

Etter liste

Deres ref.:  
Vår ref.: 21/7483-6  
Saksbehandler: Toril Kolås  
Dato: 05.03.2021

## **Utredning av muligheten til å begrense mobilitet av pasienter mellom utbruddskommuner definert i forskrift og andre kommuner. Mulighet i smittevernloven § 4-1.**

### **Innledning**

I forbindelse med utbrudd av den engelske varianten av SARS-CoV-2 ble det innført en rekke tiltak for å begrense smittespredningen, se: [Notat om tiltak i forbindelse med utbrudd av engelsk variant av SARS-CoV-2](#)

I møtet 28.01.2021 med de regionale helseforetak er det kommet frem at det vil være hensiktsmessig å begrense mobiliteten av pasienter i utbruddskommuner. Målsettingen vil være å forebygge og begrense smitteutbredelse. Begrensning i mobilitet vil begrense valgmulighetene for pasientene og tilgang på helsepersonell/kompetanse for helsetjenesten, dersom også personell får restriksjoner i mobilitet. HelseDirektoratet har vurdert muligheter og utfordringer knyttet til tiltak som begrenser mobiliteten sett opp mot lovverket, særlig innenfor smittevernloven.

### **Oppsummering**

Notatet omhandler mobilitet inn og ut av utbruddsområder. Et utbruddsområde er her definert som et område hvor det er innført tiltak på høyt nivå (4 eller 5/rødt nivå) og kan inkludere flere kommuner og sykehus samt private helsetilbydere.

Hvorvidt det vil være aktuelt å innføre mobilitetsbegrensende tiltak innenfor et utbruddsområde, er ikke vurdert i dette dokumentet.

Konsekvenser av å begrense mobilitet vil være ulikt for kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenestene. Kommunale helsetjenester er tilgjengelig i hver kommune, men de fleste pasienter må reise ut av egen kommune for å motta helsetjenester i spesialisthelsetjenesten.

#### **HelseDirektoratet**

Avdeling spesialisthelsetjenester

Toril Kolås

Postboks 220 Skøyen, 0213 OSLO • Besøksadresse: Vitaminveien 4, Oslo • Tlf.: (+47) 47 47 20 20

Org.nr.: 983 544 622 • [postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no) • [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

For å begrense mobilitet av pasienter og pårørende /følgetjeneste inn og ut av utbruddsområder, anbefales å gi tydelige, godt begrunnede råd/anbefalinger til befolkning og helsetjenesten, innenfor lovens rammeverk. Dette krever god informasjon og kommunikasjon til pasienter og befolkning i berørte kommuner/regioner. Innføring av påbudte tiltak som begrenser pasienters adgang til å reise eller velge behandlingssted må ha hjemmel i lov og fastsettes i forskrift. Helsedirektoratet kan ikke se at vilkårene for å fastsette slike forskrifter er oppfylt slik som situasjonen er nå (se avsnitt om "Muligheter til å styre pasientstrømmene innenfor gjeldende regelverk").

Det vurderes at en stor andel planlagte helsetjenester som medfører reiser inn og ut av et utbruddsområde, kan utsettes en begrenset periode eller gjennomføres i utbruddsområdet (for eksempel i kommunale helse- og omsorgstjenester og lokalsykehus) uten at forsvarligheten utfordres. Hvert behandlingssted vil kunne definere hvilke konkrete helsetilbud dette kan gjelde. Det skal alltid gjøres individuelle pasientvurderinger.

Helsetjenesten bør forberede seg ved å se på hvilke muligheter de har for å begrense mobiliteten av pasienter i slike situasjoner. Eksempler på råd/anbefalinger fra helsetjenesten. Rådene kan graderes:

- Ved behov for kommunale helsetjenester kan:
  - o Kommunen/kommunene i et utbruddsområde gi råd til befolkningen om å utsette planlagte reiser til kommunale helse- og omsorgstjenester utenfor utbruddsområdet etter samråd med sin behandler. Kommunen/kommunene må sørge for at de berørte pasienter får et tilbud i utbruddsområdet. Tilsvarende råd kan helsemyndigheter gi til befolkningen utenfor utbruddsområdet - at reiser inn i området begrenses og oppfordre kommuner utenfor utbruddsområdet om til å tilby berørte pasienter helsetilbud.
  - o Tilby alle pasienter innen et utbruddsområde kommunale helsetjenester en periode. Dvs. gi helsetjenester også til de som er tilknyttet kommunale helsetjenester utenfor utbruddsområdet.
- Ved behov for spesialisthelsetjenester kan:
  - o Kommunene i utbruddsområdet gir råd til helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjeneste om å begrense henvisning til spesialisthelsetjenesten som medfører pasientreiser inn og ut av utbruddsområdet.
  - o Spesialisthelsetjenesten organisere tjenestene slik at reiser ut og inn av utbruddsområder begrenses.
  - o Helsemyndigheter gir råd til befolkningen om å utsette spesialisthelsetjeneste-tilbud som medfører reiser inn og ut av utbruddsområdet etter samråd med behandler.
- Helsemyndighetene kan gi råd om å gjennomføre digitale konsultasjoner i størst mulig utstrekning innen begge helsetjenestenivåene.

Det vil alltid være pasienter som bor i et utbruddsområde og som har behov for tilgang på helsehjelp et annet sted. Det vil også være pasienter som kan ha behov for å reise inn i et utbruddsområde for å motta helsehjelp. En streng begrensning av mobiliteten vil kunne gi uheldige/utslåtte konsekvenser og utfordre forsvarlighetsprinsippet i pasientforløp, i tillegg til at pasienter ikke får oppfylt sin rett til nødvendig helsehjelp. En streng begrensning kan være

spesielt utfordrende i områder hvor befolkningen er spredt over et stort geografisk område, som f eks i Helse Nord området. Det må derfor alltid gjøres en individuell vurdering.

## Muligheter til å styre pasientstrømmene innenfor gjeldende regelverk

Ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester er lagt til kommuner og helseforetak i helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Pasient- og brukerrettighetsloven gir pasienter og brukere rettigheter, og i stor grad rett til å velge hvor de ønsker å motta tjenester. Pasienter kan velge fastlege i en annen kommune, og de kan velge ved hvilket behandlingssted de ønsker å motta spesialisthelsetjenester, med visse begrensninger.

Helse- og omsorgstjenesten må sikre at pasientene får nødvendig helsehjelp, og at tjenestene som ytes er forsvarlige. Samtidig skal helsetjenesten drive smittevernfaglig forsvarlig. Virksomhetene bør vurdere tiltak som bidrar til å redusere pasientflyt fra (eller til) områder med høy smitte. Tiltak som kan vurderes er for eksempel:

- oppfordre pasienter til å bruke helse- og omsorgstjenesten egen kommune dersom helsehjelp ikke kan vente, herunder bruke lokal legevakt
- (oppfordre til å) henvise pasientene til lokal spesialisthelsetjeneste og informere om at pandemien gjør det uforutsigbart om det er tilrådelig å reise langt til planlagt behandling
- kontakte pasienter fra andre kommuner/regioner for å utsette timer til planlagt behandling der det er forsvarlig,
- hvis helsehjelp ikke kan utsettes, i dialog med pasienten finne et tilbud nær der pasienten bor, der dette er mulig.

Dersom pasientene ikke følger disse oppfordringene eller ikke ønsker å motta behandling et annet sted enn opprinnelig planlagt, kommer pasientens rett til å velge behandler/behandlingssted "på spissen". Helsetjenesten må vurdere konkret hvordan en slik situasjon skal håndteres. Selv om det anses uforsvarlig å utsette helsehjelpen, kan ikke pasienten pålegges å ta imot et lokalt tilbud som helsetjenesten har fremskaffet. Tjenesteyter må på sin side ivareta smittevernhensyn, og kan ut fra en faglig vurdering av den konkrete smitterisikoen se seg nødt til å utsette behandlingstidspunktet til smitterisikoen er mer avklart. Pasienten må i så fall oppfordres til å benytte seg av det alternative tilbudet som er skaffet, og få klar informasjon om at det ikke anses forsvarlig å utsette helsehjelpen. Informasjonen skal sikre at pasienten forstår de mulige helsemessige konsekvensene av å utsette behandlingen.

Hvis pasienter fra en kommune/et område med lav smitte selv ikke ønsker å benytte et behandlingstilbud i et område med mye smitte, bør det på tilsvarende måte søkes å finne løsninger i samråd med pasienten. Pasienter i spesialisthelsetjenesten kan velge å bytte behandlingssted etter reglene om fritt behandlingsvalg, og må da bli henvist videre. Pasienter med behov for kommunale helse- og omsorgstjenester vil ha samme rettigheter til å få et tilbud i kommunen som andre innbyggere i kommunen.

For pasienter i spesialisthelsetjenesten som venter på oppstart av behandling, kan en utsettelse medføre at det oppstår et fristbrudd, uavhengig av om det anses forsvarlig å utsette oppstarten. I så fall gjelder de vanlige reglene og prosedyrene for fristbrudd.

### *Generelle anbefalinger om reisevirksomhet*

Begrensning i bevegelsesfrihet er inngripende tiltak. Regjeringen har gitt nasjonale råd og anbefalinger som skal bidra til å redusere mobilitet. Anbefalinger om reisevirksomhet har vært knyttet til om reisen anses nødvendig eller ikke. Unødvendige reiser/reiser som ikke er helt nødvendige har i perioder vært frarådet for hele/deler av landet. Reiser for å motta helsehjelp vil nok anses som nødvendige i denne sammenhengen. Vurdering av om reisen er nødvendig eller ikke kan uansett ikke legges på pasienten, men må gjøres av helsetjenesten basert på en individuell vurdering.

### [Muligheter for å begrense pasientmobilitet med hjemmel i smittevernloven](#)

Smittevernloven kapittel 4 gir hjemmel for mange ulike smitteverntiltak som begrenser kontakt mellom mennesker. Utgangspunktet er at kommunene fatter slike vedtak, men vedtak kan også fattes av Helsedirektoratet eller regjeringen. Vedtakene kan rette seg mot virksomheter eller mot personer, og skal oppfylle de grunnleggende kravene til smitteverntiltak. Tiltak skal være basert på en klar medisinsk-faglig begrunnelse, være nødvendig av hensyn til smittevernet og fremstå tjenlig etter en helhetsvurdering. Smittesituasjonen avgjør hvilke vedtak som kan fattes.

(Helseforetakene kan ikke treffe vedtak med hjemmel i disse bestemmelsene, men de regionale helseforetakene skal ha planer for å motvirke at smitte blir overført, jf. § 7-3).

Smittevernloven § 4-3a gir Kongen adgang til å fastsette forskrifter om isolering og andre begrensninger i bevegelsesfriheten som befolkningsrettede tiltak i forbindelse med covid-19. For at en slik forskrift kan fastsettes må de grunnleggende vilkårene om klar medisinsk-faglig begrunnelse og forholdsmessighet være oppfylt.

Dersom pasientmobilitet fra et område med mye smitte skal begrenses i forskrift, må alle innbyggerne i området pålegges reiserestriksjoner, uavhengig av smittestatus. Dette er svært inngripende tiltak, og det skal derfor mye til at et slikt tiltak kan anses forholdsmessig.

Slik situasjonen er nå kan vi ikke se at vilkårene for å fastsette en slik forskrift er oppfylt.

### [Unntak fra pasientrettighetene](#)

Hvis det innføres reiserestriksjoner for personer fra områder med høy smitte, kan tiltaket komme i konflikt med pasientrettighetene.

Begrensning i pasientrettighetene må gjøres i forskrift. Dette ble gjort våren 2020 fordi det var usikkert i hvilken grad sykehusenes kapasitet ville bli utfordret, for å gi tid til å bygge opp smittevern mv. Unntak fra fritt behandlingsvalg ble opphevet 27. mai da smittesituasjonen var mer avklart, og helseforetakene hadde bygget opp beredskap for å ivareta pasienter med covid-19 og fått på plass smitteverntiltak. Unntak fra reglene om fristbrudd ble opphevet i oktober 2020.

Hjemmel til å fastsette forskrifter som begrenser pasientrettigheter er fastsatt i helseberedskapsloven § 6-2 tredje ledd. Kongen kan gi midlertidige forskrifter som utfyller,

supplerer eller fraviker pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2, men kan ikke gjøre unntak fra den grunnleggende retten til øyeblikkelig/nødvendig helsehjelp.

For at regjeringen kan fastsette en slik forskrift må vilkår om at begrensningen er nødvendig for å bidra til likeverdig tilgang til nødvendige helse- og omsorgstjenester og en forsvarlig og effektiv ressursutnyttelse være oppfylt. Det må foretas en vurdering om tilpasninger og unntak er nødvendige og forholdsmessige ut fra den situasjonen som helse- og omsorgstjenesten er i. Videre følger det av «så langt det er nødvendig» at det må foretas en vurdering av om tilpasninger og unntak er nødvendige og om de er forholdsmessige ut fra den situasjonen som helse- og omsorgstjenesten er i. I forarbeidene til bestemmelsen skriver departementet om dette: *"I en vurdering av forholdsmessighet må mulige konsekvenser slike unntak eller tilpasninger vil få, særlig for sårbare grupper eller pasienter som er alvorlige syke, vurderes grundig og veies opp mot hvilke fordeler dette vil gi for organiseringen av tjenestene."* En slik forskrift kan altså ikke være begrunnet i hensynet til smittevern isolert, men det må gjøres en bredere vurdering. Smittevernhensyn vil være et moment i vurderingen, for eksempel om man mener situasjonen er så alvorlig at det er grunnlag for å pålegge reiserestriksjoner (se over).

Slik situasjonen er nå kan vi ikke se at vilkårene for å fastsette en slik forskrift er oppfylt.

## Mobilitet av pasienter

### 1) Kommunale helse- og omsorgstjenesten

Ved lokale eller regionale utbrudd av covid-19 bør myndighetene anbefale at noen pasientgrupper venter med å oppsøke spesialisthelsetjeneste utenfor utbruddsområdet for å minimere risiko for videre smitte.

Fastlegen henviser noen av sine pasienter videre til spesialisthelsetjenesten, enten til sykehus eller til private spesialister, for videre utredning eller behandling. En del av disse henvisningene har høy hastegrad. Men mange av disse pasientene har sykdomstilstander som kan vente før de må sees på av sykehusspesialist. Dette kan gjelde for eksempel noen kroniske sykdomstilstander og ortopediske lidelser. Det er viktig at fastlegen skriver gode henvisninger som gjør det enklere for sykehuset å prioritere pasientene til utredning og behandling.

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1). Det er 356 kommuner i landet. Etter forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen er det adgang for innbyggerne å velge fastlege utenfor bostedskommunen. Tall fra Helfo viser at ca. 710 000 innbyggere har fastlege utenfor bostedskommunene. Disse gjestepasientene har ikke nødvendigvis fastlege i nærliggende kommuner, men står på fastlegeliste dit de pendler, har hytte eller studerer, gjerne i de større tettstedene eller byer.

Pasienter har rett på nødvendige helsetjenester. At pasienter kan reise til fastlegen sin må regnes som en nødvendig reise.

Det vil likevel også for denne gruppen være hensiktsmessig å minimere reiser over kommunegrenser/utbruddsområde til og fra fastlege ved lokale utbrudd for å hindre smitte.

Vår vurdering er at kommunehelsetjenesten anbefaler at disse pasientene benytter legevakten i sin bostedskommune ved behov for legetjenester eller telefonkonsultasjoner/videokonsultasjoner dersom det er et lokalt utbrudd av covid-19.

## 2) Spesialisthelsetjenesten

Fritt behandlingsvalg er en pasientrettighet som ble innført i 2015. Rettigheten var en utvidelse av den tidligere ordningen fritt sykehusvalg. I tillegg til at pasienten fritt, innen gitte rammer, kunne velge sykehus eller avtaleleverandør, kan pasienten i fritt behandlingsvalg også velge seg til leverandører som er godkjent av staten til å tilby spesialisthelsetjeneste. Denne statlige godkjenningen kalles for godkjenningsordningen innen fritt behandlingsvalgordningen.

Pasienter har i dag rett til å velge hvor henvisningen skal sendes for rettighetsvurdering. Pasienter som er gitt rett til nødvendig helsehjelp, enten som utredning eller behandling, kan fritt velge blant sykehus (også utenfor eget HF), avtaleleverandører eller godkjente leverandører som har dette tilbudet – innen gitte rammer.

### *Offentlige sykehus*

For å vite noe om mobiliteten og omfanget av pasienter som benytter tjenester innen offentlig spesialisthelsetjeneste er det hentet ut data fra NPR på RHF-nivå. På nasjonal basis i perioden 1.3 – 31.12.2020 viser foreløpige tall at opp mot 40 000 pasienter (vel 100 000 episoder) fikk helsehjelp i en annen region enn sin bostedsregion (somatikk, psyk/rus og BUP til sammen). Dette er noe færre pasienter enn for 2019 (tabell 1-3 i vedlegg). Det vil antakelig være mulig å se på pasientmobilitet mellom HFene, men det vil kreve uttrekk av et mer omfattende datamateriale.

Forsvarlighetsbegrepet ligger fast uavhengig av hvilke tiltak som innføres for å begrense smitteutbrudd. Pasientrettighetsloven og smittevernloven gir rammer/begrensninger for hvilke tiltak som kan iverksettes, eller råd/anbefalinger som kan gis fra helsemyndighetene.

Mange planlagte spesialisthelsetjenester kan utsettes i uker/måneder uten at krav til forsvarlige helsetjenester utfordres. Innen alle fagfelt er det undersøkelser, behandlinger, oppfølging og/eller kontroller som kan utsettes, eller dekkes av lokalsykehus/private tjenestetilbydere i nærområdet eller utbruddsområdet for å unngå at pasienter krysser grensen for utbruddsområdet for å motta spesialisthelsetjenester i en pandemiperiode. Hvert behandlingssted vil kunne definere hvilke konkrete tilbud dette kan gjelde, og vurdere hvordan pasientenes rett til nødvendige og forsvarlige tjenester skal ivaretas.

Det kan fremstå som en god løsning å innføre generelle mobilitetsbegrensende tiltak med hjemmel i smittevernloven. Alle tiltak etter smittevernloven skal være basert på en klar medisinskfaglig begrunnelse, være nødvendig av hensyn til smittevernet og fremstå tjenlig etter en helhetsvurdering. Ved iverksettelse av smitteverntiltak skal det legges vekt på frivillig medvirkning fra den eller de tiltaket gjelder. Vedtak eller forskrifter som begrenser adgang til å reise ut av eller inn i utbruddsområder er svært inngripende, og det skal derfor mye til at de anses forholdsmessige. Råd eller anbefalinger til befolkningen om å redusere mobiliteten ved behov for helsetjenester vil være en mer gjennomførbar løsning. Befolkningen kan oppfordres til i større grad å vurdere lokale helsetilbud innenfor et utbruddsområde, eller utsette planlagt

helsehjelp som ikke haster og som etter planen ville medført reiser over utbruddsgrenser eller opphold i et område med stor risiko for smitte. Dette forutsetter at helsetjenesten har lagt til rette for tilbud nærmere pasientens bosted. Råd og anbefalinger krever god informasjon og kommunikasjon fra helsetjenesteytere og helsemyndigheter.

### *Godkjenningsordningen*

Helsedirektoratet har gjort uttrekk som viser mobiliteten av pasienter som benytter godkjenningsordningen. Vi så på hva som var pasientens bosteds-HF, og i hvilket HF-område den godkjente leverandøren som pasienten hadde vært hos var lokalisert. Uttrekket viser at det er få pasienter som reiser ut av eget nærområde.

### *Avtalespesialister*

Avtalespesialistene omfatter alle lege- og psykologspesialister som har inngått driftsavtale med et av de fire regionale helseforetakene. I tillegg er det en gruppe med psykologer hvor behandlingen gir grunnlag for trygderefusjon, men som ikke har avtale med RHF (såkalt avtaleløse psykologer).

I motsetning til fastleger er det ikke legespesialister og psykologspesialister i alle kommuner.

Totalt er det 631 psykologer fordelt på 93 av landets 356 kommuner og 1205 legespesialister fordelt i 105 av landets 356 kommuner. Avtalespesialister sender sine oppgjørskrav elektronisk til Helfo gjennom saksbehandlingssystemet KUHR. Det er tatt uttrekk fra KUHR som viser i hvilke kommuner avtalespesialistene har sine kontorer og hvor mange unike pasienter som har vært hos disse behandlerne for de kommunene som har flest avtalespesialister (tabell 4 og 5 i vedlegg).

For pasienter som ikke allerede er under behandling hos avtalespesialist vil vanlig pasientforløp være at nyhenviste pasienter henvises fra sin fastlege direkte til avtalespesialist. Det er grunn til å tro fastlegen henviser de fleste pasienter til avtalespesialister i pasientens nærområde eller region. Uansett vil det ofte kunne medføre reiser ut og inn av et utbruddsområde, avhengig av omfanget/utbredelsen av utbruddsområdet. Et stort antall av landets kommuner har ikke avtalespesialist (eller sykehus), eller begrenset tilbud til spesialisthelsetjeneste og pasientene må krysse en utbruddsgrense for å komme til behandling i spesialisthelsetjenesten.

Et utbruddsområde kan være begrenset til en kommune. Som eksempel kan det da vises til at en stor sentral kommune som Asker ikke har mer enn en avtalespesialist i indremedisin. Mange pasienter i Asker vil derfor måtte krysse kommunegrensen og reise til Bærum eller Drammen for å få indremedisinsk helsetilbud hos avtalespesialist (tabell 6 i vedlegg).

For både psykologer og leger er det i forbindelse med utbrudd av SARS-CoV-2-viruset åpnet for å bruke telefonkonsultasjoner og e-konsultasjon på lik linje med fysisk møte mellom pasient og behandler. For leger gjelder dette (foreløpig) med virkning frem til 1. juli 2021 ([Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege, merknad B3](#)). Regelverket for psykologer ble også endret i vår, men her er forskriftsendringen gjort varig ([Forskrift stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege, merknad A2](#)).

I oppgjørssystemet har vi ikke tilgang til data som skiller mellom hvilke konsultasjoner som skjer fysisk eller ved e-konsultasjon. Tilbakemeldinger fra psykologforeningen tyder på at psykologene har en utbredt praksis med bruk av telefon eller video.

#### *Hel - private virksomheter*

Det kan være en del pasientmobilitet mellom kommuner/regioner for å motta helsetilbud ved private virksomheter. Vi har ikke hentet ut tall for denne delen av helsetjenesten, men den utgjør en liten del av spesialisthelsetjenesten totalt.

### **Mobilitet av helsepersonell**

Det er en god del forflytninger av helsepersonell mellom kommuner/fylker i forbindelse med reiser tur/retur bosted – arbeidsplass og følgetjenester. Slike forflytninger gir også risiko for smittespredning. Strenge innskrenkninger i mobiliteten for helsepersonell kan gi negative konsekvenser for pasientene (f.eks kritisk mangel på fagkompetanse). Noen sykehus vil få større utfordringer enn andre selv i korte perioder og situasjonen må vurderes særskilt. Mobilitetsbegrensende råd/anbefalinger må inneholde kompenserende løsninger som ivaretar plikten til å gi helsehjelp og pasientrettighetsloven.

Vennlig hilsen

Johan Georg Røstad Torgersen e.f.  
direktør

Torunn Janbu  
avdelingsdirektør

*Dokumentet er godkjent elektronisk*



Tabell 1. Pasientmobilitet i somatikk. Aktivitet ved behandlende RHF fordelt på pasientenes bostedsregion. Antall episoder og pasienter. 1.3 - 31.12, 2019 og 2020. Kilde NPR.

Behandler RHF	Pasientens bostedsregion	2019 (1.3-31.12)		2020 (1.3-31.12)		Differanse, 2020-2019	
		Antall episoder	Antall pasienter	Antall episoder	Antall pasienter	Antall episoder	Antall pasienter
Helse Midt-Norge RHF	Helse Midt-Norge RHF	734 317	215 952	706 853	210 851	-27 464	-5 101
Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	8 677	3 609	8 020	3 371	-657	-238
Helse Midt-Norge RHF	Helse Sør-Øst RHF	9 162	4 050	8 490	3 859	-672	-191
Helse Midt-Norge RHF	Helse Vest RHF	3 488	1 788	2 789	1 378	-699	-410
Helse Midt-Norge RHF	Annet	515	306	478	224	-37	-82
Helse Nord RHF	Helse Midt-Norge RHF	621	403	722	427	101	24
Helse Nord RHF	Helse Nord RHF	477 268	155 078	448 493	145 751	-28 775	-9 327
Helse Nord RHF	Helse Sør-Øst RHF	2 251	1 110	1 874	1 068	-377	-42
Helse Nord RHF	Annet	208	137	126	84	-82	-53
Helse Sør-Øst RHF	Helse Midt-Norge RHF	11 700	5 584	10 012	4 778	-1 688	-806
Helse Sør-Øst RHF	Helse Nord RHF	12 084	5 910	9 536	4 514	-2 548	-1 396
Helse Sør-Øst RHF	Helse Sør-Øst RHF	2 771 877	813 306	2 626 463	788 889	-145 414	-24 417
Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	16 735	7 931	13 896	6 669	-2 839	-1 262
Helse Sør-Øst RHF	Annet	2 770	1 340	5 417	1 745	2 647	405
Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	3 321	1 474	2 599	1 116	-722	-358
Helse Vest RHF	Helse Nord RHF	2 577	902	1 436	557	-1 141	-345
Helse Vest RHF	Helse Sør-Øst RHF	10 742	4 543	8 169	3 794	-2 573	-749
Helse Vest RHF	Helse Vest RHF	1 014 639	310 076	922 441	285 371	-92 198	-24 705
Helse Vest RHF	Annet	773	416	555	295	-218	-121

Tabell 2. Pasientmobilitet i PHV/TSB. Aktivitet ved behandlende RHF fordelt på pasientenes bostedsregion. Antall episoder og pasienter. 1.3 - 31.12, 2019 og 2020. Kilde NPR.

Behandler RHF	Pasientens bostedsregion	2019 (1.3-31.12)		2020 (1.3-31.12)		Differanse, 2020-2019	
		Antall episoder	Antall pasienter	Antall episoder	Antall pasienter	Antall episoder	Antall pasienter
Helse Midt-Norge RHF	Annet	197	81	148	26	-49	-55
Helse Midt-Norge RHF	Helse Midt-Norge RHF	255 660	23 013	254 184	22 431	-1 476	-582
Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	2 182	292	2 078	261	-104	-31
Helse Midt-Norge RHF	Helse Sør-Øst RHF	4 006	589	4 651	649	645	60
Helse Midt-Norge RHF	Helse Vest RHF	1 424	195	1 266	181	-158	-14
Helse Nord RHF	Annet	210	28	216	29	6	1
Helse Nord RHF	Helse Midt-Norge RHF	515	85	647	103	132	18
Helse Nord RHF	Helse Nord RHF	136 854	14 207	141 554	13 270	4 700	-937
Helse Nord RHF	Helse Sør-Øst RHF	1 265	192	1 541	202	276	10
Helse Nord RHF	Helse Vest RHF	366	53	247	38	-119	-15
Helse Sør-Øst RHF	Annet	503	97	524	101	21	4
Helse Sør-Øst RHF	Helse Midt-Norge RHF	2 175	341	2 490	369	315	28
Helse Sør-Øst RHF	Helse Nord RHF	2 553	390	2 376	305	-177	-85
Helse Sør-Øst RHF	Helse Sør-Øst RHF	1 119 348	86 998	1 112 396	84 505	-6 952	-2 493
Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	5 369	870	6 310	858	941	-12
Helse Vest RHF	Annet	112	31	346	35	234	4
Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	1 297	289	1 630	264	333	-25
Helse Vest RHF	Helse Nord RHF	763	174	518	131	-245	-43
Helse Vest RHF	Helse Sør-Øst RHF	4 429	925	4 242	804	-187	-121
Helse Vest RHF	Helse Vest RHF	449 285	29 960	426 518	29 235	-22 767	-725

Tabell 3. Pasientmobilitet i PHBU. Aktivitet ved behandlende RHF fordelt på pasientenes bostedsregion. Antall episoder og pasienter. 1.3 - 31.12, 2019 og 2020. Kilde NPR.

Behandler RHF	Pasientens bostedsregion	2019 (1.3-31.12)		2020 (1.3-31.12)		Differanse, 2020-2019	
		Antall episoder	Antall pasienter	Antall episoder	Antall pasienter	Antall episoder	Antall pasienter
Helse Midt-Norge RHF	Annet	60	10	10	3	-50	-7
Helse Midt-Norge RHF	Helse Midt-Norge RHF	75 432	7 111	82 778	7 146	7 346	35
Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	182	32	339	32	157	0
Helse Midt-Norge RHF	Helse Sør-Øst RHF	103	28	353	37	250	9
Helse Midt-Norge RHF	Helse Vest RHF	49	12	33	10	-16	-2
Helse Nord RHF	Annet	113	8	170	15	57	7
Helse Nord RHF	Helse Midt-Norge RHF	122	16	154	21	32	5
Helse Nord RHF	Helse Nord RHF	66 006	5 397	70 889	5 530	4 883	133
Helse Nord RHF	Helse Sør-Øst RHF	184	29	277	40	93	11
Helse Nord RHF	Helse Vest RHF	34	9	48	11	14	2
Helse Sør-Øst RHF	Annet	30	9	147	24	117	15
Helse Sør-Øst RHF	Helse Midt-Norge RHF	675	82	616	84	-59	2
Helse Sør-Øst RHF	Helse Nord RHF	444	75	737	78	293	3
Helse Sør-Øst RHF	Helse Sør-Øst RHF	387 780	26 826	428 353	27 025	40 573	199
Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	1 394	163	1 365	142	-29	-21
Helse Vest RHF	Annet	25	3	44	10	19	7
Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	314	37	486	47	172	10
Helse Vest RHF	Helse Nord RHF	122	23	324	29	202	6
Helse Vest RHF	Helse Sør-Øst RHF	454	76	576	89	122	13
Helse Vest RHF	Helse Vest RHF	146 615	11 775	155 837	11 802	9 222	27

## Avtalespesialister

### Psykologer

Tabell 4: Antall behandlere og antall pasienter som har vært hos avtalespesialist i de 10 kommuner som har flest psykologer. Kilde KUHR.

1	KOMMUNE	FAGOMRÅ	ANTALL_BEHANDLERE	ANTALL_PASIENTER	ANTALL_REGNINGE
2	Oslo	PS	175	9453	141266
3	Bergen	PS	72	4754	57537
4	Trondheim	PS	30	1543	19180
5	Stavanger	PS	26	1655	22576
6	Asker	PS	20	938	13714
7	Nordre Follo	PS	18	789	14326
8	Bærum	PS	16	948	16784
9	Drammen	PS	12	771	10421
10	Tromsø	PS	12	484	8295
11	Skien	PS	10	1016	12945

Uttrekket viser også antall unike pasienter som har vært hos avtalepsykologer i disse kommunene.

### Legespesialister

Tabell 5: Antall behandlere og antall pasienter som har vært hos avtalespesialist i de 30 kommuner som har flest legespesialister. Tabellen viser også antallet unike pasienter som har vært hos avtaleleger i disse kommunene, men ikke hvilken legespesialitet behandler har. Kilde KUHR.

1	KOMMUNE	FAGOMRÅ	ANTALL_BEHANDLERE	ANTALL_PASIENTER	ANTALL_REGNINGER
2	Oslo	LE	288	204402	585945
3	Bergen	LE	99	94965	237807
4	Bærum	LE	56	50885	126375
5	Trondheim	LE	52	63767	146243
6	Drammen	LE	40	34245	88277
7	Kristiansand	LE	33	39493	104321
8	Tromsø	LE	30	24069	49321
9	Lillestrøm	LE	30	33077	80680
10	Stavanger	LE	27	39425	78204
11	Fredrikstad	LE	25	27976	65573
12	Asker	LE	23	17804	47362
13	Tønsberg	LE	22	21150	52599
14	Arendal	LE	22	26044	63833
15	Haugesund	LE	21	23630	56969
16	Nordre Follo	LE	20	23963	56188
17	Moss	LE	20	23780	60063
18	Porsgrunn	LE	19	18275	42845
19	Bodø	LE	19	18954	46533
20	Hamar	LE	18	14622	34163
21	Ålesund	LE	16	19885	45097
22	Sandnes	LE	16	19409	46908
23	Lillehammer	LE	15	23450	51946
24	Øygarden	LE	14	15079	32674
25	Skien	LE	14	19776	42621
26	Sarpsborg	LE	14	19016	43365
27	Lørenskog	LE	14	24252	60897
28	Larvik	LE	13	14315	33722
29	Sandefjord	LE	12	10957	25777
30	Halden	LE	10	10777	28587
31	Namsos	LE	9	8902	17275

Tabell 6: Antall behandlere og antall pasienter som har vært hos avtalespesialister i Asker kommune. Kilde KUHR.

20	Asker	LE	Spesialist hudlege	2	3297	7630
21	Asker	LE	Spesialist indremedisin	1	2469	4802
22	Asker	LE	Spesialist psykiatri	9	414	6793
23	Asker	LE	Spesialist øre-nese-hals	4	7684	19368
24	Asker	LE	Spesialist øyelege	7	5380	8769
25	Asker	PS	Psykolog	17	899	12954
26	Asker	PS	Utdanningskandidat psykolog	3	39	760

**Mottaker**

**Kontaktperson**

**Adresse**

**Post**

---

Etter liste

Helse Vest RHF

Helse Midt-Norge RHF

Helse Nord RHF

Helse Sør-Øst RHF

Statsforvalterne

Kopi

RHF fagdirektører