Det er totalt sett 20 prosent av utvalget som er i alderen 18-20 år.

## **4.2 Barn og unge med omfattende eller langvarige behov for helse- og omsorgstjenester grunnet somatisk sykdom**

For å definere gruppen av barn og unge med somatisk sykdom, har vi tatt utgangspunkt i somatisk spesialisthelsetjeneste og kodeverket ICD-10 som benyttes i spesialisthelsetjenesten. ettersom det har en mer detaljert diagnoseinndeling enn ICPC-2 som benyttes i allmennlegetjenesten.

Kodeverket ICPC-2, som benyttes av fastlegene, har færre detaljer enn ICD-10 og for fastlegenes diagnosesetting kan det være mest relevant å bruke generelle diagnoser eller samlebetegnelser (IKA-koder). Bruk av koder i ICPC-2 kan både medføre at utvalget av pasienter blir for omfattende og lite treffsikkert, samt at det kan utelate personer som burde vært inkludert. I denne sammenhengen har vi derfor basert utvalget av diagnoser på ICD-10-koder og barn og unge i kontakt med spesialisthelsetjenesten.

De inkluderte diagnosene for somatisk sykdom er basert på pasientgrupper av barn og unge som ble vurdert som særlig sårbare i tilknytning til koronapandemien, samt ulike innspill internt og eksternt. I 2019 inkluderer gruppen totalt 68 825 barn og unge. Tabell 4.1 gir en oversikt over hvilke diagnoser som inngår i gruppen barn og unge med somatisk sykdom.

**Tabell 4.1: Oversikt over diagnoser som inngår i utvalget med barn og unge med omfattende eller langvarige behov for helse- og omsorgstjenester grunnet somatisk sykdom**

Utvalg somatikk	Definisjon ICD-10	Antall 2019
Medfødte syndromer og misdannelser	Q00-07, Q850, Q851, Q860, Q90-99	4 050
Nevrologiske sykd., CP, muskelsykd. eller demyeliserende sykdommer	G11-12, G30-32, G40, G70-73, G80-83, G93	10 117
Kreft	C00-99, D00-48	6 774
Revmatologiske sykdommer	M05-M09	1 484
Inflammatorisk tarmsykdom	K50-52	3 653
Organtransplantasjon	Z94	394
Primær immunsvikt	D80-D84	448
Kronisk lever- eller nyresykdom	K72-K76, N00-N08, N10-19	2 925
Kronisk luftveissykdom inkl astma	Q30-34, J44-47, E84	11 253
Diabetes	E10-14	4 409
Kronisk hjertesykdom	Q20-28, I30-52	8 639
Metabolske sykdommer	E00-07, E70-90	6 914
Fedme	E66	3 941
Hjerneinfarkt	I60-69	290
Hodeskade	S06, T90	6 092
Psykisk utviklingshemming	F70-79	3 327
Habilitering i somatisk sykehus	Fagområde 233, 234	9 185
<b>Totalt</b>		<b>68 825</b>

Diagnosene som inngår i utvalget av barn og unge i somatiske sykehus med behov for omfattende eller langvarige helsetjenester, overlapper hverandre i liten grad. Kun 16,4 prosent av utvalget har to eller flere av de inkluderte diagnosene/diagnosegruppene. Vi finner imidlertid en tydelig sammenheng mellom barn og unge med psykisk utviklingshemming og fagområdet habilitering. 61 prosent av barn og unge med psykisk utviklingshemming er registrert med fagområde for habilitering. Dette gjelder også 36 prosent av barn og unge med medfødte syndromer og misdannelser, 24 prosent av barn og unge i gruppen med nevrologisk sykdom, CP, muskelsykdom eller demyeliserende sykdommer, samt 21 prosent av barn og unge med hjerneinfarkt. Av øvrige tverrgående sammenhenger, finner vi at 38 prosent av barn og unge med hjerneinfarkt også er registrert med en nevrologisk diagnose. Dette gjelder også 38 prosent av barn og unge med psykisk utviklingshemming.

**Tabell 4.2. Antall barn og unge som inngår i en eller flere av diagnosegruppene for somatisk sykdom**

Antall diagnosegrupper (iht tabell 3.1)	Antall pasienter	Andel
1 diagnose	57 547	83,6 %
2 diagnoser	8 378	12,2 %
3 diagnoser	2 191	3,2 %
4 diagnoser	571	0,8 %
5+ diagnoser	138	0,2 %
<b>Totalt</b>	<b>68 825</b>	<b>100 %</b>

### 4.3 Barn og unge med omfattende eller langvarige behov for helse- og omsorgstjenester grunnet psykisk sykdom

I NHSP fremgår det at en av målgruppene for helsefelleskapenes arbeid skal være barn og unge i psykiatrien. For denne gruppen er målsetningene å gi rask avklaring på behandlingstilbudet og å styrke det tverrfaglige tjenestetilbudet. Barn og unge som har omfattende eller alvorlig psykisk sykdom og/eller barn og unge som har vært i kontakt med psykisk helsevern faller naturlig inn i utvalget. Det samme gjør barn og unge med psykiatriske diagnoser gitt i tilknytning til behandling på somatiske sykehus.

Innen psykisk helsevern har vi for det første inkludert barn og unge med *alvorlige psykiske lidelser*. Alvorlig psykisk lidelse viser til diagnosegruppene psykoselidelser (F2) og bipolar lidelse (F30-31). Alvorlige psykiske lidelser kan utvikles fra slutten av tenårene, men det utvises ofte tilbakeholdhet med hensyn til å benytte så alvorlige diagnoser ved inngangen til et behandlingsforløp i psykisk helsevern for barn og unge. I likhet med pasientgruppen "alvorlige psykiske lidelser blant voksne" har vi inkludert diagnosegruppene depresjon (F32-33) som har et noe større omfang og personlighets- og atferdsforstyrrelser (F60-69). Sistnevnte diagnose gjelder i hovedsak for voksne og har et lite omfang for aldersgruppen 0-17 år (589 pasienter), men noe større omfang for aldersgruppen 18-20 år (1280 pasienter). I gruppen med alvorlige psykiske lidelser finner vi at 44 prosent har hatt kontakt med både psykisk helsevern og somatiske sykehus siste år, mens 53 prosent har kun hatt kontakt med psykisk helsevern. To prosent har kun hatt kontakt med somatiske sykehus.

Diagnose for autismespekterforstyrrelser eller gjennomgripende utviklingsforstyrrelse (F84) er også inkludert. Iht ICD-10 er dette en gruppe lidelser kjennetegnet ved kvalitative avvik i sosialt samspill og kommunikasjonsmønster og det påpekes at disse kvalitative avvikene er gjennomgripende trekk i individets fungering ved alle typer situasjoner. Ifølge Norsk barne- og ungdomspsykiatriske forening representerer barneautisme undergruppen med det mest alvorlige avviket, og en betydelig andel er mentalt retarderte. Av de med mental retardasjon er omtrent halvparten språkløse.

En tredje diagnosegruppe som inngår i utvalget, er barn og unge med spiseforstyrrelser (R63, F50). Spiseforstyrrelser er en samlebetegnelse for flere tilstander med forstyrret spisemønster og overopptatthet av mat, kropp og vekt, med ulik alvorlighetsgrad og årsakssammenheng, men kan være svært skadelig og alvorlig for barn og unge. Barn og unge med spiseforstyrrelser kan ha stort behov for samordning av tjenester og det er utviklet et eget strukturert pasientforløp (forløpskoordinering) for spiseforstyrrelser<sup>23</sup>.

Personer med psykisk utviklingshemming har behov for tverrfaglige, langvarige, personsentrerte og individuelt tilrettelagte tjenester. Helsedirektoratet har utviklet en veileder<sup>24</sup> for gode helse- og omsorgstjenester til personer med psykisk utviklingshemming hvor det bl.a. fremgår det at samarbeid mellom ulike tjenester er svært viktig for denne gruppen. Personer med psykisk utviklingshemming er derfor inkludert i gruppen av barn og unge med behov for omfattende eller langvarige tjenester. Vi finner at denne gruppen bruker både somatiske sykehus (98 prosent) og psykisk helsevern (16 prosent) og har

---

<sup>23</sup> Henvisning og start - Helsedirektoratet

<sup>24</sup> Psykisk utviklingshemming - Helsedirektoratet

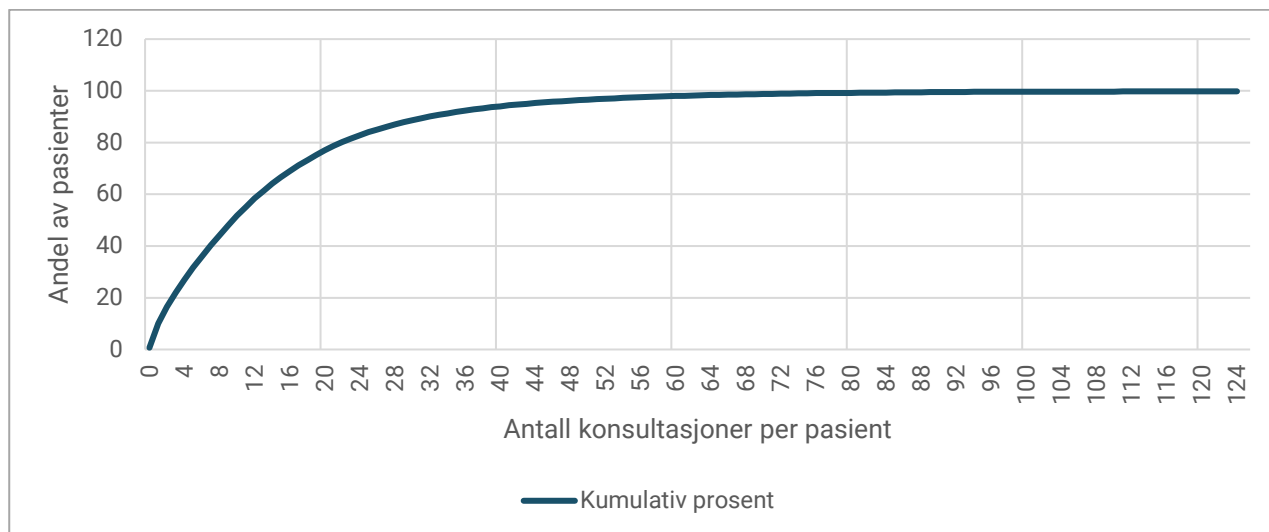
derfor inkludert personer med diagnosene F70-79 i gruppen for både somatiske sykdommer og psykisk helse. Vi finner at 78 prosent av barn og unge i denne gruppen, også mottar kommunale helse- og omsorgstjenester.

Barn og unge som har mottatt spesialisthelsetjenester registrert med fagområde habilitering er også inkludert.

En annen indikator på barn og unge med behov for omfattende eller langvarige tjenester er naturlig nok å se på omfanget av tjenester. Alle barn og unge 0-20 år som har vært *innlagt* i psykisk helsevern for barn og unge eller voksne inngår også i utvalget for psykisk helse. Dette var omtrent 3 700 personer i 2019, hvorav 15 prosent også inngår i utvalget for somatisk sykdom.

23 prosent av barn og unge i psykisk helsevern hadde 20 polikliniske konsultasjoner eller mer og 16 prosent hadde 25 konsultasjoner eller mer. Vi finner at mange av de pasientene som hadde 20 konsultasjoner eller mer også inngår i de andre utvalgskriteriene, 54 prosent av personer med svekket funksjonsnivå (akse 6 – se beskrivelse i avsnittet under), og 52 prosent av pasientene med spiseforstyrrelse-diagnose hadde mer enn 20 polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern. Sammenhengen mellom antall pasienter og konsultasjoner per pasient i psykisk helsevern er vist i figur 4.1.

**Figur 4.1 Antall polikliniske konsultasjoner per pasient og andel pasienter 0-20 år. Data fra NPR 2019.**



Med utgangspunkt i en diagnose, er det generelt sett vanskelig å vite i hvilken grad det er behov for omfattende eller langvarige helse- og omsorgstjenester. I barne- og ungdomspsykiatrien er det utviklet en multiaksial klassifikasjon (WHO 1996) med 6 ulike akser. Akse 6 representerer funksjonsnivå (CGAS – Childres Global Assessment Scale) der det settes en skåre fra 1 til 100. Skåren skal representere faktisk funksjonsevne siste mnd, uten hensyn til behandling eller prognose, og settes ofte for å måle effekt av behandling eller tiltak. Barn under 4 år klassifiseres ikke. Funksjonsnivå kan gi en god indikasjon på behovet for omfattende og langvarige helse- og omsorgstjenester. I NPR-data for 2019 er omtrent 40 000 barn gitt en eller flere skårer på funksjonsnivå. Til vårt formål har vi inkludert barn som er gitt en skåre mellom 1 og 40 som går fra et konstant behov for tilsyn (24/7) til alvorlig svekket funksjon på flere



områder. Dette var 2 287 barn og unge mellom 4 og 18 år som ble klassifisert i denne gruppen i 2019. 59 prosent av de barn og unge som inkluderes med utgangspunkt i funksjonsnivå, inkluderes i utvalget også via andre kriterier/diagnoser.<sup>25</sup>

**Tabell 4.3. Oversikt over antall barn og unge som inngår i utvalget ut fra diagnosekoder, fagområde og akse. Data fra NPR 2019.**

Utvalg psykisk helse		32 179
Alvorlige psykiske lidelser - utvidet definisjon	F20, F22-29, F30-33, F60-69	9 502
- herav Scizofreni	F20, F25	232
- herav Bipolar	F30-31	506
- herav Depresjon	F32-33	7 109
- herav Adferdsforstyrrelse	F60-69	1 869
Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser	F84	7 109
Spiseforstyrrelser	R63.0, F50	2 287
Lavt funksjonsnivå (Aks 6= 1-40)	Akse 6, skåre 1-40	2 196
Psykisk utviklingshemming	F70-79	3 327
20+ polikliniske kons. i PHV/PHBU		16 341
Innlagt i PHV/PHBU		3 712
Habilitering i psykisk helsevern	Fagområde 233, 234	477

**Tabell 4.4. Oversikt over hvordan gruppene i inklusjonsgrunnlaget for barn og unge med psykisk sykdom overlapper hverandre. Data fra NPR 2019.**

	Alvorlig psyk. lidelser	Gjennomgripende utviklingsforstyr.	Spiseforstyr.	Psykisk utvikl.-hemming	Svekket funksj.-nivå (akse 6)	Innlagt i PHBU/PHV	20 + polikl. konsultasj. i PHBU/PHV	Fagomr. habilitering PHBU/PHV
Alvorlig psykiske lidelser*	100 %	7 %	24 %	2 %	25 %	48 %	23 %	4 %
Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser	5 %	100 %	3 %	22 %	25 %	8 %	10 %	48 %
Spiseforstyrrelser	6 %	1 %	100 %	0 %	10 %	13 %	7 %	1 %
Psykisk utviklingshemming	1 %	10 %	0 %	100 %	4 %	2 %	1 %	19 %
Svekket funksjonsnivå	6 %	8 %	10 %	3 %	100 %	18 %	7 %	4 %
Innlagt i PHBU/PHV	19 %	4 %	21 %	2 %	30 %	100 %	12 %	3 %
20+ polikl. konsultasj. i PHBU/PHV	40 %	23 %	52 %	3 %	54 %	53 %	100 %	22 %
Habilitering PHBU/PHV	0 %	3 %	0 %	3 %	1 %	0 %	1 %	100 %
<b>Totalt</b>	<b>9 502</b>	<b>7 109</b>	<b>2 287</b>	<b>3 327</b>	<b>2 196</b>	<b>3 712</b>	<b>16 341</b>	<b>477</b>

\* Inklusive F32-33 og F60-69

<sup>25</sup> Vi gjør oppmerksom på at Helsedirektoratet og NPR ikke har tilgang på data og informasjon om akse 6 fra 2022, og at slike opplysninger ikke kan inngå i en fremtidig definisjon av gruppen.

Totalt sett inngår 32 179 barn og unge 0-20 år i utvalget for psykisk sykdom. Tabell 3.3 viser overlapp mellom diagnosegruppene som inngår, og indikerer at 53 prosent av innlagte, 52 prosent av gruppen med spiseforstyrrelser, samt 40 prosent av gruppen med alvorlige psykiske lidelser også har 20 polikliniske konsultasjoner eller mer per år. 24 prosent av barn og unge som har vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten på grunn av spiseforstyrrelser, har også en diagnose tilknyttet alvorlige psykiske lidelser, og 21 prosent har vært innlagt i psykisk helsevern.

#### 4.4 Definisjon av barn og unge som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester

Noe av det mest interessante med våre analyser av barn og unge med hhv somatisk og psykisk sykdom, er å studere i hvilken grad disse gruppene mottar og bruker kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette er særlig interessant fordi det tidligere finnes få slike analyser og koblinger av data. For vårt formål er det imidlertid også interessant å se om det er barn og unge som mottar tjenester fra kommunene som ikke blir inkludert i utvalgene fra somatiske sykehus eller psykisk helsevern. For barn- og unge som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester er det også interessant å vite hvilken oppfølging som gis fra spesialisthelsetjenesten og mulige forskjeller i dette mellom ulike helseforetak.

I gruppen av barn og unge som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester har vi inkludert de fleste barn og unge 0-20 år som mottar *vedtakspliktige tjenester* fra kommunen.

**Tabell 4.5. Oversikt over antall barn og unge som inngår i utvalget basert på tjenestetyper av kommunale helse- og omsorgstjenester. Data fra KPR 2019.**

Utvalg vedtakspliktige kommunale helse- og omsorgstjenester totalt	23 492
Tjeneste 1 Praktisk bistand - daglige gjøremål	1 101
Tjeneste 2 Praktisk bistand - opplæring - daglige gjøremål	2 546
Tjeneste 3 Praktisk bistand - brukerstyrt - personlig assistanse	861
Tjeneste 4 Dagaktivitetstilbud	1 018
Tjeneste 7 Avlastning utenfor institusjon	7 672
Tjeneste 8 Avlastning i institusjon	2 677
Tjeneste 11 Omsorgsstønning	6 176
Tjeneste 14 Tvang i systematiske tiltak	77
Tjeneste 15 Hjtj Helsetjenester i hjemmet	9 052
Tjeneste 17 Inst Dagopphold i institusjon	52
Tjeneste 18 Inst Tidsbegrenset opphold - utredning/behandling	43
Tjeneste 19 Inst Tidsbegrenset opphold - habilitering/rehabilitering	17
Tjeneste 20 Inst Tidsbegrenset opphold – annet	42
Tjeneste 21 Inst Langtidsopphold i institusjon	200
Tjeneste 22 Inst Nattopphold i institusjon	*
Tjeneste 23 Tvang Skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner	189
Tjeneste 24 Tvang Helsehjelp med tvang	53
Tjeneste 29 Bolig som kommunen disponerer for helse- og omsorgsformål	1 058

Noen vedtakspliktige kommunale helse- og omsorgstjenester vurderes imidlertid som mindre relevant og er ikke inkludert. For de fleste av disse tjenestene, er mottakerne likevel inkludert fordi de mottar andre

vedtakspårligte helse- og omsorgstjenester. Dette gjelder for eksempel matombringing, lokaliseringsteknologi og velferdsteknologi, jf. tabell 4,6.

Den tjenesten som flest barn og unge får, men som ikke inngår i utvalget, er støttekontakt. Totalt sett er det 10 586 barn og unge som mottar støttekontakt. 66 prosent av disse er inkludert i utvalget fordi de også mottar andre vedtakspårligte helse- og omsorgstjenester fra kommunen.

**Tabell 4.6 Kommunale helse- og omsorgstjenester som ikke inngår i definisjonen av barn og unge. Data fra KPR 2019.**

Tjenester som ikke inngår i definisjonen:	Mottakere totalt	Andel som er inkludert fordi de mottar andre tjenester:
Matombringing	98	100 %
Trygghetsalarm	62	97 %
Støttekontakt	10 586	66 %
Rehab/hab utenfor inst	206	50 %
KAD - Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud	105	28 %
Lokaliseringsteknologi (GPS)	9	100 %
Velferdstekn Elektronisk medisineringsstøtte	5	100 %
Velferdstekn Digitalt tilsyn	14	100 %

Mange av de barn og unge som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, mottar flere tjenester. En tredjedel av mottakere av praktisk bistand, mottar også helsetjenester i hjemmet. Halvparten av de som mottar omsorgslønn, mottar også avlastning i eller utenfor institusjon. 20 prosent av mottakere med praktisk bistand, har hatt et institusjonsopphold av kortere eller lengre varighet (dagopphold, tidsbegrenset opphold, nattopphold, langtidsopphold eller bolig med heldøgns omsorg).

**Tabell 4.7 Oversikt over hvordan inklusjonsgrunnet for barn og unge med kommunale helse- og omsorgstjenester overlapper hverandre. Data fra KPR 2019.**

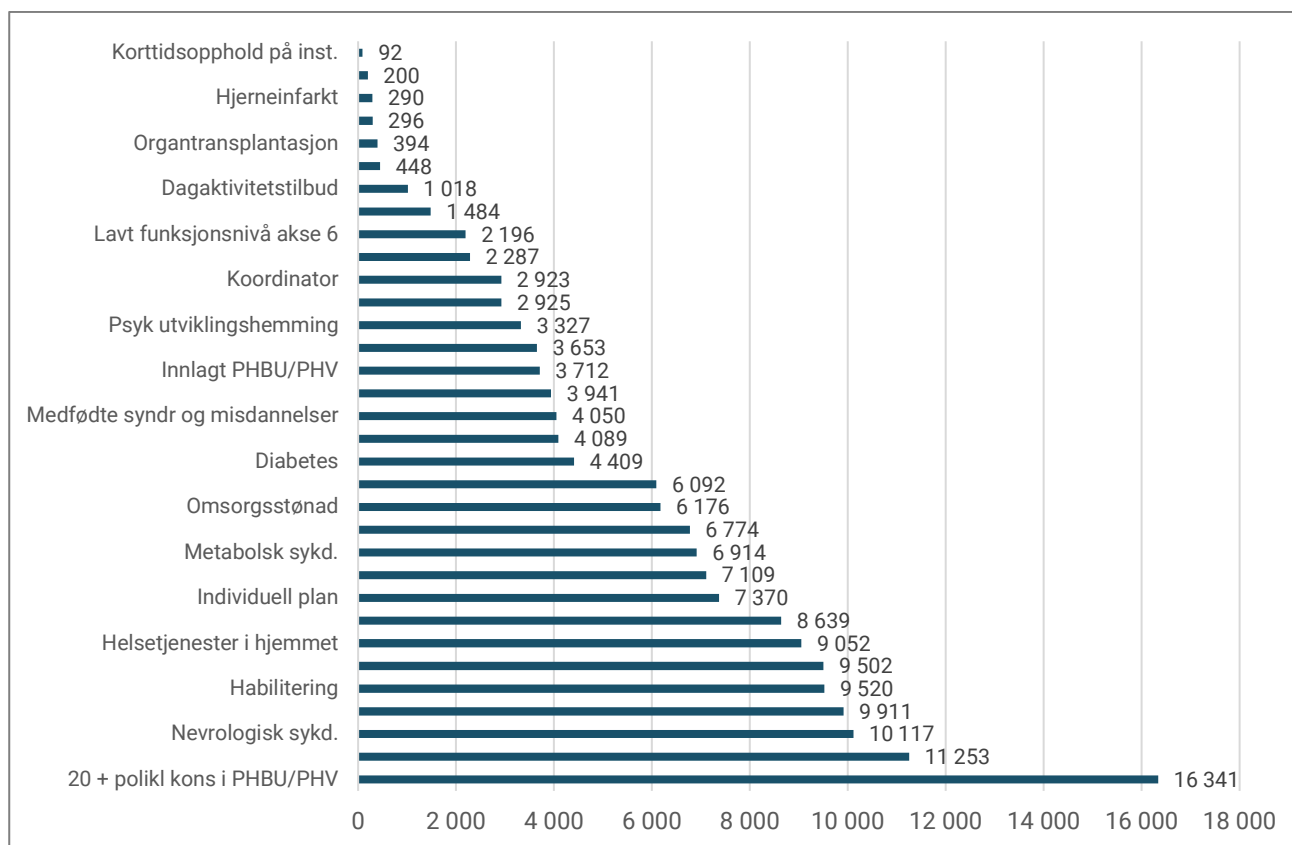
	Komm. utvalg totalt	Helsetj. i hjemmet	Praktisk bistand	Avlastning i/utenfor inst.	Omsorgslønn
Helsetjenester i hjemmet	39 %	100 %	33 %	11 %	12 %
Praktisk bistand	17 %	15 %	100 %	14 %	14 %
Avlastning i/utenfor inst.	42 %	12 %	34 %	100 %	52 %
Omsorgslønn	26 %	8 %	22 %	33 %	100 %
Inst. opphold*	6 %	8 %	20 %	4 %	2 %

\*Inkluderer dagopphold i inst, tidsbegrenset opphold, langtidsopphold i inst., nattopphold i inst. og bolig for heldøgnsopphold

#### 4.5 Samlet definisjon av barn og unge 0-20 år med behov for omfattende eller langvarige helse- og omsorgstjenester

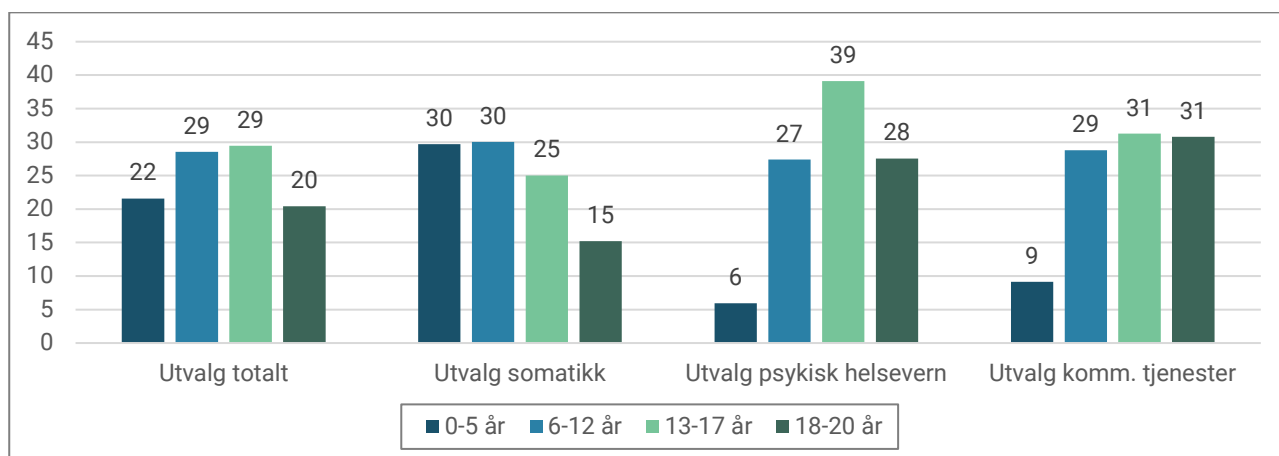
Figur 4.2 viser det samlede utvalget av barn og unge i alderen 0-20 år med behov for langvarige eller omfattende helse- og omsorgstjenester. Det utvalgsriteriet som inkluderer flest barn og unge, er barn og unge med 20 eller flere polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern per år.

**Figur 4.2 Omfang av barn- og unge 0-20 år med behov for langvarige eller omfattende helse- og omsorgstjenester etter diagnosegruppe og/eller tjenestetype. Data fra NPR og KPR 2019.**



De tre utvalgene (somatisk sykdom, psykisk sykdom og kommunale helse- og omsorgstjenester) varierer med hensyn til aldersfordeling. For utvalget barn og unge med somatisk sykdom er 60 prosent under 13 år, mens dette gjelder 38 prosent av utvalget med kommunale helse- og omsorgstjenester og 33 prosent av utvalget med psykisk sykdom.

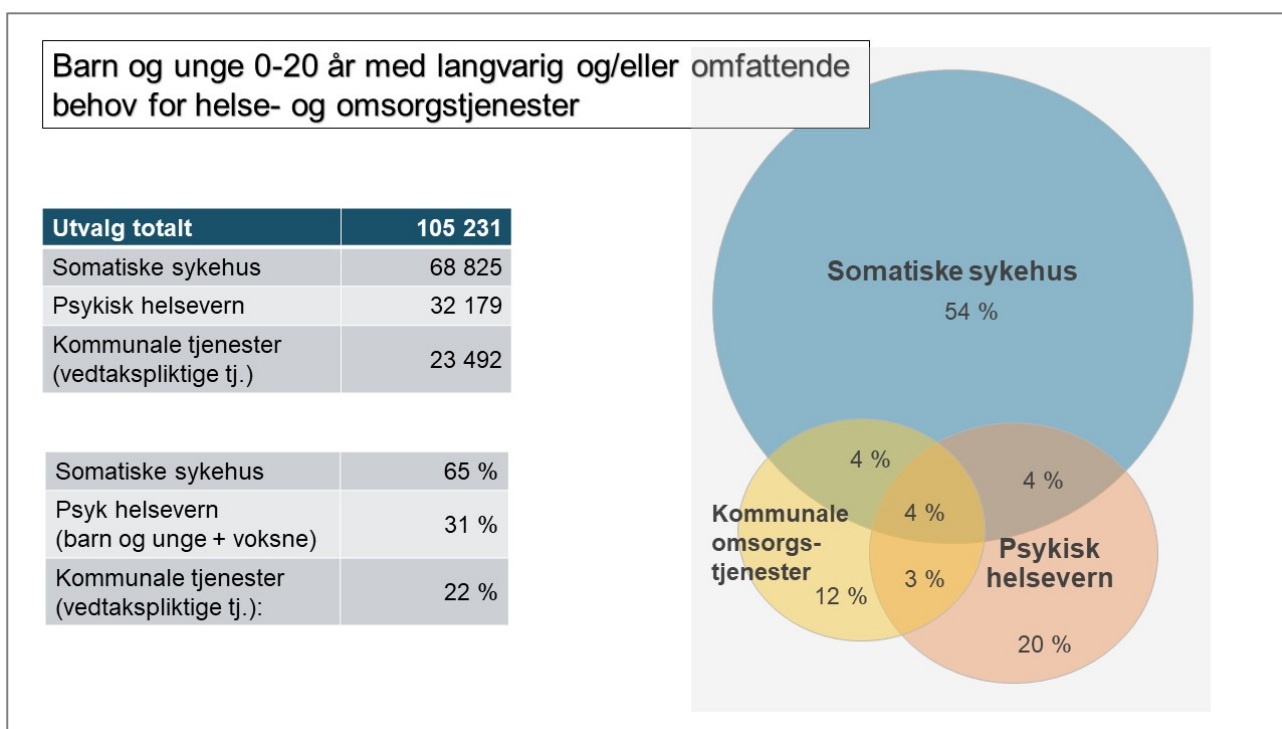
**Figur 4.3 Aldersfordeling for utvalgene. Data fra NPR og KPR 2019.**

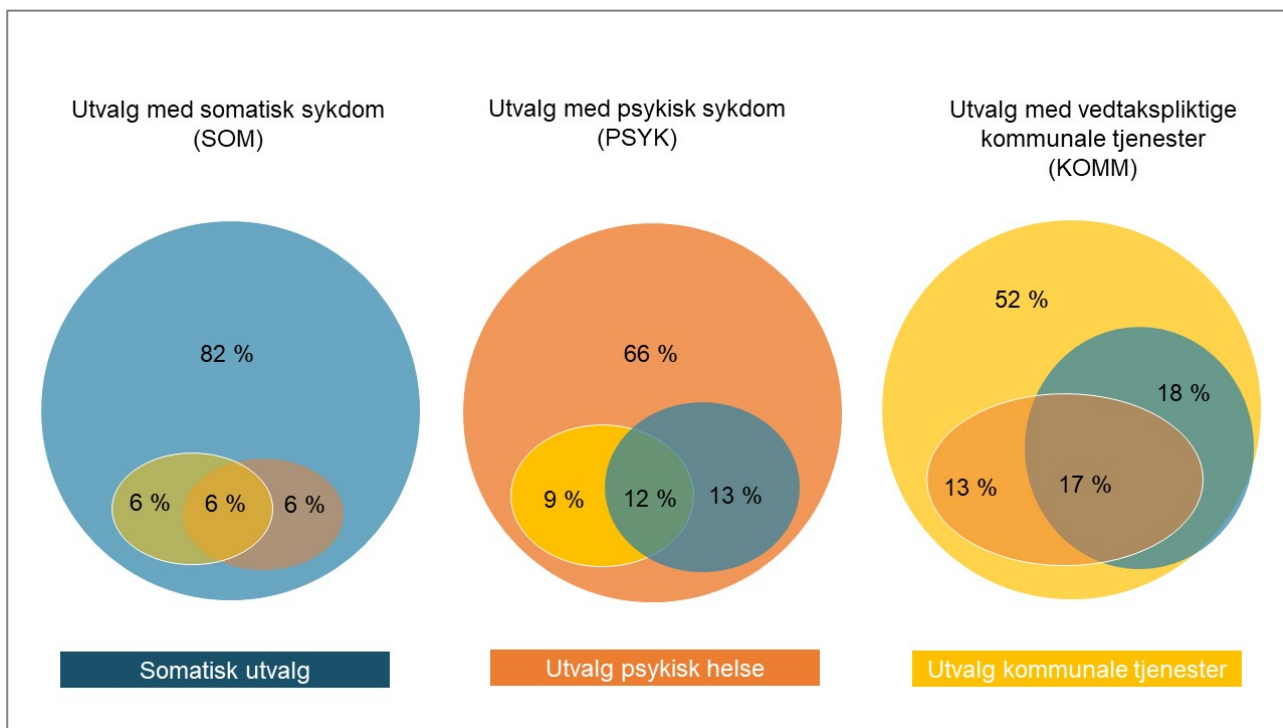


#### 4.6 Overlapp mellom de tre utvalgene (undergruppene)

Utvalget av barn og unge inkluderer totalt 105 231 barn og unge i alderen 0-20 år, basert på 2019-data. 65 prosent av utvalget knyttes til barn og unge med somatisk sykdom, hvorav 12 prosent knyttes til barn og unge som også inngår i utvalgene for psykisk sykdom og kommunale tjenester. 31 prosent av utvalget inngår i gruppen med psykisk sykdom, hvorav 20 prosent inngår kun i psykisk helse-utvalget, mens 11 prosent inngår i utvalgene for somatiske sykehus og/eller kommunale tjenester. Gruppen med kommunale tjenester utgjør 22 prosent av utvalget totalt sett, og 12 av disse prosentene inngår kun i gruppen for kommunale tjenester.

Figur 4.4. Overlapp mellom utvalgene. Data fra NPR og KPR 2019.





Den undergruppen som har minst overlapp med de andre, er gruppen med somatisk sykdom. Barn og unge som har fagområdekode for habilitering (fagområde 233 + 234), samt barn og unge med psykisk utviklingshemming, inngår i både somatikk- og psykisk helse-utvalgene, og bidrar dermed en del til overlappet. Ellers er det tatt utgangspunkt i ICD-10-koder fra både somatiske sykehus og psykisk helsevern, slik at barn og unge i somatiske sykehus som for eksempel har diagnosen alvorlig depresjon (F32-33), er inkludert i gruppen med psykisk sykdom selv om de ikke har vært i psykisk helsevern. Dette gjelder imidlertid svært få.

Vi finner at gruppen med kommunale helse- og omsorgstjenester har størst overlapp med de andre to utvalgene, og at 35 prosent inngår i utvalget med somatisk sykdom, samt at 30 prosent inngår i gruppen med psykisk sykdom. Det er også verdt å merke seg at 52 prosent av barn og unge som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester ikke inngår i gruppene med somatisk eller psykisk sykdom.

#### 4.7 Innleggelser på somatiske sykehus av barn og unge med psykisk sykdom og med kommunale helse- og omsorgstjenester

Det er naturlig nok ulike årsaker til at barn og unge kan ha behov for innleggelse og behandling på somatiske sykehus. For barn og unge i psykisk helsevern og barn og unge som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, er det generelt lite informasjon tilgjengelig om hva som er de mest vanlige årsakene til innleggelse i somatisk sykehus. Vi har derfor sett på hvilken hovedtilstand som registreres ved innleggelse av barn og unge som inngår i utvalgene for psykisk sykdom og som mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester.

For barn og unge med psykisk sykdom og/eller mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, så er den oftest registrerte hovedtilstanden knyttet til sykdommer i nervesystemet. Dette gjelder 24 prosent av innleggelsene for begge utvalgsgruppene. Mer enn halvparten av disse innleggelsene gjelder

diagnosegruppen G40-47 Episodiske tilstander og anfallsvise forstyrrelser, dvs innleggelser på grunn av epilepsi, migrene eller søvnforstyrrelser.

Andre årsaker til innleggelser med et visst omfang, er svulster, sykdommer i åndedrettssystemet, og diagnoser som inngår i kategorien "Faktorer med betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten". 8 prosent av innleggelser i somatiske sykehus for gruppen med psykisk sykdom er i hoveddiagnosegruppen psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser, og 9 prosent av innleggelsene knyttes til skader og forgiftninger.

**Tabell 4.8 Innleggelser i somatiske sykehus for barn og unge 0-20 år med psykisk sykdom og/eller kommunale helse- og omsorgstjenester. Data fra NPR og KPR 2019.**

		Utvalg barn og unge med psykisk sykdom		Utvalg barn og unge med komm. HO-tjenester	
		Antall innlegg.	Prosent av innlegg.	Antall innlegg.	Prosent av innlegg.
Kap. I	Visse infeksjonssyk og parasittsykd.	101	2,4 %	209	2,8 %
Kap. II	Svulster	332	8,0 %	786	10,4 %
Kap. III	Sykd. i blod og bloddannende organ	33	0,8 %	87	1,1 %
Kap. IV	Endokrine sykd., ernæringssykd. og metabolske forstyrrelser	262	6,3 %	377	5,0 %
Kap. V	Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser	337	8,1 %	167	2,2 %
Kap. VI	Sykd. i nervesystemet	979	23,6 %	1 830	24,2 %
Kap. VII	Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	15	0,4 %	25	0,3 %
Kap. VIII	Sykdommer i øre og ørebensknote	19	0,5 %	31	0,4 %
Kap. IX	Sykdommer i sirkulasjonssystemet	55	1,3 %	97	1,3 %
Kap. X	Sykdommer i åndedrettssystemet	324	7,8 %	977	12,9 %
Kap. XI	Sykdommer i fordøyelsessystemet	247	5,9 %	363	4,8 %
Kap. XII	Sykdommer i hud og underhud	21	0,5 %	54	0,7 %
Kap. XIII	Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	137	3,3 %	240	3,2 %
Kap. XIV	Sykdommer i urin- og kjønnsorganer	120	2,9 %	227	3,0 %
Kap. XV	Svangerskap, fødsel og barsel	6	0,1 %	7	0,1 %
Kap. XVI	Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	12	0,3 %	65	0,9 %
Kap. XVII	Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	186	4,5 %	524	6,9 %
Kap. XVIII	Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, IKA	301	7,2 %	401	5,3 %
Kap. XIX	Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker	374	9,0 %	359	4,7 %
Kap. XXI	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	294	7,1 %	746	9,9 %
Totalt		4 155	100 %	7 572	100 %

#### 4.8 Omfang av barn og unge med behov for langvarige og/eller omfattende helse- og omsorgstjenester

Samlet sett, har 7,7 prosent av barn og unge i Norge i alderen 0-20 år behov for langvarige og/eller omfattende helse- og omsorgstjenester (2019). Dette inkluderer alle de tre utvalgene. I utvalget for

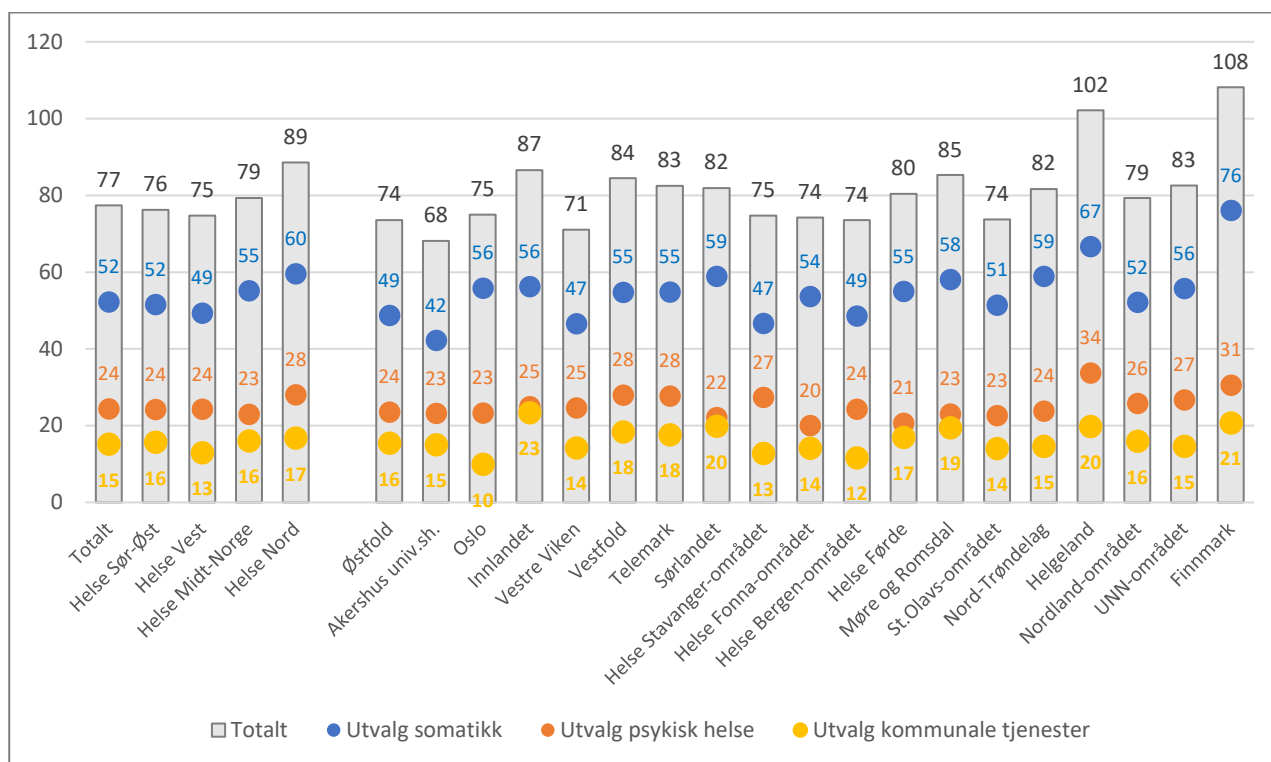
somatisk sykdom inngår 5,2 prosent av barn og unge, i utvalget for psykisk helse inngår 2,4 prosent, mens det er 1,5 prosent som inngår i utvalget for kommunale helse- og omsorgstjenester.

For data fordelt på bosted, mangler informasjon om bostedskommune for 3 383 barn og unge som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester. Totalt sett, inklusive barn og unge med manglende informasjon om kommune, omfatter utvalget for kommunale tjenester 1,8 prosent av barn og unge i alderen 0-20 år. Samlet sett er det da 8 prosent av barn og unge som inngår i analysene.

Figur 4.5 viser forskjeller i omfang av barn og unge med behov for langvarige og/eller omfattende helse- og omsorgstjenester. Andelen for landet som helhet er 7,7 prosent. Omfanget varierer imidlertid fra 6,8 prosent i Ahus-området til 10,8 prosent i Finnmark. Dette tilsvarer en variasjon fra landsgjennomsnittet fra -12 til +40 prosent.

På helsefelleskapsnivå knyttes de største forskjellene til gruppen som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, hvor den prosentvise forskjellen mellom helsefelleskapene går fra -10 prosent under landsgjennomsnittet (Oslo) til +53 prosent over landsgjennomsnittet (Innlandet).

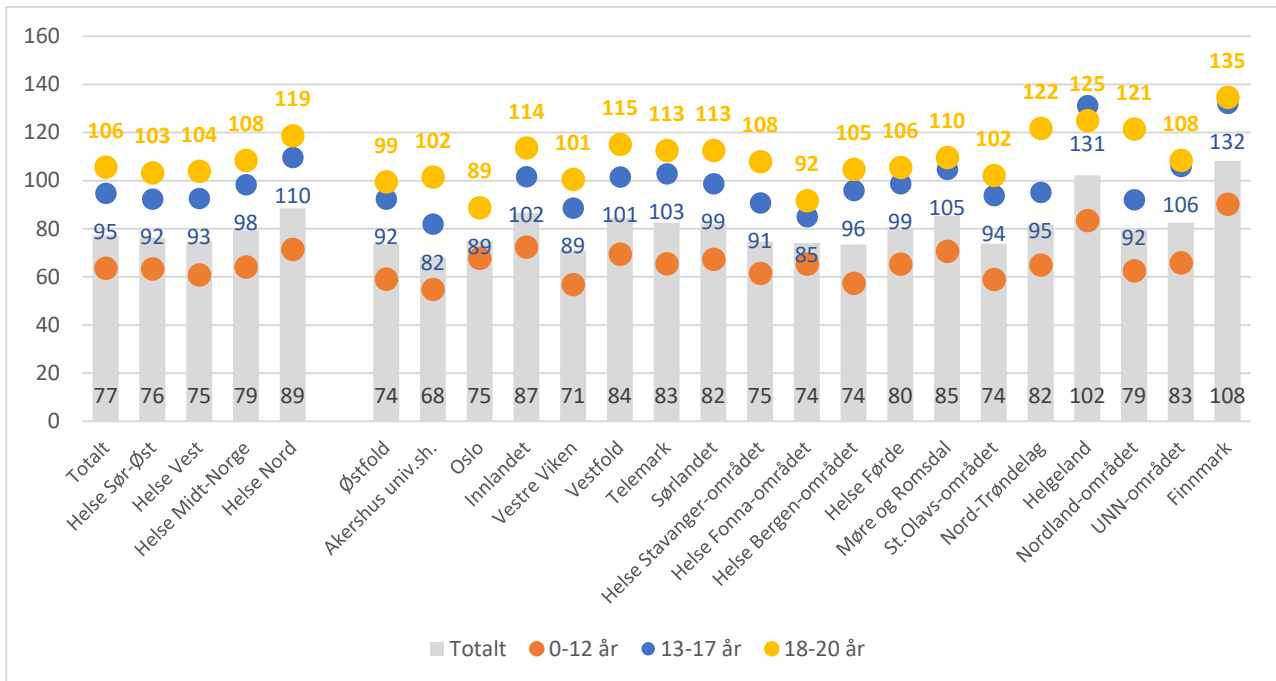
**Figur 4.5** Antall barn og unge 0-20 år med omfattende og/eller langvarige behov for helse- og omsorgstjenester per 1000 innbygger etter region og helsefelleskap. Data fra NPR og KPR 2019.



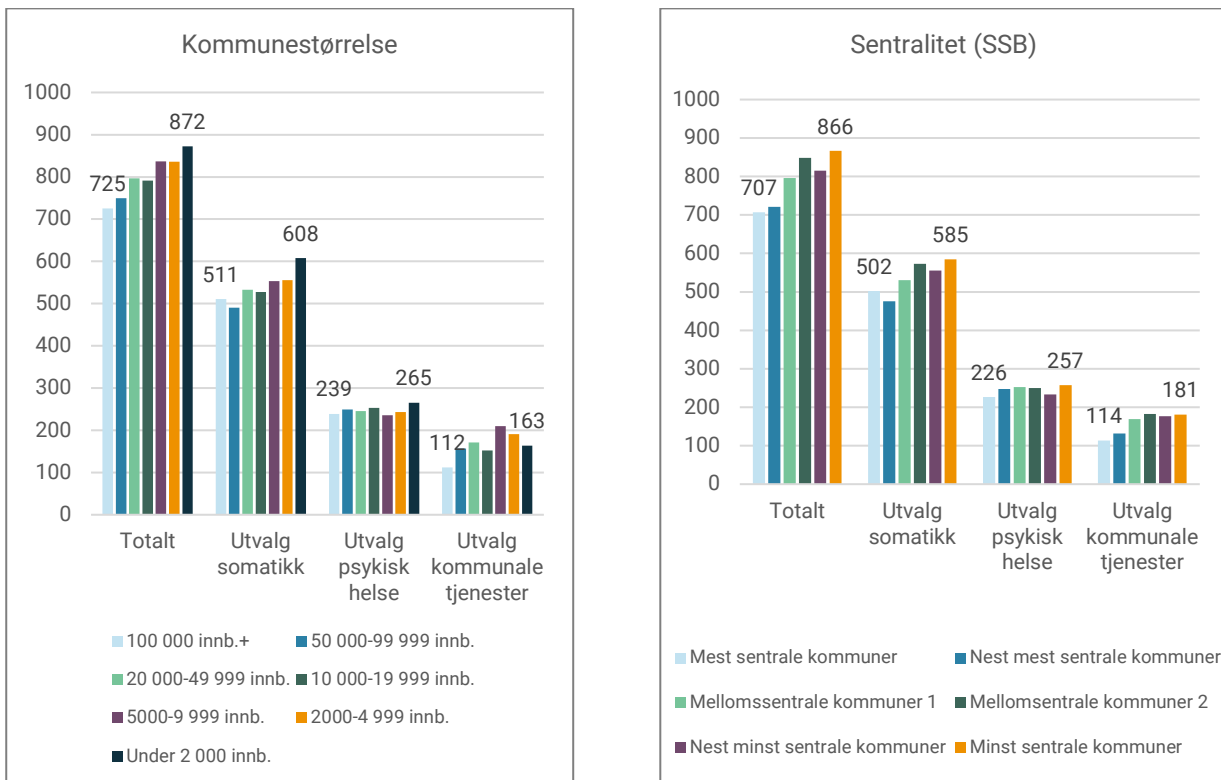
Omfanget av barn og unge med behov for omfattende og/eller langvarige helse- og omsorgstjenester er lavere for aldersgruppen 0-12 år enn for aldersgruppene 13-17 år og 18-20 år. Variasjonen mellom helsefelleskapene er noe lavere for den eldste aldersgruppen enn for den yngste, og går fra -16 prosent (Oslo) til +28 prosent (Finnmark) over landsgjennomsnittet.



**Figur 4.6** Antall barn og unge med omfattende og/eller langvarige behov for helse- og omsorgstjenester per 1000 innbygger etter region, helsefelleskap og alder. Data fra NPR og KPR 2019



**Figur 4.7** Antall barn og unge med omfattende og/eller langvarige behov for helse- og omsorgstjenester per 10 000 innbygger etter kommunenes befolkningsstørrelse og sentralitet. Data fra SSB, NPR og KPR 2019.



Forskjellene mellom helsefelleskap i omfanget av barn og unge, er ikke nødvendigvis svært store, men ser ut til å være systematisk knyttet til kommunenes befolkningsstørrelse og sentralitet. Figur 4.7 viser at omfanget av barn og unge med omfattende eller langvarige behov for helse- og omsorgstjenester er større i de minste og minst sentrale kommunene enn i de mest befolkningsrike og mest sentrale kommunene. Mønsteret er tydeligst for utvalget av somatisk sykdom, men gjelder alle de tre gruppene.

#### 4.9 Forskjeller mellom kommunene i omfang av barn og unge med langvarig og/eller omfattende behov for helse- og omsorgstjenester

På kommunenivå er antallet barn og unge med langvarige og/eller omfattende behov for helse- og omsorgstjenester til dels så lavt at det ikke gir mening å lage statistikk for et enkelt år. For å unngå mange "uteliggere" og ekstremverdier, har vi satt som krav at alle tall i figurene skal minst ha 19 observasjoner. Dette innebærer at det er få kommuner hvor det gir mening å lage statistikk for de ulike utvalgene fordelt på alder. I vedlegget er det inkludert en tabell som viser omfanget av barn og unge etter kommune, aldersgruppe og utvalg/gruppe. Vedlegget inkluderer kun tall for kommuner hvor antallet barn og unge er høyere enn 19 og viser dermed også hvilke kommuner som ikke inngår i figurene.

For utvalget med kommunale helse- og omsorgstjenester mangler det informasjon om bostedskommune for omtrent 30 prosent av utvalget. Dette innebærer at det vil mangle statistikk for utvalget kommunale helse- og omsorgstjenester for noen kommuner.

I noen kommuner ble det ikke sendt inn helse- og omsorgsdata til KPR for 2019 på grunn av kommunereformen<sup>26</sup>. For disse kommunene er det estimert tall med utgangspunkt i nasjonalt gjennomsnitt og befolkningsstørrelse.

##### **Utvalg barn og unge totalt:**

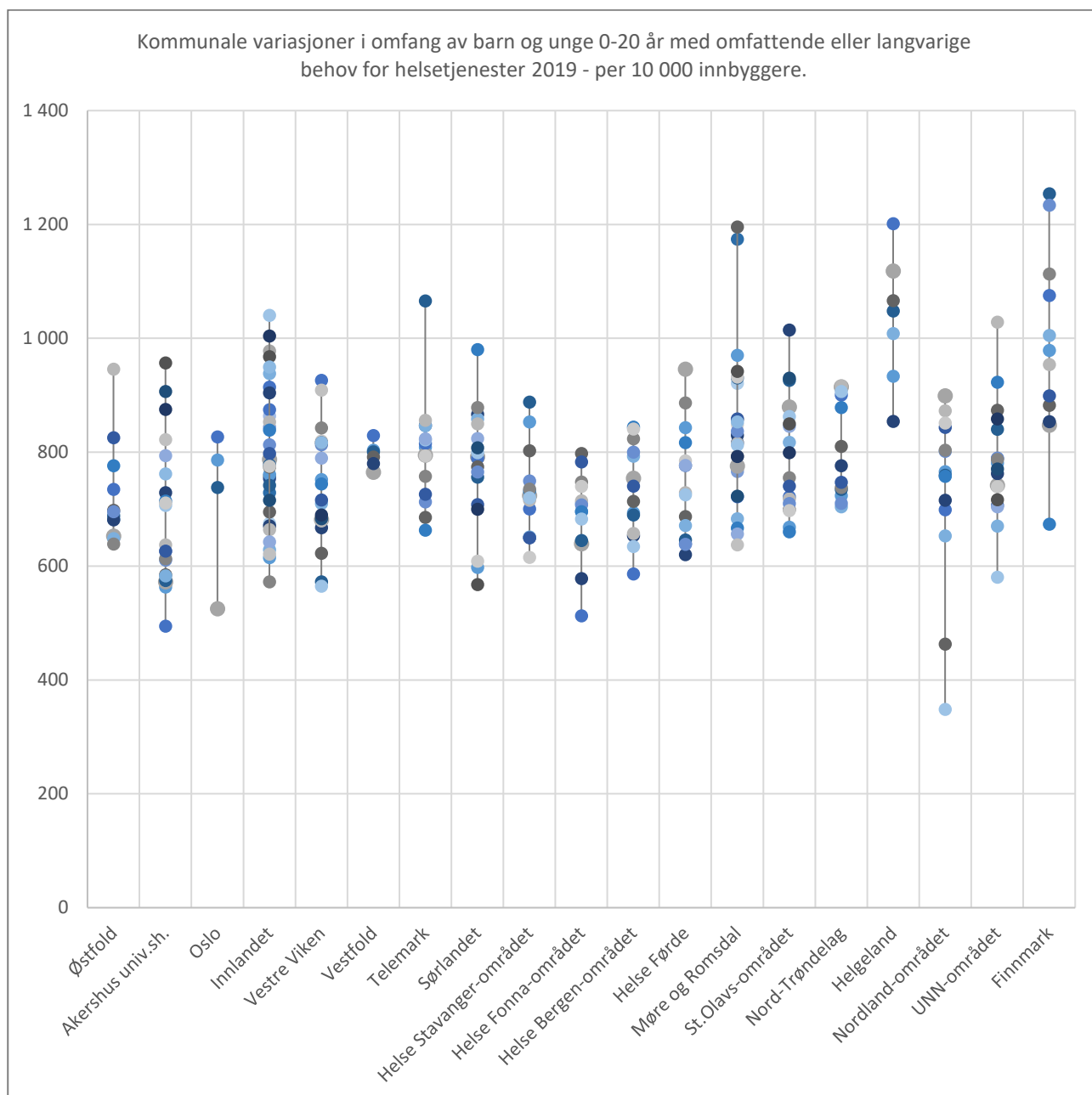
Utvalg totalt innebærer at data inkluderer barn og unge 0-20 år med omfattende og/eller langvarige behov for helse- og omsorgstjenester grunnet både somatisk sykdom, psykisk sykdom og/eller er mottaker av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Med utgangspunkt i de definisjonene som er benyttet i denne analysen, finner vi at omfanget av barn og unge med langvarig og/eller omfattende behov for helse- og omsorgstjenester varierer fra 3,5 i Hamarøy til 12,5 prosent i Hammerfest Dette tilsvarer en variasjon fra landsgjennomsnittet fra - 55 til +62 prosent.

---

<sup>26</sup> Følgende kommuner har ikke rapportert i 2019: Trøgstad, Spydeberg, Askim, Eidsberg, Hobøl, Sørumsund, Fet, Finnøy, Sveio, Nesna, Karlsøy, Hemne og Granvin. I tillegg har Utsira rapportert sammen med Karmøy.

**Figur 4.8** Kommunal variasjon i antall barn og unge 0-20 år med omfattende og/eller langvarige behov for helse- og omsorgstjenester per 10 000 innbygger etter helsefelleskap. Data fra NPR og KPR 2019.

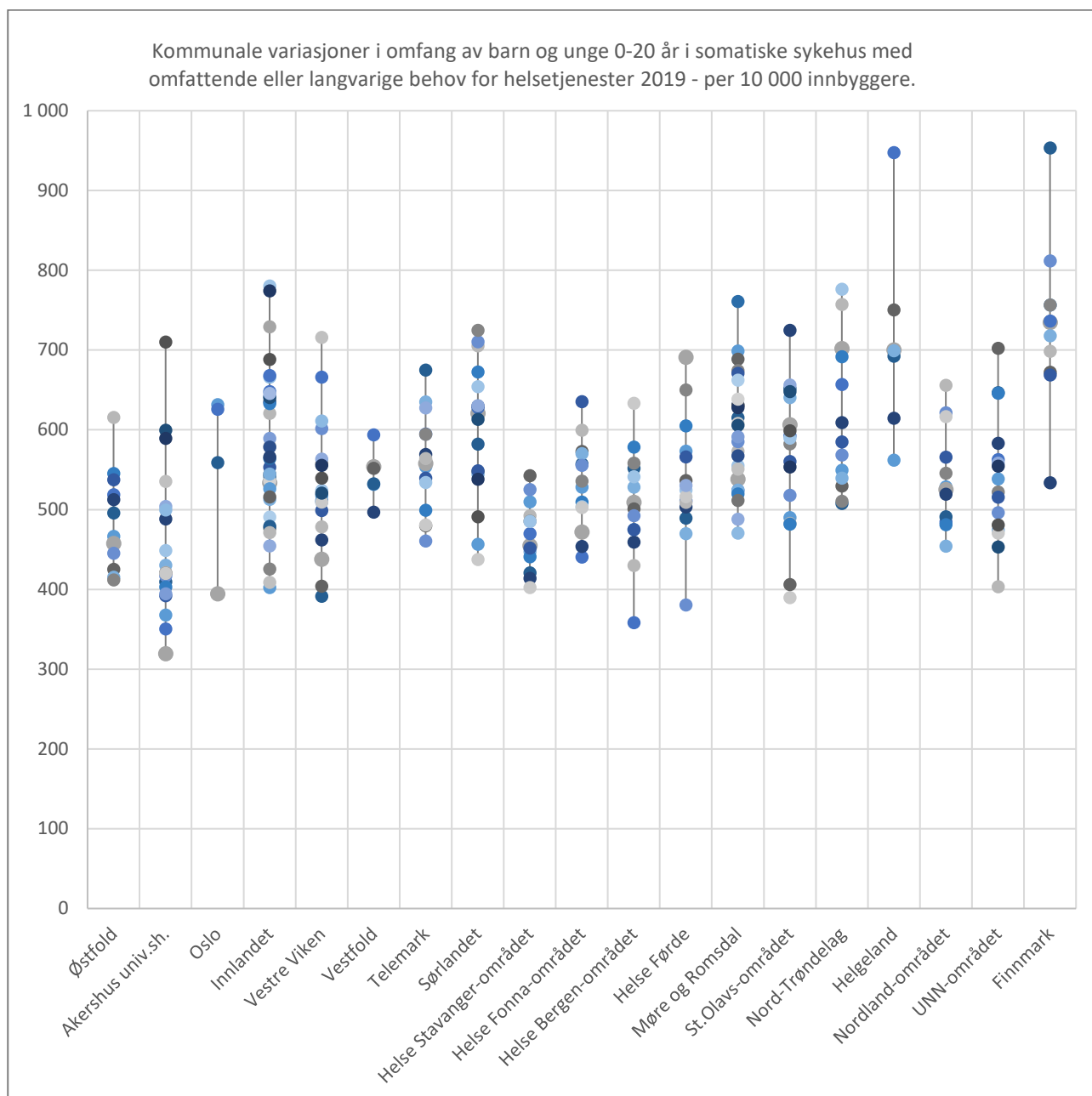


### Utvalg barn og unge med somatisk sykdom:

Utvalg med somatisk sykdom innebærer at data inkluderer barn og unge 0-20 år med omfattende og/eller langvarige behov for helse- omsorgstjenester grunnet somatisk sykdom iht definisjonen i tabell 4.1.

Med utgangspunkt i de definisjonene som er benyttet i denne analysen, finner vi at omfanget av barn og unge med langvarig og/eller omfattende behov for helse- og omsorgstjenester på grunn av **somatisk sykdom** varierer fra 3,2 i Frogn i Ahus-området til 9,5 prosent i Hammerfest. Dette tilsvarer en variasjon fra landsgjennomsnittet fra - 39 til +82 prosent.

**Figur 4.9 Kommunal variasjon i antall barn og unge 0-20 år med omfattende og/eller langvarige behov for helse- og omsorgstjenester på grunn av somatisk sykdom per 10 000 innbygger etter helsefelleskap. Data fra NPR og KPR 2019.**

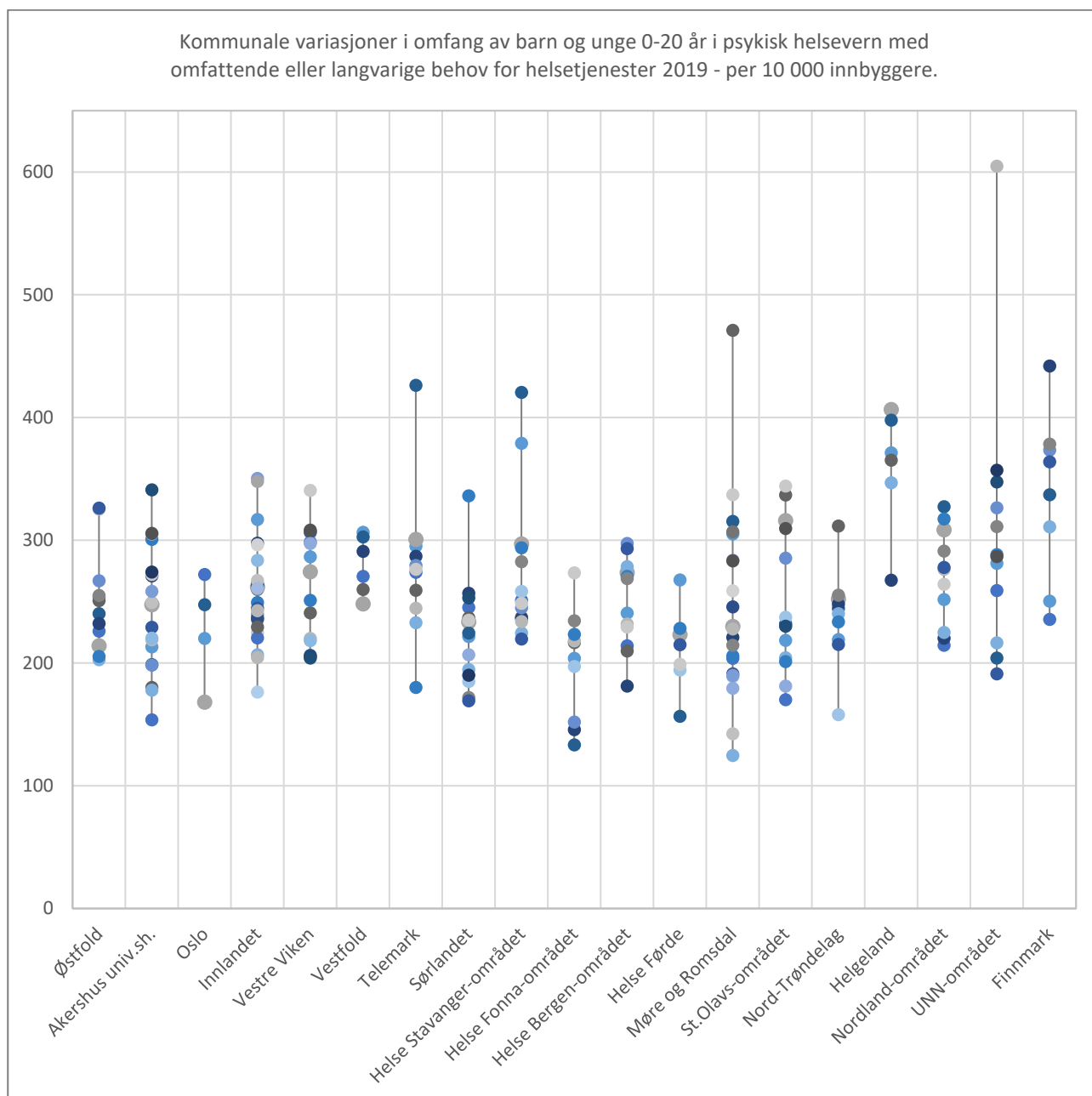


### Utvalg barn og unge med psykisk sykdom:

Utvalg med psykisk sykdom inkluderer barn og unge 0-20 år med omfattende og/eller langvarige behov for helse- omsorgstjenester på grunn av psykisk sykdom iht definisjonen i tabell 4.3. Data på kommunenivå inkluderer kun kommuner hvor minimum 19 personer inngår i gruppen.

Med utgangspunkt i de definisjonene som er benyttet i denne analysen, finner vi at omfanget av barn og unge med langvarig og/eller omfattende behov for helse- og omsorgstjenester på grunn av **psykisk sykdom** varierer fra 1,2 i Ulstein i Møre og Romsdal til 6,1 prosent Salangen i UNN-området. Dette tilsvarer en variasjon fra landsgjennomsnittet fra - 49 til +147 prosent.

**Figur 4.10 Kommunal variasjon i antall barn og unge 0-20 år med omfattende og/eller langvarige behov for helse- og omsorgstjenester på grunn av psykisk sykdom per 10 000 innbygger etter helsefelleskap. Data fra NPR og KPR 2019.**

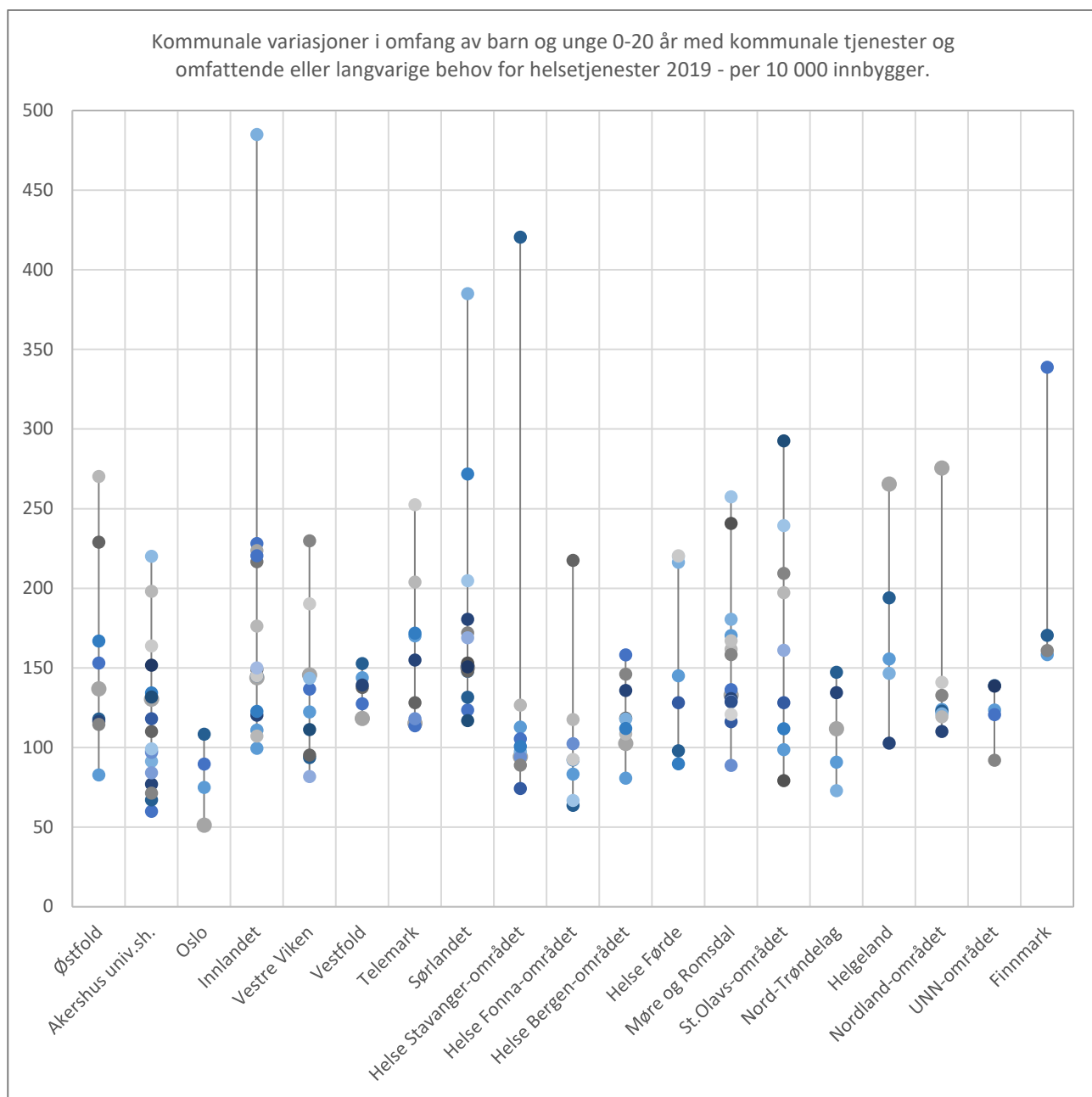


**Utvalg barn og unge med vedtakspåkravende kommunale helse- og omsorgstjenester:**

Utvalg med kommunale tjenester innebærer at data inkluderer barn og unge 0-20 år som mottar vedtakspåkravende kommunale helse- og omsorgstjenester iht definisjonen i tabell 4.5.

Med utgangspunkt i de definisjonene som er benyttet i denne analysen, finner vi at omfanget av barn og unge som mottar vedtakspåkravende kommunale helse- og omsorgstjenester varierer fra 0,5 til 4,9 prosent av barn og ungdom i alderen 0-20 år. Det laveste nivået knyttes til bydeler tilhørende Diakonhjemmets sykehus i Oslo, mens det høyeste nivået gjelder Stange i Innlandet. Dette tilsvarer en variasjon fra landsgjennomsnittet fra - 67 til +217 prosent.

**Figur 4.10 Kommunal variasjon i antall barn og unge 0-20 år med vedtakspliktige kommunale helse- og omsorgstjenester per 10 000 innbygger etter helsefelleskap. Data fra NPR og KPR 2019.**



# 5. Forskjeller i bruk av helse- og omsorgstjenester blant barn og unge med langvarige og/eller omfattende behov for helse- og omsorgstjenester

Det følger fem vedlegg til denne rapporten som viser tall for helsefelleskapene. De fem vedleggene representerer de tre undergruppene, utvalget totalt fordelt på alder (grått vedlegg), samt et vedlegg som viser oppsummerte resultater for utvalget totalt og hvert av de tre undergruppene (grønt vedlegg). Figurene i denne rapporten og vedleggene viser:

- forskjeller mellom de tre utvalgene av barn og unge med omfattende og/eller langvarige behov for helse- og omsorgstjenester
- forskjeller mellom aldersgrupper innen hver av de tre undergruppene
- forskjeller mellom regioner og helsefelleskap for hver av indikatorene for hver av de tre utvalgene



I dette kapitlet beskriver vi de største forskjellene mellom helsefellesskapene knyttet til bruk av helse- og omsorgstjenester, samt variasjoner mellom de tre utvalgene med hensyn til bruk av tjenestene.

## 5.1 Forskjeller mellom helsefellesskapene

Hvor store er forskjellene mellom helsefellesskapene i andel barn og unge som blir innlagt, andel innlagt for øyeblikkelig hjelp og antall polikliniske konsultasjoner per pasient? Når vi vurderer forskjeller, må vi vurdere både den prosentvise forskjellen mellom helsefellesskapene og den faktiske. Forskjellen mellom et gjennomsnitt på 2,5 og 3,6 polikliniske konsultasjoner per pasient fremstår ikke nødvendigvis som stor, men utgjør likevel en forskjell på 46 prosent. Det er viktig å huske at multiplisert med antall pasienter, kan disse forskjellene ha stor betydning for både pasientene og for ressursbruken.

Forskjellene mellom helsefellesskapene knyttet til barn og unges bruk av psykisk helsevern og kommunale helse- og omsorgstjenester er generelt større enn for bruk av somatiske sykehus. Likevel finner vi, også for bruk av somatiske sykehus, betydelige forskjeller mellom helsefellesskapene. "Alle" bruker fastlegen, men det varierer hvor ofte og hvor mange konsultasjoner pasientene har. Bruk av legevakt og hjemmebesøk varierer sterkt mellom helsefellesskapene.

Noen av forskjellene mellom helsefellesskapene er knyttet til strukturelle forhold som demografi, levekår og bosettingsmønstre. Vi har også sett nærmere på mønstre knyttet til kommunenes sentralitet, og for flere av indikatorene finner vi slike mønstre. Barn og unge som er bosatt i de minst sentrale kommunene blir generelt sett litt oftere innlagt på sykehus, men har færre polikliniske konsultasjoner per pasient og kortere liggetid/oppholdstid på sykehus. Dette kan handle om avstander og reisetid, men også om behandlingspraksis. I kapittel 4 så vi at omfanget av barn og unge som mottok kommunale helse- og omsorgstjenester generelt var høyere i mindre befolkningsrike og mindre sentrale kommuner, enn i større og sentralt beliggende kommuner.

I fortsettelsen beskriver vi de største forskjellene knyttet til (i) bruk av somatiske sykehus, (ii) bruk av psykisk helsevern, (iii) bruk av vedtaksplichtige kommunale HO-tjenester og (iv) bruk av allmennlegetjenester blant barn og unge i vårt utvalg.

### **Bruk av somatiske sykehus**

Forskjellene mellom helsefellesskapene i barn og unges bruk av somatiske sykehus er generelt større for aldersgruppen 0-12 år enn for gruppen mellom 13 og 20 år. Forskjellene i bruk av somatiske sykehus er også generelt større for gruppene med psykisk sykdom og kommunale tjenester enn for gruppen med somatisk sykdom.

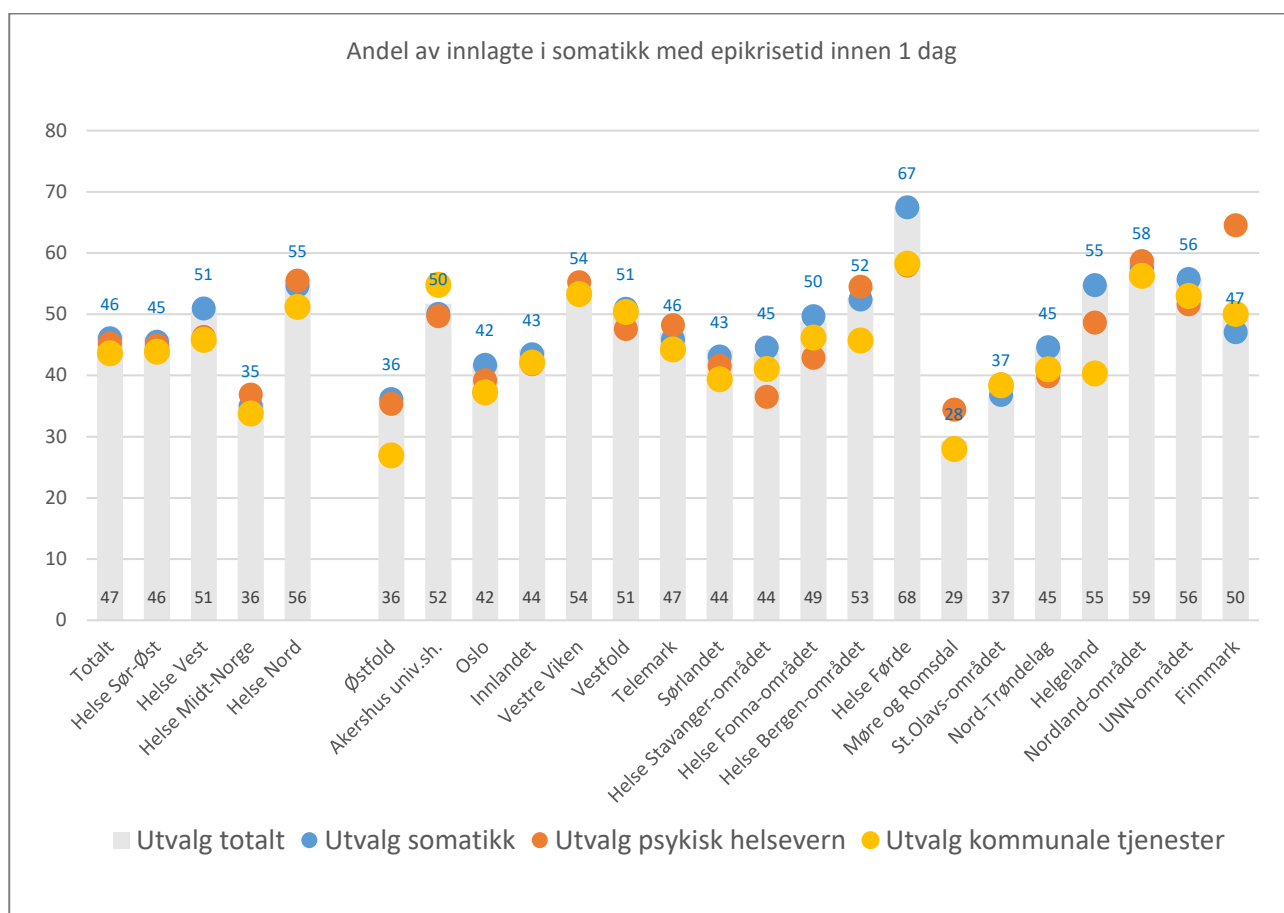
For utvalget totalt sett er forskjellene knyttet til bruk av somatiske sykehus størst for *andel med epikrise sendt innen 1 dag* (se figur 5.1), her varierer andelen fra 29 prosent i helsefellesskapet for Møre og Romsdal til 68 prosent i Helse Førdes helsefellesskap. Disse tallene er fra 2019, og de nasjonale kvalitetsindikatorne viser at andelen har økt etter dette tidspunktet. Uavhengig av alder ble 57 prosent av epikrisene sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatiske sykehus i 2019, mens andelen i 2021 var økt til 66 prosent. Variasjonen mellom helseforetakene i andel epikriser som ble sendt ut innen 1 dag i



2021 var mellom 55 og 78 prosent<sup>27</sup>. Vi finner at barn og unge som har vært innlagt og er bosatt i de minst sentrale kommunene har en noe høyere andel av epikriser sendt innen 1 dag enn øvrige kommuner, men det er ingen systematiske forskjeller mellom de mest sentrale kommunene og de nest minst sentrale.

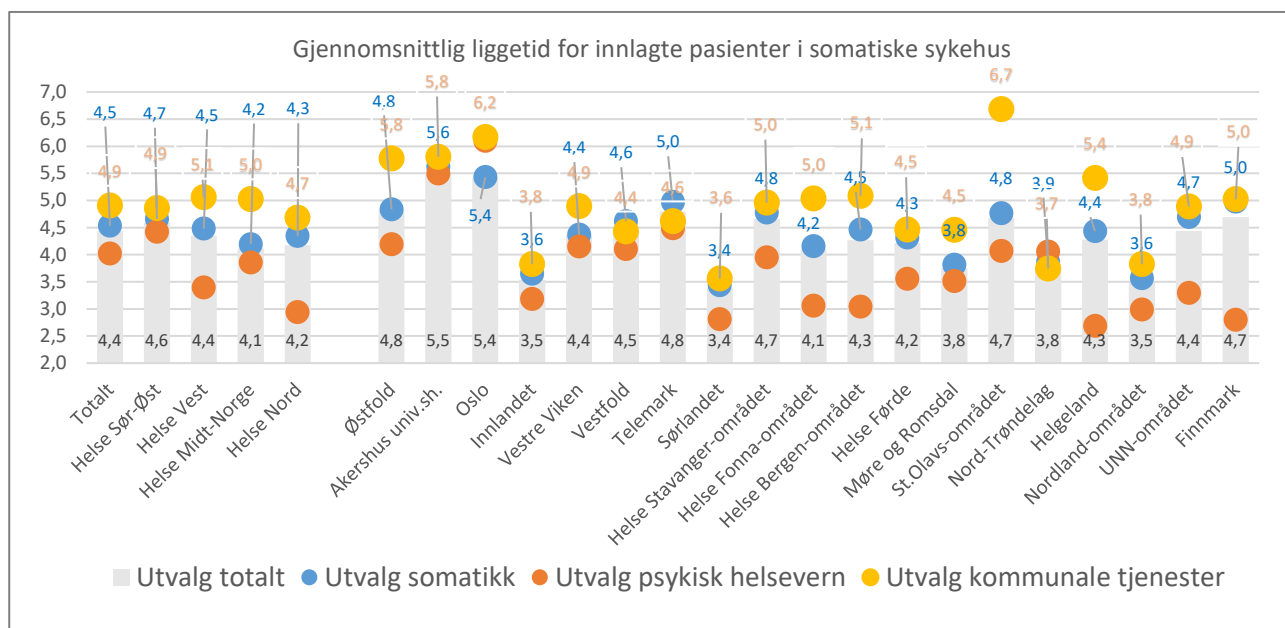
For utvalget totalt, er det 63 prosent forskjell i *gjennomsnittlig liggetid på somatiske sykehus* (se figur 5.2). Den største variasjonen knyttes til Sørlandet sykehus med gjennomsnittlig liggetid på 3,4 dager og til Akershus universitetssykehus sitt helsefelleskap som har en gjennomsnittlig liggetid for utvalget av barn og unge totalt på 5,5 dager. Sørlandet sykehus har kortere gjennomsnittlig liggetid enn landsgjennomsnittet for alle undergruppene, mens Akershus universitetssykehus sitt helsefelleskapsområde har høyere liggetid enn landsgjennomsnittet. Forskjellene mellom helsefelleskap knyttet til gjennomsnittlig liggetid på sykehus for disse pasientgruppene forklares i noen grad av strukturelle forskjeller som befolkningsstørrelse og sentralitet. Barn og unge som er bosatt i de mest sentrale og folkerike kommunene, har lengre gjennomsnittlig liggetid på somatiske sykehus enn barn og unge som er bosatt i mindre sentrale og mindre befolkningsrike kommuner (se figur 5.3).

**Figur 5.1** Andel av barn og unge 0-20 år med omfattende/langvarig behov for helse- og omsorgstjenester hvor epikrise ble sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatiske sykehus. Data fra NPR og KPR 2019.

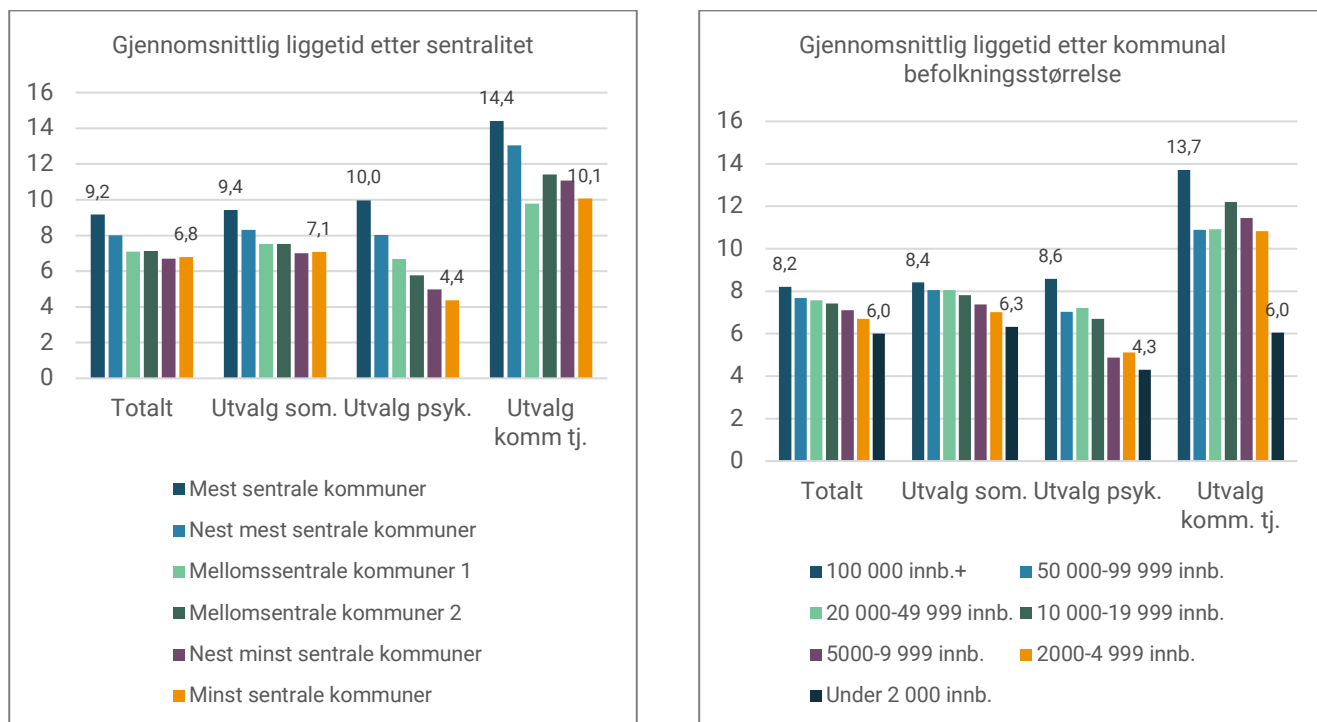


<sup>27</sup> De referte tallene på andel epikriser sendt innen 1 dag refererer til gjennomsnitt for alle pasienter. Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer, Helsedirektoratet.

**Figur 5.2 Gjennomsnittlig liggetid på somatisk sykehus for barn og unge 0-20 år med omfattende/langvarig behov for helse- og omsorgstjenester. Data fra NPR og KPR 2019.**

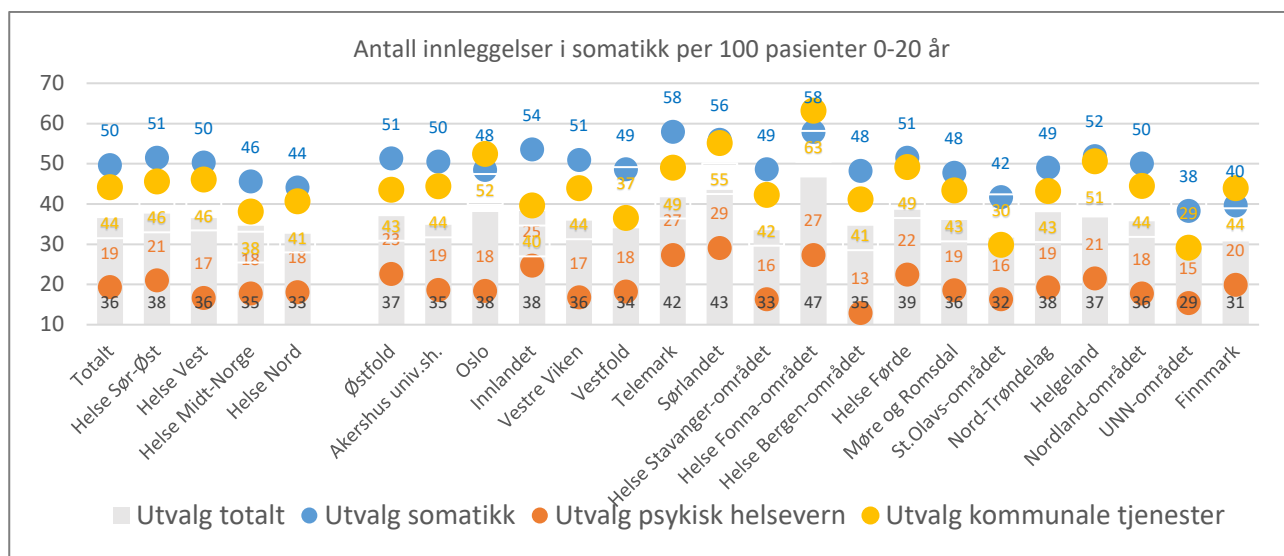


**Figur 5.3 Forskjeller i gjennomsnittlig liggetid på somatiske sykehus for barn og unge 0-20 år med omfattende og/eller langvarig behov for helse- og omsorgstjenester etter bostedskommunens sentralitet. Data fra NPR og KPR 2019.**

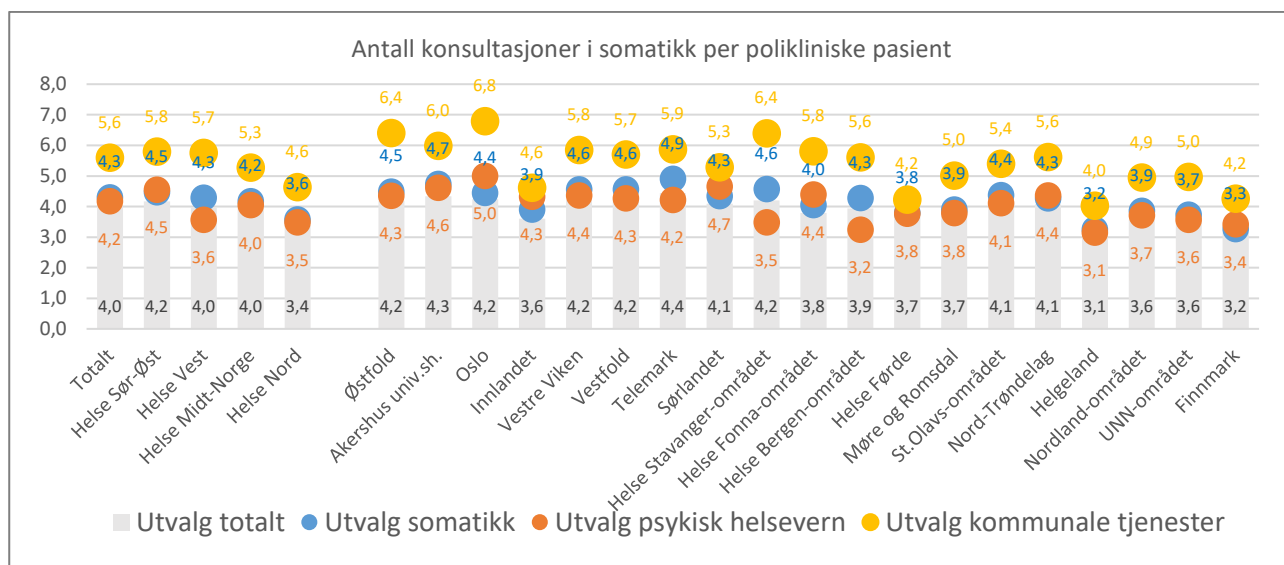


Andre forhold som viser variasjon er *antallet innleggelses på somatiske sykehus per 100 barn og unge i utvalgene* (se figur 5.4). For utvalget totalt, varierer antallet innleggelses fra 29 per 100 barn og unge i UNN-området til 47 i Helse Fonna-området. For utvalget med somatisk sykdom går forskjellene fra 38 i UNN-området til 58 i Helse Fonna-området. Helsefelleskapet knyttet til Helse Fonna har også flest innleggelses for øyeblikkelig hjelp per 100 barn og unge.

**Figur 5.4** Antall innleggelser på somatisk sykehus per 100 barn og unge 0-20 år med omfattende/langvarig behov for helse- og omsorgstjenester. Data fra NPR og KPR 2019.

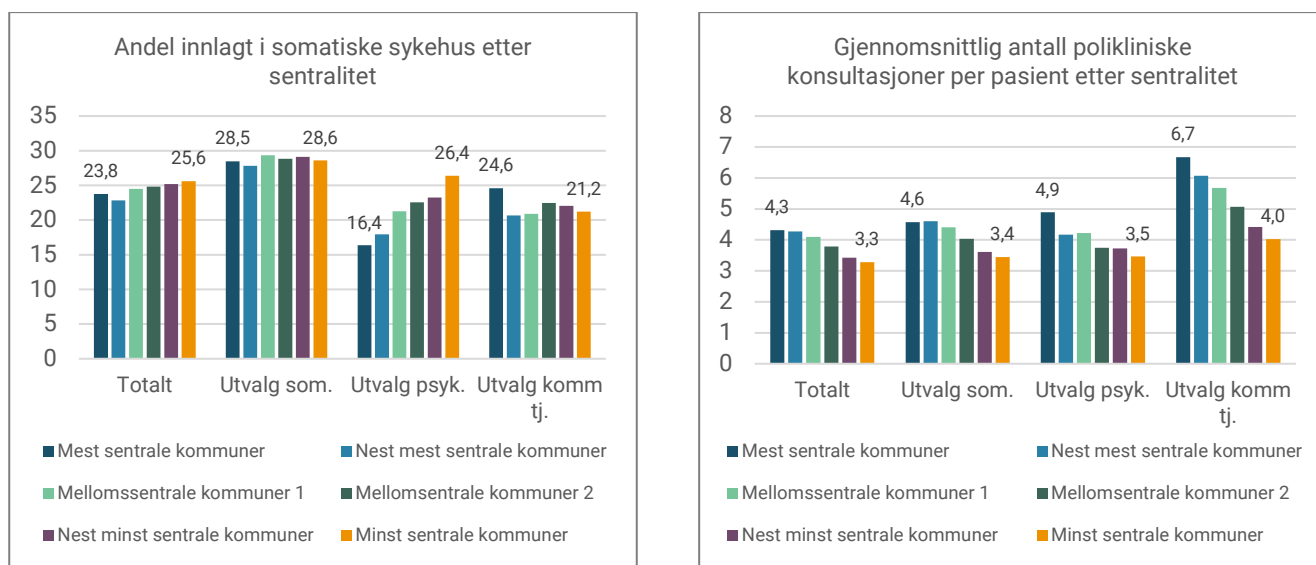


**Figur 5.5** Gjennomsnittlig antall polikliniske konsultasjoner på somatisk sykehus per polikliniske pasient 0-20 år med omfattende/langvarig behov for helse- og omsorgstjenester. Data fra NPR og KPR 2019.



For utvalget totalt varierer antallet polikliniske konsultasjoner per pasient fra 3,1 i Helgeland til 4,4 i Telemark. Dette tilsvarer en forskjell på 44 prosent. Omfanget av polikliniske konsultasjoner var høyest for gruppen med kommunale helse- og omsorgstjenester, hvor omfanget varierte fra 4,0 i Helgeland til 6,8 i Oslo. For gruppen med somatisk sykdom, er variasjonen fra 3,2 i Helgeland til 4,9 i Telemark. Det kan være at pasientgruppene i disse to helsefelleskapsområdene har ulik sammensetning mht diagnoser, men forskjellene kan også indikere ulik tilgjengelighet og/eller behandlingspraksis. For disse pasientgruppene har Telemark et relativt sett høyt nivå av både antall innleggelser per 100 pasienter, antall polikliniske konsultasjoner per polikliniske pasient samt noe lengre liggetid enn gjennomsnittet for innlagte pasienter på somatiske sykehus.

**Figur 5.6** Forskjeller i andel innlagte og antall polikliniske konsultasjoner per pasient for barn og unge 0-20 år med omfattende og/eller langvarig behov for helse- og omsorgstjenester etter bostedskommunens sentralitet. Bruk av somatiske sykehus. Data fra NPR og KPR 2019.



For både andel innlagte og antall polikliniske konsultasjoner per pasient, finner vi systematiske sammenhenger knyttet til bosted og sentralitet. Barn og unge som er bosatt i de minst sentrale kommunene blir noe oftere innlagt på somatiske sykehus og har færre polikliniske konsultasjoner per pasient enn barn og unge som bor i mer sentrale kommuner. For andel innlagte er sammenhengen med sentralitet tydeligst for gruppen med psykisk sykdom.

### Bruk av psykisk helsevern

Forskjellene mellom helsefelleskapene knyttet til barn og unges bruk av psykisk helsevern er større enn for bruk av somatiske sykehus. For gruppen 0-12 år er det få pasienter og svært store variasjoner som kan være ustabile, og vi har derfor tatt utgangspunkt i gruppen mellom 13 og 20 år. En del av data, som innleggelses i psykisk helsevern for gruppen med somatisk sykdom, inneholder for få pasienter til at det gir statistisk mening å diskutere forskjellene mellom helsefelleskapene, og er utelatt i figurene.

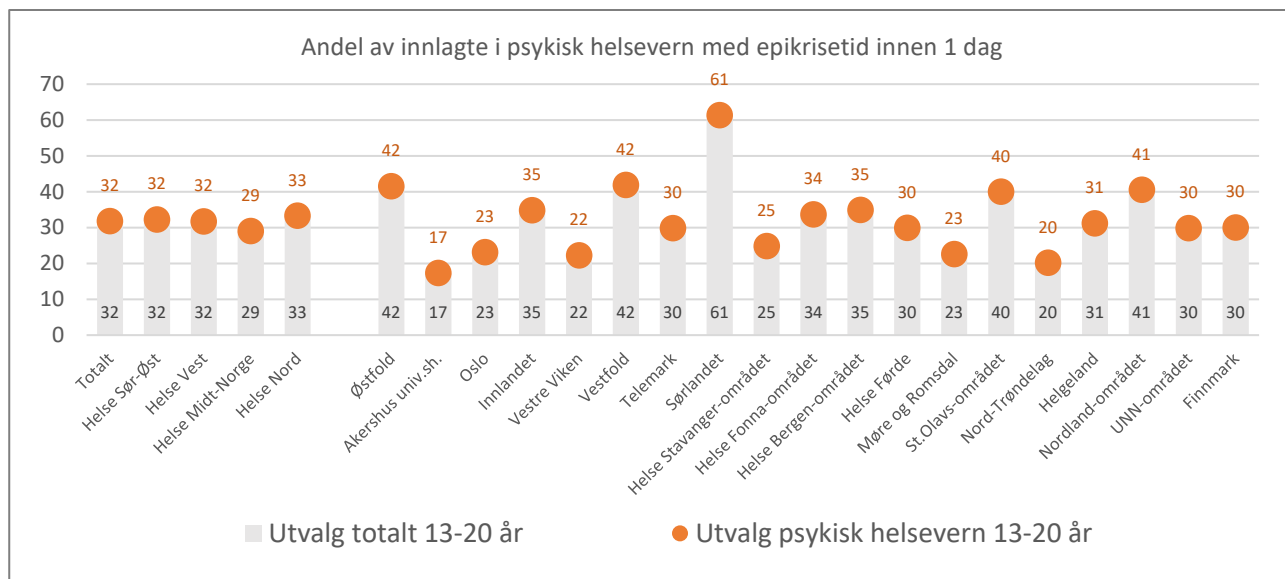
For utvalget totalt og aldersgruppen 13-20 år, samt utvalget med psykisk sykdom finner vi (i likhet med analysene av bruk av somatiske sykehus) at forskjellene mellom helsefelleskapene er størst med hensyn til *andel med epikrise sendt innen 1 dag etter utskrivning*. For utvalget totalt og utvalget med psykisk sykdom går variasjonen mellom Akershus universitetssykehus sitt helsefelleskap med 17 prosent til Sørlandet sykehus sitt helsefelleskap med 61 prosent. Se figur 5.7.

For utvalget med psykisk sykdom i alderen 13-20 år varierer *antallet innleggelses i psykisk helsevern per 100 pasienter* fra 20 i Oslo til 42 i Østfold (figur 5.8). Helsefelleskapene rundt Helse Bergen og Helse Finnmark har også rundt 40 innleggelses per 100 pasienter, mens Akershus, Vestre Viken og Vestfold ligger nært Oslo's nivå med omtrent halvparten så mange innleggeser.

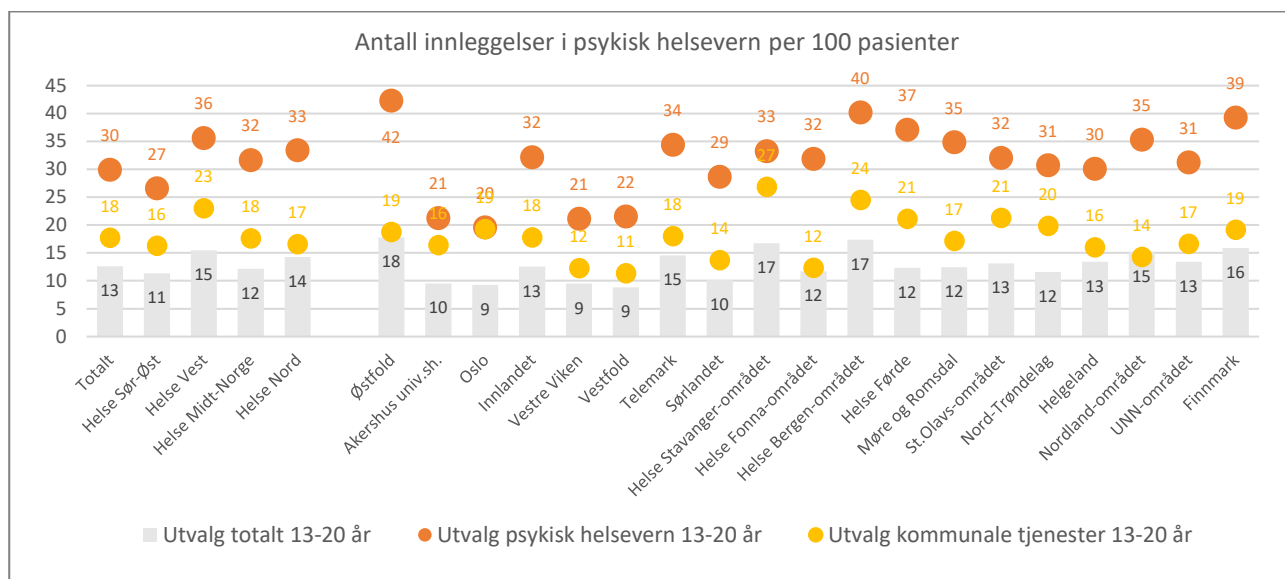
Det er også betydelige forskjeller (196 prosent) i *gjennomsnittlig oppholdstid for innlagte pasienter i psykisk helsevern* (se figur 5.9). For utvalget med psykisk sykdom varierer gjennomsnittlig oppholdstid i psykisk helsevern fra 10 dager i Sørlandet og Helse Fonna til 31 dager i Oslo.

For utvalget med psykisk sykdom i alderen 13-20 år, varierer *gjennomsnittlig antall polikliniske konsultasjoner per pasient* med 81 prosent (se figur 5.10). Høyest nivå finner vi for helsefellesskapet i Vestfold med 30 konsultasjoner per pasient, mens Nord-Trøndelag har 16.

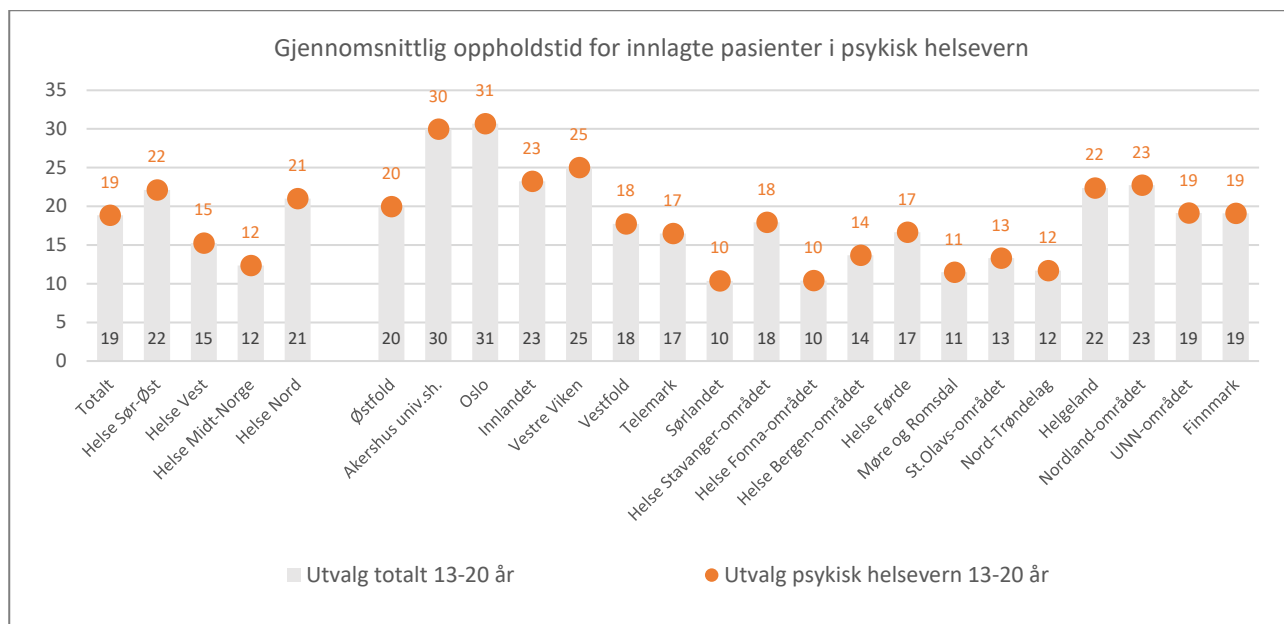
**Figur 5.7** Andel av barn og unge 13-20 år med omfattende/langvarig behov for helse- og omsorgstjenester hvor epikrise ble sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern. Data fra NPR og KPR 2019.



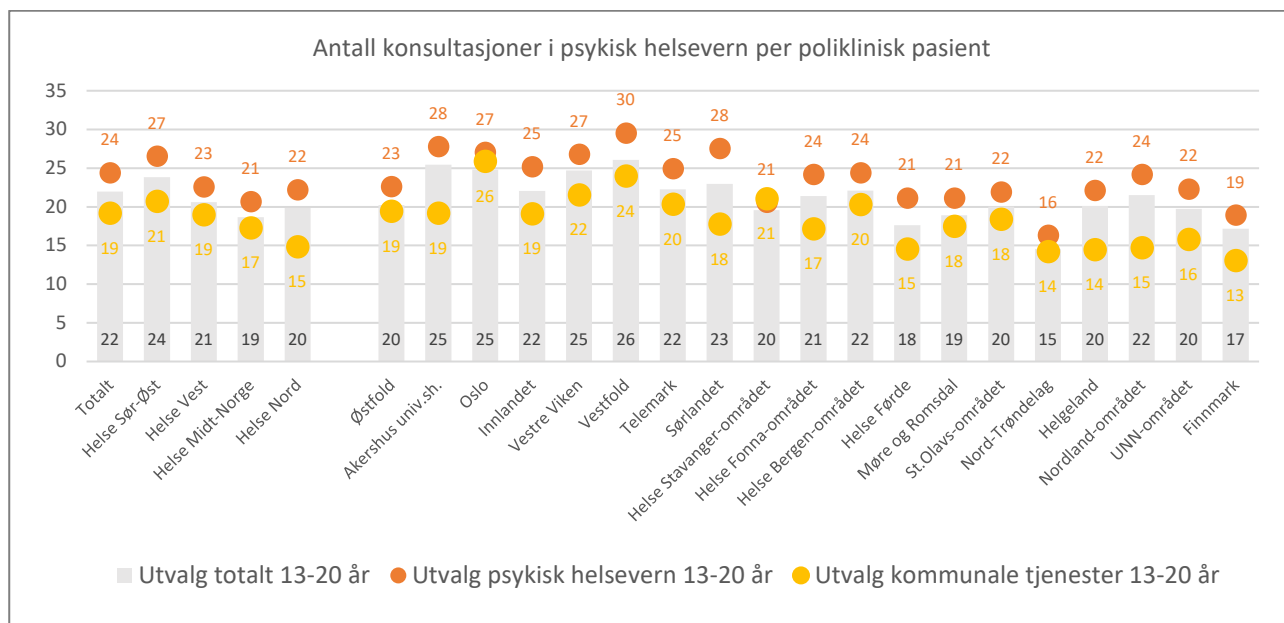
**Figur 5.8** Antall innleggelser i psykisk helsevern per 100 barn og unge 13-20 år med omfattende/langvarig behov for helse- og omsorgstjenester. Data fra NPR og KPR 2019.



**Figur 5.9** Gjennomsnittlig oppholdstid i psykisk helsevern for innlagte barn og unge 13-20 år med omfattende/langvarig behov for helse- og omsorgstjenester. Data fra NPR og KPR 2019.

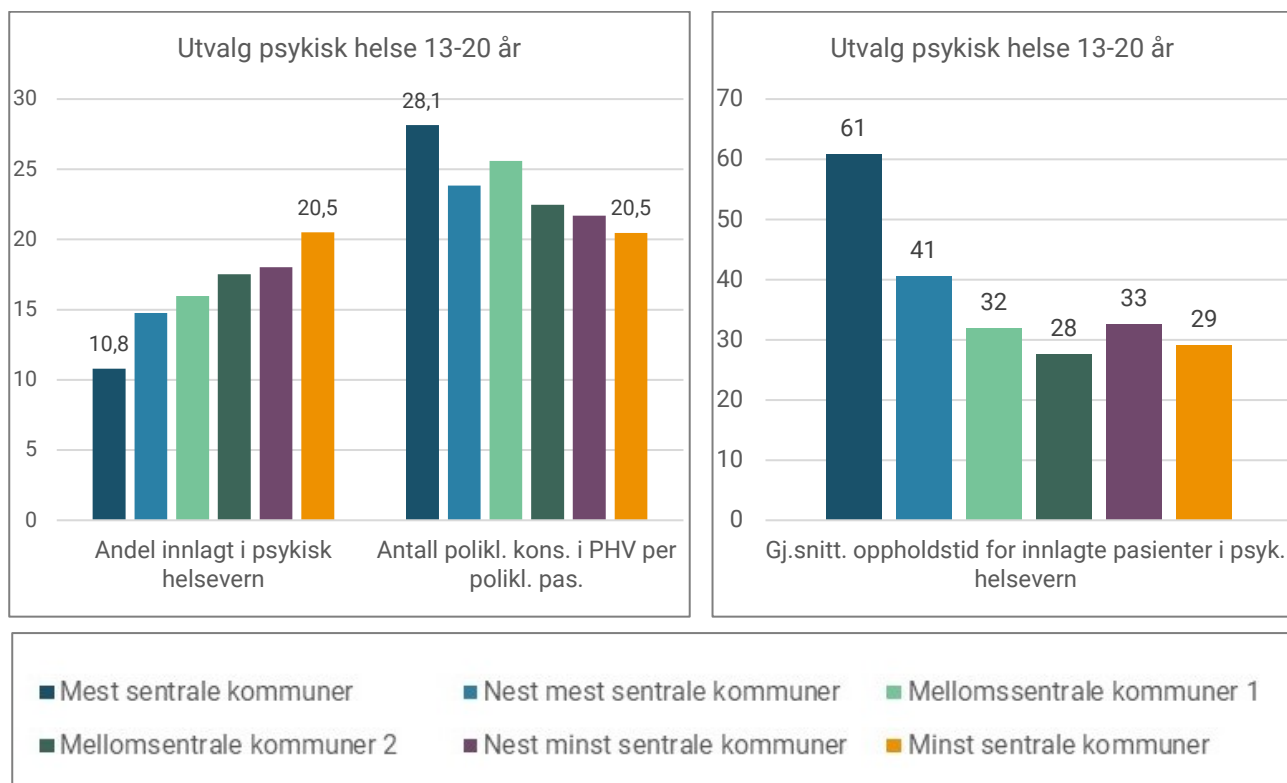


**Figur 5.10** Gjennomsnittlig antall polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern per polikliniske pasient 13-20 år med omfattende/langvarig behov for helse- og omsorgstjenester. Data fra NPR og KPR 2019.



Forskjellene mellom kommuner og helsefelleskap i bruk av psykisk helsevern, er knyttet til kommunenes sentralitet. Barn og unge som er bosatt i de minst sentrale kommunene blir oftere innlagt i psykisk helsevern, men har kortere oppholdstid og færre polikliniske konsultasjoner per pasient enn barn og unge som bor i mer sentrale kommuner.

**Figur 5.11** Forskjeller i gjennomsnittlig oppholdstid og antall polikliniske konsultasjoner per pasient for barn og unge 0-20 år med omfattende og/eller langvarig behov for helse- og omsorgstjenester etter bostedskommunens sentralitet. Bruk av psykisk helsevern. Data fra NPR og KPR 2019.



### Bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester

Forskjellene mellom helsefelleskapene knyttet til vedtakspliktige kommunale pleie og omsorgstjenester er større enn for bruk av somatiske sykehus og psykisk helsevern. For gruppen 0-12 år er det få pasienter og voldsomme variasjoner, vi har derfor tatt utgangspunkt i gruppen mellom 13 og 20 år.

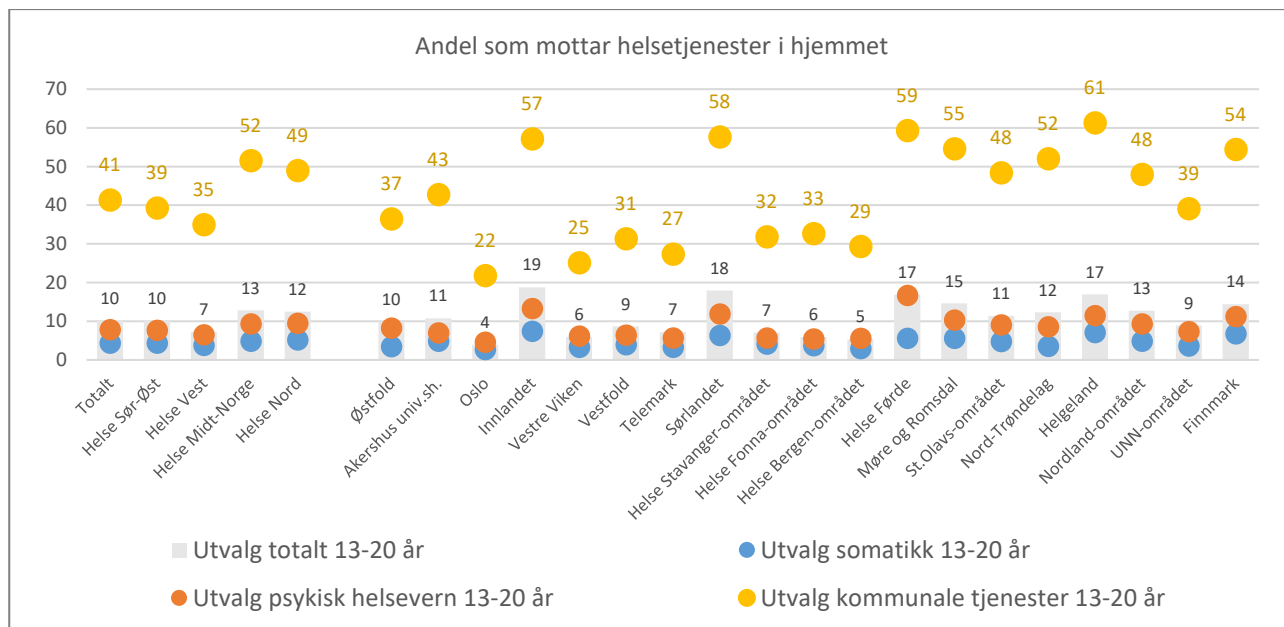
For utvalget totalt og aldersgruppen 13-20 år, er det 381 prosent forskjell mellom helsefelleskapene i andelen som mottar *helsetjenester i hjemmet* (se figur 5.12). Andelen varierer fra 4 prosent i Oslo til 19 prosent i Innlandet sitt helsefelleskapsområde. For barn og unge 13-20 år som inngår i utvalget med kommunale helse- og omsorgstjenester varierer andelen fra 22 prosent i Oslo til 61 prosent i Helgeland.

For utvalget totalt, og utvalget med kommunale helse- og omsorgstjenester finner vi også betydelige forskjeller i andelen av barn og unge hvor det er bevilget *omsorgslønn* (se figur 5.13). For utvalget med kommunale tjenester varierer dette fra 12 prosent i Nord-Trøndelag til 48 prosent i Telemark. Vi har imidlertid ikke informasjon om hvor stor stillingsprosent som er innvilget, og dette kan ha betydning for hvor mange som mottar slik støtte.

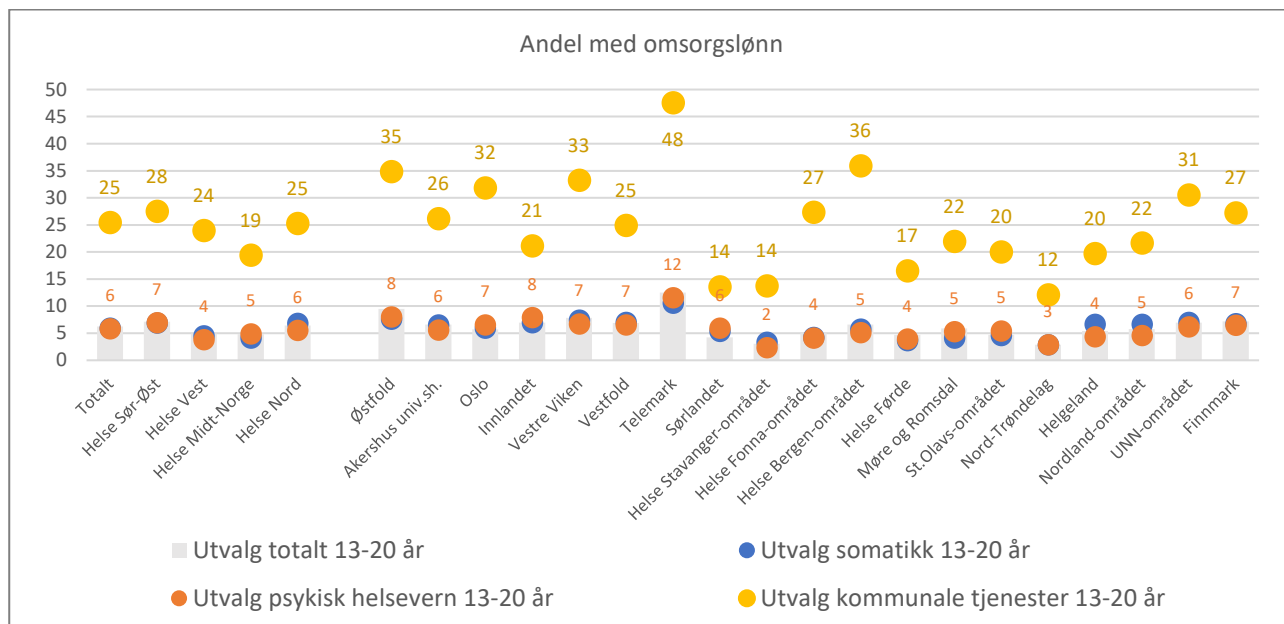
For utvalget totalt varierer andelen av barn og unge med *individuell plan* fra 7 til 11 prosent i hhv Helgeland og Innlandet sine helsefelleskapsområder, men for utvalget med kommunale tjenester går variasjonen fra 25 prosent i Helgeland til 54 prosent i Helse Fonna (se figur 5.14). Andelen av barn og unge 13-20 år med omfattende eller langvarig behov for helse- og omsorgstjenester på grunn av psykisk sykdom som har individuell plan varierer fra 6 prosent i Helse Stavanger til 12 prosent i Innlandet og Finnmark helsefelleskap.

Vi finner også betydelige forskjeller mellom helsefelleskapene i andelen som mottar *avlastning* i eller utenfor hjemmet (se figur 5.15). For utvalgene med hhv somatisk eller psykisk sykdom er andelen som mottar avlastning 8 og 9 prosent, og forskjellene er rundt 100 prosent (fra 5 til 10 prosent for utvalget med somatisk sykdom og 6 til 12 prosent for utvalget med psykisk sykdom). I gruppen som mottar kommunale tjenester varierer andelen fra 21 prosent i Finnmark til 49 prosent i Vestre Viken.

**Figur 5.12** Andel av barn og unge 13-20 år med omfattende/langvarig behov for helse- og omsorgstjenester hvor det er gjort vedtak om helsetjenester i hjemmet. Data fra NPR og KPR 2019.

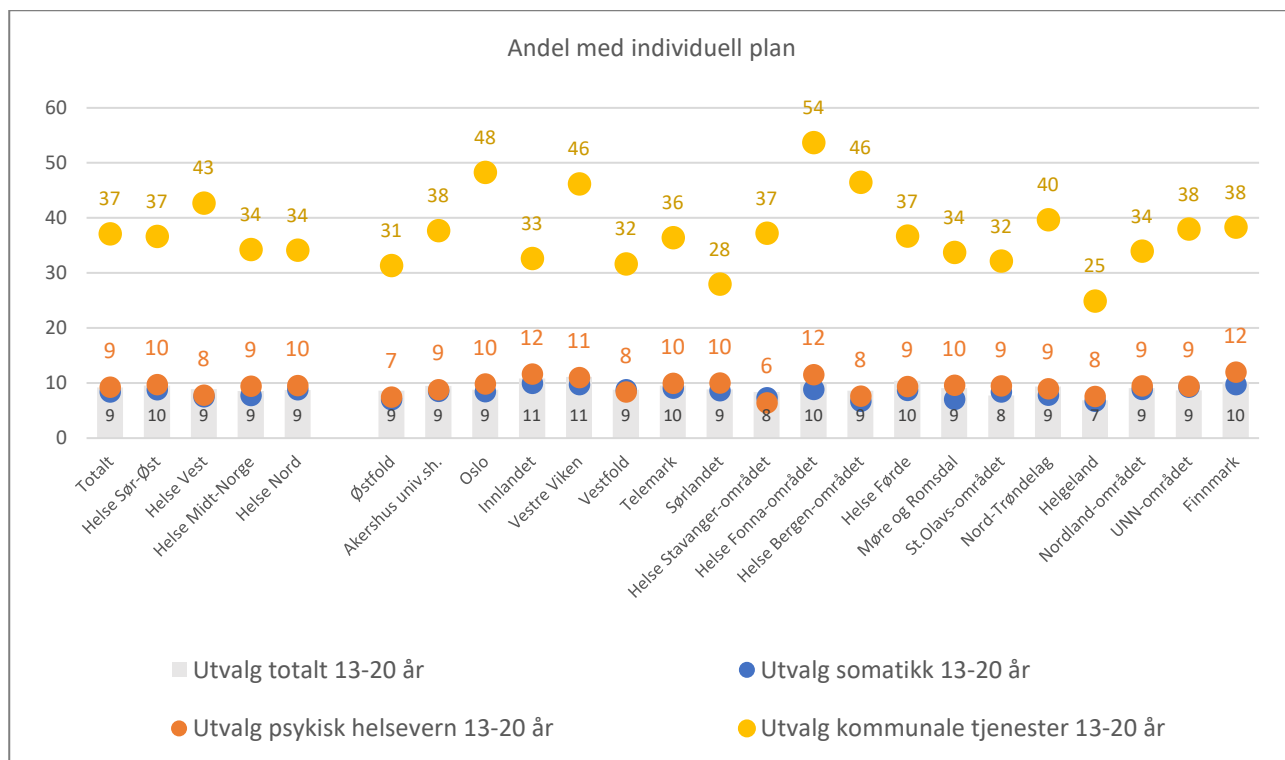


**Figur 5.13** Andel av barn og unge 13-20 år med omfattende/langvarig behov for helse- og omsorgstjenester hvor det er gjort vedtak om omsorgslønn. Data fra NPR og KPR 2019.

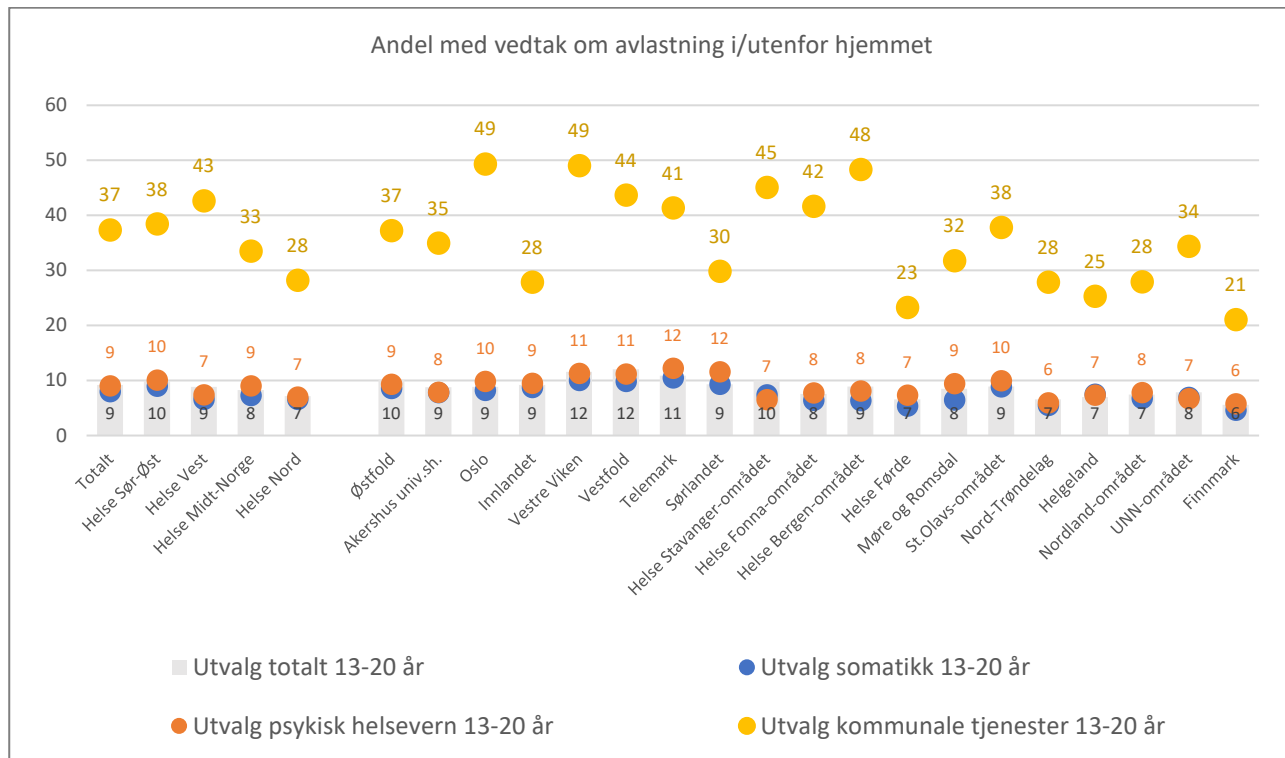




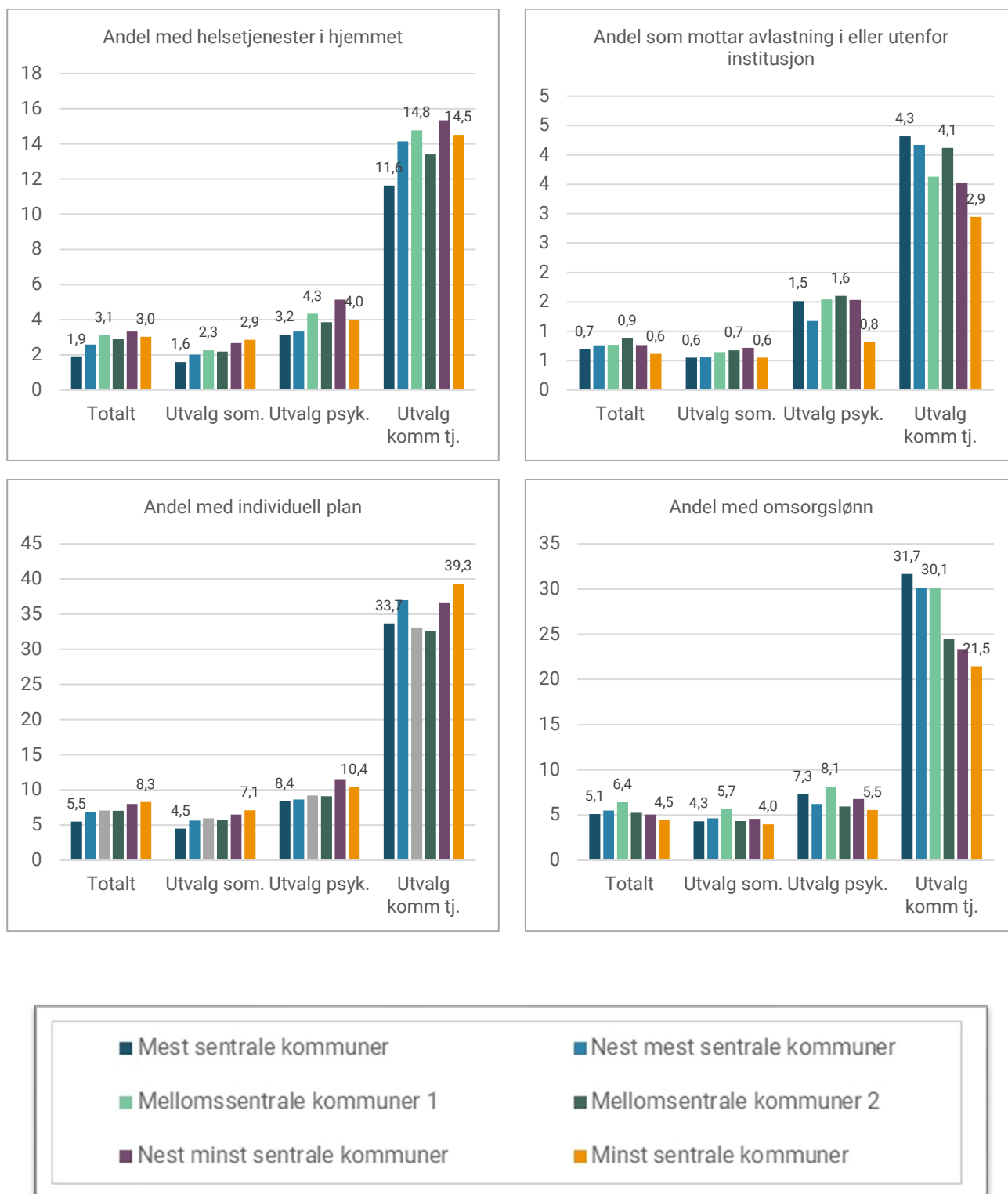
**Figur 5.14** Andel av barn og unge 13-20 år med omfattende/langvarig behov for helse- og omsorgstjenester som er registrert med individuell plan (IP) eller har avslått IP. Data fra NPR og KPR 2019.



**Figur 5.15** Andel av barn og unge 13-20 år med omfattende/langvarig behov for helse- og omsorgstjenester hvor det er gjort vedtak om avlastning i/utenfor institusjon. Data fra NPR og KPR 2019.



**Figur 5.16** Forskjeller i andel mottakere av vedtakspliktige kommunale helse- og omsorgstjenester for barn og unge 0-20 år med omfattende og/eller langvarig behov for helse- og omsorgstjenester etter bostedskommunens sentralitet. Data fra NPR og KPR 2019.



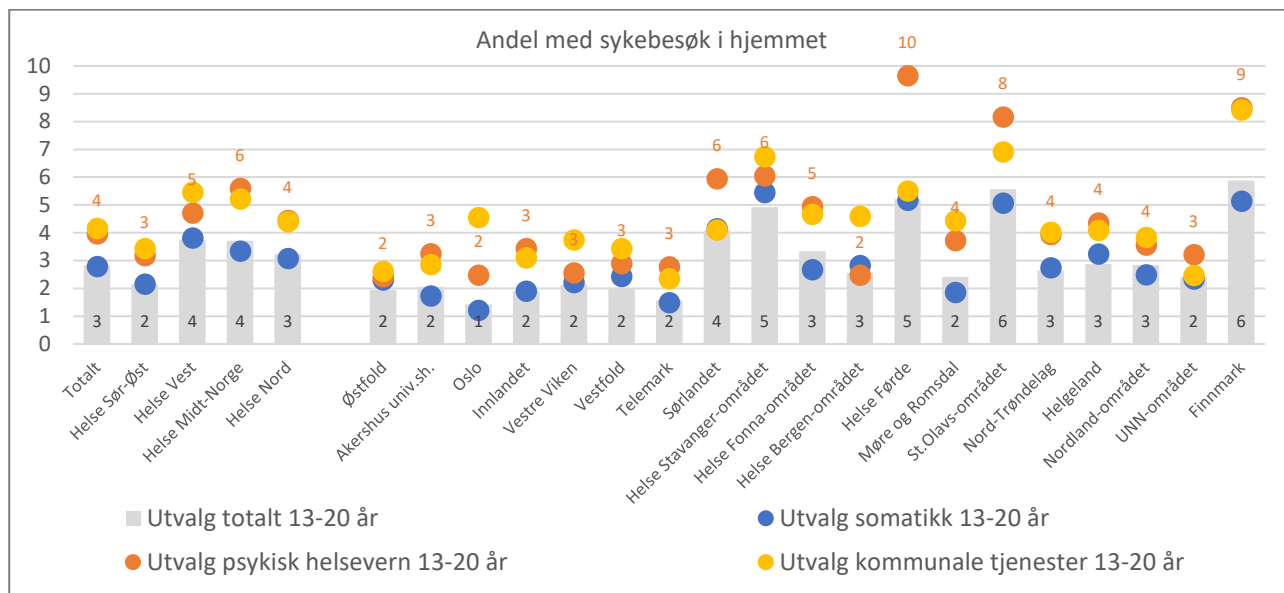
Data viser indikasjoner på at barn og unge som bor i de minst sentrale kommunene er noe oftere mottakere av helsetjenester i hjemmet og har oftere en individuell plan enn barn og unge i de mest sentrale kommunene. I de minst sentrale kommunene er det imidlertid også en lavere andel som mottar avlastning i/utenfor hjemmet, samt omsorgslønn.

### Bruk av allmennlegetjenester

De områdene som viser størst prosentvis variasjon med hensyn til bruk av allmennlegetjenester er andel som har mottatt *sykebesøk i hjemmet*, og hvor ofte man har brukt *legevakt*. Dette gjelder for utvalget totalt, og for de tre undergruppene. Ettersom andel med sykebesøk i hjemmet generelt er lavt for disse gruppene, er de tallmessige forskjellene ikke så store og varierer fra 0,7 prosent av utvalget med somatisk sykdom i Oslo til 8,7 prosent av utvalget med kommunale tjenester i Finnmark. Andel med sykebesøk i hjemmet er nært koblet til sentralitet, og er generelt høyere i de minst sentrale kommunene enn i de mest sentrale (se figur 5.20).

For utvalget totalt i alderen 13-20 år, varierte andel av barn og unge med konsultasjon hos legevakt fra 23 prosent i St. Olavs helsefelleskap til 40 prosent i Finnmark. Det er betydelige forskjeller i andel med konsultasjon hos legevakt i alle utvalgene, men i mange helsefelleskap er det barn og unge med psykisk sykdom som i størst grad har hatt kontakt med legevakt. Forskjellene mellom helsefelleskapene er størst for utvalget med kommunale tjenester. Vi finner at bruk av legevakt er noe lavere i de mest sentrale kommunene enn i andre kommuner, og er høyest i mellomsentrale kommuner (se figur 5.20).

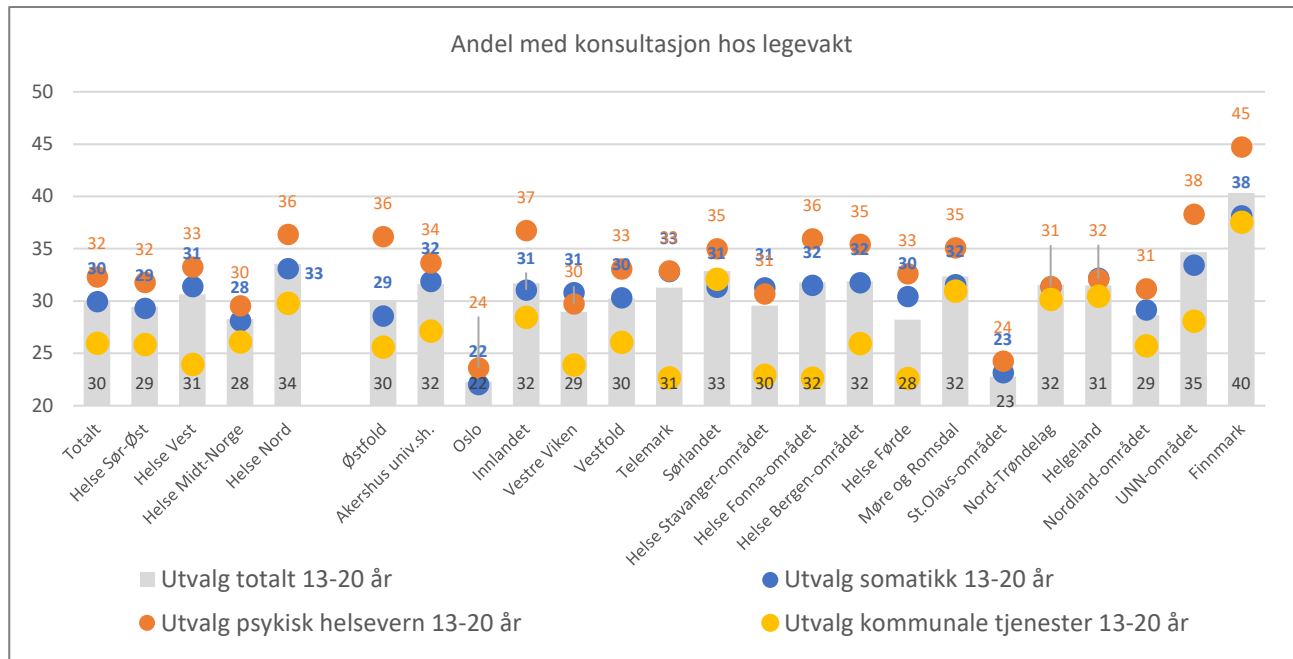
**Figur 5.17** Andel av barn og unge 13-20 år med omfattende/langvarig behov for helse- og omsorgstjenester som mottok sykebesøk i hjemmet. Data fra NPR og KPR 2019



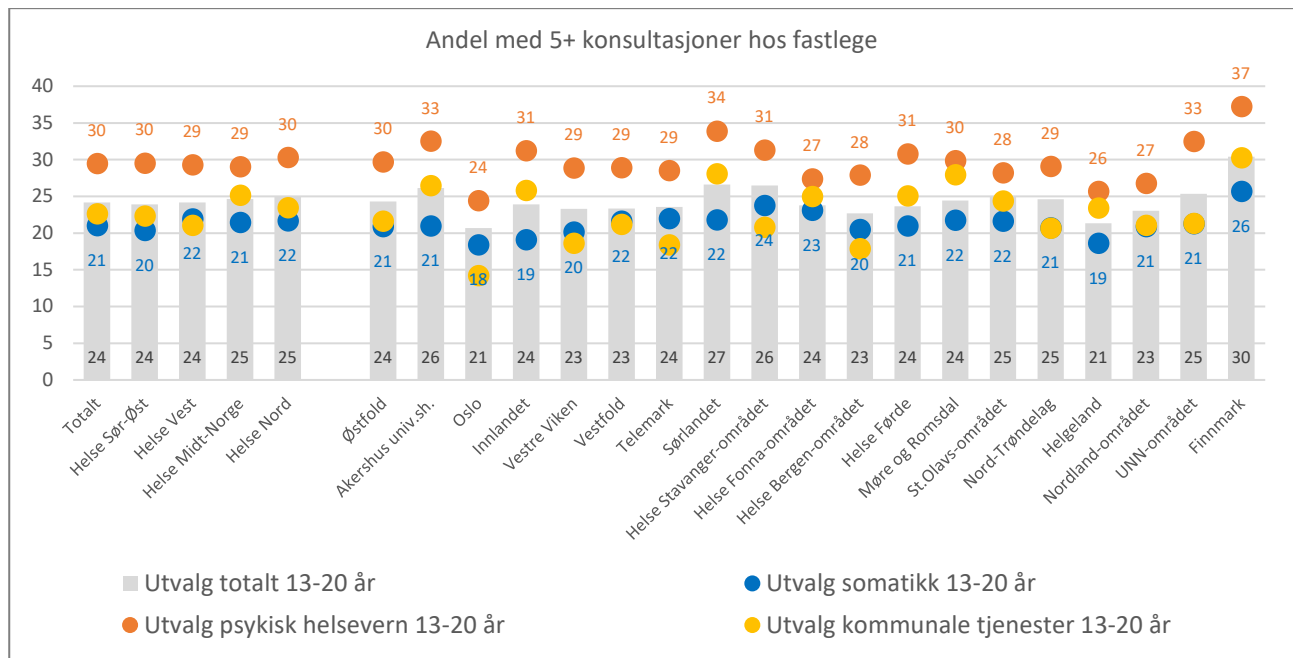
Figur 5.19 viser andel av barn og unge i alderen 13-20 år som har hatt fem eller flere konsultasjoner hos fastlege i løpet av året. Utvalget med psykisk sykdom har høyest andel, og for denne gruppen varierer helsefelleskapene fra 24 prosent i Oslo til 37 prosent i Finnmark. For gruppen med somatisk sykdom er det noe mindre variasjon, og går fra 18 prosent i Oslo til 26 prosent i Finnmark. Bruk av fastlege for utvalgene med psykisk sykdom og for de som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester ser ut til å

være knyttet til sentralitet. Pasienter i de minst sentrale kommunene har noe flere fastlegekonsultasjoner i gjennomsnitt enn pasienter fra de mest sentrale kommunene (se figur 5.20).

**Figur 5.18** Andel av barn og unge 13-20 år med omfattende/langvarig behov for helse- og omsorgstjenester som hadde konsultasjon hos legevakt. Data fra NPR og KPR 2019

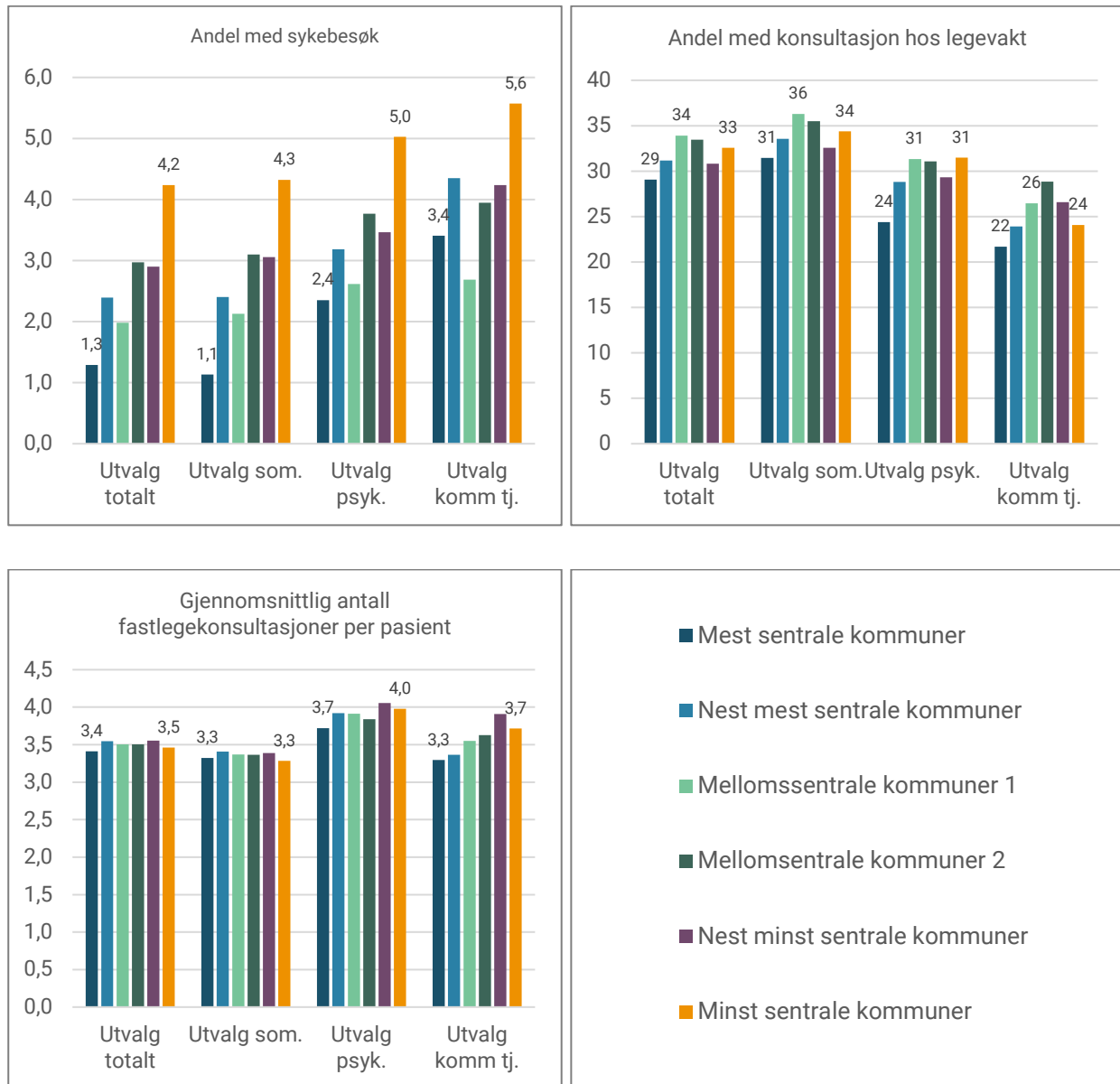


**Figur 5.19** Andel av barn og unge 13-20 år med omfattende/langvarig behov for helse- og omsorgstjenester som hadde 5 eller flere konsultasjoner hos fastlege i løpet av året. Data fra NPR og KPR 2019



Figur 5.20

Forskjeller i gjennomsnittlig antall fastlegekonsultasjoner per pasient, samt andel med sykebesøk og med konsultasjon hos legevakt blant barn og unge 0-20 år med omfattende og/eller langvarig behov for helse- og omsorgstjenester etter bostedskommunens sentralitet. Data fra NPR og KPR 2019.



## 6. Hvordan kan helsefelleskapene bruke informasjonen fra figurene?

Styringsinformasjon og kvalitetsindikatorer for helsefelleskapene kan gi et godt og felles kunnskapsgrunnlag for diskusjon og den videre utviklingen av helsetjenestene. Når man skal samarbeide, er det viktig at man har en felles forståelse av situasjonen. *En god måte å få til dette på, er å sammenligne seg med andre helsefelleskap.*

Det som er viktig – og som er nytt i disse analysene – er at vi ser på bruk av tjenester på tvers av forvaltningsnivåene i helsetjenestene (primær- og spesialisthelsetjeneste). For de fire prioriterte pasientgruppene i NHSP, så er den viktigste konklusjonen fra analysene at det gir god og nyttig informasjon å studere bruk av helse- og omsorgstjenester på tvers av forvaltningsnivå. Det er viktig å ta utgangspunkt i pasienten/brukeren, - ikke i forvaltningsnivåene. Når vi tar utgangspunkt i en pasientgruppe som defineres gjennom diagnoser i spesialisthelsetjenesten, og ser på hvilke omsorgstjenester og allmennlegetjenester som disse pasientene får, finner vi store forskjeller i kommunalt tjenestetilbud, særlig mht *omfanget* av tjenester.

Tilsvarende finner vi også motsatte forskjeller, om vi tar utgangspunkt i de personene i kommunene som er definert med størst bistandsbehov, ser vi at disse følges opp veldig ulikt av spesialisthelsetjenesten og allmennlegetjenesten. Dette gjelder både skrøpelige eldre (tidligere analyser) og denne analysen av barn og unge som mottar vedtakspliktige kommunale helse- og omsorgstjenester

Vedleggene til denne rapporten gir styringsinformasjon til helsefelleskapene. Vi oppfordrer helsefelleskapene til å ta utgangspunkt i de fem vedleggene og gjennomgå resultatene.

Figurene i **grønt vedlegg** (forskjeller mellom utvalgene) gir en oppsummering av resultatene for utvalget totalt og for alle de tre undergruppene. Det er et godt grunnlag for oversikt og overblikk for eget helsefelleskap i sammenligning med andre, og kan benyttes som grunnlag for dialog i helsefelleskapene. Grønt vedlegg inneholder imidlertid ikke informasjon om forskjeller mellom aldersgruppene.

Figurene i **grått vedlegg** gir en oppsummering av resultatene for utvalget totalt fordelt på aldersgruppene 0-12 år og 13-20 år. Det gir tilleggsinformasjon til grønt vedlegg.

Figurene i **blått, oransje og gult vedlegg** gir statistikk for hver av undergruppene i utvalget, henholdsvis pasienter med somatisk sykdom (blått vedlegg), pasienter med psykisk sykdom (oransje vedlegg) og barn og unge som mottar vedtakspliktige kommunale helse- og omsorgstjenester (gult vedlegg). Disse vedleggene er ment å gi særskilt informasjon til de som ønsker å se nærmere på en av undergruppene.

I gjennomgangen av vedleggene er det tre spørsmål som helsefellesskapene bør stille seg:

### (1) Hvordan er omfanget av pasienter og brukere i denne prioriterte pasientgruppen i vårt helsefellesskap sammenlignet med andre?

Det første spørsmålet man bør stille, er hvorvidt omfanget av pasientgruppene er høyere eller lavere i eget helsefellesskap i sammenligning med andre. Hvordan er gjennomsnittsnivået for helsefellesskapet? Og hvor stor er spredningen mellom kommunene i eget helsefellesskap, sammenlignet med andre? Er det noen kommuner som er spesielt avvikende? Tall for alle kommuner på omfanget av antall pasienter og brukere er gjengitt i vedlegget til denne rapporten.

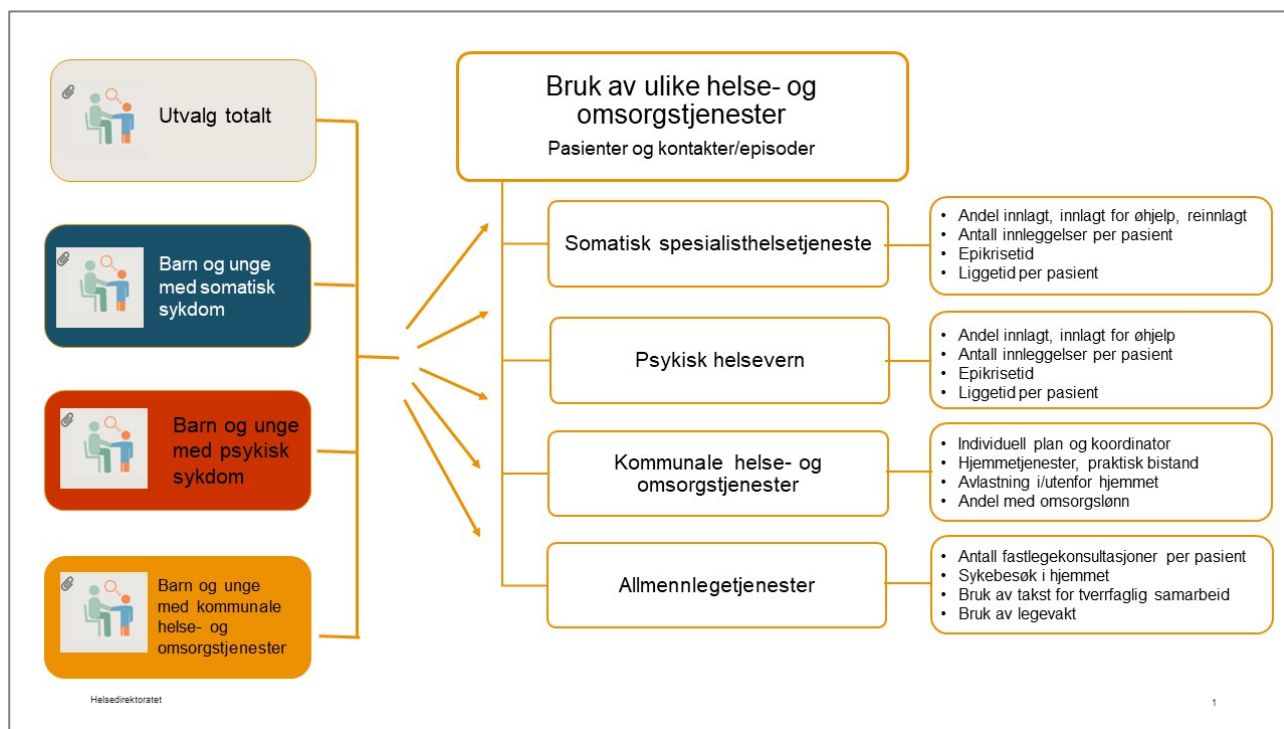
### (2) I hvilken grad er andelen som mottar/bruker en tjeneste forskjellig fra andre helsefellesskap?

Det neste spørsmålet som bør stilles, er om andelen som mottar en tjeneste er særskilt høy eller lav i sammenligning med andre helsefellesskap. Andelen som mottar en tjeneste kan også sees i sammenheng med hvor høyt omfang det er av pasientgruppen.

I vedleggene viser vi andel med bruk av sykehus (somatisk sykehus og psykisk helsevern, innleggelse eller poliklinisk kontakt), andel som var innlagt, samt andel innlagt for øyeblikkelig hjelp. Vi viser også andel som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester totalt og per tjeneste, samt andel med konsultasjon hos fastlege, legevakt og med hjemmebesøk av enten fastlege eller legevakt.

### (3) Hvor hyppig brukes tjenestene?

Det tredje spørsmålet som bør stilles, er hva data fra eget helsefellesskap viser når det gjelder behandlingsfrekvens. Er behandlingsfrekvens og behandlingspraksis på omtrent samme nivå som landsgjennomsnittet, eller avviker helsefellesskapet i en retning?



#### **(4) Er kvaliteten på tjenestene like god som hos andre?**

I disse analysene er det inkludert få kvalitetsindikatorer, men for barn og unge med omfattende eller langvarige behov for helse- og omsorgstjenester som blir innlagt på enten somatiske sykehus eller i psykisk helsevern, kan **epikrisetid** være viktig for den videre oppfølgingen. Andelen med epikrisetid innen 1 dag varierer betydelig mellom helseforetakene. For pasienter totalt sett (ikke kun barn og unge) varierte helseforetakenes andel av epikriser sendt innen 1 dag fra 55 til 78 prosent<sup>28</sup> i 2021.

For barn og unge med langvarige og/eller omfattende behov for helse- og omsorgstjenester, kan **individuell plan** bidra til samordningen av tjenester og høyne kvaliteten på tjenester og behandlinger. Det er imidlertid betydelige variasjoner mellom helsefelleskapene i andel med barn og unge med individuell plan. Andel med individuell plan kan være et godt utgangspunkt for dialog i helsefelleskapet med hensyn til kvaliteten på tjenestene.

---

<sup>28</sup> De referte tallene på andel epikriser sendt innen 1 dag refererer til gjennomsnitt for alle pasienter. Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer, Helsedirektoratet.



# 7. Vedlegg

Vedleggstabell 1:	Omfang av barn og unge med langvarig og/eller omfattende behov for helse- og omsorgstjenester per 10 000 innbyggere etter helsefellesskap og kommune. Data fra NPR og KPR 2019.
Vedleggstabell 2	Oversikt over kommuner som inngår i helsefellesskapene
Vedlegg 1	Barn og unge med omfattende og/eller langvarige behov for helse- og omsorgstjenester - forskjeller mellom utvalgene
Vedlegg 2	Barn og unge med omfattende og/eller langvarige behov for helse- og omsorgstjenester - utvalg totalt
Vedlegg 3	Barn og unge med omfattende og/eller langvarige behov for helse- og omsorgstjenester - utvalg med somatisk sykdom
Vedlegg 4	Barn og unge med omfattende og/eller langvarige behov for helse- og omsorgstjenester - utvalg med psykisk sykdom
Vedlegg 5	Barn og unge som mottar vedtakspårlig kommunale helse- og omsorgstjenester -

**Vedleggstabell 1: Omfang av barn og unge med langvarig og/eller omfattende behov for helse- og omsorgstjenester per 10 000 innbyggere etter helsefelleskap og kommune. Data fra NPR og KPR 2019.**

		Utvalg totalt 0-20 år	Utvalg somatikk 0-20 år	Utvalg psykisk helsevern	Utvalg kommunale tjenester
Norge	Totalt	774	523	245	153
Østfold	Totalt	736	488	236	155
	Halden	682	466	254	83
	Moss	652	457	214	137
	Sarpsborg	735	519	226	153
	Fredrikstad	688	496	240	118
	Hvaler	698	425	251	229
	Indre Østfold	681	512	232	116
	Skiptvet	648	415	203	*
	Rakkestad	946	616	325	270
	Råde	696	445	267	*
	Våler (Viken)	776	545	205	167
	Vestby	639	412	255	114
	Aremark og Marker	825	537	326	*
Akershus univ.sh.	Totalt	681	422	232	151
	Nordre Follo	626	395	258	84
	Ås	563	368	213	98
	Frogn	572	319	247	130
	Nesodden	495	350	154	60
	Aurskog-Høland	575	410	199	67
	Rælingen	584	420	180	110
	Enebakk	729	488	271	77
	Lørenskog	583	430	178	91
	Lillestrøm	637	421	219	198
	Nittedal	611	417	198	97
	Gjerdrum	714	403	301	134
	Ullensaker	613	420	249	71
	Nes (Akershus)	626	392	229	118
	Eidsvoll	706	449	305	99
	Nannestad	711	420	272	164
	Hurdal	794	504	*	*
	Kongsvinger	907	599	341	132
	Nord-Odal	957	710	306	*
	Sør-Odal	875	589	274	152
	Eidskog	762	500	220	220
	Grue	822	535	249	*
Oslo	Totalt	749	559	233	100
	Oslo - bydeler Lovisenberg	786	631	220	75
	Oslo - bydeler Diakonhjemmet	525	394	168	51
	Oslo - bydeler OUS	827	626	272	90
	Oslo - bydeler Akerhus univ.sh.	738	559	248	108
Innlandet	Totalt	866	563	250	234
	Lunner	615	402	240	99
	Hamar	787	534	262	144
	Lillehammer	914	648	265	228
	Gjøvik	778	542	263	145
	Ringsaker	774	544	236	149
	Løten	904	635	298	120
	Stange	938	513	207	485
	Åsnes	853	621	205	176
	Våler (Innlandet)	813	642	*	*
	Elverum	839	633	249	123
	Trysil	572	426	*	*
	Åmot	798	553	245	*
	Stor-Elvdal	1040	780	*	*
	Tynset	775	580	225	145

		Utvalg totalt 0-20 år	Utvalg somatikk 0-20 år	Utvalg psykisk helsevern	Utvalg kommunale tjenester
<b>Forts. Innlandet</b>	<b>Totalt</b>	866	563	250	234
	Alvdal	643	455	*	*
	Dovre	716	640	*	*
	Skjåk	968	688	*	*
	Lom	1004	774	*	*
	Vågå	949	666	284	*
	Nord-Fron	621	409	267	*
	Sel	844	589	350	*
	Sør-Fron	729	564	*	*
	Ringeby	758	477	260	217
	Øyer	754	578	237	*
	Gausdal	675	491	176	*
	Østre Toten	787	536	296	111
	Vestre Toten	864	645	261	150
	Gran	761	526	317	111
	Søndre Land	978	729	348	224
	Nordre Land	875	668	220	220
	Sør-Aurdal	742	479	*	*
	Nord-Aurdal	695	516	229	*
	Vestre Slidre	671	566	*	*
	Øystre Slidre	628	545	*	*
	Andre kommuner Innlandet	664	471	243	107
<b>Vestre Viken</b>	<b>Totalt</b>	710	466	247	143
	Drammen	752	518	287	122
	Kongsberg	682	438	274	145
	Ringerike	926	666	298	137
	Bærum	572	391	206	94
	Asker	622	404	241	95
	Hole	667	462	205	*
	Nesbyen	710	509	*	*
	Gol	679	478	220	*
	Hemsedal	813	602	*	*
	Ål	744	511	251	*
	Hol	842	558	306	230
	Sigdal	716	499	307	*
	Krødsherad	565	524	*	*
	Modum	820	510	341	190
	Øvre Eiker	790	563	297	82
	Lier	683	521	204	111
	Flesberg	817	539	308	*
	Nore og Uvdal	690	556	*	*
	Jevnaker	817	611	218	143
	Andre kommuner Vestre Viken	909	716	*	*
<b>Vestfold</b>	<b>Totalt</b>	845	548	280	184
	Horten	804	531	306	144
	Holmestrand	765	554	248	118
	Tønsberg	829	594	271	127
	Sandefjord	800	532	303	153
	Larvik	791	552	260	138
	Færder	780	497	291	139
<b>Telemark</b>	<b>Totalt</b>	825	549	278	176
	Porsgrunn	809	554	295	170
	Skien	795	558	301	115
	Notodden	815	595	274	114
	Siljan	1066	675	426	*
	Bamble	685	480	259	128

		Utvalg totalt 0-20 år	Utvalg somatikk 0-20 år	Utvalg psykisk helsevern	Utvalg kommunale tjenester
Telemark forts.	Totalt	825	549	278	176
	Kragerø	847	569	287	155
	Drangedal	847	635	233	*
	Nome	856	564	245	204
	Midt-Telemark	713	461	280	118
	Tinn	663	499	180	172
	Seljord	758	594	*	*
	Kviteseid	726	539	*	*
	Tokke	821	534	*	*
	Vinje	793	481	276	252
	Andre kommuner Telemark	824	627	*	*
Sørlandet	Totalt	819	590	222	199
	Risør	598	457	222	148
	Grimstad	792	621	234	150
	Arendal	790	628	245	124
	Kristiansand	756	582	224	132
	Lindesnes	774	548	237	148
	Farsund	866	630	257	181
	Flekkefjord	858	544	195	385
	Gjerstad	850	705	*	*
	Vegårshei	765	710	*	*
	Tvedestrand	980	672	336	272
	Froland	878	725	172	172
	Lillesand	708	549	169	152
	Birkenes	799	654	185	205
	Evje og Hornes	608	438	235	*
	Vennesla	824	630	207	169
	Lyngdal	808	613	253	117
	Kvinesdal	568	491	*	153
	Andre kommuner Sørlandet	700	538	190	151
Helse Stavanger-området	Totalt	747	467	274	129
	Eigersund	853	510	379	113
	Stavanger	724	455	297	94
	Sandenes	700	470	251	105
	Sokndal	888	421	421	421
	Lund	802	542	237	*
	Bjerkreim	650	414	236	*
	Hå	651	447	225	97
	Klepp	716	492	234	127
	Time	750	525	245	94
	Gjesdal	732	441	294	101
	Sola	735	485	283	89
	Randaberg	650	452	220	74
	Strand	720	485	258	*
	Andre kommuner Stavanger	615	402	249	*
Helse Fonna-området	Totalt	742	537	201	141
	Haugesund	696	528	204	83
	Suldal	639	472	*	*
	Sauda	513	441	*	*
	Tysvær	645	557	133	64
	Karmøy	798	573	217	218
	Vindafjord	578	454	146	*
	Etne	710	570	*	*
	Sveio	715	600	218	118
	Bømlo	707	555	152	102
	Stord	696	510	223	92

		Utvalg totalt 0-20 år	Utvalg somatikk 0-20 år	Utvalg psykisk helsevern	Utvalg kommunale tjenester
<b>Helse Fonna-området forts.</b>	<b>Totalt</b>	<b>742</b>	<b>537</b>	<b>201</b>	<b>141</b>
	Fitjar	748	536	234	*
	Tysnes	783	635	*	*
	Kvinnherad	682	503	197	67
	Ullensvang	740	503	273	92
	Andre kommuner Fonna	*	*	*	*
<b>Helse Bergen-området</b>	<b>Totalt</b>	<b>735</b>	<b>486</b>	<b>244</b>	<b>117</b>
	Bergen	693	475	241	81
	Voss	754	509	274	103
	Kvam	586	358	214	158
	Samnanger	690	552	*	*
	Bjørnafjorden	714	501	210	118
	Austevoll	653	459	181	136
	Øygarden	793	528	279	118
	Askøy	657	430	232	109
	Vaksdal	800	492	297	*
	Osterøy	844	578	271	112
	Alver	823	558	269	146
	Austrheim	740	475	293	*
	Gulen	634	541	*	*
	Andre kommuner Helse Bergen	841	633	229	*
<b>Helse Førde</b>	<b>Totalt</b>	<b>804</b>	<b>551</b>	<b>207</b>	<b>170</b>
	Kinn	843	573	268	145
	Høyanger	946	691	223	*
	Vik	639	511	*	*
	Sogndal	646	489	157	98
	Lærdal	687	536	*	*
	Årdal	620	503	*	*
	Luster	671	470	*	216
	Askvoll	729	509	*	*
	Fjaler	638	380	*	*
	Sunnfjord	817	605	228	90
	Bremanger	887	650	*	
	Stad	777	566	215	128
	Gloppen	725	524	194	220
	Stryn	785	516	199	220
	Andre kommuner Førde	777	530	*	*
<b>Møre og Romsdal</b>	<b>Totalt</b>	<b>853</b>	<b>582</b>	<b>231</b>	<b>195</b>
	Kristiansund	970	699	305	170
	Molde	776	538	230	133
	Ålesund	722	524	204	136
	Vanylven	931	615	315	*
	Sande (Møre og Romsdal)	1196	688	471	*
	Herøy (Møre og Romsdal)	830	631	221	131
	Ulstein	683	524	125	180
	Hareid	816	573	228	162
	Ørsta	837	585	284	89
	Stranda	667	520	206	*
	Sykkylven	858	674	215	158
	Sula	858	671	191	116
	Giske	813	555	189	257
	Vestnes	932	608	337	*
	Rauma	656	488	179	129
	Aukra	723	606	*	*
	Averøy	942	630	283	241
	Gjemnes	792	628	*	*

		Utvalg totalt 0-20 år	Utvalg somatikk 0-20 år	Utvalg psykisk helsevern	Utvalg kommunale tjenester
Møre og Romsdal forts.	Totalt	853	582	231	195
	Tingvoll	853	471	*	*
	Sunnadal	637	551	142	167
	Surnadal	766	591	190	*
	Smøla	1174	761	*	*
	Aure	793	512	307	*
	Volda	817	567	246	129
	Fjord	921	662	*	*
	Hustadvika	848	638	259	121
St.Olavs-området	Totalt	737	514	227	141
	Trondheim	668	490	218	99
	Frøya	880	606	316	*
	Oppdal	722	593	170	*
	Rennebu	926	652	*	*
	Røros	699	406	337	*
	Holtålen	1014	725	*	*
	Midtre Gauldal	817	640	204	*
	Melhus	718	483	230	197
	Skaun	710	518	285	*
	Malvik	660	482	201	112
	Selbu og Tydal	755	582	*	209
	Indre Fosen	740	560	232	128
	Heim	863	590	237	239
	Hitra	697	389	344	*
	Ørland	845	656	181	161
	Åfjord	930	648	230	293
	Orkland	850	599	310	79
	Rindal	799	553	*	*
Nord-Trøndelag	Totalt	817	590	238	146
	Steinkjer	724	549	219	91
	Namsos	915	702	252	112
	Meråker	901	657	*	*
	Stjørdal	735	508	244	147
	Frosta	810	530	312	*
	Levanger	776	609	248	134
	Verdal	704	540	240	73
	Snåase - Snåsa	916	757	*	*
	Gronng	710	568	*	*
	Overhalla	879	692	234	*
	Inderøy	738	511	255	*
	Nærøysund	747	585	215	*
	Andre kommuner N-Trøndelag	907	776	158	*
Helgeland	Totalt	1022	667	338	199
	Brønnøy	933	562	371	156
	Alstahaug	1118	700	407	265
	Leirfjord	1201	948	*	*
	Vefsn	1048	692	398	194
	Hemnes	1066	750	365	*
	Rana	854	615	267	103
	Andre kommuner Helgeland	1008	699	347	147
Nordland-området	Totalt	793	522	258	160
	Bodø	766	528	252	124
	Meløy	899	525	308	276
	Saltedal	699	485	214	*
	Fauske - Fusko	759	491	327	123
	Steigen	463	*	*	*

		Utvalg totalt 0-20 år	Utvalg somatikk 0-20 år	Utvalg psykisk helsevern	Utvalg kommunale tjenester
Nordland-området forts.	Totalt	793	522	258	160
	Vestvågøy	716	519	220	110
	Vågan	653	454	225	121
	Hadsel	873	656	276	119
	Bø (Nordland)	802	621	*	*
	Øksnes	757	481	317	*
	Sortland - Suortá	804	546	291	133
	Andøy	844	566	278	*
	Hamarøy	348	*	*	*
	Andre kommuner Nordland	851	617	264	141
UNN-området	Totalt	826	558	267	147
	Narvik	781	538	281	123
	Lødingen	742	*	*	*
	Tromsø	789	563	259	121
	Harstad	840	647	204	139
	Kvæfjord	874	702	*	*
	Tjeldsund	762	583	*	*
	Bardu	670	474	216	*
	Salangen	1028	403	605	*
	Målselv	790	496	326	*
	Sørreissa	923	646	288	*
	Senja	787	522	311	92
	Balsfjord	707	515	191	*
	Karlsøy	580	*	*	*
	Lyngen	739	471	*	*
	Kåfjord	704	558	*	*
	Skjervøy	770	453	347	*
	Nordreisa	717	481	287	*
	Andre kommuner UNN	858	554	357	139
Finnmark	Totalt	1082	761	306	208
	Alta	979	756	250	158
	Vardø	847	734	*	*
	Vadsø	1075	736	236	339
	Hammerfest	1254	953	337	170
	Kautokeino	882	672	*	*
	Nordkapp	854	534	442	*
	Porsanger	1005	718	311	*
	Karasjok	954	698		*
	Tana	1234	812	373	*
	Båtsfjord	674	*	*	*
	Sør-Varanger	1113	757	378	161
	Andre kommuner Finnmark	899	669	364	*

Vedleggstabell 2: Oversikt over kommuner som inngår i helsefelleskapene

Helsefelleskap	Kommunenr 2020	Kommunenavn 2020	Evt. kommentar
Østfold	3001	Halden	
	3002	Moss	
	3003	Sarpsborg	
	3004	Fredrikstad	
	3011	Hvaler	
	3012	Aremark	
	3013	Marker	
	3014	Indre Østfold	
	3015	Skiptvet	
	3016	Rakkestad	
	3017	Råde	
	3018	Våler (Viken)	
	3019	Vestby	
Akershus universitetssykehus	3020	Nordre Follo	
	3021	Ås	
	3022	Frogn	
	3023	Nesodden	
	3026	Aurskog-Høland	
	3027	Rælingen	
	3028	Enebakk	
	3029	Lørenskog	
	3030	Lillestrøm	
	3031	Nittedal	
	3032	Gjerdrum	
	3033	Ullensaker	
	3034	Nes (Akershus)	
	3035	Eidsvoll	
	3036	Nannestad	
	3037	Hurdal	
	3401	Kongsvinger	
	3414	Nord-Odal	
3415	Sør-Odal		
3416	Eidskog		
3417	Grue		
Oslo	301	Oslo	Bydeler Lovisenberg: 1, 2, 4 Bydeler Diakonhjemmet: 5, 6 og 7 Bydeler OUS; 3,8,9, 13, 14, 15, 16, 17 og 99 Bydeler Akershus: 10, 11, 12
Innlandet	3054	Lunner	
	3403	Hamar	
	3405	Lillehammer	
	3407	Gjøvik	
	3411	Ringsaker	
	3412	Løten	
	3413	Stange	
	3418	Åsnes	
	3419	Våler (Innlandet)	
	3420	Elverum	
	3421	Trysil	
	3422	Åmot	
	3423	Stor-Elvdal	
	3424	Rendalen	
	3425	Engerdal	
	3426	Tolga	
3427	Tynset		
3428	Alvdal		



Helsefellesskap	Kommunenr 2020	Kommunenavn 2020	Evt. kommentar
Innlandet forts.	3429	Folldal	
	3430	Os (Innlandet)	
	3431	Dovre	
	3432	Lesja	
	3433	Skjåk	
	3434	Lom	
	3435	Vågå	
	3436	Nord-Fron	
	3437	Sel	
	3438	Sør-Fron	
	3439	Ringebu	
	3440	Øyer	
	3441	Gausdal	
	3442	Østre Toten	
	3443	Vestre Toten	
	3446	Gran	
	3447	Søndre Land	
	3448	Nordre Land	
	3449	Sør-Aurdal	
	3450	Etnedal	
	3451	Nord-Aurdal	
3452	Vestre Slidre		
3453	Øystre Slidre		
3454	Vang		
Vestre Viken	3005	Drammen	
	3006	Kongsberg	
	3007	Ringerike	
	3024	Bærum	
	3025	Asker	
	3038	Hole	
	3039	Flå	
	3040	Nesbyen	
	3041	Gol	
	3042	Hemsedal	
	3043	Ål	
	3044	Hol	
	3045	Sigdal	
	3046	Krødsherad	
	3047	Modum	
	3048	Øvre Eiker	
	3049	Lier	
	3050	Flesberg	
	3051	Rollag	
3052	Nore og Uvdal		
3053	Jevnaker		
Vestfold	3801	Horten	
	3802	Holmestrand	Holmestrand samarbeider med både Vestfold og Vestre Viken etter sammenslåing av Sande og Holmestrand.
	3803	Tønsberg	
	3804	Sandefjord	
	3805	Larvik	
	3811	Færder	
Telemark	3806	Porsgrunn	
	3807	Skien	
	3808	Notodden	
	3812	Siljan	
	3813	Bamble	
	3814	Kragerø	
3815	Drangedal		

Helsefellesskap	Kommunenr 2020	Kommunenavn 2020	Evt. kommentar
Telemark forts.	3816	Nome	
	3817	Midt-Telemark	
	3818	Tinn	
	3819	Hjartdal	
	3820	Seljord	
	3821	Kviteseid	
	3822	Nissedal	
	3823	Fyresdal	
	3824	Tokke	
Sørlandet	3825	Vinje	
	4201	Risør	
	4202	Grimstad	
	4203	Arendal	
	4204	Kristiansand	
	4205	Lindesnes	
	4206	Farsund	
	4207	Flekkefjord	
	4211	Gjerstad	
	4212	Vegårshei	
	4213	Tvedestrand	
	4214	Froland	
	4215	Lillesand	
	4216	Birkenes	
	4217	Åmli	
	4218	Iveland	
	4219	Evje og Hornnes	
	4220	Bygland	
	4221	Valle	
	4222	Bykle	
4223	Vennesla		
4224	Åseral		
4225	Lyngdal		
4226	Hægebostad		
4227	Kvinesdal		
4228	Sirdal		
Helse Stavanger	1101	Eigersund	
	1103	Stavanger	
	1108	Sanden	
	1111	Sokndal	
	1112	Lund	
	1114	Bjerkreim	
	1119	Hå	
	1120	Klepp	
	1121	Time	
	1122	Gjesdal	
	1124	Sola	
	1127	Randaberg	
	1130	Strand	
	1133	Hjelmeland	
	1144	Kvitsøy	
Helse Fonna	1106	Haugesund	
	1134	Suldal	
	1135	Sauda	
	1145	Bokn	
	1146	Tysvær	
	1149	Karmøy	
	1151	Utsira	
	1160	Vindafjord	
4611	Etne		

Helsefellesskap	Kommunenr 2020	Kommunenavn 2020	Evt. kommentar
Helse Fonna forts	4612	Sveio	
	4613	Bømlo	
	4614	Stord	
	4615	Fitjar	
	4616	Tysnes	
	4617	Kvinnherad	
	4618	Ullensvang	
	4619	Eidfjord	
Helse Bergen	4601	Bergen	
	4620	Ulvik	
	4621	Voss	
	4622	Kvam	
	4623	Samnanger	
	4624	Bjørnafjorden	
	4625	Austevoll	
	4626	Øygarden	
	4627	Askøy	
	4628	Vaksdal	
	4629	Modalen	
	4630	Osterøy	
	4631	Alver	
	4632	Austrheim	
	4633	Fedje	
	4634	Masfjorden	
4635	Gulen		
Helse Førde	4602	Kinn	
	4636	Solund	
	4637	Hyllestad	
	4638	Høyanger	
	4639	Vik	
	4640	Sogndal	
	4641	Aurland	
	4642	Lærdal	
	4643	Årdal	
	4644	Luster	
	4645	Askvoll	
	4646	Fjaler	
	4647	Sunnfjord	
	4648	Bremanger	
	4649	Stad	
	4650	Gloppen	
4651	Stryn		
Møre og Romsdal	1505	Kristiansund	
	1506	Molde	
	1507	Ålesund	
	1511	Vanylven	
	1514	Sande	
	1515	Herøy	
	1516	Ulstein	
	1517	Hareid	
	1520	Ørsta	
	1525	Stranda	
	1528	Sykkylven	
	1531	Sula	
	1532	Giske	
	1535	Vestnes	
	1539	Rauma	
	1547	Aukra	
	1554	Averøy	
1557	Gjemnes		

Helsefellesskap	Kommunenr 2020	Kommunenavn 2020	Evt. kommentar
Møre og Romsdal forts.	1560	Tingvoll	
	1563	Sunnadal	
	1566	Surnadal	
	1573	Smøla	
	1576	Aure	
	1577	Volda	Etter kommunesammenslåing flytter Hornindal (Volda fra 2020) fra Helse Førde (Helse Vest) til Helse Møre og Romsdal
	1578	Fjord	
	1579	Hustadvika	
St. Olavs hospital	5001	Trondheim	
	5014	Frøya	
	5021	Oppdal	
	5022	Rennebu	
	5025	Røros	Samarbeider også med Innlandet
	5026	Holtålen	Samarbeider også med Innlandet
	5027	Midtre Gauldal	
	5028	Melhus	
	5029	Skaun	
	5031	Malvik	
	5032	Selbu	Samarbeider også med Nord-Trøndelag
	5033	Tydal	Samarbeider også med Nord-Trøndelag
	5054	Indre Fosen	
	5055	Heim	Samarbeider også med Møre og Romsdal (Kristiansund)
	5056	Hitra	
	5057	Ørland	
	5058	Åfjord	Leksvik og Roan (Åfjord) flytter fra Helse Nord-Trøndelag til St. Olavs hospital fra 2020
	5059	Orkland	
5061	Rindal		
N-Trøndelag	5006	Steinkjer	
	5007	Namsos	
	5020	Osen	
	5034	Meråker	Samarbeider også med St. Olavs
	5035	Stjørdal	Samarbeider også med St. Olavs
	5036	Frosta	
	5037	Levanger	
	5038	Verdal	
	5041	Snåase - Snåsa	
	5042	Lierne	
	5043	Raarvihke - Røyrvik	
	5044	Namsskogan	
	5045	Grong	
	5046	Høylandet	
	5047	Overhalla	
	5049	Flatanger	
	5052	Leka	
	5053	Inderøy	
5060	Nærøysund		
Helgeland	1811	Bindal	Samarbeider også med Nord-Trøndelag
	1812	Sømna	
	1813	Brønnøy	
	1815	Vega	
	1816	Vevelstad	
	1818	Herøy (Nordland)	
	1820	Alstahaug	
	1822	Leirfjord	
	1824	Vefsn	
	1825	Grane	

Helsefellesskap	Kommunenr 2020	Kommunenavn 2020	Evt. kommentar
Helgeland forts.	1826	Hattfjelldal	
	1827	Dønna	
	1828	Nesna	
	1832	Hemnes	
	1833	Rana	
	1834	Lurøy	
	1835	Træna	
	1836	Rødøy	
Nordland	1804	Bodø	
	1837	Meløy	
	1838	Gildeskål	
	1839	Beiarn	
	1840	Saltdal	
	1841	Fauske - Fuosko	
	1845	Sørfold	
	1848	Steigen	
	1856	Røst	
	1857	Værøy	
	1859	Flakstad	
	1860	Vestvågøy	
	1865	Vågan	
	1866	Hadsel	
	1867	Bø (Nordland)	
	1868	Øksnes	
	1870	Sortland - SuortÅi	
	1871	Andøy	
1874	Moskenes		
1875	Hamarøy		
UNN	1806	Narvik	
	1851	Lødingen	
	1853	Evenes	
	5401	Tromsø	
	5402	Harstad	
	5411	Kvæfjord	
	5412	Tjeldsund	
	5413	Ibestad	
	5414	Gratangen	
	5415	Lavangen	
	5416	Bardu	
	5417	Salangen	
	5418	Målselv	
	5419	Sørreissa	
	5420	Dyrøy	
	5421	Senja	
	5422	Balsfjord	
	5423	Karlsøy	
	5424	Lyngen	
	5425	Storfjord	
5426	Kåfjord		
5427	Skjervøy		
5428	Nordreisa		
5429	Kvænangen		
Finnmark	5403	Alta	
	5404	Vardø	
	5405	Vadsø	
	5406	Hammerfest	
	5430	Kautokeino	
	5432	Loppa	
	5433	Hasvik	

Helsefellesskap	Kommunenr 2020	Kommunenavn 2020	Evt. kommentar
Finnmark forts.	5434	Måsøy	
	5435	Nordkapp	
	5436	Porsanger	
	5437	Karasjok	
	5438	Lebesby	
	5439	Gamvik	
	5440	Berlevåg	
	5441	Tana	
	5442	Nesseby	
	5443	Båtsfjord	
	5444	Sør-Varanger	

Etter kommunesammenslåingene i 2020, er det noen kommuner som samarbeider med flere helsefellesskap. Kommunene i Værnes-regionen samarbeider med både St. Olavs hospital og helse Nord-Trøndelag, Fjell-regionen i Trøndelag deltar i både St. Olavs helsefellesskap og i Innlandets helsefellesskap. Når vi lager styringsinformasjon og statistikk, så er det likevel nødvendig å ta utgangspunkt i gjensidig utelukkende kategorier. Dette innebærer at en kommune kan ikke inngå flere steder. I våre tall inngår derfor Holmestrand i Vestfold helsefellesskap. Meråker og Stjørdal inngår i Nord-Trøndelag helsefellesskap, mens Selbu og Tydalen inngår i St. Olavs helsefellesskap. Røros og Holtålen inngår i St. Olavs helsefellesskap. Vi presiserer at dette gjelder kun statistikken.



## Styringsinformasjon til helsefelleskapene

### Utgitt

Juni 2022

### Forfatter:

Beate M. Huseby

### Bestillingsnummer

IS-3045

### Utgitt av

Helsedirektoratet

Telefon: 47 47 20 20

(fra utlandet: +47 477 06 366)

### Oslo

Helsedirektoratet

### Postadresse

Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo

### Besøksadresse

Vitaminveien 4, 0483 Oslo

### Trondheim

### Helsedirektoratet

avd. Helseregistre

avd. Komparativ statistikk og  
styringsinformasjon

Postboks 6173, Torgarden

7435 Trondheim

Besøksadresse

### Forsidefoto

© Mostphotos

### Design

Itera as

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)