

Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten

Kostnader, aktivitet og kvalitet

SAMDATA spesialisthelsetjeneste 2018

Rapport

IS-2851



Innhold

Sammendrag	4
Innledning	11
1. Noen sentrale utviklingstrekk	16
1.1 Helsepolitiske mål og styringsdokumenter	16
1.2 Utvikling i helsetilstand, demografi og tjenestebruk	17
1.3 Avtakende vekst i bruk av spesialisthelsetjenester	20
1.4 Ressurstilgang og økonomi	24
2. Tilgjengelighet og rettferdig fordeling	28
2.1 Variasjoner i ressursinnsats	29
2.2 Variasjoner i bruk av tjenester	31
2.3 Utvikling og variasjon i behandlingsmåte – praksisvariasjoner	34
2.4 Ventetider og fristbrudd	37
2.5 Tjenesteorganisering og bruk av ny teknologi	42
2.6 Oppsummering - tilgjengelige og rettferdig fordelte tjenester	44
3. Samordnede tjenester preget av kontinuitet	46
3.1 Etablerte virkemidler for samordnede og koordinerte tjenester	46
3.2 Pakkeforløp for kreftpasienter	47
3.3 Utskrivningsklare pasienter	50
3.4 Oppfølging etter utskrivning i psykisk helsevern og TSB	52
3.5 Utsendelse av epikriser	54
3.6 Reinnleggelser	56
3.7 Oppsummering - samordnede tjenester preget av kontinuitet	57
4. Involvere pasienter og brukere	61
4.1 Involvering på systemnivå	61
4.2 Pasientens innflytelse på egen behandling og oppfølging	62
4.3 Oppsummering - involvere pasienter og brukere	64
5. Trygge og sikre tjenester	66
5.1 Nasjonalt program om pasientsikkerhet- I trygge hender	66
5.2 Nasjonale kvalitetsindikatorer for trygge og sikre tjenester	67
5.3 Omfanget av pasientskader ved somatiske sykehus (GTT)	78
5.4 Utvikling i pasientskadeerstatning	81
5.5 Tvang i psykisk helsevern	82

5.6	Oppsummering trygge og sikre tjenester	84
6.	Virkningsfulle tjenester	87
6.1	Indikatorer for overlevelse	89
6.2	Oppfølging av pasienter med diabetes i sykehus	92
6.3	Oppsummering - virkningsfulle tjenester	94
7.	God ressursutnyttelse	97
7.1	Somatisk virksomhet	97
7.2	Psykisk helsevern og rusbehandling (TSB)	101
7.3	Indikator for planlegging av aktivitet	105
7.4	Oppsummering – god ressursutnyttelse	106
8.	Hovedtall for spesialisthelse-tjenesten 2014-2018	108

Sammendrag

Mange indikatorer peker i retning av en spesialisthelsetjeneste som leverer trygge og sikre tjenester som er tilgjengelig for hele befolkningen. Mye er bra og går i riktig retning. Samtidig er det eksempler på stor geografisk i variasjon bruk av enkelte typer tjenester og behandling. På sentrale indikatorer for kontinuitet i pasientforløpene er utviklingen delvis negativ, mens mål på ressursutnyttelse viser stabilitet. Manglende eller dårlig kvalitet på data på viktige områder er også viktig å peke på.

I denne rapporten brukes data på ressurser, aktivitet og kvalitet for å beskrive status og utvikling i spesialisthelsetjenesten og belyse spørsmål som står sentralt i norsk helsetjeneste og helsepolitikk. SAMDATA spesialisthelsetjeneste omfatter flere rapporter og mer detaljerte data på nett.

Tilgjengelighet og rettferdig fordeling av tjenester

Befolkningens tilgang til spesialisthelsetjenester er generelt god her i landet. Om lag halvparten av innbyggerne har minst 1 kontakt med tjenesten i løpet av et år. For det store flertallet er kontakten knyttet til somatiske tjenester. Omtrent 5 prosent av befolkningen har kontakt med psykisk helsevern, mens tilsvarende for rusbehandling (TSB) er 0,8 prosent. Våre beregninger av regionenes ressurstilgang (kostnader korrigert for behov og struktur) viser små regionale forskjeller og tilsier et godt utgangspunkt for lik tilgang til helsetjenester i hele landet.

God tilgjengelighet generelt – stor variasjon for spesifikke pasientgrupper

Selv om det generelle bildet er god tilgjengelighet, finnes det likevel eksempler på stor eller uforklart variasjon i tilgang til og bruk av helsetjenester. Det er forskjeller mellom foretaksområdene i pasienter eller sum kontakter per innbygger, også når det er korrigert for befolknings sammensetning. I psykisk helsevern for barn og unge er det relativt store variasjoner i bruk av tjenester mellom helseforetaksområdene for ulike aldersgrupper og for både gutter og jenter. Det er også vist stor variasjon i medisinske ø-hjelpsinnleggelse i somatikken. Helseatlasene peker på en rekke pasientgrupper hvor det er vurdert å være uberettiget stor variasjon i bruk av tjenester og ulik medisinsk praksis. Et eksempel på dette er bruk av tjenester i barseltiden, både for barselkvinner og nyfødte barn.

Bedre tilgjengelighet med kortere ventetid

Tilgjengelighet til helsetjenester handler også om å ha tilgang til nødvendige tjenester innenfor rimelig tid. De offisielle ventetidene måler tiden fra du blir henvist til du møter opp til første time/innleggelse på sykehuset (start helsehjelp). Tallene viser at gjennomsnittlig ventetid har stabilisert seg, og til dels økte i 2018, etter flere år med reduksjon. Fra 2015 til 2016 gikk ventetiden ned og skyldes antakelig at alle

pasienter fra høsten 2015 skulle få en fristdato for oppstart. Tidligere kunne noen pasienter stå uprioritert på venteliste. I psykisk helsevern var gjennomsnittlig ventetid til oppstart helsehjelp 1,5 måneder (45 dager) i 2018, og i TSB i overkant av en måned (34 dager). For somatiske tilstander var gjennomsnittlig ventetid 2 måneder (60 dager). Det er store forskjeller i ventetid mellom fagområder innen somatikken og delvis følger dette variasjoner i andelen pasienter med høy hastegrad (for eksempel ved mistanke om kreft eller alvorlig sirkulasjonssykdom).

Et behandlingsforløp kan deles inn i ulike etapper. For mange pasienter trengs bare ett besøk på sykehuset for å avklare tilstand og eventuelt starte medisinsk behandling. Pasienter som trenger mer utredning eller behandling på sykehuset (gjerne en operasjon), vil ofte få en ny venteperiode til behandling settes i gang. Tid fra henvisning til oppstart behandling (tid til tjenestestart for 110 somatiske prosedyrer) var i gjennomsnitt litt over fire måneder (132 dager) i 2018. Median tid var i overkant av tre måneder (102 dager). I psykisk helsevern og TSB kan skillet mellom utredning og behandling være krevende å definere klart fordi det ofte er en overlappende prosess.

Økende andel pasienter med ambulante tjenester

Innen psykisk helsevern for barn og unge og TSB har andelen pasienter med ambulant tjeneste økt de siste årene til et nivå på om lag 30-40 prosent. I tjenester for voksne har andelen vært stabil på nær 20 prosent. Halvparten av pasientene har 1-2 ambulante kontakter. Andelen ambulante kontakter er tilnærmet lik for alle tjenestekområder og stabilt på om lag 10 prosent.

God tilgjengelighet i Norge sammenlignet med andre land

Ifølge internasjonale sammenligninger utført av OECD er Norge blant landene med lav forekomst av udekket behov for helsehjelp på grunn av økonomi/kostnader, avstand til tilbud eller ventetid (unmet needs). Sammenligningen er basert på spørsmål om man har latt være å oppsøke helsetjenesten på grunn av slike forhold. En viktig årsak til et godt resultat er at Norge har en høy andel offentlig finansiering av helsetjenestene.

Samordnede tjenester preget av kontinuitet

God samordning og kontinuitet gjennom hele pasientforløpet er et viktig kvalitetsaspekt som gjelder både innen og mellom nivåene i helse- og omsorgstjenesten. Det har blitt innført mange ordninger og tiltak for å bedre dette, for eksempel pakkeforløp, pålegg om å redusere ventetid og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Kontaktleger og koordinatorene for pasienten er også ordninger som skal bidra til bedre samordning og flyt i pasientforløp. Dette forutsetter at ordningene benyttes og brukes i tråd med hensikten.

Pakkeforløp for 26 kreftformer

Formålet med pakkeforløp for kreftpasienter er at pasientene skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendig ikke-medisinsk begrunnet forsinkelse. Det er utarbeidet anbefalte forløpstider for 26 kreftformer, fra henvisning er mottatt til utredning og behandling igangsettes. De siste par årene har vi sett en negativ utvikling ved at andelen som har gjennomført pakkeforløpene innen anbefalt tid har gått ned fra 70 prosent i 2016 og til 66 prosent i 2018. Det er store forskjeller mellom ulike former for kreft i hvor stor andel av forløpene som gjennomføres innenfor anbefalt tid.

Økt omfang for utskrivningsklare pasienter siste år

Innføringen av samhandlingsreformen og kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter i 2012 medførte kortere liggetid for aktuelle pasienter i sykehus og økt antall pasienter som ble tatt imot av kommunene når de var utskrivningsklare. Det var klare indikasjoner på bedre samordning mellom sykehus og kommuner i starten av reformen. Data fra 2018 viser imidlertid at utviklingen gikk i feil retning. Vi ser at andelen utskrivningsklare pasienter som tas imot av kommunen samme dag viser noe nedgang, og at omfanget av liggedager for utskrivningsklare pasienter økte fra 2017 til 2018.

Økende andel med oppfølging etter døgnopphold i psykisk helsevern og TSB

Når det gjelder spesialisthelsetjenestens oppfølging av døgnpasienter i psykisk helsevern og TSB viser tallene en positiv utvikling i perioden 2013 til 2018. Det var økning i andel døgnpasienter som har kontakt med tjenesten innen 30 dager etter utskrivning. Siden det er grunn til å anta at disse døgnpasientene har alvorlige tilstander, bør det forventes at de fleste har en oppfølgende kontakt innen en viss tid etter utskrivning. For barn og unge i psykisk helsevern hadde nær 90 prosent en ny innleggelse eller poliklinisk kontakt påfølgende måned etter utskrivning i 2018, mens den tilsvarende andelen for voksne og TSB var hhv. 70 og 66 prosent.

Involvere pasienter og brukere

Involvering av pasienter på alle nivå i helsetjenesten har etter hvert blitt en forventning og i mange tilfeller et krav. Rett til medvirkning i behandlingsforløp og oppfølging er fastsatt gjennom pasient og brukerrettighetsloven, og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten fastslår at pasientenes, brukernes og de pårørendes erfaringer skal benyttes til forbedring av tjenestene. Involvering handler om representasjon og medvirkning i prosesser rundt utvikling av konkrete tjenester, i evaluering og forskning, og at pasientenes erfaringer dokumenteres. Det gjelder ikke minst at du som pasient har innflytelse på beslutninger om egen behandling/oppfølging og på hvordan forløpet organiseres. Det siste er spesielt viktig for pasienter med langvarige og sammensatte behov og hvor ulike tjenester er involvert.

Det er begrenset informasjon om graden av pasient-/brukermedvirkning i helsetjenesten. Nasjonale kartlegginger av pasientenes erfaringer med helsetjenesten synliggjør at en del av pasientene opplever ikke å bli tilstrekkelig involvert eller hørt i sin kontakt med helsetjenesten. Samtidig har det blitt innført ordninger som har til hensikt å bedre pasientenes medbestemmelse og mulighet til å bli hørt. Individuell plan og brukerstyrte plasser i psykisk helsevern og TSB er eksempler på slike ordninger. Vi har ikke god nok informasjon om bruken av slike ordninger, eller hvordan de praktiseres.

Samvalg brukes som begrep for en prosess eller en metode som kan brukes av pasienter og helsepersonell for så langt som mulig å skape et felles beslutningsgrunnlag. På helsenorge.no er det så langt lagt ut samvalgsverktøy for 8 diagnoser.

Trygge og sikre tjenester

De siste årene ser vi en stabil eller positiv utvikling på svært mange av indikatorene for trygge og sikre tjenester som inngår i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet. På flere områder er den nasjonale måloppnåelsen god i forhold til mål som er satt. Mange av helseforetakene viser samtidig forbedring. Variasjonen mellom helseforetakene kan derfor være relativt stabil, men resultatene blir totalt sett bedre.

I en sammenligning mellom sykehus må man vurdere om forhold som ikke gjenspeiler behandlingen ved sykehusene også spiller inn. Ulikheter i pasientsammensetning eller tilfeldige forskjeller på grunn av lite pasientgrunnlag er eksempler på dette (spesielt ved de minste helseforetakene/sykehusene).

Klarer sykehusene å hindre uønskede hendelser?

En av de viktigste tiltakene for en trygg og sikker tjeneste er å hindre spredning av infeksjoner i sykehuset. Forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner måles to ganger i året, på en spesifikk dag. Vi ser over tid en redusert forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner og for sykehusene samlet var man innenfor det nasjonale målet (3,5 prosent) ved kartleggingen i november 2018. Det er variasjoner mellom sykehusene i infeksjonsforekomst (fra 1 til 6 prosent i november 2018).

Bruken av bredspektret antibiotika i sykehus er også redusert. Det nasjonale målet er å redusere bruken med 30 prosent fra 2012 til utgangen av 2020. Fram til 2018 ble omfanget redusert med 11 prosent, men det er altså et godt stykke fra målet. I 2018 varierte antall definerte døgndoser (DDD) per 100 liggedøgn fra 12 til 20 DDD ved helseforetakene.

Omfanget av komplikasjoner og større inngrep i forbindelse med fødsel har vært relativt stabilt de siste årene, men andel førstegangsfødende med keisersnitt er noe lavere og andel barn som dør i forbindelse med fødsel ble litt redusert fra 2014 til 0,3 prosent i 2017.

Global Trigger Tool (GTT-undersøkelsen) er en metode som brukes for å følge med på utviklingen i andel sykehusopphold med pasientskader og som sykehusene kan bruke til eget kvalitetsforbedringsarbeid. Metoden er systematisk brukt her i Norge siden 2010 og det er obligatorisk for alle helseforetak å rapportere inn GTT-tall. Resultatene for 2018 viser at det oppstod en pasientskade ved 11,9 prosent av sykehusoppholdene i somatiske sykehus i Norge, mot 13,7 prosent året før. Dette er det laveste nivået som har vært målt siden GTT-undersøkelsen ble startet opp i 2010.

Følges nasjonale anbefalinger?

Ved hjerneslag og hjerteinfarkt er rask utredning og behandling en kritisk faktor. Ved hjerneinfarkt kan trombolytisk behandling (blodpropløsende medisin) gis inntil 4,5 timer etter symptomdebut. 18 prosent av pasientene innlagt med hjerneslag mottok trombolyse i 2018. Man nærmer seg dermed det nasjonale målet om 20 prosent. Det er også et mål at 50 prosent av pasientene skal motta trombolyse innen 40 minutter etter innleggelse, et mål alle helseforetakene nådde i 2017. Andelen for sykehusene samlet var 68 prosent. Det er også en positiv utvikling i andel pasienter med akutt hjerteinfarkt (NSTEMI) som får undersøkt blodårene rundt hjertet (hjerterkransårene) innen 72 timer etter innleggelse (anbefalt tidsramme). Den rapporterte andelen økte fra 57 prosent i 2014 til 66 prosent i 2017. Forskjellen mellom helseforetakene ble litt redusert for disse tidskrisiske behandlingene de siste årene. Variasjoner i andelen pasienter som får trombolyse vil blant annet påvirkes av reisetid til sykehus og ikke bare kapasitet og logistikk i sykehusene.

Det har vært en økning i andel pasienter som får oppfølgende legemiddelbehandling etter hjerneslag, og det er god måloppnåelse i tråd med nasjonale anbefalinger på disse målene. Det er videre høy måloppnåelse for legemiddelbehandling i tråd med nasjonale anbefalinger etter karkirurgiske

operasjoner som innsnevring av halspulsåren, utposing på hovedpulsåren og operasjon for trange blodårer i bena.

Andel pasienter med hoftebrudd som ble operert innen henholdsvis 24 og 48 timer (pasienter 65+) ble noe redusert de siste årene. I 2018 ble 60 prosent av pasientene operert innen 24 timer og 90 prosent operert innen 48 timer. Variasjonen mellom helseforetakene har økt i perioden fra 2014 til 2018.

Bruk av tvang i psykisk helsevern

I 2017 rapporteres det om minst ett vedtak om tvungen tilbakeholdelse, behandling uten samtykke eller bruk av tvangsmidler for til sammen 7 000 pasienter i det psykiske helsevernet.

Alle mennesker har som utgangspunkt full selvbestemmelsesrett over egen helse, og hovedregelen er at alle typer helsehjelp skal være basert på samtykke. Dette gjelder også for pasienter i det psykiske helsevernet. Bruk av tvang skal derfor alltid begrenses til situasjoner der frivillighet ikke fører frem. Til dels store og vedvarende geografiske forskjeller i rater for alle former for tvangsbruk indikerer praksisforskjeller og potensiale for mindre bruk av tvang i de psykiske helsetjenestene. Kravet om mindre tvang er derfor gjentatt over år både i nasjonale strategidokumenter og i styringssignaler og måltall for de regionale helseforetakene. Indikatorer for tvangsbruk viser likevel bare mindre endringer.

Med virkning fra 1. september 2017 ble psykisk helsevernloven revidert og vilkårene for bruk av tvang ble innskjerpet for samtykkekompetente pasienter. Aktivitetsdata viser en forsiktig nedgang i pasientrater for enkelte tvangsformer fra 2016 til 2017. Utviklingen kan være knyttet til denne innskjerpingen, men det er foreløpig uklart om effekten har vedvart inn i 2018 og 2019.

Virkningsfulle tjenester

I hvilken grad overlever pasientene livstruende tilstander, hvor mange pasienter blir friske eller bedre av behandlingen de mottar, og i hvilken grad forebygger behandling og oppfølging dårlig helse og alvorlige tilstander? Dette er spørsmål man ønsker svar på. Foreløpig er det relativt få kvalitetsindikatorer som kan si noe om effekten av helsetjenestens behandling og oppfølging. I Norge som andre land arbeides det for å utvikle bedre dokumentasjon på resultatene i helsetjenesten.

Overlevelse etter kreft og akutte livstruende tilstander

Vi ser en positiv utvikling i overlevelsesrater etter kreftbehandling og etter innleggelser for alvorlige tilstander som er potensielt dødelige. Internasjonale sammenligninger viser at Norge har lave dødelighetsrater etter akutt hjerteinfarkt og hjerneslag. Norge er også et av landene med høy (5 års-) overlevelse etter livmorhalskreft, brystkreft og tykktarmskreft.

Oppfølging i sykehus av pasienter med diabetes

For barn med diabetes type 1 som årlig følges opp i sykehus viser tallene en positiv utvikling i blodsukkerregulering og få har tegn på alvorlige endringer i nyrefunksjon. Det er også positivt at få behandles for alvorlig høyt LDL-kolesterol og at andelen som opplever akutte komplikasjoner på grunn av sin diabetes gradvis har blitt litt lavere i perioden 2014 til 2017.

Tallene indikerer at en økende andel av voksne diabetespasienter (type 1) som årlig følges opp av spesialisthelsetjenesten, har god blodsukkerregulering. Andelen med dårlig regulert blodsukkernivå har samtidig falt. Bedre regulert diabetes vil på sikt føre til færre komplikasjoner. Til tross for en positiv utvikling var det kun 28 prosent av pasientene som oppnådde behandlingsmålet for blodsukkerregulering. En annen indikator på senkomplikasjoner av diabetes er amputasjoner. Forekomsten av slike amputasjoner er relativt lav (0,2 prosent av pasientene).

God ressursutnyttelse

Det kan være vanskelig å konkludere på generelt nivå om ressursutnyttelsen i spesialisthelsetjenesten er god eller dårlig. Tidligere studier av produktivitet ved somatiske sykehus i Norden viste at norske sykehus ikke utnyttet ressursene like effektivt som de finske, men bedre enn i Sverige. Det er flere utfordringer knyttet til sammenligning av effektivitet og produktivitet i sykehus mellom ulike land, men nevnte studier indikerer at det er et visst mulighetsrom for forbedringer også ved norske helseforetak og sykehus.

Et annet forhold som også peker i retning av muligheter for forbedring, er forskjellene i beregnet produktivitet mellom ulike foretak. Data for 2018 viser at det fortsatt er til dels store forskjeller i kostnadsnivå mellom foretak og det er rimelig å anta at noen av forskjellene kan skyldes ulikt produktivetsnivå.

Hovedbildet: Uendret produktivetsnivå

Når det gjelder utviklingen i produktivitet de siste fem årene (2014-2018) er hovedbildet nasjonalt at dette har vært stabilt. For de somatiske sykehusene har kostnad per aktivitet (DRG-poeng) vært tilnærmet uendret siste fire år, etter en reduksjon fra 2014 til 2015. Kostnadsnivået ved poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge og i TSB har også endret seg lite i deler av siste femårsperiode. I poliklinisk virksomhet i psykisk helsevern for voksne finner vi indikasjoner på bedret produktivitet i form av lavere kostnadsnivå.

Andel dagkirurgi økte mer siste år

Det har vært en positiv utvikling i planlagt kirurgi, der en større del av aktiviteten gjennomføres som dagkirurgi, og med en reduksjon i antall opphold der pasientene ble liggende på sykehus etter inngrepet. Økningen i andel planlagt dagkirurgi var større siste år enn tidligere i perioden 2014-2018, trolig delvis knyttet til endringer i finansieringssystemet.

Flere rapporter og mer data fra SAMDATA

I årets SAMDATA Spesialisthelsetjeneste er det publisert flere tema-rapporter og nettsider med mer detaljerte data.

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

For nærmere informasjon om Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI) se:

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer>

Innledning

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

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

I løpet av de siste tiårene har det skjedd en gradvis dreining i innholdet for nasjonal styringsinformasjon om helsetjenesten, både i Norge og andre land. Tidligere var ressurser og aktivitetsendringer best dokumentert. Etter hvert har det blitt sterkere fokus på dokumentasjon av utvikling og variasjoner i praksis og kvalitet på tjenestene. Informasjon om helheten i tjenestetilbudet med utgangspunkt i perspektivet til pasienter/brukere har også fått en langt mer sentral plass. Denne utviklingen gjelder både her i Norge og internasjonalt. Teknologisk utvikling med bedre muligheter for rapportering og kobling av data, kombinert med større vektlegging av dokumentasjon på forløp og resultater har bidratt til denne utviklingen.¹

I årets publikasjon har målet vært å gi en bredere beskrivelse av utviklingen og situasjonen i spesialisthelsetjenesten basert på tilgjengelige data fra SAMDATA, kvalitetsindikatorer og andre relevante kilder. Det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet skal bidra til å sikre befolkningen likeverdig tilgang til helsetjenester av god kvalitet, og baserer seg på rammeverket til OECDs Health Care Quality Indicator Project². Helsedirektoratet har siden 2012 hatt et lovpålagt ansvar for å utvikle, vedlikeholde og formidle nasjonale kvalitetsindikatorer for helse- og omsorgstjenesten. Ansvar er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5 og spesialisthelsetjenesteloven § 7-3.

¹ I kjølvannet av dette arbeides det også utvikle indikatorer for kostnadseffektivitet som inkluderer kliniske resultatmål, og ikke bare aktivitetsmål. Ofte omtalt som "Value based healthcare".

² <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-indicators.htm>

Kunnskap gir grunnlag for endring. Kvalitetsindikatorernes visjon er å bidra til å følge med på å de *riktige* og *viktige* tingene i helse- og omsorgstjenestene, slik at nødvendige tiltak kan iverksettes for å nå målene for helsetjenesten.

I denne rapporten brukes data på ressurser, aktivitet og kvalitet for å gi en tallmessig beskrivelse av utviklingen i spesialisthelsetjenesten og belyse spørsmål som står sentralt i norsk helsetjeneste og helsepolitikk.³

Vi starter med en nasjonal beskrivelse av *sentrale utviklingstrekk* på områder som har stor betydning for rammene som spesialisthelsetjenestens arbeider innenfor (kapittel 1). Dette innbefatter befolkningens helsetilstand, endringer i befolkningssammensetning og ressursinnsats til spesialisthelsetjenesten. I tillegg beskrives endringer i antall pasienter som utredes/behandles, noe som vil påvirkes av forholdene nevnt ovenfor. Resten av rapporten (kapittel 2 til 8) organiseres med utgangspunkt i rammeverket som ligger til grunn for arbeidet med nasjonale kvalitetsindikatorer.⁴ I disse kapitlene står *variasjoner* mellom helseforetak eller helseforetaksområder sentralt. Dimensjonene i rammeverket belyses ved hjelp av tilgjengelig statistikk og styringsinformasjon, og med et spesielt blikk på særlig prioriterte helsepolitiske spørsmål. Rammeverket sier at:

Tjenester av god kvalitet:

- Er virkningsfulle
- Er trygge og sikre
- Involverer brukerne/pasientene
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Rammeverket legger vekt på dimensjoner som er viktige for kvaliteten på behandlingen og oppfølgingen som gis, men også at helsetjenesten er organisert og finansiert på en måte som bidrar til god ressursutnyttelse og rettferdig fordeling av tjenestene. Det er altså ikke nok at hver avdeling eller hvert sykehus leverer god kvalitet. Tjenestene må være tilgjengelige for alle uavhengig av forhold som bosted eller personlig økonomi. I tillegg skal vi organisere tjenestene på en måte som understøtter god medisinsk praksis og tilgjengelighet til tjenestene. God samhandling og informasjonsutveksling i alle ledd i pasientbehandlingen er viktig her. Rammeverket sier dermed at det skal være god kvalitet på selve helsesystemet. Denne rapporten handler hovedsakelig om spesialisthelsetjenesten, men rammeverket omfatter også helse- og omsorgstjenester som utføres i kommunene. Disse beskrives imidlertid ikke i denne rapporten.

³ Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) har seks hovedområder og mål: - Styrke pasienten - Prioritere tilbudet i psykisk helse og rusbehandling - Fornye, forenkle og forbedre helsetjenesten - Nok helsepersonell med riktig kompetanse - Bedre kvalitet og pasientsikkerhet - Bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehusene - Styrke akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

⁴ Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ...Og bedre skal det bli! (2005-2015).

Nasjonale datagrunnlag som kan brukes til å beskrive status i ressursbruk, tjenestebruk og kvalitet

I hvilken grad har vi nasjonale data og indikatorer som kan belyse dimensjonene i rammeverket? Som i mange andre land har tall for ressurser, årsverk og overordnede aktivitetstall vært lettere tilgjengelig enn nasjonale data og indikatorer for å belyse medisinsk praksis og kvalitet. Det gjelder spesielt informasjon om utfallet av behandling (virksomme tjenester). Gjennom det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet publiseres det per i dag om lag 140 indikatorer for spesialisthelsetjenesten. Tallene er basert innsamlede data fra en rekke kilder, herunder Norsk Pasientregister (NPR), Folkehelseinstituttet (FHI) og de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene. I tillegg til informasjon fra Helsedirektoratet utarbeides nasjonale helseatlas som viser geografiske variasjoner på utvalgte tema. Dette arbeidet skjer i regi av Helse Nord og Helse Vest.

Det fortsatt en del som gjenstår for å få et godt og dekkende bilde av alle dimensjonen som inngår i rammeverket for en god helsetjeneste. I det videre arbeidet står utvikling av gode resultatindikatorer og bedre informasjon om forløp og samhandling sentralt.

Beskrivelser av utvikling og variasjon

Rapporten beskriver nasjonal utvikling og variasjon mellom helseforetak eller helseforetaksområder for en rekke indikatorer som kategoriseres i henhold til rammeverket for NKI. Dimensjonene i rammeverket er ikke gjensidig utelukkende, og mange av indikatorene er relevante for flere av dimensjonene.

Variasjon kan framstilles og fortolkes på mange måter. Om variasjonen er stor eller liten kan for eksempel vurderes ut fra forskjell mellom høyeste og laveste verdi, man kan bruke statistiske mål på variasjon eller spredning, eller man kan identifisere helseforetak som avviker mye fra gjennomsnittet/nasjonalt nivå.

Når det finnes nasjonale retningslinjer eller målsettinger for konkrete mål, for eksempel for ventetid eller forekomst av infeksjoner på sykehus, er det enklere å vurdere om variasjonene er problematiske ved eksempelvis å vise til hvor mange av helseforetakene eller helseforetaksområdene som har oppnådd målet eller ikke. Når vi for eksempel ser på variasjoner i befolkningens bruk av sykehustjenester eller forskjeller i ressursbruk har vi som regel ikke veiledende måltall. Spørsmålet er da om forskjellene framstår som så store at vi ut fra en generell betraktning kan si at det er problematisk, og om problemet er at noen ligger altfor høyt eller at noen ligger for lavt.

En tallmessig sammenstilling av utvikling og variasjon på sentrale områder i helsetjenesten vil alltid være en forenkling av en kompleks virkelighet. Resultatene vil i noen tilfeller gi grunnlag for å nye spørsmål heller enn å gi klare svar. Det er likevel viktig styringsinformasjon som bidrar til å kunne vurdere om utvikling går i riktig retning på viktige områder. For de fleste indikatorer som presenteres i rapporten finnes det muligheter for å finne flere og mer detaljerte tall på web og i andre rapporter.

Publikasjonen SAMDATA spesialisthelsetjeneste 2018

SAMDATA spesialisthelsetjeneste omfatter flere rapporter og mer detaljerte data på web med tilhørende korte notater med hovedfunn. Samtidig med denne rapporten er det utarbeidet følgende rapporter:

- Tjenester i psykisk helsevern og TSB 2014-2018, IS-2850
- Kostnader i spesialisthelsetjenesten. Nasjonal utvikling og regionale variasjoner, IS-2847.
- Produktivitetsutvikling i somatisk spesialisthelsetjeneste 2014-2018, IS-2848.
- Kostnadsnivå og produktivitet i psykisk helsevern og TSB 2014-2018, IS-2852

For ytterligere og mer detaljerte data:

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

Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI):

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer>

1. Noen sentrale utviklingstrekk

1.1 Helsepolitiske mål og styringsdokumenter

Pasientens helsetjeneste har vært et uttalt mål for spesialisthelsetjenesten de siste årene. Regjeringen har blant annet gitt føringer om at pasienten skal være i sentrum for de endringer som igangsettes og at alt som gjøres skal bidra til «*bedre kvalitet og mer trygghet for pasienter, brukere og pårørende*». ⁵ Det er videre uttrykt at «*å skape pasientens helsetjeneste betyr å involvere pasienten som partner i utviklingen av tjenestene*». Involvering av pasienter og brukere står derfor sentralt i helsepolitikken.

Konkretisering av sentrale helsepolitiske mål skjer gjennom oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene (RHF) og i foretaksmøter med disse. Hovedelementene i oppdraget til RHF-ene har vært fast de siste årene, med mål om å:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Resultatene for 2018 viser at utviklingen på mange av indikatorene ikke går i ønsket retning, og viser til dels betydelig variasjon mellom regionene og helseforetakene. Å redusere unødvendig venting er særlig viktig for de pasientene hvor rask utredning og eventuell behandling er spesielt viktig. Målet i styringsdokumentet fra 2018 om redusert ventetid i sammenligning med 2017 ble ikke nådd for noen av regionene når det gjaldt somatisk virksomhet, og både gjennomsnittlig og median ventetid økte.

For ventetid innen psykisk helse og TSB ser vi derimot gode resultater. Her gikk ventetiden ned i 2018, og målet om at ventetiden skal være under 50 dager (innen 2021) ble oppnådd i tre av fire regioner. Målet om ventetid under 50 dager ble også nådd, med god margin, for tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

En annen indikator på det første målet i styringsdokumentene er forløpstid i pakkeforløpene for kreft. Formålet med pakkeforløpet er at pasienter skal oppleve et godt organisert og forutsigbart behandlingsforløp uten unødvendig ikke-medisinske begrunnede forsinkelser i utredning, behandling og rehabilitering. Det er et nasjonalt mål at 70 prosent av kreftpasientene som er inkludert i et pakkeforløp skal gjennomføre pakkeforløpet innen anbefalt tid. For landet som helhet gikk måloppnåelsen ned fra 68,6 prosent i 2017 til 66,0 prosent i 2018. Samtlige helseregioner hadde en nedgang fra 2017 til 2018. Av de regionale helseforetakene nådde kun Helse Midt-Norge målet i 2018 med 71,2 prosent.

SAMDATAs indikatorer for ressursutnyttelse på sykehus- eller foretaksnivå viser til dels store forskjeller mellom sykehus/foretak, og noen av disse forskjellene har vært stabile over lang tid. Det finnes ikke nasjonale data med beregninger på lavere nivå i foretakene, men det er grunn til å anta at forskjellene

⁵ Se bl.a. Prop. 1 S for både 2017-2018 og 2018-2019 fra Helse- og omsorgsdepartementet.

mellom sammenlignbare enheter er større på lavere nivå. På grunn av manglende data har det ikke vært mulig å analysere dette bredt, men etableringen av en database på kostnad per pasient i Helsedirektoratet i 2019 gir mulighet for mer kunnskap om dette.

Målet om prioritering av psykisk helsevern og TSB gjennom en prosentvis høyere vekst (den gylne regel), har vist seg krevende å etterkomme på en helhetlig måte for RHF-ene. Det har vært noe diskusjon rundt hvilke måltall som bør brukes for å måle en slik prioritering, men indikatorene som har vært brukt de siste par årene (2015-16, 2016-17) viser at det er ingen av RHF-ene som har oppfylt kravet i begge år for både psykisk helsevern og TSB. Noen av RHF-ene har imidlertid oppnådd noen av målene. I 2018 var som tidligere påpekt ventetidsutviklingen bedre i psykisk helsevern og TSB enn for somatisk virksomhet og for regionene samlet var det like sterk vekst i kostnader til somatikk og psykisk helsevern siste år. Det var imidlertid forskjeller mellom regionene når det gjelder utviklingen i både ventetider og kostnader. Mangel på måloppnåelse på dette oppdraget har igangsatt særskilt arbeid i RHF-ene for å identifisere årsaker til resultatene, samt tiltak for å oppnå bedre resultater.

Det fremgår av styringsdokumentet i 2018 at helsetjenesten skal videreutvikles slik at pasienter og brukere i større grad får og opplever å få trygg og god helsehjelp. Helse, miljø og sikkerhet (HMS) skal være en integrert del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet. I 2018 var målene i styringsdokumentet blant annet knyttet til nedgang i forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner, nedgang i forbruk av bredspektret antibiotika, trombolysbehandling, korridorpasienter og hjemmedialyse. Det fastsatte målet om få helsetjenesteassosierte infeksjoner ble nådd på nasjonalt nivå, og bruken av bredspektret antibiotika gikk ned, men nedgangen var ikke i henhold til de helsepolitiske målene som er satt (30 prosent nedgang fra 2012 til 2020). Bare en av regionene oppnådde målet om at minst 20 prosent av pasientene med blodpropp i hjernen skulle få trombolysbehandling, og alle regionene hadde noen korridorpasienter. Målet om at minst 30 prosent av dialysepasientene skal få hjemmedialyse ble ikke nådd i noen av regionene.

Det var også et mål å øke antallet kliniske behandlingsstudier. Ved utforming og utvikling av tjenestetilbudet skal det tas utgangspunkt i kvalitet- og pasientsikkerhetsmålinger, forskningsbasert kunnskap og pasientenes erfaringer. Informasjon om stor eller uberettiget variasjon, som både vises i helseatlasene og rapporter som SAMDATA, kan gi grunnlag for å se på videreutvikling av tjenestene.

1.2 Utvikling i helsetilstand, demografi og tjenestebruk

Utviklingen av tilbudet i helsetjenesten må reflektere endringer i befolkningens helsetilstand. Sykelighet og dødelighet varierer med alder og befolkningens alderssammensetning er avgjørende for omfanget av hvilke typer tjenester som trengs. Tjenesteutviklingen påvirkes også i stor grad av medisinsk teknologisk utvikling, tilgjengelige ressurser og helsepolitiske prioriteringer.

Helsetap knyttet til ikke-dødelige sykdommer øker

Folkehelseinstituttet publiserer informasjon om utvikling i folkehelsen og deltar i et internasjonalt arbeid for beregninger av sykdomsbyrde. Levealderen har økt jevnt i hele etterkrigstiden og var cirka 84 år for kvinner og 81 år for menn i 2017. Forventede friske leveår øker og var i 2015 beregnet til 71,5 år. Norge

er et av landene i verden med høyest forventet levealder, selv om Japan og europeiske land som Italia, Sveits og Spania ligger litt høyere.

I Norge skjer nesten 80 prosent av dødsfall etter fylte 70 år, og de tre viktigste store dødsårsakene er hjerte- og karsykdom, kreft og nevrologiske sykdommer (i hovedsak demens). Disse utgjør tilsammen 71 prosent av alle dødsfall. Forekomsten av hjerte-karsykdom reduseres, og reflekteres i mindre kontakt med spesialisthelsetjenesten.⁶ Dødeligheten av kreft har også blitt redusert, men risikoen for å få kreft har økt.⁷ Selvmord og overdoser er de viktigste årsakene til død blant unge og voksne i alderen 15 til 49 år.

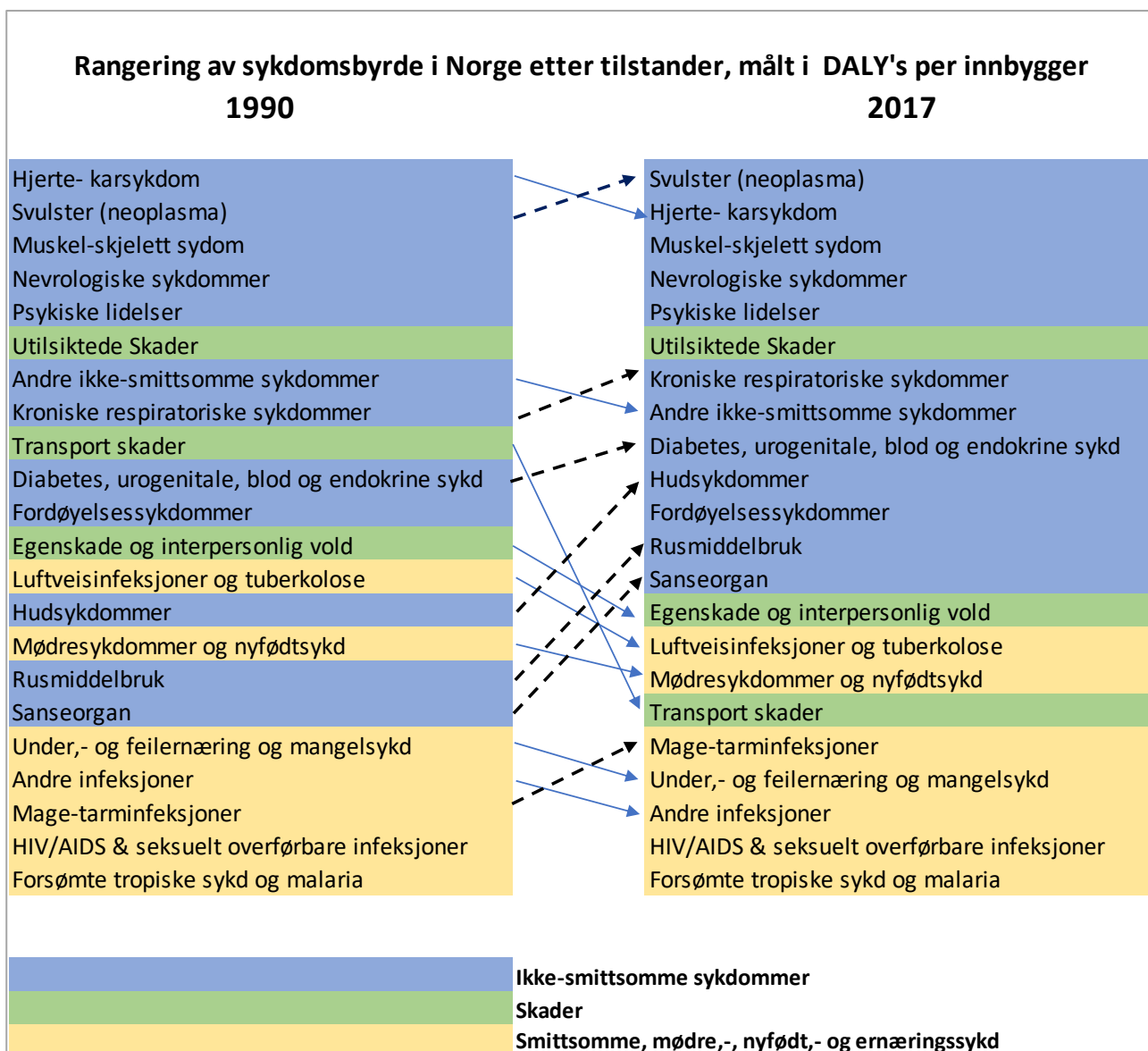
Sykdomsbyrdeberegninger viser hvordan ulike sykdommer, skader og risikofaktorer rammer en befolkning i form av ikke-dødelig helsetap (sykelighet) og dødelighet. Data for Norge i det internasjonale sykdomsbyrdeprosjektet viser at hjerte- og karsykdommer sto for den største sykdomsbyrden i 1990, men at kreftsykdommer har tatt over og troner øverst i 2017. Dette skyldes en reduksjon i forekomsten av hjerte-/karsykdom, og dødsfall på grunn av dette er forskjøvet til høyere aldersgrupper (Folkehelseinstituttet⁸). På de neste tre plassene kommer muskel-skjelettlidelser, nevrologiske sykdommer (spesielt demens) og psykiske lidelser. Vi ser tydelig av *Figur 1* at det er de ikke-smittsomme sykdommene som dominerer.

⁶ Helsetilstanden i Norge, Folkehelseinstituttet 2019

⁷ Cancer in Norway 2017 - Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. Oslo: Cancer Registry of Norway, 2018)

⁸ <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/hjertekar/forekomsten-av-hjerte-og-karsykdom-i-2018/>

Figur 1 Rangert oversikt over ulike tilstander sitt bidrar til sykdomsbyrde, målt som helsetapsjusterte leveår (Disability Adjusted Life Years – DALY summen av tapte leveår og helsetap). Norge, 1990 og 2017. Kilde: healthdata.org



Det har etterhvert kommet mer dokumentasjon av betydningen av helsetap og nedsatt livskvalitet på grunn av dårlig psykisk helse, skjelett-muskelsykdommer og smertelidelser mm. Dette er ikke-dødelige tilstander som også rammer i yngre deler av befolkningen. Ikke-dødelig helsetap utgjør en stor og økende andel av sykdomsbyrden, og det er indikasjoner på at det nå utgjør mer enn halvparten av denne.⁹ Muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser er viktige årsaker til ikke-dødelig helsetap i nesten alle aldersgrupper.

Beregninger viser videre at ikke-dødelige sykdommer, som psykiske lidelser og muskel- og skjelettplager, forårsaker høye behandlingstkostnader og mye tapt arbeidsdeltagelse, og derfor til sammen koster mer for samfunnet enn dødelige sykdommer.

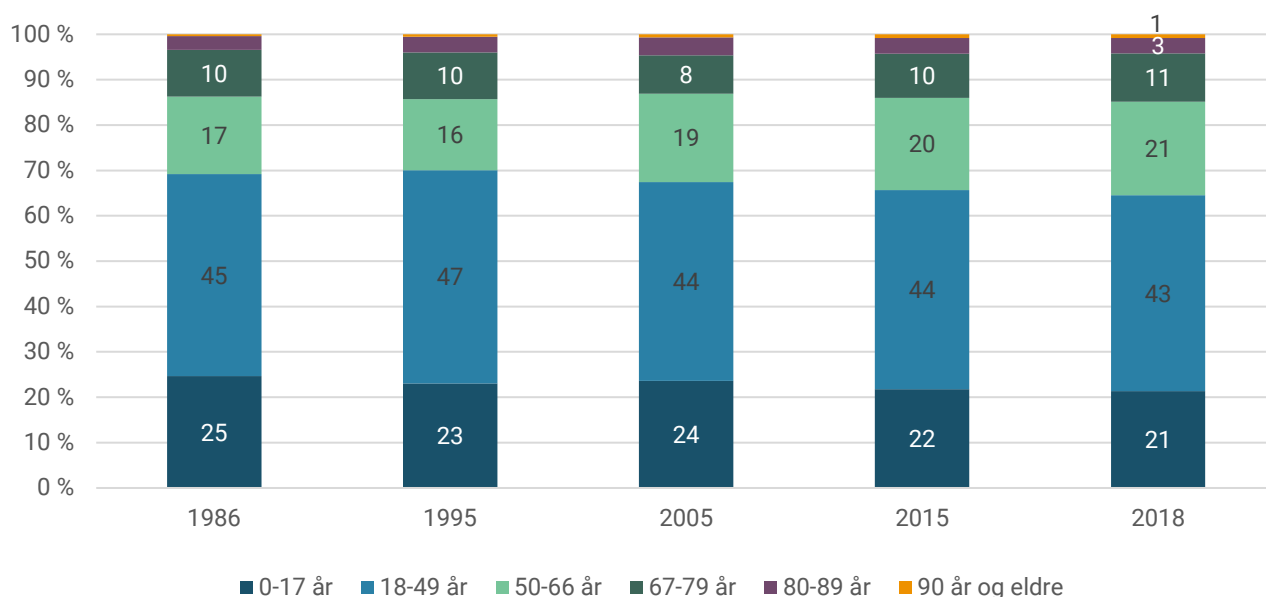
⁹ Tållånes med flere (2018) Sykdomsbyrden i Norge i 2016, Tidsskrift for den norske legeforening Utgave 15, 2. oktober 2018

Størst befolkningsvekst i eldre aldersgrupper

Forekomst av sykdom og størrelsen på befolkningen i ulike aldersgrupper er styrende for sammensetningen av tilbudet som helsetjenesten til enhver tid må ha tilgjengelig. Utvikling i forekomst av sykdom og behov er noe mer krevende å få gode løpende data om, mens informasjon om befolkningsutviklingen historisk og anslag på utviklingen videre finnes det gode data på. Det er kjent for de fleste at det har startet en særlig vekst i antall og andel eldre på grunn av store fødselskull etter 1945. Etter 2010 har vi sett en sterkere vekst blant eldre i alderen 70 år og over, en vekst som om få år vil synes i gruppen 80 år og over. *Figur 2* viser at andelen innbyggere under 50 år har blitt redusert (særlig etter 2010), mens de i aldersgruppene 50-79 år øker.

Siden behovet for somatisk helsehjelp øker med alder og befolkningen totalt sett har økt med nesten 6 prosent over fem år er det forventet at innleggelses og polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten også har økt.

Figur 2 Alderssammensetningen i befolkningen for utvalgte år, 1986-2018. Kilde: SSB.



I perioden etter 2010 var vekst i befolkningen totalt særlig drevet av vekst både for voksne under 50 år og blant de yngre eldre. Det fødes stadig færre barn i Norge, og barne- og ungdomsbefolkningen (under 20 år) ble redusert med 3,8 prosent fra 2010 til 2019. Det var en liten vekst i antall personer mellom 20 og 49 år (1,3 prosent), men både i prosent og i faktisk antall er dette lite sammenliknet med veksten i aldersgruppene 50-66 år (+ 15,2 pst) og de over 67 år (+ 28 pst).

1.3 Avtakende vekst i bruk av spesialisthelsetjenester

Bruken av spesialisthelsetjenester i landet er i all hovedsak finansiert av det offentlige hvor det er krav til innrapportering av data til Norsk pasientregister, også når aktiviteten er ved private sykehus. Det finnes derfor komplette data for offentlig finansiert bruk av spesialisttjenester. Når det gjelder privat- eller

forsikringsfinansiert aktivitet er det ikke krav til slik rapportering, og vi har derfor lite data på dette. Det antas imidlertid at omfanget av slik privatfinansiert aktivitet er relativt lite.

Offentlig finansiert aktivitet

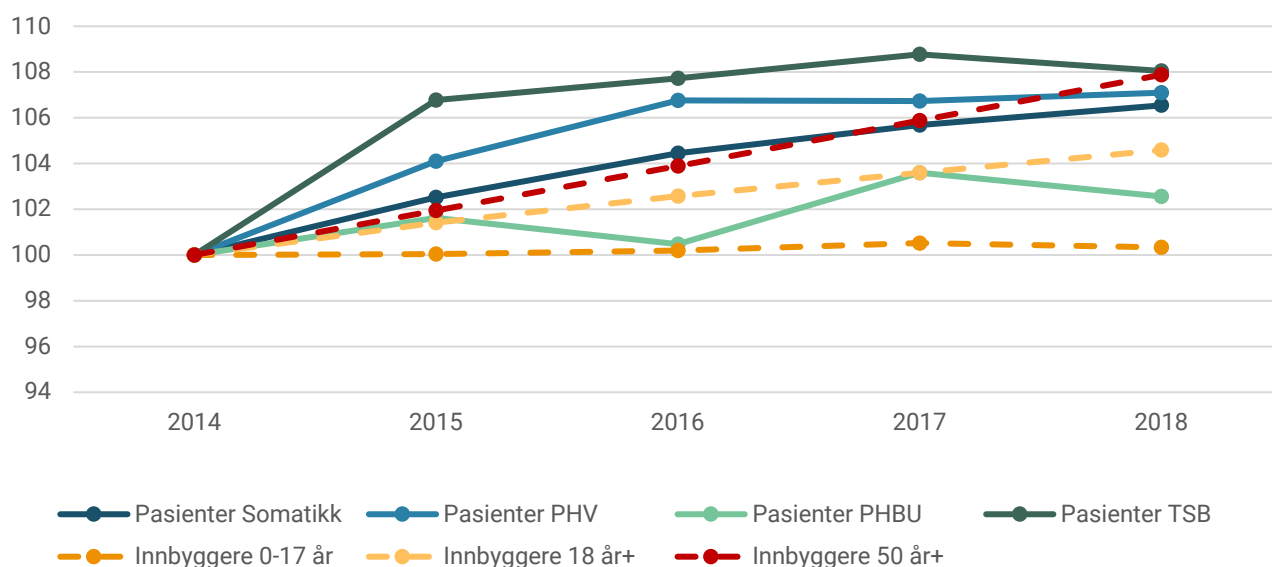
Bruken av spesialisthelsetjenester påvirkes av flere forhold, som eksempelvis befolkningsendringer, ressurstilgang og medisinske utvikling. I årene før 2013 var det omtrent lik utvikling i antall innbyggere og kostnader (ressurser), mens i de påfølgende to-tre årene økte kostnadene mer enn befolkningsveksten. Dette medførte blant annet en sterkere veksttakt i antall pasienter, og da i hovedsak polikliniske pasienter. De siste par årene fra 2016 til 2018 har veksten i antall pasienter avtatt noe, som vist i *Figur 3*. Det fremgår i figuren noe ulik utvikling mellom tjenesteområdene, men hovedsakelig var veksten i pasienter noe sterkere enn veksten i befolkningen.

I 2018 var det 2,6 millioner unike pasienter i spesialisthelsetjenesten, en økning på 1,2 prosent siste år og 6,7 prosent siste fem år.

Antall innbyggere med minst en kontakt (konsultasjon eller sykehusopphold) med somatisk spesialisthelsetjeneste var i 2018 på nær 2,5 millioner personer. Andelen økte litt fra 2014 til 2017, men var tilnærmet uendret siste år (2017-2018). Det var vekst i polikliniske pasienter ved sykehusene målt per innbygger (1,6 prosentpoeng), mens andelen innbyggere som ble innlagt ble redusert med 0,7 prosentpoeng siste fem år. Økt bruk av somatiske tjenester skyldes dermed en vekst i antall pasienter med poliklinisk oppfølging.

Fra 2014 til 2018 var det en svak økning i pasienter behandlet i det psykiske helsevernet for barn og unge på nasjonalt nivå. Antallet pasienter i 2018 var på om lag 58 000 personer. Korrigert for befolkningsutviklingen i disse årene var veksten på 2,8 prosent. I løpet av femårsperioden var det en økning i pasienter i poliklinisk behandling (2,7 prosent) og i døgnbehandling (3,2 prosent), mens omfanget av pasienter hos avtalespesialister var tilnærmet uendret. I samme tidsrom var det vekst i pasientraten i alle regioner med unntak for Helse Sør-Øst.

Figur 3 Utvikling i antall pasienter innen somatikk, psykisk helsevern og TSB, og utvikling i antall innbyggere, 2014 til 2018 (2014=100).



Det var en nedgang i antall pasienter i behandling i TSB fra 2017 til 2018 til drøyt 32 500 personer. Veksten for pasienter i døgnbehandling vedvarte også siste år, mens det polikliniske tilbudet omfattet færre pasienter. Dette kommer etter flere år med til dels sterk vekst i pasienter i TSB.

I 2018 var om lag 194 000 personer i kontakt med det psykiske helsevernet for voksne. Dette tilsvarte 4,6 prosent av befolkningen 18 år og eldre. Flest pasienter var i kontakt med poliklinikkene (145 700). I tillegg kommer 50 000 pasienter som var i kontakt med en avtalespesialist i psykologi eller psykiatri. I underkant av 27 000 personer ble behandlet ved døgnavdelingene. Det er kun ubetydelige endringer siste år for alle indikatorer på antall pasienter.

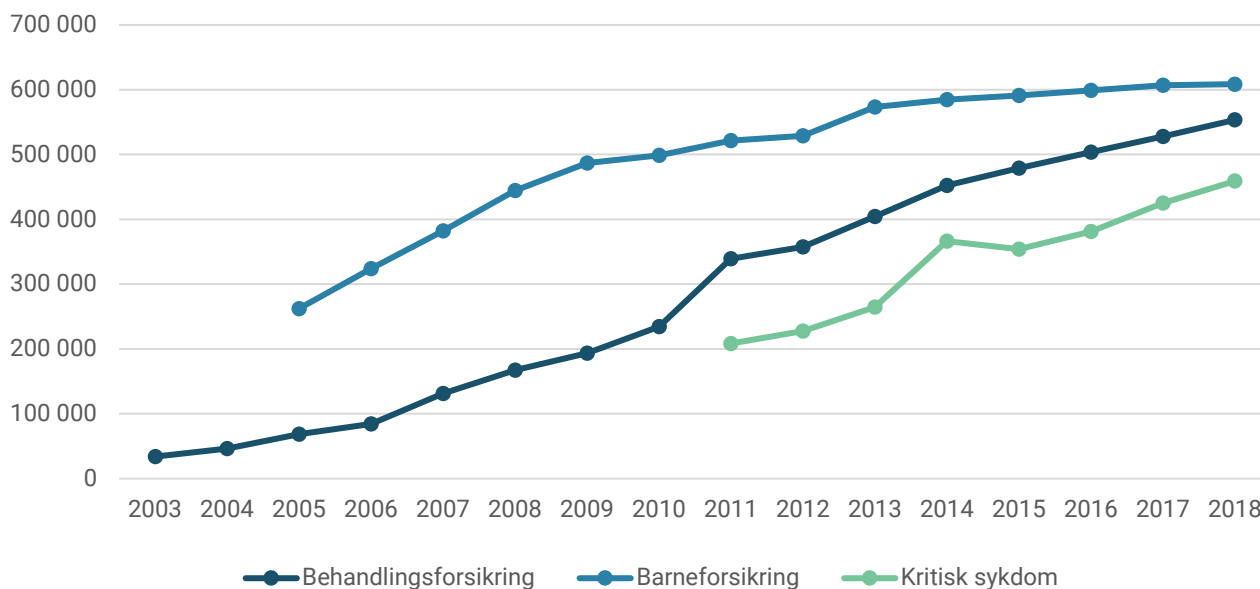
Økende bruk av private forsikringsordninger

Aktivitetsdata for spesialisthelsetjenesten rapportert til Norsk pasientregister som vi hittil har presentert omfatter offentlig finansiert aktivitet. Utredning, behandling eller kontroll betalt av forsikringsordninger eller pasienten selv inngår ikke. Vi har derfor ikke data som viser omfanget av slike privatfinansierte tjenester. Det finnes imidlertid data for bruk av forsikringsordninger, som gjengitt i *Figur 4*, hvor vi ser at det har vært vekst i antall forsikrede personer de siste 15 årene.¹⁰ Finans Norge oppgir at omtrent 50 prosent av de forsikrede benyttet seg av ordningen de siste årene, og at 90 prosent av tjenestene de mottar knytter seg til tjenester hos legespesialist/diagnostikk og fysioterapeut/kiropraktor. En del av tjenestene vil derfor være utenfor spesialisthelsetjenesten. Selv om andelen meldte forsikrings saker for operasjoner er lav, er det likevel om lag 11 000 operasjoner årlig som finansieres av forsikringsordninger, et volum som har vært stabilt de siste fire årene (2015-2018). Til sammenligning var det om lag 430 000 offentlig finansierte kirurgiske opphold. Selv om andelen privat finansiert kirurgi generelt sett er lav, kan

¹⁰ <https://www.finansnorge.no/statistikk/skadeforsikring/helseforsikring/hovedoversikt/>

bruken av forsikringsordninger for utvalgte spesifikke operasjoner være en av forklaringsfaktorene for utviklingstrekk eller geografiske variasjoner.

Figur 4 Antall personer med forsikringsordninger for helsetjenester, 2003- 2018. Kilde: Finans Norge.



Befolkningsutviklingen fremover og bruk av tjenester

Befolkningens bruk av spesialisthelsetjenester varierer med kjønn og alder. For somatiske tjenester samlet øker bruken av tjenester til om lag 80 års alder, samt at det er høyere tjenestebruk for kvinner i fertil alder. For psykiske tilstander øker bruken av tjenester opp til ungdomsårene, hvor jenter i 16-17 års alderen har høyest nivå målt per innbygger, for deretter å reduseres gradvis opp til 60 år og eldre. I perioden 2014 til 2018 var det størst økning i ratene for aldersgruppen 18-29 år. Høye pasientrater i ungdomsårene ser altså ut til å lede til høyere rater for de unge voksne over tid.¹¹

Med unntak av de yngste barna og de aller eldste er kontakten med psykisk helsevern høyere for kvinner enn menn. For tjenester til ruspasienter er det en tredje profil, med høyere tjenestebruk for alderen 20-35 år, og med en overvekt av mannlige pasienter. Det er ikke grunn til å anta at disse ulike profilene mellom tjenesteområdene vil endres mye de nærmeste årene.

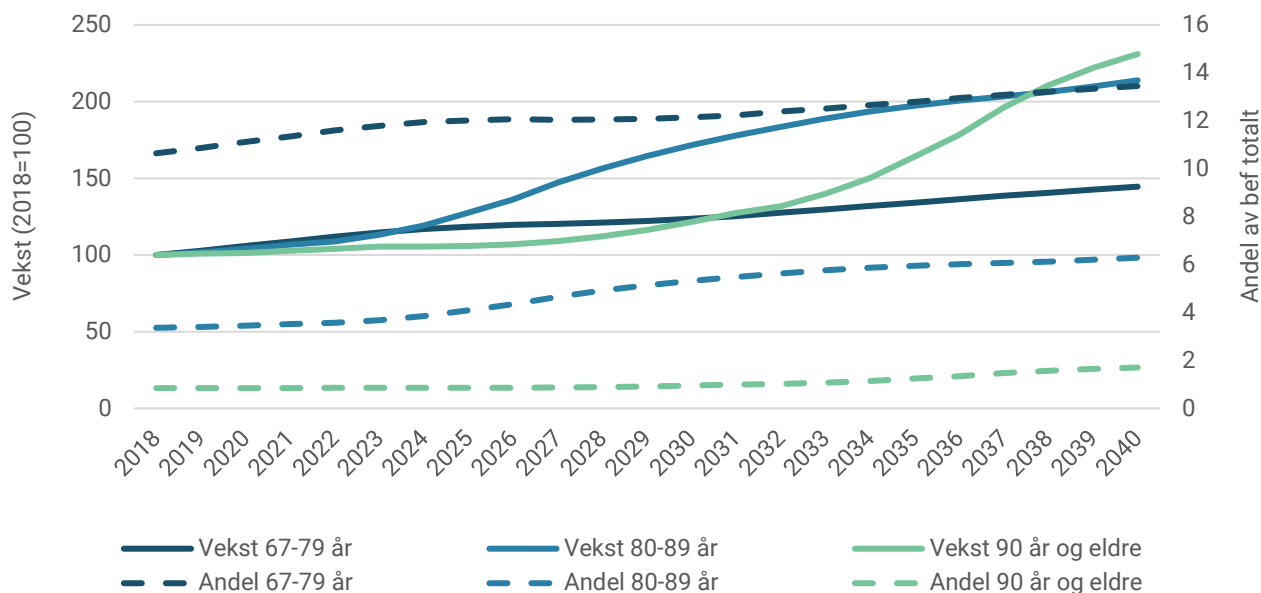
Når vi vet at de store demografiske endringene i kommende år vil komme for de eldste aldersgruppene, som vist i *Figur 5*, er det primært somatiske tjenester som vil bli påvirket i første omgang. Estimeringer av fremtidig behov for helsepersonell for spesialisthelsetjenesten viser også at det er forventet størst økning for somatiske tjenester (+33 pst fra 2018 til 2035 mot f. eks 19 prosent for psykisk helsevern for voksne).¹² Økende press på ressurser innen somatikken kan imidlertid i neste omgang gi ressursutfordringer innen psykisk helsevern og TSB. I tillegg kan det tenkes at behovet og forventningene

¹¹ «Tjenester i psykisk helsevern og TSB 2014-2018» Helsedirektoratet 2019.

¹² «Framskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060», 2019/12, SSB.

til tjenester for psykiske lidelser og rusproblemer på lengre sikt også endrer seg i den godt voksne og eldre befolkningen.

Figur 5 Befolkningsutvikling (vekst og andel) etter aldersgrupper, 2018-2040. Modell MMMM. Kilde: SSB.



1.4 Ressurstilgang og økonomi

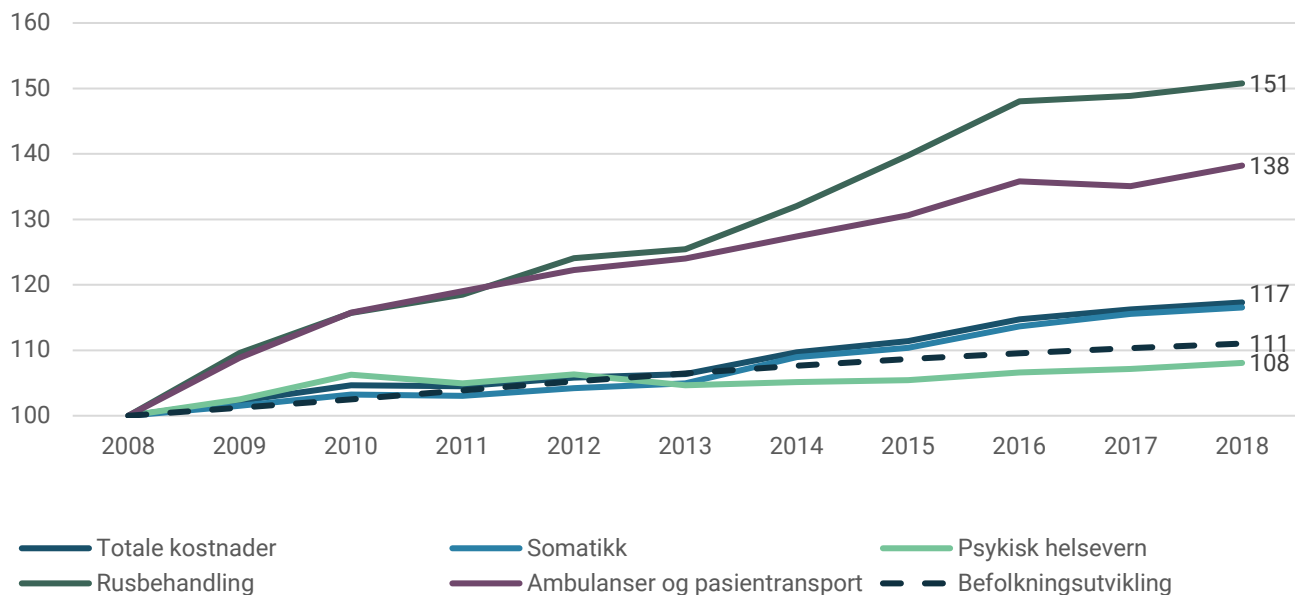
Kostnadene til spesialisthelsetjenesten var 142,5 mrd. kroner i 2018. Korrigert for prisutvikling og budsjettstyrking knyttet til legemidler, var realveksten i kostnader 17 prosent fra 2008 til 2018. I samme periode økte folketallet med 11 prosent. Realveksten i kostnader var sterkere enn befolkningsveksten i siste del av perioden fra 2013 til 2018. Fram til 2013 var veksten i kostnadene omtrent i tråd med befolkningsveksten.

Figur 6 viser at realveksten i kostnader til somatisk virksomhet var sterkere enn veksten i folketallet i siste del av perioden fra 2013 til 2018. På samme tid var realveksten for psykisk helsevern svakere enn befolkningsveksten. I første del av perioden, fra 2008 til 2013, økte kostnadene til både somatikk og psykisk helsevern med omtrent samme takt som befolkningen.

I perioden 2008 til 2018 har veksten i antall eldre, som i større grad enn gjennomsnittet bruker somatiske spesialisthelsetjenester, vært sterkere enn veksten i folketallet samlet. Vi har derfor både fått ett økende antall og en økende andel eldre i befolkningen. Dette har medført en sterkere vekst i behovet for somatiske tjenester sammenlignet med behovet for tjenester fra psykisk helsevern eller spesialisert rusbehandling.

Siste år i perioden, fra 2017 til 2018, var realveksten i kostnader til både somatisk virksomhet og psykisk helsevern lik med i underkant av 1 prosent. TSB hadde en realvekst på 2,9 prosent. Befolkningsveksten siste år var 0,6 prosent.

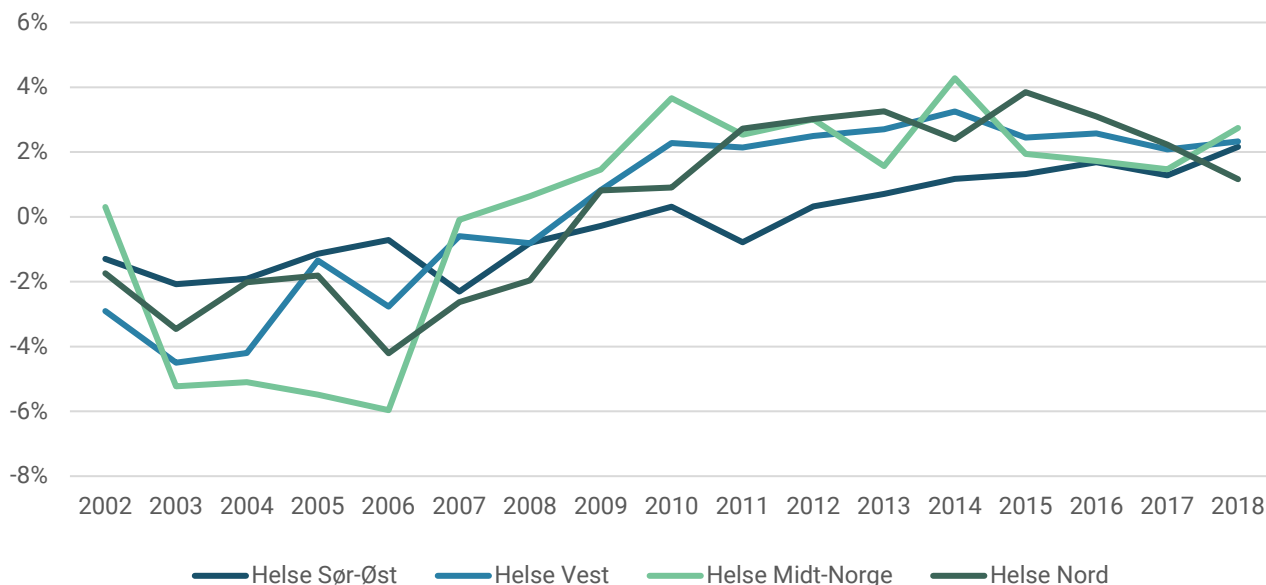
Figur 6 Utvikling i kostnader i spesialisthelsetjenesten etter sektor, 2008-2018 (2008=100). Korrigert for prisutvikling og nye legemidler.



Økonomisk resultat og gjeldsbelastning

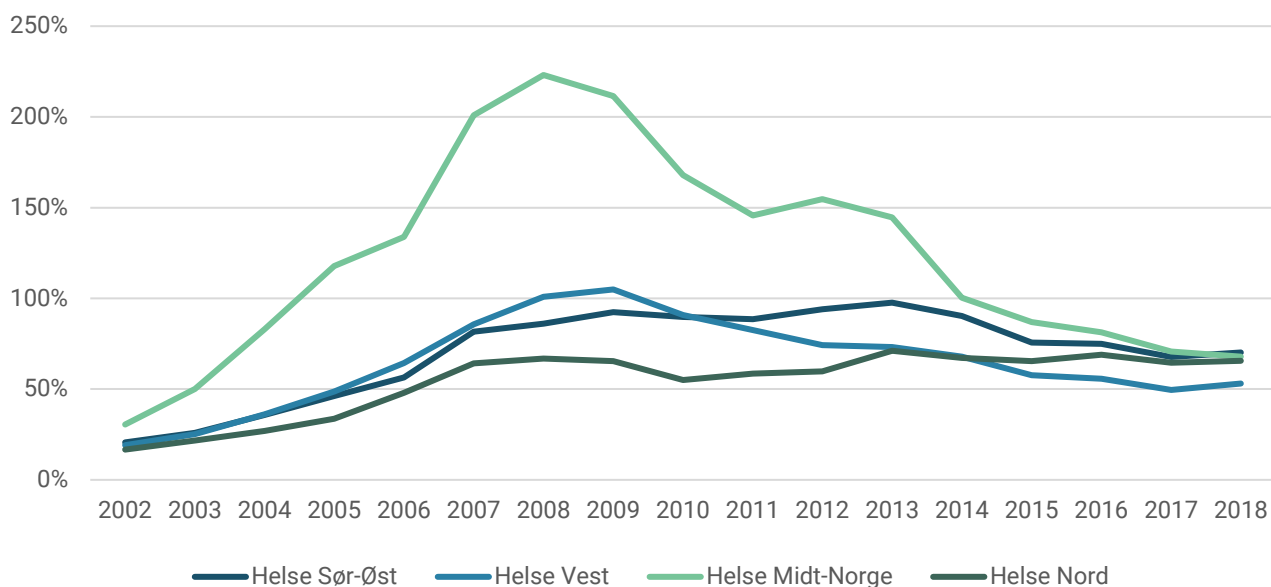
Den økonomiske situasjonen for de regionale helseforetakene har i hovedsak vært god de siste 10 årene når vi ser på utviklingen i regnskapsmessig resultat og gjeldsgraden. Dette har skjedd i etterkant av oppstart av helseforetaksmodellen i 2002, hvor det var en del år innledningsvis med økonomiske utfordringer. Med et overordnet blick er det derfor tydelig tegn på at er en bedre økonomisk situasjon for de regionale helseforetakene. Dette er særlig viktig med tanke på de mange planer for store investeringer som alle de fire RHF-ene har i sine planer, siden RHF-ene gjennom overskudd kan avsette midler for fremtidige investeringer i bygg og utstyr.

Figur 7 Korrigert økonomisk resultat i prosent av driftsinntekter, 2002-2018. Kilde: Årsregnskap RHF.



Figur 8 viser utviklingen i de regionale helseforetakenes gjeldsbelastning siden foretaksreformen i 2002. Utviklingen i Helse Midt-Norge avvok en del fra de andre regionene fra 2003 til 2015 i forbindelse med finansiering og bygging av nytt sykehus i Trondheim. De siste to årene har gjeldsgraden vært rimelig lik for regionene med rundt 65 prosent, og lavest for Helse Vest med om lag 50 prosent.

Figur 8 Gjeldsgrad (gjeld / egenkapital), 2002-2018. Kilde: Årsregnskap RHF.



2. Tilgjengelighet og rettferdig fordeling

Lik tilgjengelighet til og rettferdig fordeling av helsetjenester handler grunnleggende sett om at *like behov gir lik rett til likt tilbud* til den enkelte innbygger uavhengig av bosted, alder, kjønn, sosioøkonomiske kjennetegn eller kulturell tilhørighet. Den enkeltes mulighet og evne til å oppsøke og få tjenester kan også variere ut fra for eksempel avstand til tilbud, funksjonsnivå eller språklige ferdigheter.

Det er dokumentert geografiske variasjoner i befolkningens bruk av spesialisthelsetjenester. Variasjonen beskrives både på overordnet nivå (antall pasienter per innbygger) eller man ser på spesifikke tjenester (innleggelses, konsultasjoner), pasientgrupper eller bestemte typer behandling. Ulikheter i befolknings-sammensetning og sykkelighet kan gi naturlige variasjoner i helsetjenestebruk¹³. Det man ikke ønsker er uberettigede forskjeller som skyldes ulikt tilbud på grunn av ulik kapasitet eller medisinsk praksis. Det finnes ingen fasit på hva som er rett nivå på det offentlig finansierte tjenestetilbud til befolkningen. Det er store forskjeller i tjenestetilbud mellom (og innen) land avhengig av ressurser og politiske prioriteringer.

John Wennberg¹⁴ skiller mellom variasjon i

- a) *Effektive og nødvendige helsetjenester* hvor det er liten uenighet om indikasjoner og god dokumentasjon av effekt. Dette er viktig for å unngå urettferdig sosial og geografisk fordeling av nødvendig helsehjelp.
- b) *Valgsensitive tjenester*; når det finnes ulike måter å behandle på/ulike tilbud og ikke dokumentert hva som er best
- c) *Tilbudssensitive tjenester*. Variasjon i hva som finnes av tilbud lokalt avhengig av tilgjengelige ressurser.

I mange land er underforbruk av nødvendige tjenester («unmet need») på grunn av høye egenandeler eller pris på helseforsikring et viktig tema. I land som Norge med universell tilgang og relativt lave egenandeler har dette fått mindre oppmerksomhet.¹⁵ Samtidig har veksten i helprivate tilbud og begrensninger i tilgang til ny og svært kostbar legemiddelbehandling bidratt til at problemstillinger knyttet til sosial ulikhet i tilgang til helsetjenester har blitt aktualisert. Det er også økt oppmerksomhet på potensielt underforbruk

¹³ Ulik sammensetning av alder og kjønn i regioner og helseforetaksområder er enkelt å korrigere for i en sammenligning av områder, mens ulikheter i befolkningens helsetilstand er det langt vanskeligere å beregne effekten av. Utredningene som ligger til grunn for inntektssystemet (Magnussen 1 og 2) forsøker å tallfeste dette. Det er imidlertid en viss usikkerhet om observerte forskjeller i bruk av tjenester til dels kan tilskrives forskjeller i behov som vi ikke klarer å korrigere for.

¹⁴ Wennberg, J. E. (2010). *Tracking Medicine - A researcher's quest to understand healthcare*: Oxford university press.

¹⁵ Norge ligger relativt lavt i beregninger av udekket behov (unmet need). Se figur 7.1 i *Health at a Glance Europe 2018*.

av helsetjenester for eksempel blant personer med alvorlige psykiske lidelser, rusproblemer eller at personer med en annen kulturell bakgrunn i mindre grad oppsøker helsetjenesten.

Et annet forhold som har fått forsterket oppmerksomhet er spørsmål om overforbruk av enkelte typer helsetjenester. Dette gjelder spesielt screening/undersøkelser uten klar indikasjon og overbehandling av spesifikke tilstander hvor forskning har vist at spesifikke typer av behandling ofte ikke gir ønsket effekt. For en del tilstander er utfordringen at man ikke har god dokumentasjon på effekt av bestemte typer behandling. Om det skal gis behandling, og eventuell hvilken som gis, kan da avhenge av preferanser og kompetanse hos helsepersonell (valgsensitive tjenester). Hvilken behandling eller tjeneste som gis kan i noen tilfeller også variere på grunn av ulikheter i tilbud mellom helseforetakene lokalt (tilbudssensitive tjenester).

Oppsummert kan vi si at variasjon i tilgjengelighet til helsetjenester omhandler *hvilke tjenester* som tilbys og hvordan eksisterende tjenester *fordeles* i befolkningen. Dette er igjen avhengig av ressursinnsatsen, både økonomisk og personellmessig. I tillegg kan tilgjengelighet handle om at man får tjenestene når man trenger dem, at ventetiden ikke er for lang (gjelder både akutt og planlagt behandling).

Forskjeller mellom helseforetak og helseforetaksområder

Rapporten gir ikke en uttømmende analyse av geografiske variasjoner i tilgjengelighet knyttet til alle problemstillingene beskrevet ovenfor. Vurderingen av hvor tilgjengelige eller godt fordelte helsetjenestene er baseres på en overordnet beskrivelse av geografisk fordeling av ressurser og bruk av tjenester ut fra eksisterende nasjonale data. Det blir primært fokus på variasjon mellom helseforetaksområder. Det tas utgangspunkt i publiserte tall fra SAMDATA og Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI). I tillegg gir publiseringen av Helseatlas informasjon om variasjoner i tilbudet til utvalgte pasientgrupper og ulike typer behandling.

Vi kan gruppere indikatorene som beskrives i følgende kategorier:

- Variasjoner i ressursinnsats
- Variasjon i befolkningens bruk av spesialisthelsetjenester
- Variasjon i bruk av/tilgang til spesifikke behandlingstilbud for pasienter med spesifikke tilstander (praksisvariasjoner)
- Variasjoner i ventetid

For enkelte typer tjenester kan ulik kontakt med spesialisthelsetjenesten skyldes variasjoner i helsetjenestetilbudet i kommunene. Hvor mange som legges inn på sykehus og omfang av poliklinisk oppfølging (utredning, kontroller ol) kan delvis påvirkes av lokal praksis, kompetanse og kapasitet.

2.1 Variasjoner i ressursinnsats

Ressursinnsats vil i denne sammenheng være kostnader til spesialisthelsetjenester. Dette skal omfatte kostnader for alle innsatsfaktorer benyttet ved tjenesteproduksjonen. Vi kunne i tillegg også presentert data for årsverk eller andre innsatsfaktorer, men det er ikke gjort i dette arbeidet.

I 2018 var den gjennomsnittlige kostnaden per innbygger til somatiske spesialisthelsetjenester 19 100 kroner, til psykisk helsevern tjenester 4 480 kroner og til tjenester for rusbehandling 1 000 kroner. For tjenesteområdene samlet var kostnaden per innbygger 24 580 kroner. Det var store regionale variasjoner i nivået på kostnad per innbygger. For tjenesteområdene samlet så varierte kostnaden per innbygger fra 6 prosent under landsgjennomsnittet i Helse Vest til 22 prosent over i Helse Nord.

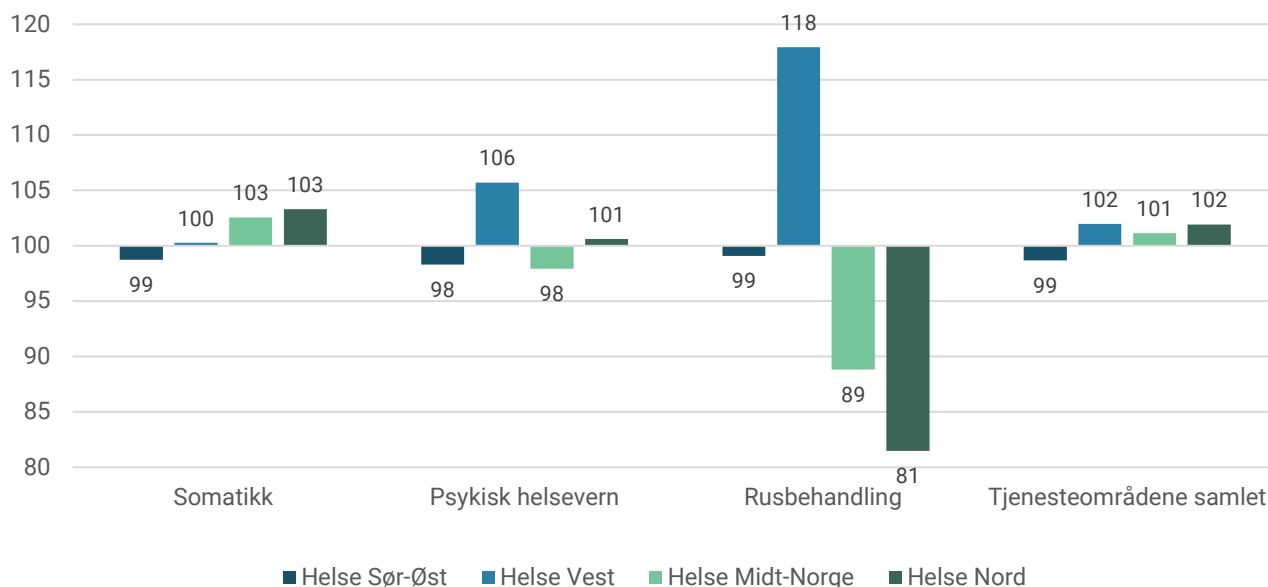
Rammebetingelsene for levering av tjenester til befolkningen kan imidlertid variere i ulike deler av landet. Når de regionale helseforetakene får tildelt inntekter i tråd med gjeldene inntektsmodell, blir derfor inntektene korrigert for kostnader knyttet til ulikheter i behov, og for kostnader knyttet til ulikheter i struktur. Den såkalte strukturkomponenten skal korrigere for kostnadsulempen knyttet til f.eks. reiseavstander og befolkningstetthet, og gjelder forskjeller i kostnadsnivå som ikke kan knyttes til produktivitetsforskjeller. Behovskomponenten er spesifikk for hvert tjenesteområde, og oppdateres årlig. Strukturkomponenten er generell for alle tjenesteområder, og den er etter vår kjennskap ikke oppdatert etter NOU 2008:2.

Når kostnadene per innbygger korrigeres for både behov og struktur, så reduseres de regionale variasjonene i kostnad per innbygger til spesialisthelsetjenester. *Figur 9* viser at forskjellene er små når tjenesteområdene betraktes samlet. De varierer fra 1 prosent under gjennomsnittet for Helse Sør-Øst til 2 prosent over for Helse Midt-Norge og Helse Nord.

De regionale variasjonene i kostnad per innbygger, etter korreksjon for behov og struktur, er større for de tre tjenesteområdene somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling separat, enn for tjenesteområdene samlet. Høyere (lavere) korrigert kostnad per innbygger er et uttrykk for høyere (lavere) tilførsel av ressurser til tjenesteområdet. En høyere kostnadsmessig fordeling til et tjenesteområde kan grovt sett tas ut som høyere tilgang til spesialisthelsetjenesten, eller lavere produktivitet. Ulik produktivitet kan romme flere forhold, som f. eks. både ledig kapasitet og ulike priser på innsatsfaktorer. Dette er nærmere beskrevet i rapporten «Kostnader i spesialisthelsetjenesten» fra Helsedirektoratet.¹⁶

¹⁶ «Kostnader i spesialisthelsetjenesten», IS-2847, Helsedirektoratet.

Figur 9 Kostnad per innbygger korrigeret for behov og struktur innen somatikk, psykisk helsevern, rusbehandling (TSB) og tjenesteområdene samlet, 2018 (gjennomsnitt = 100).

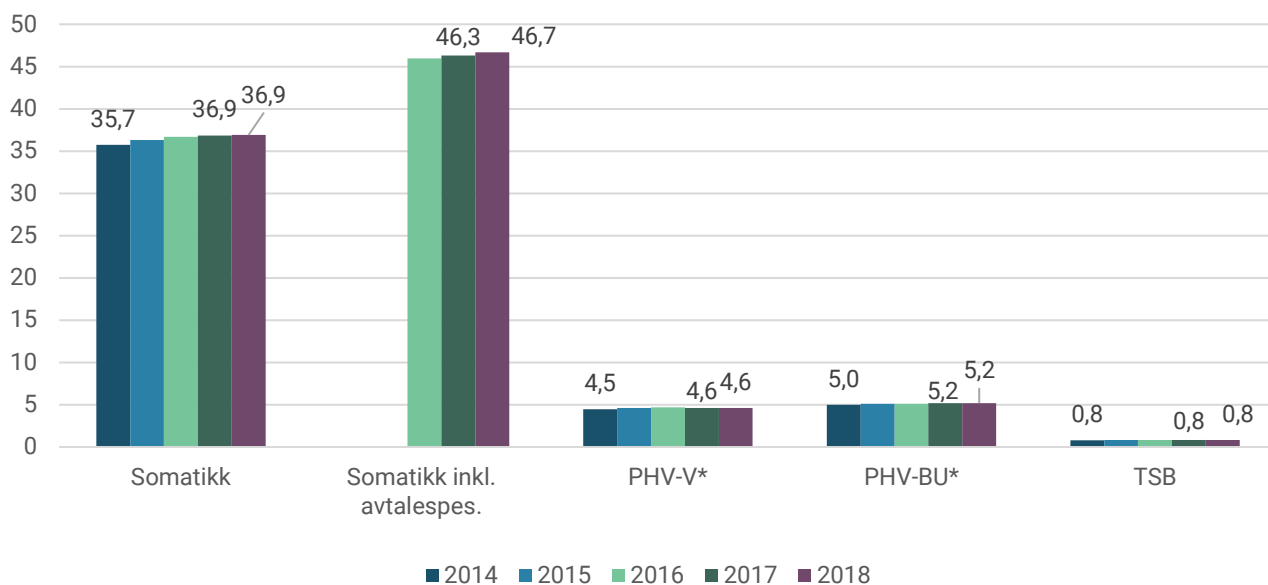


2.2 Variasjoner i bruk av tjenester

Befolkningens tilgang til spesialisthelsetjenester skal være lik uavhengig av hvor man bor og hvem man er. Gjennom SAMDATA-publikasjonene har man i mange tiår dokumentert forskjeller i bruk av tjenester per innbygger mellom sykehusområder og regioner, både når det gjelder somatiske tjenester, innen psykisk helsevern og TSB. I mange tilfeller er mønsteret i hvilke geografiske områder som har høyest eller lavest forbruk ganske stabilt, selv om graden av variasjon går litt opp eller ned. Når vi beskriver forskjeller i den samlede bruken av polikliniske konsultasjoner, innleggelser eller samlet antall pasienter per innbygger kan årsakene til variasjon mellom helseforetaksområder være mange og sammensatte. Både ulikheter i befolkningens behov for helsehjelp og ulikheter i tilbud/tilgjengelighet kan være relevante. Betydningen av ulike forklaringsfaktorer er ofte lettere å vurdere når man ser på variasjon i bruken av spesifikke typer tjenester, spesifikke behandling eller pasientgrupper. Denne rapporten går ikke inn på årsakene til variasjon.

Figur 10 viser hvor stor andel av befolkningen som hadde minst en kontakt med spesialisthelsetjenesten hvert av årene de siste fem år (konsultasjon eller innleggelse). Andel som var pasienter i somatiske sykehus tjenester øker litt først i perioden, men er stabil to siste år på 37 prosent. Data fra de somatiske avtalespesialistene var ikke komplette først i perioden. Inklusive avtalespesialistene var hele 47 prosent av befolkningen pasienter i somatisk spesialisthelsetjeneste i 2018. Innen psykisk helsevern har andelen pasienter i befolkningen vært om lag 5 prosent både for voksne (18 år og eldre) og de yngre (under 18 år), mens ca. 0,8 prosent var pasienter i TSB (alle fem år).

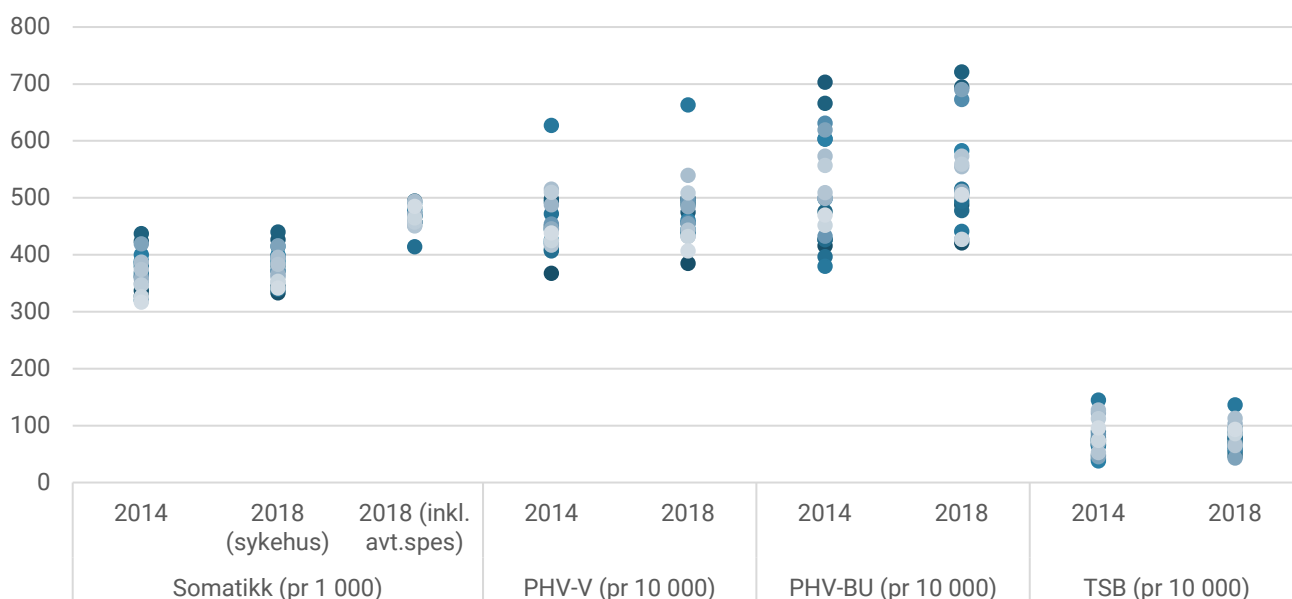
Figur 10 Andel av befolkningen som har vært pasienter i spesialisthelsetjenesten perioden 2014 til 2018. Per tjenesteområde.



*PHV-V og PHV-BU er inklusive avtalespesialister.

Figur 11 viser at variasjonen mellom foretaksområdene i antall pasienter per innbygger var stabil eller litt mindre i 2018 enn i 2014 for alle tjenesteområdene hvis vi holder Lovisenberg område i Oslo utenfor. Dette området hadde et avvikende høyt nivå i bruk av psykisk helsevern for voksne (PHV) begge år. Legg merke til at ratene er beregnet per 1 000 innbygger for somatikk og per 10 000 for de andre sektorene. Ser vi på variasjoner mellom helseforetaksområder for spesifikke aldersgrupper og/eller pasientgrupper vil bildet kunne se annerledes ut.

Figur 11 Variasjon mellom foretaksområdene i antall pasienter per innbygger etter sektor, 2014 og 2018.



Litt mer utdypende om variasjoner i bruk av somatiske tjenester

Innen somatisk sektor har forskjellene mellom foretaksområdene i antall polikliniske *pasienter*¹⁷ per innbygger blitt noe redusert fra 2014 til 2018. Forskjellene i sum polikliniske *konsultasjoner*¹⁸ per innbygger var ganske stabil 2016 til 2018. Endringer i datagrunnlaget medfører at sum konsultasjoner ved sykehusene før og etter 2016 ikke er sammenlignbare.¹⁹

Variasjonen mellom helseforetaksområdene har de siste årene vært tilnærmet uendret når det gjelder innlagte *pasienter*²⁰ per innbygger. Medisinske ø-hjelpsinnleggelser utgjør 60 prosent av alle døgnopphold. I perioden 2014 til 2018 var det en nedgang i denne typen opphold. Variasjonen mellom foretaksområdene ble samtidig mindre fordi områdene med høyest nivå reduserte sin bruk mer enn andre. For de eldste pasientene, 80 år og over, var det noe større variasjon mellom foretaksområdene i 2018 enn i 2014.²¹ Nærmere beskrivelse av variasjon i medisinske ø-hjelpsinnleggelser for ulike aldersgrupper, se rapporten «Helhet og sammenheng».²²

Litt mer utdypende om variasjoner i bruk av psykisk helsevern

Det ble gjennomført en mer omfattende analyse av variasjoner innen psykisk helsevern i rapporten «Geografiske forskjeller i tjenestetilbudet i det psykiske helsevernet».²³ For psykisk helsevern for barn og unge viser rapporten at det er relativt store variasjoner i bruk av tjenester mellom helseforetaksområdene for ulike aldersgrupper og for både gutter og jenter.

Det er noe større forskjell i bruk av tjenester mellom jenter og gutter i alderen 16-17 år, som benytter tjenester relativt mye, enn yngre ungdom (13-15 år) hvor nivået er mer likt. For aldersgruppen 6-12 år er pasientratene for gutter høyere enn ratene for jenter i alle foretaksområder, det vil si at foretaksområdet med høyeste rate for jenter ligger under foretaksområdet med laveste rate for gutter. For pasienter i alderen 16-17 år er bildet motsatt.

Rapporten viser også at det er en signifikant negativ samvariasjon mellom nivå på polikliniske pasienter per innbygger og konsultasjoner per pasient for barn og unge i helseforetaksområdene. Dette betyr at det i noen områder er relativt få pasienter som får flere konsultasjoner og i andre enden er det områder hvor relativt mange pasienter som mottar færre konsultasjoner.

Innen psykisk helsevern for voksne ble det analysert variasjoner både for helseforetaksområder og DPS-områder. Forskjellene var noe større for DPS-områdene. Det var mindre forskjeller mellom foretaksområdene i omfanget av oppholdsøgn enn for pasient- og døgnopphold, når dette måles per innbygger. Forskjellene i akuttinnleggelser var samtidig omtrent på samme nivå som for døgnopphold

¹⁷ Inklusive kjemo- og stråleterapi, dialyse og rehabilitering uten overnatting.

¹⁸ Eksklusive kjemo- og stråleterapi, dialyse og rehabilitering uten overnatting.

¹⁹ På grunn av en endring i regelen for aggregering av polikliniske konsultasjoner på samme dag for samme pasient, har vi kun sammenlignbare tall tilbake til 2016.

²⁰ Inklusive døgnrehabilitering.

²¹ Se nettside med tall og hovedfunn: <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/7c42a0a8-f735-47b2-94c4-c3dc0630e6e4?e=false&vo=viewonly>

²² Helhet og sammenheng. Utvikling og variasjon i bruk av helse- og omsorgstjenester blant pasienter med behov for helhetlige tjenester. Helsedirektoratet 2017, rapport IS-2765. Se oppdaterte tall på bruk av tjenester for 2018 på nettsiden til SAMDATA.

²³ Helsedirektoratet, IS-2807.

samlet (inklusive planlagte opphold). Det var klare forskjeller i det polikliniske tilbudet per innbygger i foretaksområdene. Området med den høyeste raten i 2017 hadde dobbelt så høy rate som området med den laveste. Forskjellene reduseres noe når avtalespesialister inkluderes.

Litt mer utdypende om variasjoner i bruk av TSB

Det er både forskjeller mellom regionene og innad i regionene i bruk av tjenester innen TSB. Målt med pasienter per innbygger har nivået i femårsperioden vært høyest i Helse Sør-Øst og lavest i Helse Nord, men forskjellene har blitt mindre både når vi ser perioden under ett og siste år fra 2017 til 2018. Vi ser det samme med forskjellene mellom foretaksområdene, at de reduseres i denne perioden.

Bruken av døgntilbudet innen rusbehandling viser imidlertid liten forskjell mellom regionene når vi ser på antall *pasienter per innbygger*. Men døgntilbudet er ulikt i regionene, hvor for eksempel Sør-Øst og Midt-Norge tilbyr kortere døgntilbud sammenlignet med Vest og Nord. I Nord er det i tillegg mindre omfang av øyeblikkelig hjelp sammenlignet med i de øvrige regionene. Forskjeller i tilbud om polikliniske konsultasjoner innen rusbehandling bidrar også til de regionale forskjellene i denne sektoren. Selv om forskjellene har blitt mindre gjennom veksten i poliklinisk virksomhet de siste årene, er det fremdeles slik at Nord og Midt-Norge ligger under landsgjennomsnittet i poliklinisk rusbehandling til sin befolkning.

Variasjoner i helsetjenestebruk dokumentert i Helseatlas

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord og Helse Førde har utarbeidet en rekke helseatlas (www.helseatlas.no). Helseatlasene sammenlikner befolkningens bruk av helsetjenester gjennom interaktive kart, rapporter og faktaark. Det er utarbeidet helseatlas for fødselshjelp, nyfødttmedisin, gynekologi, kols og ortopedi. I tillegg er det laget atlas som ser på bruken av tjenester blant eldre og et som omhandler barn. Variasjonen gjelder forskjeller mellom helseforetaksområder (bosted). Det vurderes om variasjonen som dokumenteres kan anses å være så stor at den er uberettiget. Helseatlasene viser stor og uberettiget variasjon i bruk av spesialisthelsetjenester blant annet for følgende områder:

- i barseltiden, både for barselkvinner og nyfødte barn (år 2015-17),
- innen diagnostikk og utredninger innen gynekologi (2015-17),
- forbruk av helsetjenester gitt til nyfødte (2009-2014),
- innleggelser i sykehus for pasienter med korsryggsmerter og ved hjernerystelse (2012-2016),
- tilgang til lungerehabilitering for pasienter med kols (2013-2015)

Det finnes ytterligere og mer detaljert informasjon om dette gjennom rapporter og grafiske framstillinger på www.helseatlas.no.

2.3 Utvikling og variasjon i behandlingsmåte – praksisvariasjoner

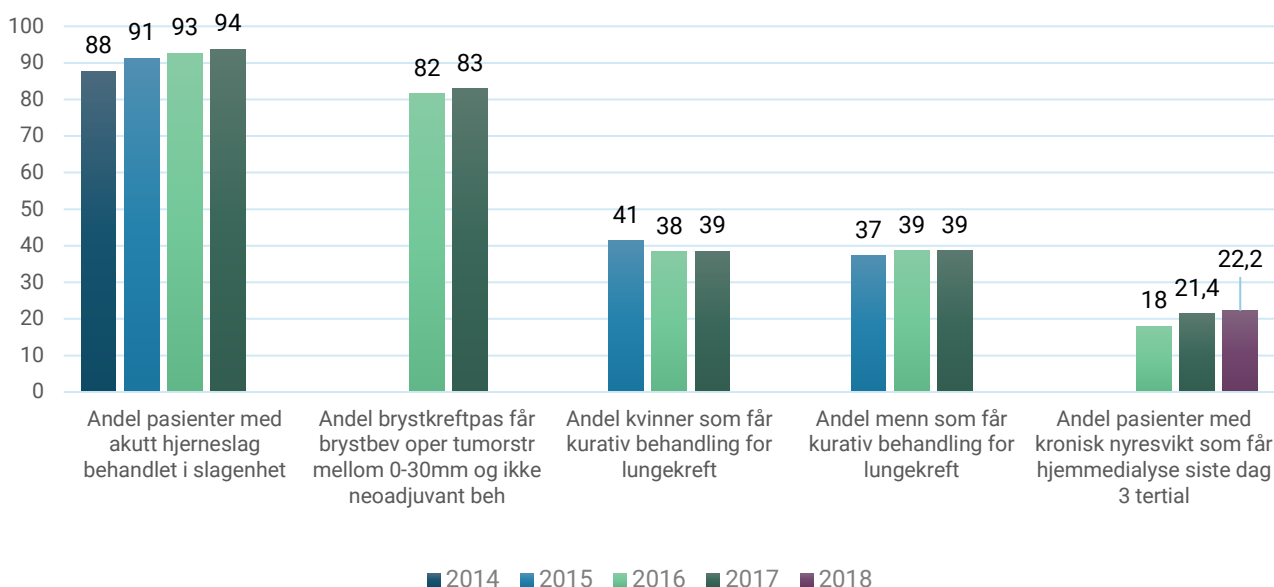
Når du blir pasient i spesialisthelsetjenesten kan behandlingen man får som pasient i noen tilfeller variere. Noen av de nasjonale kvalitetsindikatorene gir informasjon om tilgjengelighet til spesifikke typer behandlingstilbud, og noe av dette beskrives nedenfor. I tillegg viser vi til helseatlasene utarbeidet av SKDE. Det varierer om tallene presentert i dette delkapitlet viser forskjeller mellom helseforetak eller forskjeller mellom befolkningen som bor i kommunene som sogner til det enkelte helseforetak

(helseforetaksområde). Når tallgrunnlaget beskriver aktiviteten ved det enkelte helseforetak vil noe av variasjonen kunne tilskrives ulikheter i funksjoner, for eksempel at universitetssykehusene er mer spesialiserte på noen områder. Dette er et mindre problem når vi sammenligner tilbudet til befolkningen som bor i et helseforetaksområde (uavhengig av sted for behandling). Det kan også være forskjeller mellom befolkningen i helseforetaksområdene, men da knyttet til ulik forekomst av sykdom og skader (sykelighet).

Resultater

Behandling i slagenhet har dokumentert effekt på redusert funksjonshemming, dødelighet og tidlig behov for sykehjem. God tilgjengelighet til et slikt tilbud er derfor svært viktig for pasienter med akutt hjerneslag. Dataene fra Norsk hjerneslagsregister viser at opp mot 95 prosent av hjerneslagpasientene blir behandlet i slagenhet. Det er relativt liten variasjon mellom helseforetak som har et slikt tilbud (Figur 13) de siste årene. Dette er i internasjonal sammenheng et meget godt resultat som få land kan måle seg med.²⁴

Figur 12 Utvikling i andel av pasientene som mottar utvalgte typer behandling, 2014-2017/2018. Kilde: NKI.



Kurativ behandling for lungekreft omfatter kirurgi, stereotaktisk strålebehandling og kurativ fraksjonert strålebehandling. Fagmiljøet for lungekreftpasienter har angitt at til sammen 35 prosent av pasientene skal gjennomgå en av ovennevnte kurative behandlinger. Data fra kreftregisteret viste at nær 39 prosent av lungekreftpasientene fikk kurativ behandling i 2017. Det er en del variasjon mellom helseforetaksområdene i denne andelen. Forhold knyttet til pasientene, svulsten og dataregistrering kan imidlertid bidra til å forklare noe av forskjellene. Dette i kombinasjon med relativt få pasienter ved enkelte foretak gjør at forskjeller må tolkes med en viss varsomhet.

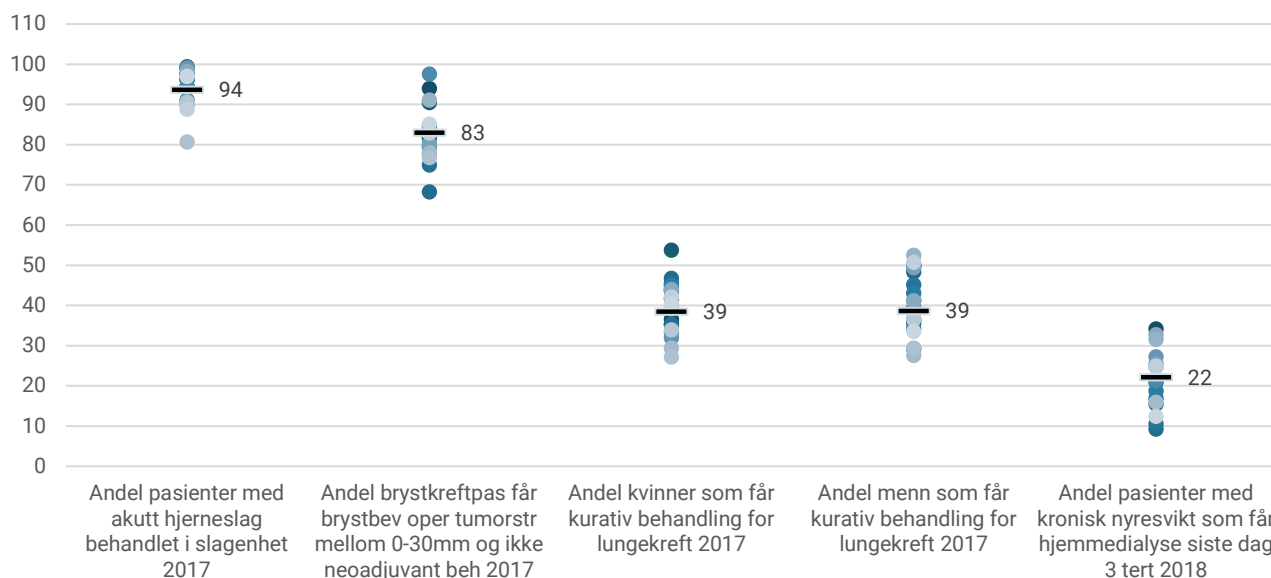
Det er de siste årene dokumentert i både nasjonale og internasjonale studier at *brystbevarende operasjon* gir minst like god prognose som fjerning av hele brystet (mastektomi). Det er et mindre omfattende

²⁴ <http://strokeeurope.eu/>
<https://www.kvalitetsregistre.no/artikkel/norge-i-europatoppen-pa-hjerneslagbehandling>

inngrep enn mastektomi og gir mindre besvær i etterkant for pasienten. Det er et mål at minst 85 prosent av pasientene som oppfyller visse kriterier (bl.a. kun én kul 0-30 mm, ikke tidligere hatt brystkreft) får brystbevarende kirurgi. God og lik tilgjengelighet til denne type behandling er derfor viktig å oppnå. Det er mange helseforetaksområder som har høy dekning for denne indikatoren, men tallene viser likevel at bare fire helseforetak lå over 85 prosent i 2017, mens 9 helseforetak lå mellom 75 og 85 prosent. For de minste helseforetakene kan det være litt tilfeldig variasjon fra år til år på grunn av relativt få pasienter. Det er hovedsakelig god tilgang til dette tilbudet for aktuelle pasienter, men samtidig behov for å øke andelen ved en del foretak for å nå målet, samt redusere forskjeller i tilgjengeligheten.

Hjemmedialyse er definert som dialysebehandling som ikke utføres på en nyreavdeling eller en dialysesatellitt. Hjemmedialyse egner seg imidlertid ikke for alle pasienter. Hjemmedialyse, når det utføres som peritoneal dialyse, er et mer kostnadseffektivt behandlingstilbud enn dialyse ved sykehus. I tillegg kan pasienten spare mye tid på reising frem og tilbake til sykehuset. Tall fra Nyreregisteret viser at antallet pasienter som blir behandlet med dialyse totalt sett er relativt stabil over tid. I 3. tertial 2018 var antallet på landsbasis 1 609 pasienter, hvor 22 prosent av alle pasienter med kronisk nyresvikt fikk hjemmedialyse. Andelen pasienter tilhørende ulike helseforetak som hadde hjemmedialyse i slutten av 2018 varierte fra 9 til 33 prosent. Noe av variasjonen på helseforetaksnivå kan skyldes ulik pasientsammensetning (hvorvidt pasientene kan motta hjemmedialyse) og små tall ved enkelte foretak. Ingen av de regionale helseforetakene har nådd målet om at minst 30 prosent av pasientene med kronisk nyresvikt skal få hjemmedialyse.

Figur 13 Andel av pasientene som mottok utvalgte typer behandling. Variasjon mellom helseforetak (slagenhet og hjemmedialyse) eller helseforetaksområder (gjelder kreftbehandling), 2017/2018. Kilde: NKI.



Praksisvariasjoner i behandlingsmåte dokumentert gjennom helseatlasene

Helseatlasene beskriver praksisvariasjoner i behandlingstilbudet for pasientgruppene de skriver om. Nedenfor har vi trukket ut noen hovedpunkter fra rapportene hvor man finner stor variasjon i praksis ved ulike tilstander. Variasjonen gjelder forskjeller mellom helseforetaksområder.

- Fødselshjelp (data fra 2015-2017)
 - Det var uberettiget geografisk variasjon i bruk av keisersnitt, tang og vakuumpompe, klipping under fødsel og epidural.
- Gynekologi (2015-17)
 - Det konkluderes med et stort, geografisk skjevfordelt overforbruk av koloskopi.
 - Også når det gjelder bruk av ulike typer kirurgi som f.eks ved spontanabort og ved selvbestemt abort var det stor og uberettiget geografisk variasjon
 - For de fleste inngrepene som inngår i Helseatlas for gynekologi var det også stor geografisk variasjon i andelen åpen kirurgi.
- Ortopedi (2012-2016)
 - Det var stor variasjon i operativ behandling av håndleddsbrudd, prolaps og spinal stenose i korsryggen, og skade på fremre korsband.
 - Analysene viser at variasjonen var særlig stor i bruk av artroskopi som behandling for degenerative knelidelser (artrose og meniskskade).
 - Det var minst variasjon mellom bostedsområdene i operativ behandling for hoftebrudd. Denne variasjonen reflekterer forekomsten av hoftebrudd og er ønskelig.

Det kan ha skjedd endringer de siste årene som har moderert variasjonen på noen områder.

2.4 Ventetider og fristbrudd

Tilgjengelighet til helsetjenester handler også om å ha tilgang til nødvendige tjenester innenfor planlagte eller rimelige grenser. Indikatorer for ventetid, herunder fristbrudd, gir informasjon både om utvikling og forskjeller i landet. Det har vært tydelige politiske signaler om å korte ned ventetiden for pasientene, og det er et generelt stort fokus på å redusere variasjoner i ventetid i helsetjenesten. Det må påpekes at ventetid til utredning og behandling hos private avtalespesialister ikke inngår i ventetidstallene. Dette bidrar til at vi ikke får et helhetlig bilde av tilgjengeligheten i og med at avtalespesialistene har en relativt stor andel av pasientene som går til planlagt konsultasjonsbasert utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. Ventetidstallene inkluderer altså planlagt oppfølging i helseforetakene og private sykehus med avtale.

Utvikling i ventetider

Ventetid er tiden fra spesialisthelsetjenesten har mottatt henvisningen til pasientens første gang kommer til poliklinisk konsultasjon eller innleggelse. Den gjennomsnittlige ventetiden ble redusert i alle sektorer i siste femårsperiode, som vist i *Figur 14*. Noe av reduksjonen (spesielt fra 2015-2016) skyldes at det var langt færre som ble stående på venteliste svært lenge. Tidligere kunne pasienter settes på venteliste uten å få en forventet ventetid angitt (uprioriterte pasienter), mens de fleste var såkalte «rettighetspasienter»

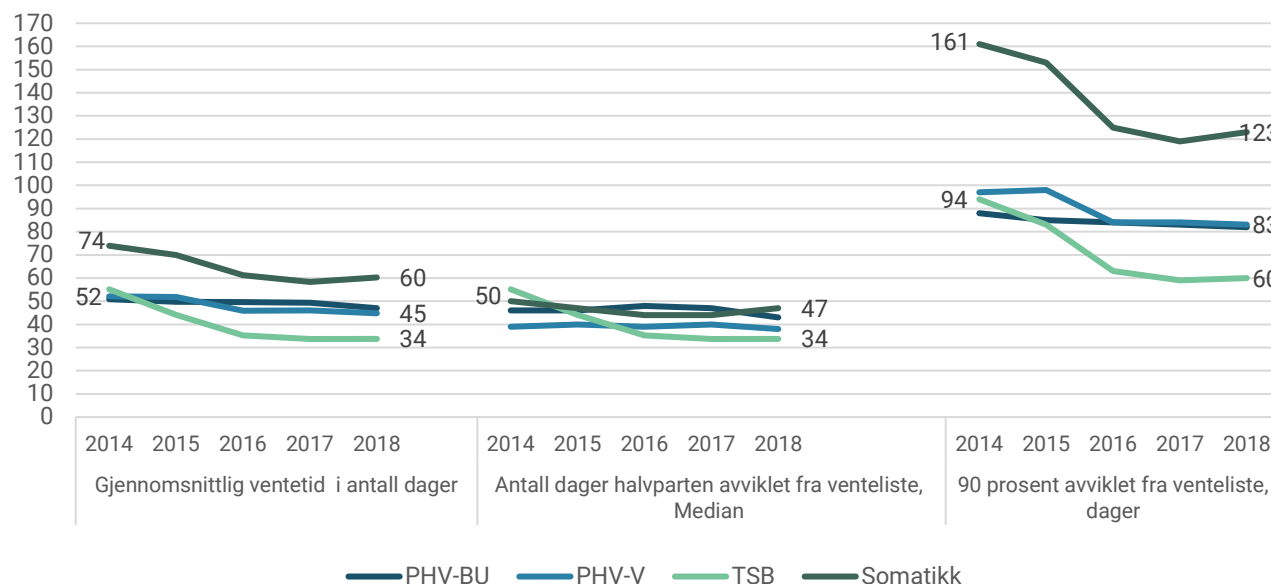
og fikk angitt en maksimal frist. Fra høsten 2015 ble lov om pasientrettigheter endret og alle pasienter har siden hatt rett på en fristdato.

Ventetid kan illustreres på flere måter. Median ventetid angir antall dager hvor halvparten av pasientene har ventet lengre og halvparten har ventet kortere. Median ventetid har endret seg mindre enn gjennomsnittlig ventetid de siste fem årene fordi medianen ikke påvirkes av at noen pasienter har svært avvikende lang ventetid.

For å få et enda mer helhetlig bilde av ventetidsutviklingen kan vi se hvor mange dager det går før 90 prosent av pasientene har avsluttet ventetiden. I 2014 hadde 90 prosent av de somatiske pasientene (90 prosentilen) en ventetid lavere enn 161 dager, mens tallet var 123 dager i 2018²⁵. Dette viser at det var en reduksjon i langtidsventere i perioden.

Det er et helsepolitisk mål at den gjennomsnittlige ventetiden skal være under 50 dager i 2021. Den gjennomsnittlige ventetiden har vært og er fortsatt noe høyere samlet sett for pasienter som venter på somatisk utredning eller behandling (60 dager i 2018) sammenlignet med psykisk helsevern (45 dager for voksne, 47 dager for barn og unge) og rusbehandling (34 dager)²⁶. Forskjellene mellom sektorene i median ventetid er mindre enn gjennomsnittet (se Figur 14). Pasienter henvist til rusbehandling (TSB) har hatt størst reduksjon i gjennomsnittlig og median ventetid siste fem år, selv om det stabiliserte seg de siste to årene. Endringer gjenspeiler nok i stor grad endringer i det polikliniske tilbudet til ruspasienter, med sterk vekst tidligere og en utflating de siste årene (ingen vekst i aktivitet).

Figur 14 Utvikling i ventetid fra mottatt henvisning til ordinær avvikling fra venteliste etter sektor, 2014-2018. Kilde: NKI/NPR



²⁵ Helsedirektoratet 2019. Ventetider og pasientrettigheter 2018. Rapport IS-2816 Norsk Pasientregister.

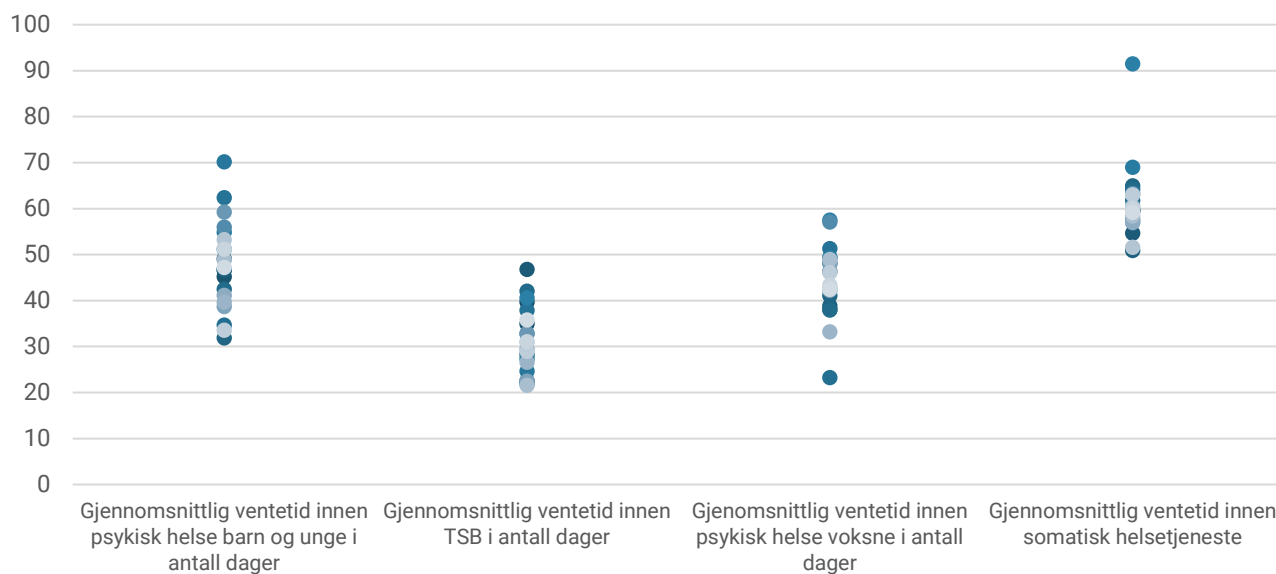
²⁶ Målet for 2019 er 45 dager for voksne innen PHV og 40 dager for barn og ung. For TSB er målet 35 dager. Innen 2021 er målet ytterligere fem dager reduksjon (oppdragsdokumenter til RHF-ene).

De relativt store forskjellene i 90 prosentilen gjenspeiler at det er større spredning i ventetid i somatisk sektor enn i psykisk helsevern og TSB. Innen somatikken er det store forskjeller i ventetid mellom fagområdene. Fagområder som behandler mange pasienter hvor lang ventetid kan påvirke utfallet (for eksempel mistanke om kreft eller alvorlig sirkulasjonssykdom) har kortere gjennomsnittlig ventetid enn fagområder hvor noe lenger ventetid (for mange av pasientene) i langt mindre grad påvirker risiko for forverring eller resultat av behandling (for eksempel ortopedi, ØNH, øye, hud). Pasientsammensetningen kan variere mellom helseforetak og dermed påvirke samlet gjennomsnittlig ventetid.

Forskjeller i gjennomsnittlig ventetid mellom helseforetakene

Det overordnede bildet er at ventetiden er noe redusert ved de fleste helseforetak og innen de fleste sektorer de fem siste årene og at reduksjonen var størst fra 2015 til 2016. I 2018 varierte gjennomsnittlig ventetid ved helseforetakene (se Figur 15) fra 51 til 92 dager for somatisk utredning og behandling. Lovisenberg diakonale sykehus hadde betydelig høyere gjennomsnittlig ventetid enn de andre. Dette har vært stabilt de siste fem år og kan delvis skyldes at helseforetaket har en noe avvikende registreringspraksis for avvikling fra venteliste sammenlignet med andre helseforetak. I psykisk helsevern for voksne var laveste ventetid 23 dager og høyeste ventetid 58, i psykisk helsevern barn og unge varierte den fra 32-70 dager og innen TSB fra 22-47 dager. Ser vi bort fra Lovisenberg er forskjellene mindre i somatikken enn i psykisk helsevern.

Figur 15 Variasjon i gjennomsnittlig ventetid etter helseforetak for ulike sektorer, 2018. Kilde: NKI



Forskjellene mellom helseforetakene i gjennomsnittlig ventetid har vært relativt stabil. Innen psykisk helsevern for barn og unge var utviklingsbildet litt mer variert og variasjonen mellom helseforetakene ble litt større i perioden 2014-2018.

Fristbrudd

Når henvisningen er vurdert og pasientene settes på venteliste skal hun/han få angitt en siste frist for når første kontakt med spesialisthelsetjenesten skal finne sted. Venter pasienten ut over denne datoen er

det et fristbrudd. Det var i 2018 færrest fristbrudd innen psykisk helsevern for voksne (0,9 pst) og TSB (1,3 prosent) og mest innen somatikk og psykisk helsevern for barn og unge (omtrent 2 prosent). Det er dermed få pasienter som opplever fristbrudd, men målsettingen er 0.

Andel fristbrudd Innen somatisk virksomhet varierte fra 0,4 til 4,5 prosent mellom helseforetakene. Helse Stavanger (4,5 pst) og Helse Fonna (3,6) hadde høyest andel. Innen psykisk helsevern for voksne var Sykehuset i Vestfold og Helse Førde registret med 0 fristbrudd, mens Nordlandssykehuset og Finnmarkssykehuset lå avvikende høyt med hhv 9,1 og 6,4 prosent. Innen TSB varierte andelen fra 0 (registrert ved 8 HF) til 3,7 ved Lovisenberg Diakonale sykehus og 2,7 ved Finnmarkssykehuset.

Det var lite variasjon mellom HF-ene i overholdelse av barne- og ungdomsgarantien innen psykisk helsevern som sier at barn og unge skal ha sin henvisning vurdert innen 10 dager og komme til behandling eller utredning innen 65 dager. For de fleste HF var andelen vurdert og andelen utredning/behandling innen frist nær 100 prosent i 2018. Det var også relativt sett få fristbrudd for barn og unge i 2018.

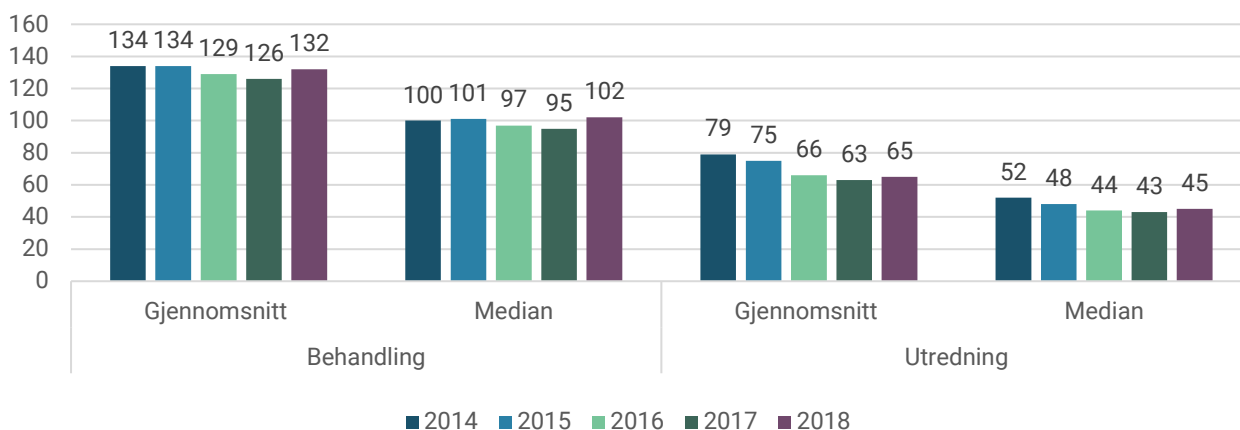
Tid til tjenestestart (somatikk)

Norsk pasientregister publiserer indikatoren tid til tjenestestart som skal supplere det ordinære målet for gjennomsnittlig ventetid til oppstart helsehjelp.²⁷ Helse- og omsorgsdepartementet har bestemt at median tid til tjenestestart skal være et styringsmål. Medianen viser det antall dager hvor halvparten av pasientene har lenger tid til tjenestestart og halvparten har kortere.

Tid til tjenestestart måler tiden fra sykehuset har mottatt en henvisning til en bestemt behandling eller undersøkelser er utført. I tillegg til kapasitet, kan det være flere grunner til at det kan gå noe tid fra henvisning til tjenestestart. For eksempel at det er forsøkt annen behandling først eller at sykehuset avventer sykdommens utvikling før behandlingen startes. Innslaget av slike forhold kan variere med tilstand, så det er ikke alltid tilrådelig å gjøre en direkte sammenligning av tiden fram til tjenestestart på tvers av pasientgrupper (som uttrykk for ufrivillig venting). Datagrunnlaget består av 19 ulike utredningsprosedyrer og godt over 100 behandlingsprosedyrer. Det er betydelige sesongvariasjoner i kapasitet ved helseforetakene, så vi framstiller derfor tid til tjenestestart samlet gjennom året. De private avtalespesialistene inngår ikke i grunnlagstallene. På noen fagområder har de et stort volum. Vi understreker derfor at tallene viser utviklingen i tid til tjenestestart for helseforetakene og de private sykehusene med avtale.

²⁷ For mer detaljert informasjon se <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/tid-til-tjenestestart>

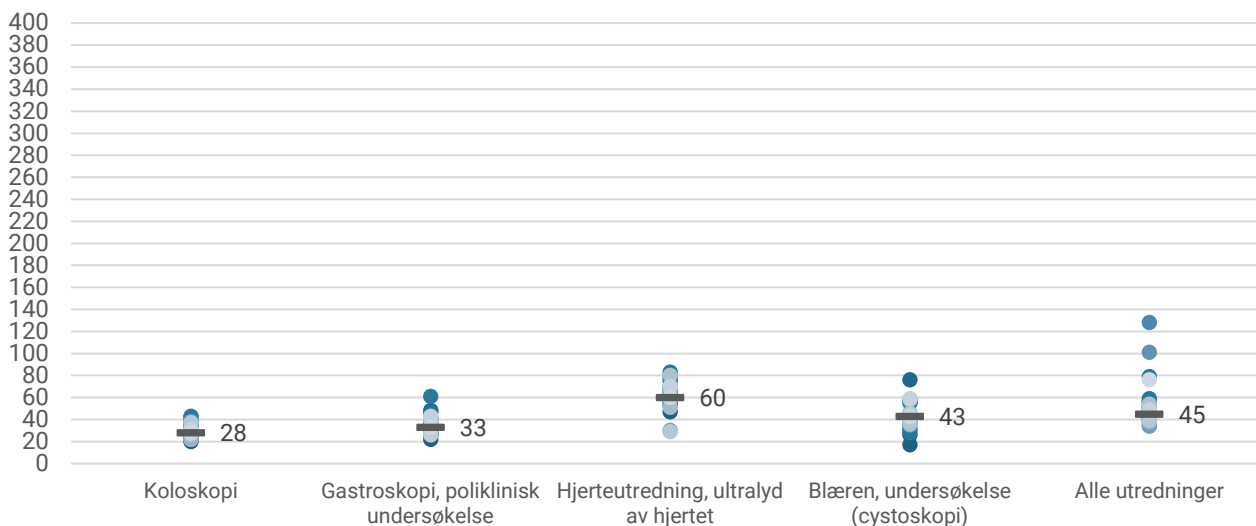
Figur 16 Utvikling i tid til tjenestestart for 110 behandlingsprosedyrer samlet og 19 utredningsprosedyrer samlet, 2014-2018. Kilde: NPR.



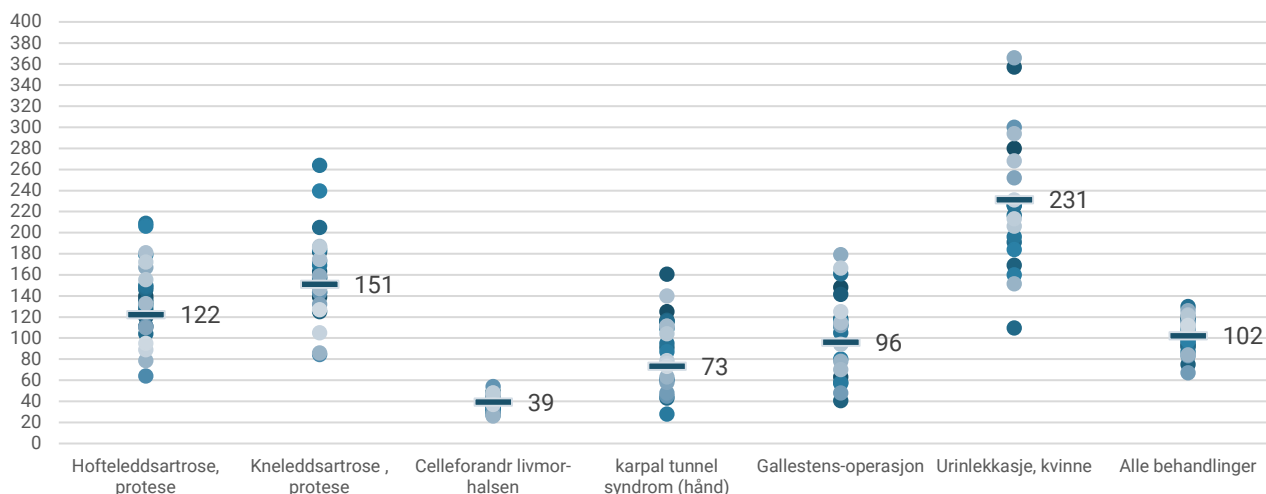
Tid til tjenestestart for behandlingsprosedyrene følger mønsteret vi så for somatikken i *Figur 16* med reduksjon fram til 2017, for så å øke litt igjen 2018. Det gjelder både gjennomsnittlig og median tid til tjenestestart. Den samme tendensen ser vi for utredningene, men tid til utredning er naturlig nok kortere enn til behandling.

Vi finner til dels betydelig variasjon i median tid til tjenestestart mellom helseforetak/sykehus. I tillegg til å se utredninger samlet og behandlinger samlet, presenteres noen utvalgte typer utredninger og behandlinger som eksempler. Begge figurene bruker samme skala for at tidsspennet i variasjonen skal komme tydelig fram. Vi ser minst variasjon i koloskopi og behandling for celleforandringer i livmorhalsen. Dette viser at avdekking av potensielt alvorlige og livstruende tilstander har høy prioritet. Noen sykehus har avvikende lang median tid til alle utredninger samlet (lengst til høyre i *Figur 17*). Dette gjelder noen private ideelle sykehus som antakelig ikke har samme bredden av utredninger som et vanlig helseforetak har (færre med høy hastegrad).

Figur 17 Tid til tjenestestart (dager) etter utvalgte utredninger og samlet for 19 utredningsprosedyrer, fordelt på helseforetak/sykehus, 2018. Svart strek angir nasjonal median tid til tjenestestart. Kilde: NPR



Figur 18 Tid til tjenestestart (dager) etter utvalgte behandlinger og samlet for 110 behandlingsprosedyrer, fordelt på helseforetak/sykehus, 2018. Svart strek angir nasjonal median tid til tjenestestart. Kilde: NPR



2.5 Tjenesteorganisering og bruk av ny teknologi

Nye måter å organisere tjenestetilbud og bruk av ny teknologi kan bidra til økt tilgjengelighet og mer effektive tjenester, eventuelt også bedre kvalitet. Informasjonsgrunnlag for utbredelse av dette og betydning av slike endringer for tilgjengelighet og bruk av tjenester er i varierende grad tilgjengelig.

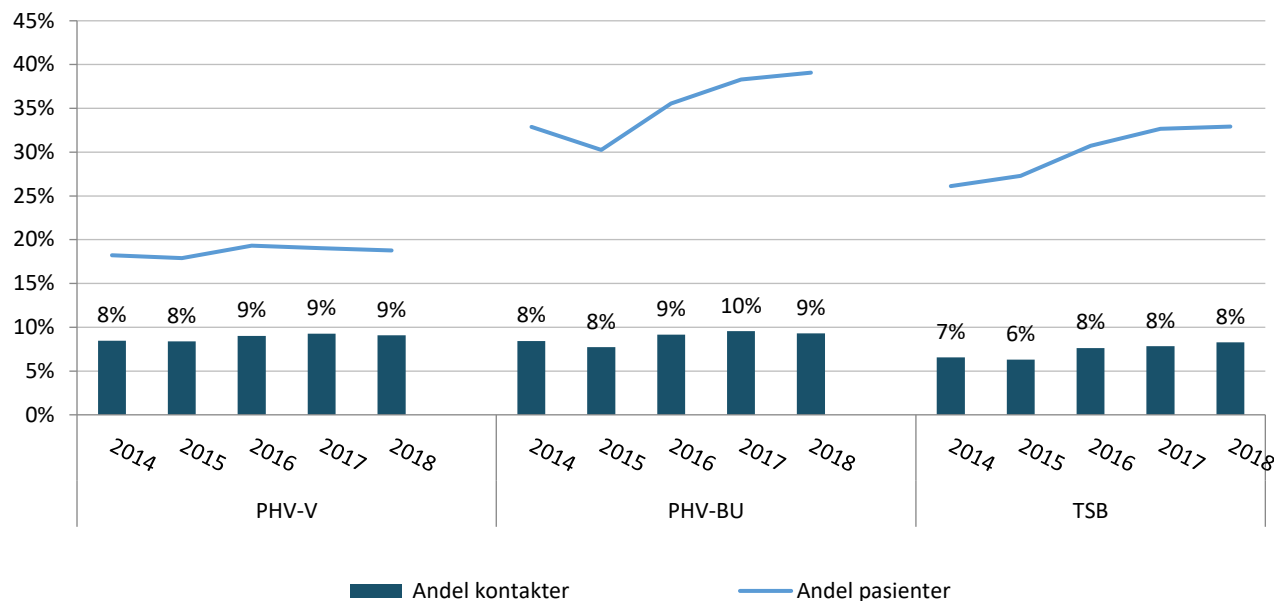
Ambulante tjenester

Større bruk av ambulerte tjenester har til hensikt å bedre tilgjengelighet og kvalitet for noen pasientgrupper, og er spesielt viktig for pasienter som ellers ikke oppsøker tjenestetilbud eller på grunn av sin sykdom (fysisk eller psykisk) har vansker med å komme til behandlingssted. Ambulerende team kan både drive direkte pasientkontakt og veilede/lære opp helsepersonell som har den primære kontakten/oppfølgingen av pasientene.

I perioden 2014 til 2018 har antall årsverk angitt brukt til ambulant virksomhet i psykisk helsevern økt med 144 årsverk til om lag 1 230 årsverk.

Vi har beregnet omfanget av ambulant virksomhet ved å se på andel pasienter og andel kontakter hvor pasienten har hatt minst en ambulant kontakt i løpet av året. For psykisk helsevern for barn og unge viser Figur 19 at andelen ambulante kontakter var om lag 10 prosent de siste tre årene, mens andel pasienter med ambulant kontakt var på 35-40 prosent. Nivå og utvikling var noe ulik i regionene. Andelen er stabil eller økende i alle regioner unntatt i Helse Midt-Norge. Median antall ambulante kontakter per pasient holdt seg stabilt på to i hele perioden og i alle regioner.

Figur 19 Andel ambulante pasienter og kontakter innen psykisk helsevern og TSB, 2014-2018.



For psykisk helsevern for voksne har andelen ambulante pasienter og kontakter hatt et stabilt nivå på henholdsvis om lag 20 prosent og nær 10 prosent. I 3 av 4 regioner var andelen relativt stabile i perioden, men på et høyere nivå i Helse Midt-Norge (hhv 25 prosent og 13 prosent). I Helse Vest økte andelen ambulante kontakter siste tre år fra 6 prosent i 2015 til 10 prosent i 2018, og andelen pasienter til nær 20 prosent.

Innen TSB var andelen ambulante kontakter om lag 8-9 prosent. Omfanget har endret seg lite de siste årene målt som andel av den samlede virksomheten. Tilbudet har imidlertid blitt rettet mot en større andel av pasientgrunnlaget og i 2018 hadde en tredjedel av pasientene minst en ambulant kontakt. I tillegg har pasientene fått flere kontakter og i løpet av perioden 2014-2018 har antall kontakter per pasient økt fra 3 til 5 kontakter per pasient per år. Halvparten av pasientene mottar imidlertid 1-2 kontakter (median=2).

Bruk av nye teknologiske virkemidler

En annen viktig utvikling er større bruk av kommunikasjonsteknologi hvor pasient og behandler kommuniserer uten å være i samme rom, gjennom bildeteknologi eller også uavhengig av tid (skriftlig elektronisk kommunikasjon).

Bruk av ny teknologi ved behandling og oppfølging av pasientene får også konsekvenser for finansieringsordningene. E-konsultasjon har i dag en egen takst (2ae) hos fastlegene og bruken av denne taksten økte fra om lag 90 000 i 2017 til nær 240 000 i 2018. Direktoratet for e-helse viser i sin rapport om utviklingstrekk i 2019 til beregninger gjort av Accenture som tilsier om lag 4000 e-konsultasjoner per måned hos private legevirkosomheter, det meste av dette antas være videobaserte konsultasjoner.²⁸ Det er under innføring særskilte finansieringsordninger også for spesialisthelsetjenester. Innen ISF-ordningen har det de siste årene blitt innført nye tjenestekategorier (STG-er) for dette. Det har blant annet kommet

²⁸ «Utviklingstrekk 2019. Beskrivelse av drivere og trender relevant for e-helse», IE-1044, mars 2019, Direktoratet for e-helse. Privat legevirkosomhet antas i denne sammenheng primært å være primærhelsetjeneste.

ordninger for digital skjemabasert oppfølging av pasienter med epilepsi, oppfølging og monitorering av pasienter med revmatologiske lidelser og en rekke ordninger for pasientadministrerte legemidler. Med unntak av sistnevnte ordninger er dette ordninger som må virke noen år før vi kan få gode utviklingstall.

2.6 Oppsummering - tilgjengelige og rettferdig fordelte tjenester

Det ressursmessige fundamentet for de regionale helseforetakene fremstår som rimelig likt. Samlede kostnader per innbygger korrigert for forskjeller i behov og struktur viser kun små forskjeller mellom regionene. I fordelingen av ressurser innad i regionene ser det derimot ut til at regionene prioriterer de ulike tjenesteområdene ulikt. Særlig tydelig blir dette for TSB hvor Helse Vest har et betydelig høyere nivå av kostnader per innbygger enn Helse Midt-Norge og Helse Nord.

Graden av geografiske forskjeller i befolkningens bruk av tjenester varierer avhengig av hvilke typer tjenester eller behandling vi ser på. For noen typer tjenester er forskjellene mellom foretaksområdene relativt små, for andre viser tallene stor variasjon. I noen tilfeller er det kun enkelte bostedsområder som avviker tydelig. Mange av forskjellene i rater for innleggelser eller polikliniske konsultasjoner innen ulike sektorer har vært stabile over lang tid. Tall fra de nasjonale kvalitetsindikatorne viser videre variasjoner i bruk av spesifikke tilbud eller type behandling for enkelte pasientgrupper. Helseatlasene peker også på variasjoner i bruk av tjenester og medisinsk praksis som vurderes å være uberettiget store for spesifikke pasientgrupper. For andre grupper er det derimot liten variasjon.

Tilgang til helsetjenester *til rett tid* er også viktig i en vurdering av tilgjengelighet og rettferdig fordeling. Ventetiden har de siste årene blitt redusert i de fleste regioner og tjenesteområder (psykisk helsevern, TSB, somatikk). Reduksjonen ser imidlertid til å flate ut siste år (2018). Videre ser vi at ventetiden er kortere for tilstander hvor tid til utredning og behandling er mer kritisk, for eksempel ved mistanke om kreft. Det er ganske store forskjeller i gjennomsnittlig ventetid ved helseforetakene. Ved en sammenligning av ventetider må man vurdere om helseforetak/sykehus med lang eller kort gjennomsnittlig ventetid avviker fra et vanlig helseforetak/sykehus, da tallene som presenteres ikke er basert på pasientenes bosted. Ulik andel planlagt utredning og behandling for kreft eller andre tidskritiske tilstander kan delvis påvirke den samlede ventetiden ved et helseforetak/sykehus.

Vi ser også at innføring av nye måter å møte pasienter og pasientgrupper på bidrar til å bedre tilgjengeligheten og redusere unødig venting, f.eks. nettbasert kommunikasjon. Slike tiltak er trolig fortsatt i startfasen og vil kunne øke i volum de kommende årene.

3. Samordnede tjenester preget av kontinuitet

«Rett behandling – på rett sted – til rett tid» ble et viktig slagord i kjølvannet av samhandlingsreformen. Et behandlingsforløp involverer ofte flere typer tjenester og (helse)personell. U hensiktsmessig organisering, mangelfull eller forsinket informasjonsdeling og mangel på kontinuitet og samarbeid kan redusere kvaliteten på tjenesten og være belastende for pasientene. Dette til tross for at helsearbeidere, som sykepleiere, leger, psykologer eller ergoterapeuter hver for seg gir tjenester av god kvalitet. God samordning og kontinuitet er viktig både innen og mellom nivåene i helse- og omsorgstjenesten. Dårlig kontinuitet og mangelfull samhandling kan i verste fall bidra til at pasienter ikke får optimal effekt av behandling, eller at tilstanden forverres unødig.

«Pasientene rapporterte i 2015 best erfaringer med ivaretagelse av pårørende og med pleiepersonalet og legene, mens utskrivingsprosessen, samhandling mellom sykehus og kommunale tjenester, ventetid for elektive pasienter og organisering av sykehusets arbeid er de områdene som skårer dårligst» (PasOpp-rapport 2016:147).

Samordnede tjenester innebærer at alle som bidrar inn i pasientbehandlingen er enige/samstemte om prosessene, når ting skal skje og hvordan, og at det administrative og økonomiske systemet rundt pasientbehandlingen understøtter mulighetene for å få dette til på en god måte. Over tid har utfordringer med samhandling og pasientforløp i større grad blitt løftet på nasjonalt nivå gjennom for eksempel samhandlingsreformen og innføringen av pakkeforløp. Flere tiltak har blitt lovfestet eller formalisert gjennom nasjonale anbefalinger.

3.1 Etablerte virkemidler for samordnede og koordinerte tjenester

Det er over tid etablert flere virkemidler for å bidra til mer samordnede og koordinerte tjenester for pasientene. Dette omfatter blant annet:

- Individuell plan
- Koordinator, forløpskoordinator, kontaktlege.
- Pakkeforløp for definerte pasientgrupper

Retten til *individuell plan* ble hjemlet i helselovgivningen allerede i 2001. Alle som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan dersom personen selv ønsker det. Individuell plan et verktøy og en arbeidsmetode som skal bidra til samarbeid og koordinering og er den enkelte brukers/pasient sin plan. Det innebærer også at man kan velge å ikke ha en slik plan. Det har vært delvis mangelfull registrering på omfang av pasienter i spesialisthelsetjenesten som har en individuell plan. Fra første tertial 2019 finnes data fra nesten alle helseforetakene. For pasienter i døgnbehandling med diagnosen schizofreni var 32 prosent av pasientene registrert med individuell plan, som på regionnivå varierer fra 14,6 i Helse Nord til 40 prosent i Helse Vest. Det var store forskjeller mellom helseforetakene, og det er vanskelig å vurdere om dette gjenspeiler reelle forskjeller. Noe kan skyldes funksjonsfordeling, men svært store forskjeller mellom universitetssykehusene indikerer at det ikke er hele forklaringen. Også for barn innen barnehabilitering skal det registreres om barnet har en individuell plan eller ikke. I Midt-Norge var det ikke registrert noe på dette i 99 prosent av tilfellene. Det er derfor ikke mulig å tallfeste på en sikker måte hvor mange pasienter i spesialisthelsetjenesten (brukere) det er utarbeidet en slik plan for og eventuelt hvor mange pasienter som ikke har ønsket å ha dette.

Ordningene med *kontaktlege, koordinator og forløpskoordinator* er nærmere beskrevet i veileder om kontaktlege i spesialisthelsetjenesten.²⁹ Der pekes det på at kontaktlegens rolle er å være pasientens medisinskfaglige kontakt, mens koordinator skal sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med oppholdet, samt sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan mens pasienten er under behandling eller oppfølging ved sykehuset. Når det gjelder ansvaret til koordinator og forløpskoordinator pekes det på at begge koordinerer helsetjenester for pasienten, men med fokus på ulike faser i forløpet. Et pakkeforløp for kreft omfatter hele pasientforløpet, men ofte vil arbeidsoppgavene for forløpskoordinator være konsentrert om perioden frem mot behandlingsstart. Koordinator i sykehus har sine oppgaver i perioden pasienten er under behandling eller oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Koordinatorrollen er også beskrevet i nasjonal veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator.³⁰ Etter det vi kjenner til finnes det ikke data om utvikling og omfang i bruk av kontaktlege og koordinatorene.

3.2 Pakkeforløp for kreftpasienter

Formålet med pakkeforløp for kreftpasienter er at pasientene skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendig ikke-medisinsk begrunnet forsinkelse i forløpet. Et pakkeforløp er et normerende pasientforløp som beskriver organisering av utredning, behandling og oppfølging, kommunikasjon/dialog med pasient og pårørende, samt ansvars plassering og konkrete forløpstider. I dette inngår en anbefalt tid for ferdigstilling av utredning av pasienten og at behandling har startet.

Datoer for viktige målepunkter i forløpet rapporteres til Norsk pasientregister. Den nasjonale målsettingen er at minst 70 prosent av pasientene har fått gjennomført utredning og startet behandling innen anbefalt forløpstid. Samlet for 26 kreftformer inngikk 77 prosent av nye kreftpasienter i et pakkeforløp i 2018, omtrent på samme nivå som de to foregående år. Det var imidlertid en reduksjon i

²⁹ «Kontaktlege i spesialisthelsetjenesten», IS-2466, HelseDirektoratet.

³⁰ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

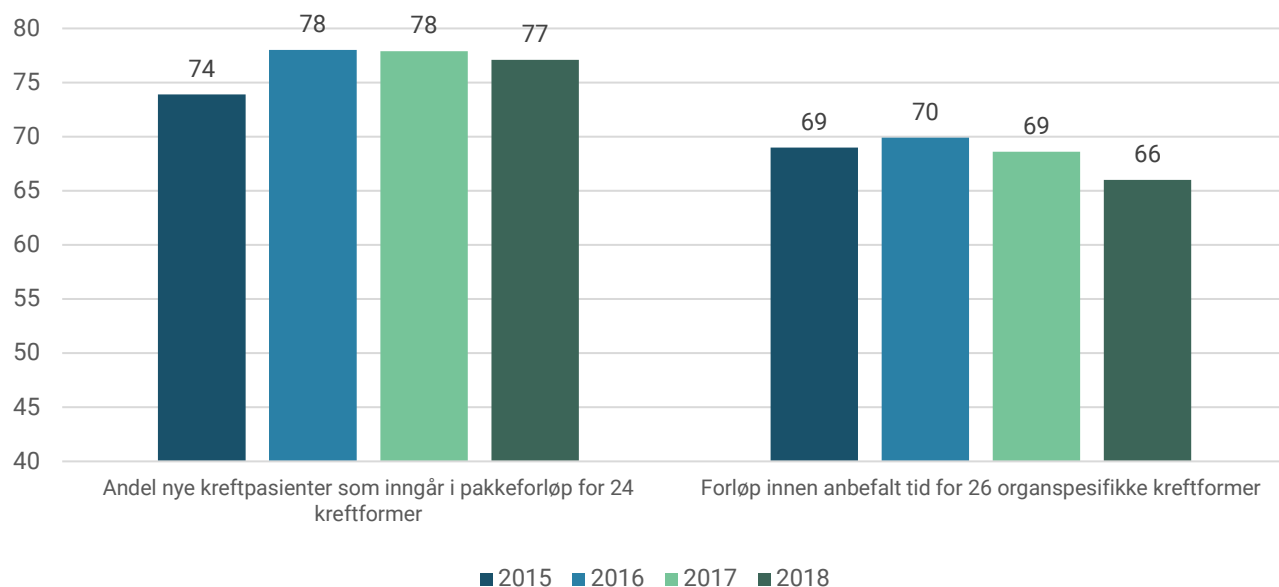
andel av pasientene som fikk gjennomført sitt utredningsforløp og startet behandling innen anbefalt forløpstid, fra 69 prosent i 2017 til 66 prosent i 2018.

Andelen forløp gjennomført innen anbefalt tid varierer mye etter kreftform fra rundt 40 prosent til 94 prosent i 2018. For noen kreftformer med få pasienter vil andelen kunne variere helt tilfeldig (småtallsproblematikk). Basert på innrapporterte tall har det imidlertid vært en negativ utvikling i forløpstidene de siste årene for ganske mange kreftformer, jf *Figur 21*.

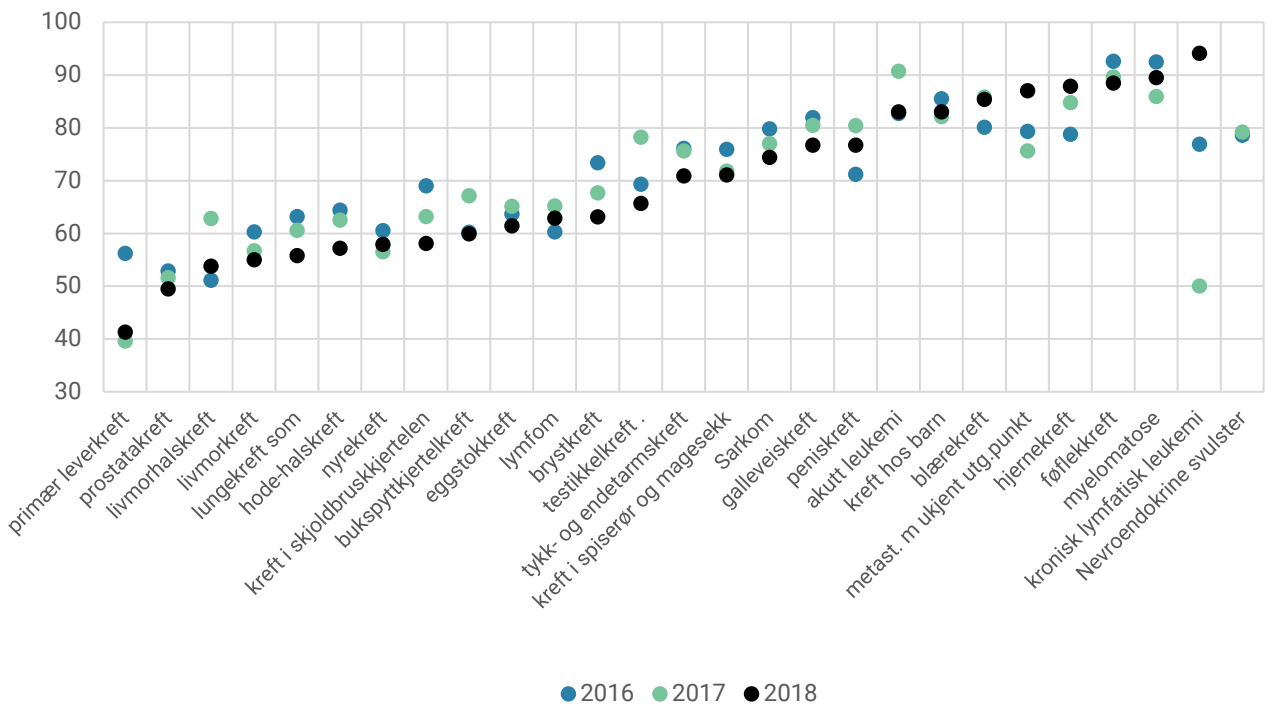
Reduksjon i andel pasienter med forløp gjennomført innen anbefalt tid gir en indikasjon på en svak forverring i graden av samordnede tjenester. Det tar noe lenger tid for en del pasienter å få gjennomført de ulike etappene i forløpet. Hva som er årsakene til denne nedgangen har vi ikke nærmere informasjon om, men det kan både skyldes reell forlengelse av forløpstid, men også endringer i registrering av opplysninger. Vi trenger derfor ytterligere informasjon for å kunne konkludere mer konkret.

Forskjellen mellom helseforetakene i hvor stor andel av forløpene som ble gjennomført innen anbefalt tid varierte fra 49 til 78 prosent i 2018, jf *Figur 22*. Ved 6 helseforetak var andelen i 2018 over 70 prosent, mens 5 sykehus hadde en andel under 60 prosent.

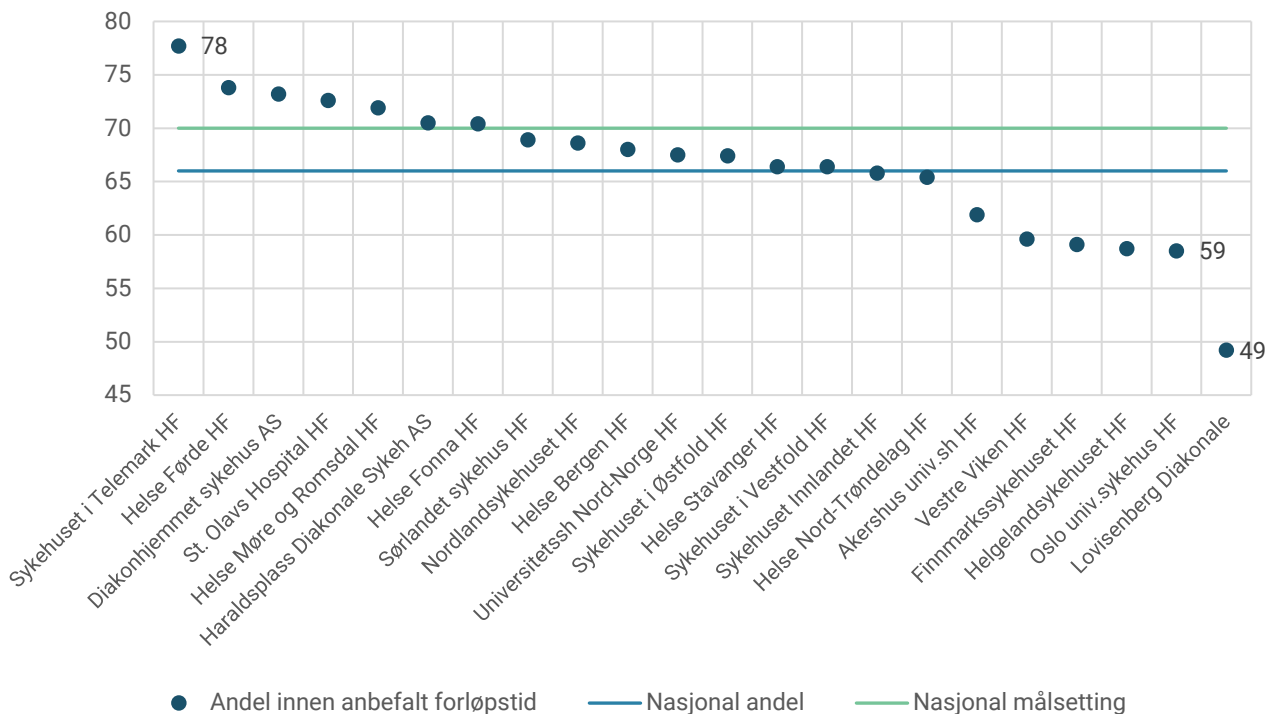
Figur 20 Pakkeforløp kreft: andel pasienter inn i pakkeforløpene og andel gjennomført innen anbefalt tid, 2015-2018.



Figur 21 Andel pasienter som har gjennomført pakkeforløpene innen anbefalt forløpstid etter kreftform, 2016-2018.



Figur 22 Andel pasienter som har gjennomført pakkeforløp innen anbefalt forløpstid, samlet for 26 kreftformer etter helseforetak, 2018.



3.3 Utskrivningsklare pasienter

Etter innføringen av Samhandlingsreformen i 2012 ble flere oppgaver overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene og liggetiden på sykehus ble redusert. Kommunene overtok det finansielle ansvaret for utskrivningsklare somatiske pasienter dersom de blir liggende på sykehus etter at de er ferdigbehandlet (meldt utskrivningsklar).³¹ Dette skal gi kommunene et sterkere insentiv til å ta imot pasienter raskere, og pasientene kan få videre oppfølging og behandling i sitt eget hjemmemiljø. Det antas å være bedre for pasientene, i tillegg til at det vil friggi ressurser i spesialisthelsetjenesten. For at kommunene skal ta imot pasienter raskt etter meldt utskrivningsklar, stilles det imidlertid krav til god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Kommunene må få informasjon om pasienten og hvilken behandling som kreves i god tid for å klare å mobilisere et godt tilbud i kommunen.

Ulik registreringspraksis av utskrivningsklare pasienter som blir tatt imot av kommunen samme dag som meldt utskrivningsklar, gjør det vanskelig å sammenligne denne pasientgruppen mellom helseforetaksområde. Vi har derfor her valgt å fokusere på opphold der pasienten ble liggende én eller flere døgn på sykehus etter meldt utskrivningsklar.

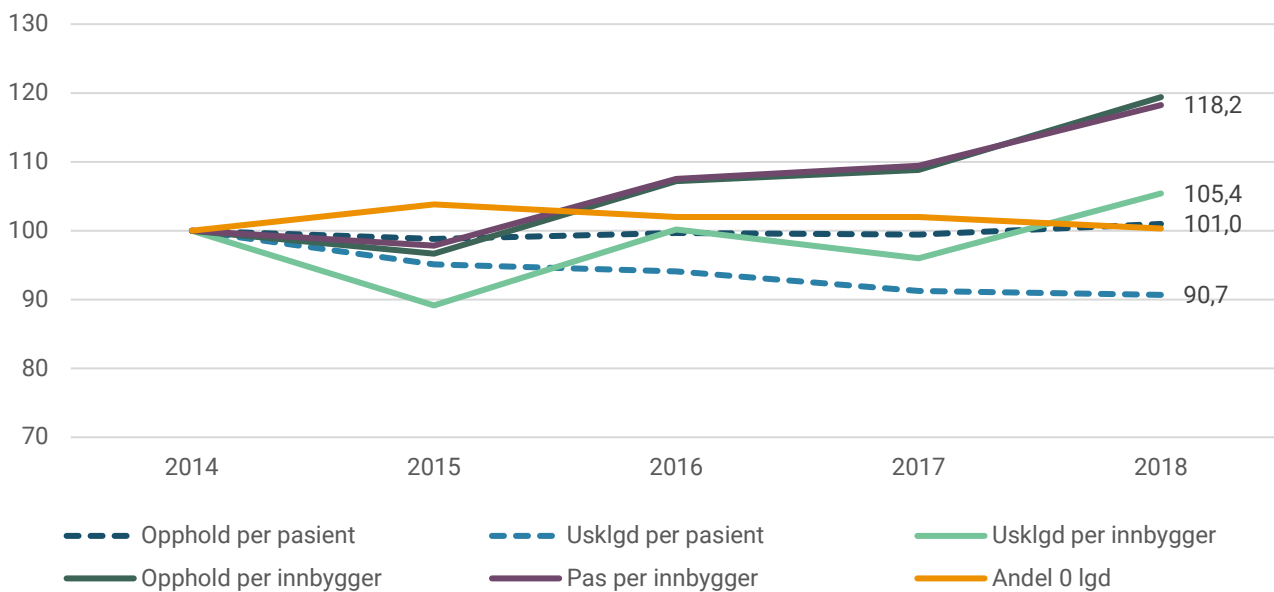
I 2018 var det om lag 76 000 pasienter i somatisk spesialisthelsetjeneste som ble meldt utskrivningsklare, og til sammen hadde disse pasientene cirka 120 000 utskrivningsklare opphold. Ved omtrent 8 av 10 utskrivningsklare opphold ble pasientene tatt imot av kommunene samme dag som meldt utskrivningsklar. Pasienter som ikke ble tatt imot av kommunen samme dag som meldt utskrivningsklar hadde til sammen 76 400 liggedøgn³² etter at de var ferdig behandlet på sykehus. At pasientene blir liggende på sykehus etter at de er meldt utskrivningsklar kan skyldes flere forhold, som manglende kapasitet i kommunene, mindre god kommunikasjon mellom sykehusene og kommunene, eller at pasienten krever behandling/oppfølging som kommunene ikke har ressurser/kompetanse til å gi. Vi har ikke data som kan gi oss informasjon om hvorfor enkelte pasienter blir liggende på sykehus, men vi har mulighet til å følge med på utviklingen av denne typen opphold, samt se på forskjeller mellom de ulike helseforetaksområdene. I 2018 var 84 prosent av alle utskrivningsklare opphold knyttet til pasienter som var 67 år eller eldre, og vi har derfor valgt å fokusere på denne aldersgruppen (*Figur 23* og *Figur 24*).

Fra 2017 til 2018 var det en vekst i totalt antall opphold der pasienten ble meldt utskrivningsklar. Omtrent 50 prosent av veksten i antall utskrivningsklare opphold kom for pasienter som ble liggende på sykehus etter at de var ferdigbehandlet (meldt utskrivningsklar). Også korrigert for befolkningsveksten i den eldre befolkningen (67 år og over) var det en vekst i antall opphold og utskrivningsklare liggedøgn for pasienter som hadde et eller flere liggedøgn på sykehus etter meldt utskrivningsklar. Veksten skyldes i hovedsak ikke at hver enkelt pasient har flere opphold og liggedøgn, men at det var flere pasienter som ble meldt utskrivningsklar. *Figur 23* viser at antall opphold per pasient var relativt stabilt i femårsperioden, mens antall utskrivningsklare liggedøgn per pasient ble redusert i samme periode.

³¹ I 2019 ble det innført tilsvarende ordning for pasienter i psykisk helsevern og TSB. Det foreligger derfor begrenset med data p.t. for å analysere omfanget innen disse tjenestekområdene.

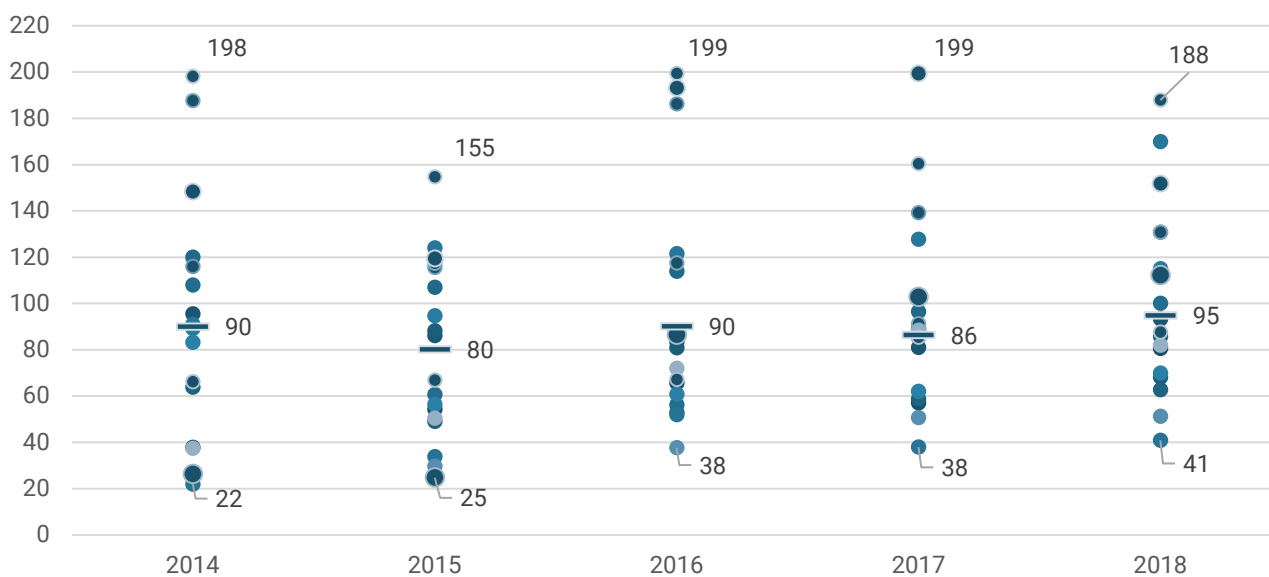
³² Antall utskrivningsklare liggedøgn er antall liggedøgn etter at pasienten ble meldt utskrivningsklar.

Figur 23 Prosent utvikling i utskrivningsklare opphold, liggedøgn, pasienter, opphold per pasient, liggedøgn per pasient og andel opphold der pasienten ble tatt imot av kommunen samme dag som meldt utskrivningsklar, 67 år og eldre, 2014-2018 (2014=100).



Det er stor variasjon mellom helseforetaksområdene i antall utskrivningsklare liggedøgn per innbygger for aldersgruppen 67 år og eldre. I 2014 lå helseforetaksområdet med høyest nivå ni ganger så høyt som området med færrest utskrivningsklare liggedøgn per innbygger. I 2018 var denne forskjellen redusert til nær fem ganger så høyt. Som Figur 24 viser var det mindre spredning mellom helseforetaksområdene i 2018 enn i 2014, som også blir bekreftet med en nedgang i variasjonskoeffisienten³³.

Figur 24 Utvikling og variasjon i antall utskrivningsklare liggedøgn per 1 000 innbyggere etter helseforetaksområde for pasienter 67 år og eldre, 2014-2018.



³³ Variasjonskoeffisient = standardavvik/gjennomsnittsverdi.

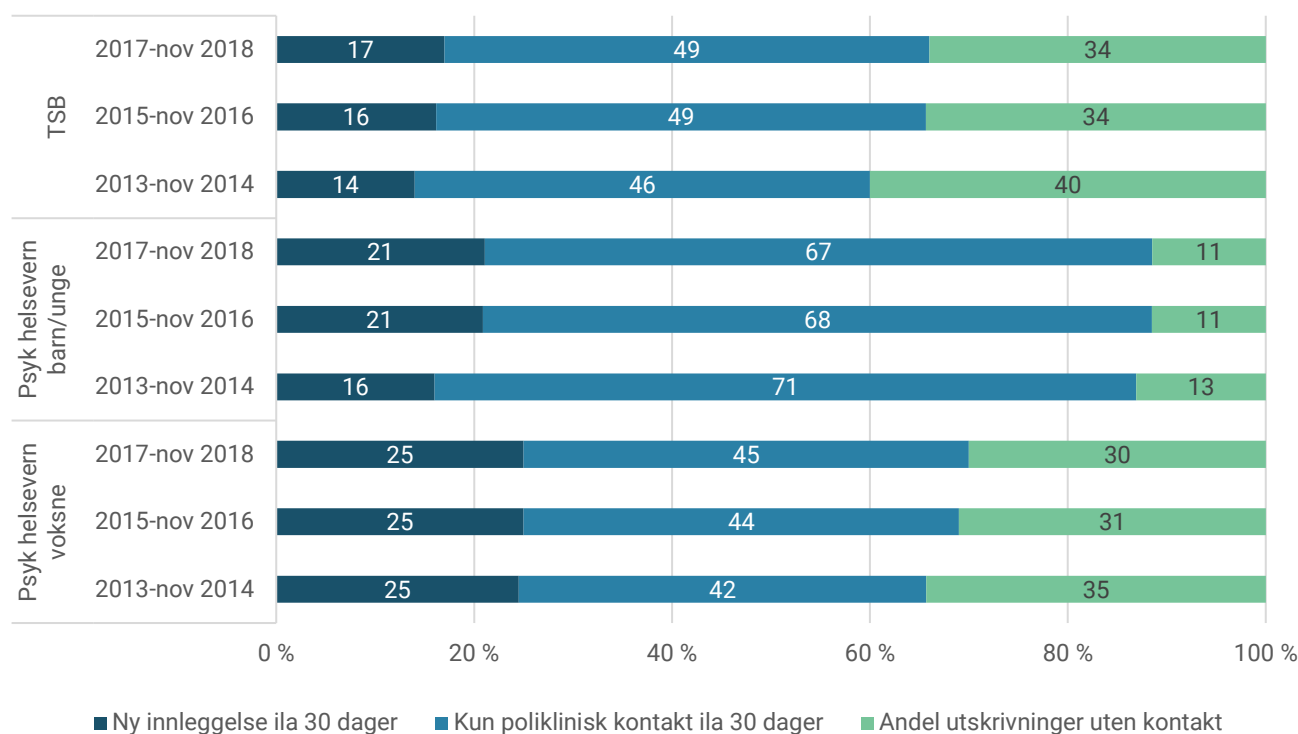
3.4 Oppfølging etter utskrivning i psykisk helsevern og TSB

Pasienter med behov for døgntilrettelagt behandling i psykisk helsevern og TSB har normalt mer alvorlige tilstander, og vil ha behov for oppfølging etter at de skrives ut, enten poliklinisk, ambulant, i kommunene eller med en ny innleggelse. Vi har derfor undersøkt hva som gis av tilbud til pasienten i spesialisthelsetjenesten innen 30 dager (Figur 25) og kommende år (Figur 26) etter utskrivning.³⁴ Vi har foreløpig ikke hatt mulighet til å se på oppfølgende tjenester i kommunen og somatisk spesialisthelsetjeneste er ikke inkludert.

Figur 25 viser at nær 90 prosent av døgnpasienter innen psykisk helsevern for barn og unge har en oppfølgende kontakt i løpet av første måned etter utskrivning. I hovedsak var dette en poliklinisk kontakt (nær 70 prosent), mens om lag 20 prosent hadde en ny innleggelse. For psykisk helsevern for voksne og TSB hadde hhv. 70 og 66 prosent en ny innleggelse eller poliklinisk kontakt innen en måned etter utskrivning.

For alle tjenesteområdene var det en økning i andel utskrivninger med oppfølging i den perioden som analyseres (siste fem år).

Figur 25 Forløp de første 30 dagene etter utskrivning i psykisk helsevern og TSB, 2013-2018.



Innen psykisk helsevern for barn og unge økte andel med ny innleggelse innen 30 dager i alle regioner, og størst var veksten i Helse Vest (fra 18 til 23 prosent) og i Helse Sør-Øst (fra 17 til 23 prosent). I disse

³⁴ Det er gitt en nærmere beskrivelse av dette tema i rapporten «Tjenester i psykisk helsevern og TSB 2014-2018», IS-2850, Helsedirektoratet.

regionene var andelen med ny innleggelse også høyere enn i Helse Midt-Norge (15 prosent) og Helse Nord (18 prosent) sist i perioden.

Pasientene som ble skrevet ut fra døgnbehandling i TSB i perioden 2013-2018 fikk i økende grad oppfølging av behandlingstjenestene rett etter utskrivning. Samlet sett hadde likevel 34 prosent av utskrivningene ingen ny kontakt med TSB eller psykisk helsevern innen 30 dager når vi ser på utskrivninger i tidsrommet 2015-2018. Nær halvparten av pasientene hadde kun poliklinisk kontakt med TSB eller psykisk helsevern etter utskrivning i siste del av perioden, en svak økning fra 46 prosent tidlig i perioden.

Det var forskjeller mellom regionene med hensyn til kontakt etter avsluttet døgnbehandling i TSB. I Helse Nord hadde halvparten av pasientene ingen kontakt med TSB eller psykisk helsevern i løpet av de første 30 dagene etter avsluttet døgnbehandling. Dette var særlig knyttet til at regionen i mindre grad tilbudte poliklinisk kontakt etter utskrivning sammenlignet med de øvrige regionene. For alle regionene, med unntak av Helse Nord, så det ut som om omfanget av poliklinisk kontakt etter utskrivning økte fra 2013 til 2018. Alle regionene hadde også i større grad tilbudt ny innleggelse i løpet av de første 30 dagene etter utskrivning.

Innen psykisk helsevern for voksne hadde om lag 25 prosent av pasientene en ny innleggelse innen 30 dager. Det store flertallet kom som øyeblikkelig hjelp-innleggelser (re-innleggelser). Andelen som kun hadde kontakt med poliklinikk økte til 46 prosent i 2018. Andel pasienter uten kontakt med spesialisthelsetjenesten gikk tilsvarende ned fra 34 til 30 prosent.

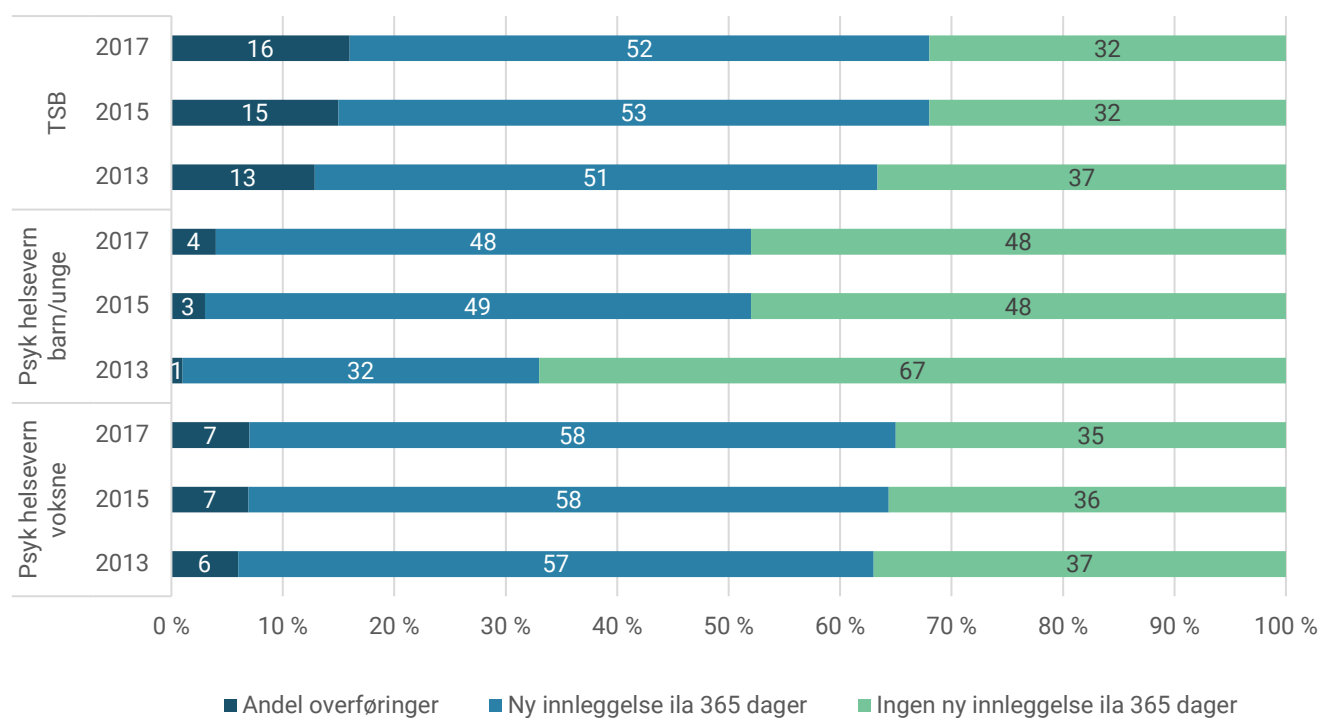
Andel med ny innleggelse innen 30 dager har gått ned i Helse Nord og i Helse Midt-Norge og opp i Helse Sør-Øst. I Helse Vest var nivået stabilt. Andelen var sist i perioden noe høyere i Helse Vest og i Helse Nord enn i Helse Sør-Øst og i Helse Midt-Norge. I Helse Vest er dette knyttet til en høyere andel ø-hjelpsinnleggelser, i Helse Nord til en høyere andel elektive innleggelser. Øyeblikkelig hjelp-innleggelsene utgjør på landsbasis om lag 2/3 av innleggelsene.

Andel pasienter som kun har kontakt med poliklinikk har økt i alle regioner, mens andelen uten kontakt med spesialisthelsetjenesten har gått tilsvarende ned. I Helse Nord var andelen med poliklinisk kontakt lavere mens andel uten kontakt var noe høyere enn i de øvrige foretakene.

Vi har videre sett på omfang og type oppfølging med døgntilbud innen et år etter utskrivning. Figur 26 viser at det for alle tjenesteområder har vært en økning i andel som enten overføres eller har en ny innleggelse i løpet av kommende år etter utskrivning. Økningen har vært særlig stor for psykisk helsevern for barn og unge fra 33 prosent til om lag 50 prosent. Det var kun i Helse Midt-Norge vi ikke ser en slik utvikling, der var nivået stabilt i hele perioden.

Utviklingstrekk og nivå er rimelig likt for psykisk helsevern for voksne og TSB når vi ser på andel med døgnoppfølging og andel uten oppfølging. Det var kun fordelingen mellom overføringer og ny innleggelse som var noe ulik, med en høyere andel overføringer i TSB. De regionale forskjellene i psykisk helsevern for voksne er små.

Figur 26 Forløp innen et år etter utskrivning i psykisk helsevern og TSB, 2013-2018.



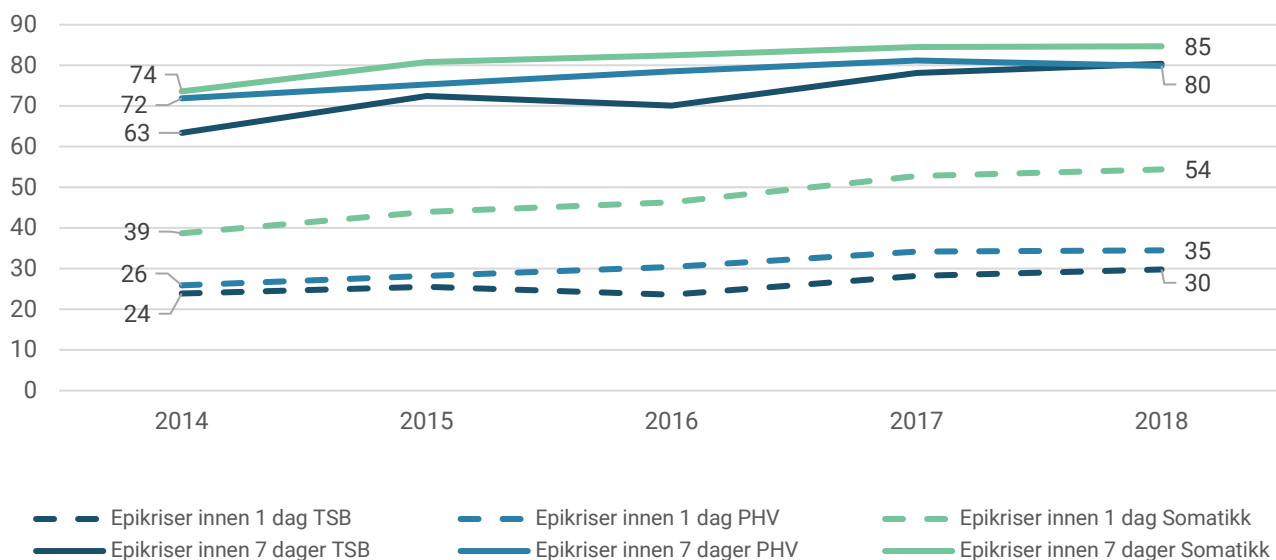
Innen TSB ble i alt 16 prosent av utskrivningene fulgt opp med overføring til videre døgnbehandling ved annet foretak, og dette dreide seg i all hovedsak om videre døgnbehandling innad i TSB. Når andel utskrivninger som overføres øker fra 13 til 16 prosent i løpet av perioden 2013-2017, er dette et tegn på bedret kontinuitet i døgnbehandlingen innen TSB. Helseforetak og private foretak har til en viss grad ulike roller innen behandlingstilbudet, og med en større andel overføringer tyder dette på at samarbeidet nå fungerer for en større andel av pasientene. De ulike rollene mellom helseforetak og private foretak er eksempelvis arbeidsdelingen med hensyn til utredningsarbeidet, avrusningstilbudet og etableringen av øyeblikkelig hjelp-tilbudet.

3.5 Utsendelse av epikriser

En epikrise er en oppdatert informasjon om sykehusoppholdet. Den skal sendes til fastlege eller annet helsepersonell som trenger opplysningene. Epikrisetid beskriver tiden fra pasienten skrives ut til epikrisen er sendt. Denne tiden er et uttrykk for samhandling og kommunikasjon internt i sykehuset og mellom ett behandlingssted og øvrig helse- og omsorgstjeneste. Hvis det går lang tid før epikrisen sendes fra sykehuset, svekkes muligheten til kontinuitet i behandlingen og sikker oppfølging (helsedir.no).

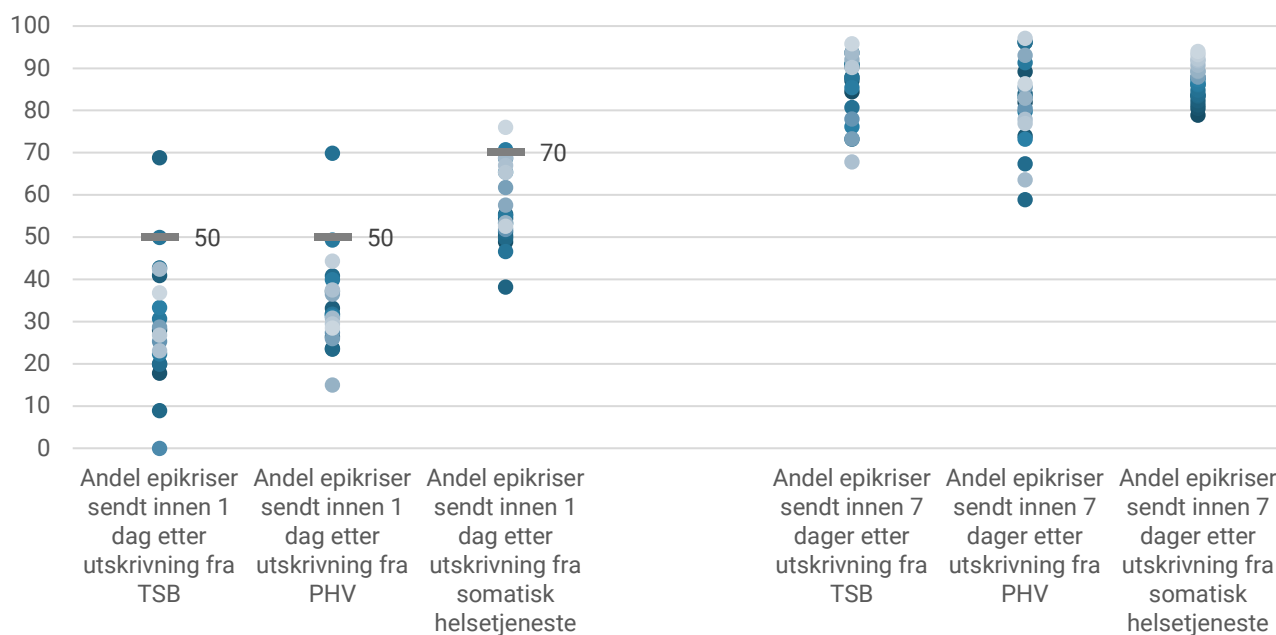
Andelen epikriser sendt innen 7 dager var over 80 prosent i både somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern (PHV) og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2018. Forskjellen mellom sektorene er langt større når vi ser på andel epikriser sendt innen en dag etter utskrivning. I somatikken var andelen godt over 50 prosent, mens andelen innen PHV og TSB var henholdsvis 35 og 30 prosent. Det har vært en positiv utvikling i epikrisetid fra 2014 til 2018, og størst økning var det for andel sendt innen en dag i somatisk sektor. Fra 2017 til 2018 var andelen stabil eller økte med ett-to prosentpoeng.

Figur 27 Andel epikriser sendt innen én og sju dager etter sektor, 2014-2018.



Det er større forskjell mellom helseforetakene i andel sendt innen en dag enn andel innen 7 dager, og forskjellene er generelt større innen PHV og TSB enn i somatikken. Fra og med 2019 har Helse- og omsorgsdepartementet satt som krav at minst 70 prosent av epikrisene skal være sendt innen 1 dag etter utskrivning fra sykehus innen somatikken. I 2018 hadde 7 helseforetak over 65 prosent sendt innen en dag (to over 70), og 11 helseforetak lå under 55 prosent. Innen psykisk helsevern og TSB er målsettingen 50 prosent. Figur 28 viser at det er et stykke fram for mange av foretakene.

Figur 28 Andel epikriser sendt innen én og sju dager for helseforetakene etter sektor, 2018. Linje angir målsetting.



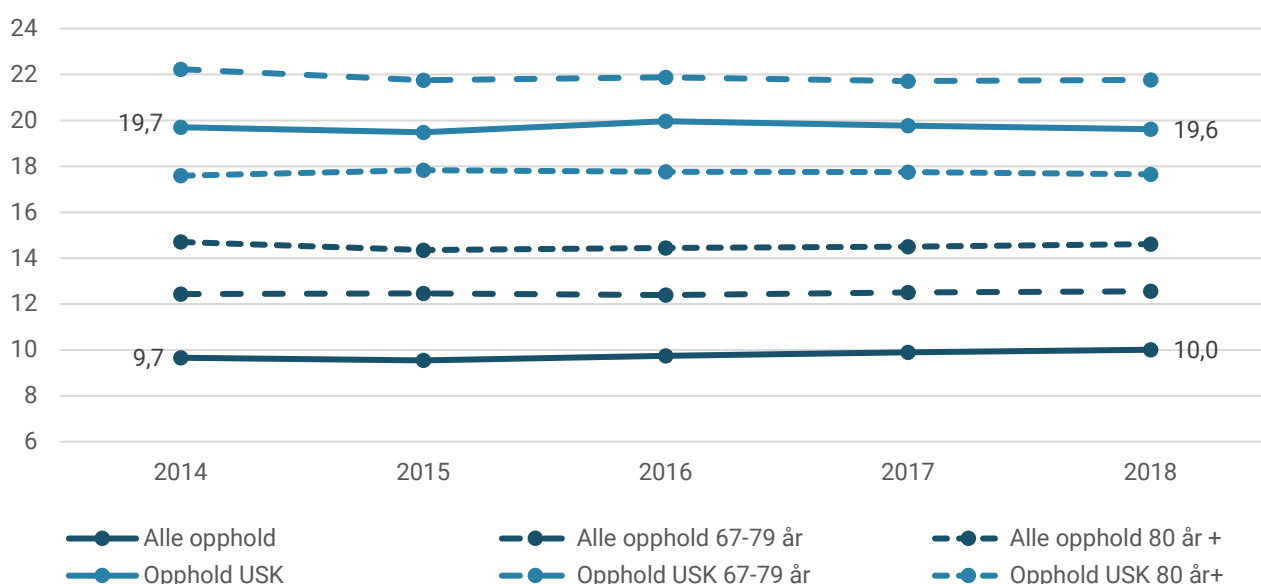
3.6 Reinnleggelser

Stor variasjon i andel reinnleggelser mellom helseforetaksområder kan indikere ulikheter i kvaliteten på behandling og oppfølging i sykehus eller kommune, og/eller variasjoner i kvaliteten på samhandlingen mellom disse. Noen reinnleggelser er helt nødvendige, men en høy andel reinnleggelser er generelt lite ønskelig både for pasientene og for sykehusene. I dette avsnittet viser vi andel reinnleggelser etter en innleggelse (med overnatting) i somatisk sykehus for alle pasienter og for pasienter som skrives ut til et kommunalt tilbud (utskrivningsklare pasienter).³⁵

I 2018 ble 10 prosent av innleggelsene (døgnopphold) i somatiske sykehus etterfulgt av en reinnleggelse innen 30 dager. Andelen reinnleggelser totalt har i perioden fra 2014 til 2018 vært uendret på om lag 10 prosent når vi ser på alle innleggelsene. Beregninger utført av FHI viser også at andelen reinnleggelser har holdt seg stabil eller økt svakt for pasientgruppene astma/kols, brudd, hjertesvikt, lungebetennelse og hjerneslag i perioden 2014 til 2017.³⁶ Eldre med astma/kols, hjertesvikt og lungebetennelse hadde særlig høy sannsynlighet for reinnleggelse.

Andelen reinnleggelser er, ikke uventet, noe høyere for eldre pasienter enn for yngre. For de eldste pasientene, også for pasienter som ble skrevet ut til et kommunalt tilbud, var nivået av reinnleggelser relativt stabilt i perioden fra 2014 til 2018. Det fremgår av *Figur 29* at for utskrivningsklare pasienter var andelen reinnleggelser lavere for pasienter som var 80 år eller eldre sammenlignet med yngre utskrivningsklare pasienter. En mulig forklaring er at de eldste pasientene³⁷ i større grad får en tettere oppfølging i kommunene sammenlignet med yngre utskrivningsklare pasienter.

Figur 29 Utvikling i andel reinnleggelser for pasienter totalt og for utskrivningsklare pasienter (USK), for hele befolkningen, samt for aldersgruppene 67-79 år og 80 år og over, 2014-2018. Data per 2. tertial alle år.



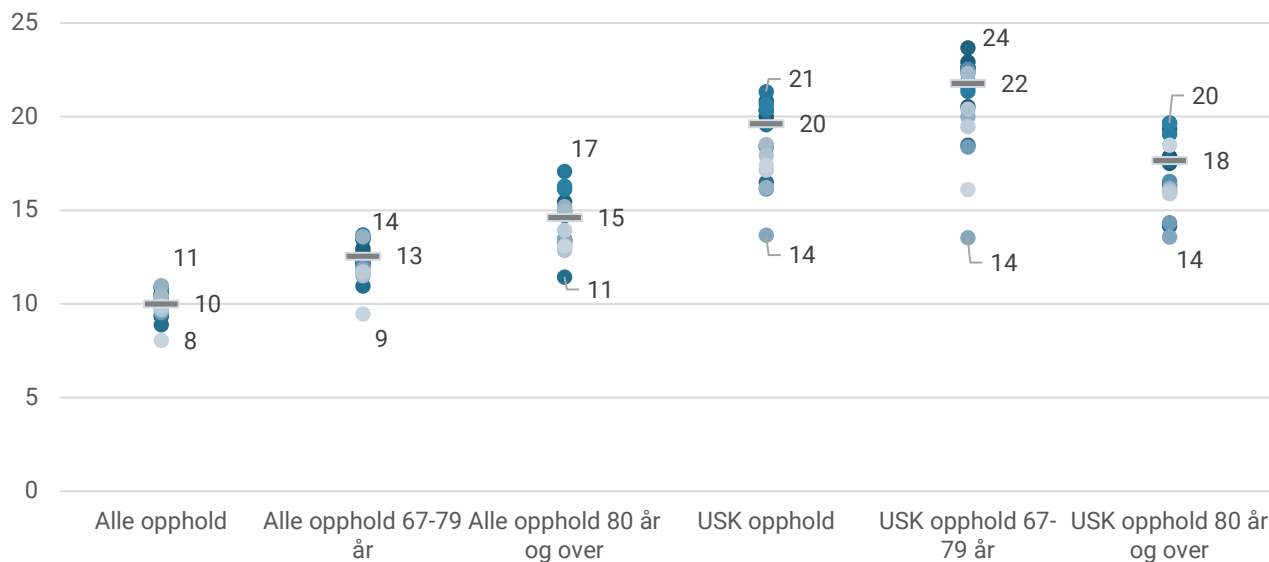
³⁵ Reinnleggelser: ny øyeblikkelig-hjelp innleggelse med overnatting innen 30 dager. Tallene er basert på 2. tertial data alle år.

³⁶ Se «30-dagers overlevelse og reinnleggelse etter sykehusinnleggelse. Resultater for 2017», 03/19, Folkehelseinstituttet.

³⁷ Vi har ikke korrigert for pasienter som dør kort tid etter utskrivelse. I gruppen utskrivningsklare pasienter 80 år og eldre var gjennomsnittsalderen 87 år i 2018, og vi vil dermed underestimerer andel reinnleggelse.

Det var en forskjell på nesten 3 prosentpoeng mellom helseforetaksområdet med lavest andel reinnleggelse og helseforetaksområdet med høyest andel reinnleggelse for alle pasienter, som vist i *Figur 30*. Forskjellene mellom helseforetaksområdene er større for eldre pasienter enn yngre pasienter.

Figur 30 Variasjon mellom helseforetaksområdene i andel reinnleggelser etter et døgnopphold for alle pasienter og for utskrivningsklare pasienter (USK). Strek viser nasjonalt nivå. Data per 2. tertial, 2018.



For utskrivningsklare pasienter syns det å være et sammenfall mellom hvor lenge pasientene ligger på sykehus etter meldt utskrivningsklar og andel reinnleggelser. Mange foretaksområder med relativt lav andel reinnleggelser, har samtidig lengre gjennomsnittlig liggetid enn områder med høy andel reinnleggelser.³⁸

3.7 Oppsummering - samordnede tjenester preget av kontinuitet

Det har over lengre tid vært fokus på å bedre samordning og samhandlingen rundt pasientenes forløp, både innad i spesialisthelsetjenesten og mot andre deler av helse- og omsorgstjenesten. Ulike ordninger og tiltak for å bedre samordningen og kontinuiteten for pasientgrupper som har et særlig behov for dette har blitt innført (individuell plan, koordinator, kontaktlege). For mange av disse tiltakene mangler det gode data som kan gi informasjon om effekten av tiltakene. Vi har ikke tall som viser omfanget i bruk av kontaktlege og koordinator, og som kan fortelle om bruken av slike ordninger har økt de siste årene. Dersom ordningene har blitt tatt i bruk etter sin hensikt, er det god grunn til å anta at de har bidratt til bedre samordning og flyt i forløpet for aktuelle pasientgrupper og den enkelte pasient.

Pakkeforløp for kreftpasienter ble innført for å sikre forløpsflyt, gi god forutsigbarhet til pasientene og bidra til mindre forskjeller i behandlingstider. Det er satt et mål om at 70 prosent av pasientene i pakkeforløpene for kreft kan gjennomføre behandlingen på anbefalt tid. Etter at ordningen var innført ble

³⁸ Helsedirektoratet (2018) Utvikling og variasjon i opphold, liggetid og andel reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter 2011-2018. SAMDATA kommune. Rapport IS-2813.

målet raskt nådd for de fleste regioner og helseforetak. Imidlertid har andelen som gjennomfører forløpene på anbefalt tid sunket, og tre av fire regioner nådde ikke målsettingen i 2018.

God samordning i forkant eller tidlig i et pasientforløp kan beskrives både med utgangspunkt i ventelistedata og data for pakkeforløp. I kapittel 2 viste vi til utviklingstall for ventetid, som på nasjonalt nivå og for mange helseforetak, har blitt redusert frem mot 2016 og deretter vært stabile. Kortere ventetid gir bedre kontinuitet i forløpet.

Det er begrenset med indikatorer som tallfester grad av samordning og god logistikk for den delen av forløpet som skjer innad i sykehus og foretak. Men det er flere indikatorer som kan gi ulike bilder på samordningen ved *avslutningen* av forløpet i spesialisthelsetjeneste, som utskrivningsklare pasienter, epikriser og reinnleggelser.

Rask tilgang til epikriser er viktig for god samordning og kontinuitet mellom nivåene i helsetjenesten. Det har vært en positiv utvikling i epikrisetid fra 2014 til 2018, og størst økning var det for andel sendt innen en dag i somatisk sektor. Andelen epikriser som ble sendt innen 7 dager var over 80 prosent i både somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern og TSB i 2018. Forskjellen mellom sektorene er større for andelen epikriser sendt innen en dag etter utskrivning. I somatikken var andelen godt over 50 prosent, mens andelen innen psykisk helsevern og TSB var henholdsvis 35 og 30 prosent.

Reinnleggelsestall for ulike pasientgrupper, enten dette er for ulike aldersgrupper, registrert utskrivningsklar eller ikke, eller ulike tilstandsgrupper, viser i hovedsak at omfanget av reinnleggelser har vært stabilt de siste årene. Det er ingen tegn til forbedring (lavere nivå) eller forverring (høyere nivå). For en del pasienter kan en reinnleggelse også være tegn på god samordning, at det er lav terskel for å legges inn på nytt når tilstanden forverres. Men generelt er det ønskelig at omfanget av reinnleggelser holdes så lavt som mulig.

Etter innføring av samhandlingsreformen i 2012 og innføringen av forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, kom det en sterk reduksjon i antallet liggedager for utskrivningsklare pasienter. Utviklingen indikerte at samordningen mellom sykehus og kommuner ble bedret for disse pasientene. De siste årene ser vi imidlertid at omfanget av liggedager for utskrivningsklare pasienter igjen har økt. Dette knyttes til at antallet pasienter som gis status som utskrivningsklar har økt. Gjennomsnittlig liggetid per pasient med status som utskrivningsklar har imidlertid fortsatt å falle. Det er stor variasjon mellom helseforetaksområdene i antall utskrivningsklare liggedøgn per innbygger for aldersgruppen 67 år og eldre. I 2014 hadde helseforetaksområdet med høyest nivå ni ganger høyere nivå enn området med færrest utskrivningsklare liggedøgn per innbygger.

Når det gjelder spesialisthelsetjenestens oppfølging av døgnpasienter i psykisk helsevern og TSB viser tallene en positiv utvikling i perioden 2013 til 2018. Det er reduksjon i andel døgnpasienter som ikke har kontakt med tjenesten 30 dager etter utskrivning. Best er oppfølgingen i det psykiske helsevernet for barn og unge, der nær 90 prosent har en ny kontakt innen en måned.

Det er derfor ikke mulig å konkludere generelt og entydig at samordningen av tjenestene har blitt bedre eller dårligere. Ulike data peker i begge retninger. Det blir derfor viktigst å vurdere innsats på de områder hvor tallgrunlaget indikerer/viser en uønsket utvikling.

4. Involvere pasienter og brukere

De siste tiårene har pasient- og brukermedvirkning fått økende oppmerksomhet helsepolitisk og i helsetjenesten på alle nivå. Å skape "Pasientens helsetjeneste" er et overordnet mål. Dette er en del av en internasjonal utvikling for å styrke brukernes muligheter for medvirkning og øke kvaliteten i helsetjenesten («Patient centered care»). I dette perspektivet skal pasientenes behov og mål for behandling og oppfølging legges til grunn for beslutninger som tas og hvordan tjenestene utformes. Pasientene betraktes i større grad som samarbeidspartnere som kan bidra til bedre kvalitet på systemnivå og i eget behandlingsforløp. Pasient- og brukerrettighetsloven setter krav om pasientenes muligheter for medvirkning. I tillegg sier forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten at pasientenes, brukernes og de pårørendes erfaringer skal benyttes til forbedring av tjenestene, og i kravet ligger at det må skaffes informasjon om hvordan pasienter, brukere og pårørende opplever tilbudet og de tjenestene de mottar, og hva de mener bør forbedres.

4.1 Involvering på systemnivå

Brukermedvirkning på systemnivå skjer gjennom at pasienter og brukere deltar i ulike fora eller sammenhenger som representanter for en gruppe pasienter, gjerne gjennom organisasjoner. For eksempel har det blitt mer vanlig, og det forventes, at brukere/pasienter er representert i styrer, råd og utvalg i helsetjenesten, og at de involveres direkte i prosesser rundt konkret utvikling av tjenestene. Også ved utforming av kartlegginger og forskningsprosjekter i helsetjenesten er det etter hvert mange eksempler på at brukere og pasienter involveres³⁹. En publisert oppsummering av erfaring med å bruke pasienter/brukere som «medforskere» viste også til noen utfordringer med å involvere pasienter/brukere dypt i forskningsprosessen.⁴⁰

Økt fokus på pasient- og brukermedvirkning i arbeidet med medisinske kvalitetsregistre er en del av den nasjonale strategien for kvalitetsregistre. Alle nasjonale kvalitetsregistre skal ha pasient- og brukerrepresentasjon i fagrådene.

I løpet av de siste årene er det ansatt et økende antall erfaringskonsulenter i psykisk helse og rus-tjenestene. Dette er personer med egen erfaring som bruker/ pasient eller pårørende fra psykisk helse og rus-problematikk. Erfaringskonsulentene har forskjellige roller i tjenestene, men har som hovedoppgave å bruke sin bruker- eller pårørendekompetanse til å veilede og støtte brukere og pårørende i tjenestene. De fungerer også som rådgivere inn i de lokale tjenestene. Det er ansatt erfaringskonsulenter innen både spesialisthelsetjenesten og kommunen.

³⁹ Pasienten som aktiv deltaker i forskning og innovasjon er en viktig del av regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien.

⁴⁰ Malterud K og Elvebakken K T (2019). Patients participating as co-researchers in health research: A systematic review of outcomes and experiences. Scandinavian Journal of Public Health, Juli 2019.

4.2 Pasientens innflytelse på egen behandling og oppfølging

Pasient- og brukerrettighetsloven stiller krav om at «*tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven*».

Samvalg

Samvalg har kommet som en betegnelse på en prosess hvor pasienten sammen med helsepersonell tar beslutninger om hvilke undersøkelser, behandlingsmetoder og oppfølging som passer best for den enkelte («shared decision making»). Ved samvalg får pasienten informasjon om fordeler og ulemper ved ulike alternativer og vurderer disse opp mot hverandre. Det er per i dag utviklet samhandlingsverktøy for 8 diagnoser som ligger tilgjengelig på helsenorge.no.

Mulighetene for gode og reelle samvalg kan variere avhengig av hvilken situasjon det handler om, egenskaper ved den enkelte pasient og den enkelte lege/helsepersonell. Forskning viser at dette ofte dreier seg om en kompleks og tidkrevende prosess som krever veiledning og trening av helsepersonell. Studier fra Norge av kommunikasjon mellom lege og pasient viste at det i begrenset grad foregår reelle samvalg (Ofstad 2015, Guldbrandsen m fl 2016, Landmark 2016⁴¹). Det er begrenset med informasjon om opplevelse av medvirkning og involvering fra nasjonale undersøkelser. Folkehelseinstituttet gjennomfører med jevne mellomrom nasjonale kartlegginger av pasientenes erfaringer med helsetjenesten og utvikler kartleggingsverktøy for lokalt bruk i tjenesten. Det er nylig satt i gang et prosjekt for å utvikle verktøy for kontinuerlig elektroniske målinger (KEM) av pasienterfaringer i psykisk helsevern og TSB.⁴² Indikatorene skal blant annet brukes for å følge med på lokal måloppnåelse for pakkeforløp for psykisk helse og rus.

Noen av spørsmålene som inngår i Folkehelseinstituttets brukererfæringsundersøkelser berører informasjon og kommunikasjon med helsepersonellet. Den nasjonale undersøkelsen i somatiske sykehus fra 2015⁴³ viste at omtrent en av ti pasienter ikke opplevde at de fikk fortalt legene alt de mente var viktig om sin tilstand eller at legene var interessert i deres egen beskrivelse av sin situasjon. Likevel mente bare fem prosent at behandlingen ikke var tilpasset deres egen situasjon. Det skal gjøres en ny kartlegging basert på pasienterfaringer i 2019.

I 2016 ble det gjennomført en tilsvarende undersøkelse for pasienter med døgnopphold innen psykisk helsevern.⁴⁴ Konklusjonen var at pasientene var mest fornøyd med miljøet, mens på spørsmål relatert til pasientorientering og utbytte var de mindre fornøyd. I rapporten sies det at *«61 prosent av pasientene svarte at de «i stor grad» eller «i svært stor grad» hadde fått fortalt behandlerne/personalet det som var viktig om tilstanden sin. 71 prosent av pasientene svarte «ikke i det hele tatt», «i liten grad» eller «i noen*

⁴¹ Guldbrandsen m fl (2016): Shared decision-making as an existential journey: Aiming for restored autonomous capacity, i Patient Education and Counseling Volume 99, Issue 9, September 2016, Pages 1505-1510.

Ofstad, Eirik Hugaas (2015). Medical decisions in 372 hospital encounters. PHD dissertation Oslo 2015.

Landmark, A M (2016): Doctor Dissertation. Negotiating Patient Involvement in Treatment Decision Making: A Conversation Analytic Study of Norwegian Hospital Encounters,

Landmark et al 2017 Eliciting patient preferences in shared decision-making (SDM): Comparing conversation analysis and SDM measurements, i Patient Education and Counseling, Volume 100, Issue 11, November 2017, Pages 2081-2087

⁴² Se <https://www.fhi.no/cristin-prosjekter/aktiv/kontinuerlig-elektroniske-malinger-kem-i-psykisk-helsevern-og-tsb/>.

⁴³ Folkehelseinstituttet PasOpp-rapport nr. 2016: 147

⁴⁴ Folkehelseinstituttet PasOpp-rapport nr. 2017: 317

grad» at institusjonen hadde gitt tilstrekkelig informasjon om de behandlingsmulighetene som finnes. 65 prosent av pasientene svarte «ikke i det hele tatt», «i liten grad» eller «i noen grad» at institusjonen hadde gitt tilstrekkelig informasjon om pasientens psykiske plager eller diagnose."

Individuell plan

For pasienter som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester er individuell plan (IP) et verktøy for direkte brukermedvirkning. Planen skal skape koordinerte tjenester og samarbeid mellom ulike tjenesteytere. Hovedhensikten er at målene og ønskene til den enkelte pasient/bruker konkretiseres og skal være utgangspunkt for arbeidsdeling og samarbeid. Dette inkluderer tiltak og oppfølging både i spesialisthelsetjenesten, kommunen og frivillig sektor. I de nasjonale kvalitetsindikatorerne inngår informasjon om Individuell plan for to pasientgrupper. Vi har tidligere påpekt at informasjonsgrunnlaget om bruken av IP for pasienter som følges opp i spesialisthelsetjenesten er noe usikker, og spesielt gjelder det barn i habiliteringstjenesten. Dette kan muligens skyldes at kommunene ofte koordinerer arbeidet med planen. Spesialisthelsetjenesten skal likevel registrere at pasienten har en individuell plan når de er involvert i oppfølgingen. Se også kapittel 3.1.

Brukerstyrte plasser i psykisk helsevern og TSB

Ordningen med brukerstyrte plasser baserer seg på en skriftlig avtale med den enkelte bruker om selv å beslutte innleggelse for inntil 5 døgn når brukeren kjenner behov for det. Avtalene gir økt trygghet og kontroll over eget liv. Det er gjennomført få undersøkelser på effekten av brukerstyrte plasser, og resultatene i disse litt ulike⁴⁵. Heskestad og Tytlandsvik (2008) fant at brukerstyrte plasser ga en sterk nedgang i antall akutte kriseinnleggelser, liggedøgn og antall døgn under tvang ved Jæren DPS⁴⁶. Brukere, pårørende og ansatte oppga å være godt fornøyd med ordningen. Moljord (2017) fant i sin undersøkelse ved Nidaros DPS ingen effekt på antall innleggelser, varighet på innleggelser og bruk av tvang av brukerstyrte plasser sammenlignet med ordinær behandling⁴⁷. De som hadde brukerstyrte plasser hadde hyppigere flere korte innleggelser sammenlignet med ordinær behandling. Begge gruppene reduserte bruk av totale tjenester i psykisk helsevern med 40 prosent i løpet av de 12 månedene studien pågikk. Et viktig resultat fra studien var at «mennesker med alvorlig psykisk lidelse mestrer å ta ansvar for egen sykdom ved å benytte brukerstyrt plass. De tar kontakt og ber om en plass når de trenger det, blir ikke sykere og trenger ikke flere innleggelsesdager enn de som får vanlig behandling. Brukerstyrt plass styrker den enkeltes autonomi, brukerrettigheter og brukermedvirkning i psykisk helsevern, og er i tråd med nasjonale føringer»⁴⁸.

I 2018 rapporterte 46 DPS, 5 sykehus og 1 annen institusjon, totalt 52 av drøyt 60 institusjoner, at de hadde en ordning med brukerstyrte plasser. Det finnes imidlertid ikke informasjon om hvor mange som benytter seg av slike plasser, kun om institusjonene tilbyr slike plasser eller ikke.

⁴⁵ Strand M og Hausswolff-Juhlin Yv (2015). Patient-controlled hospital admission in psychiatry: A systematic review. Nordic Journal of Psychiatry, Volume 69, 2015 - Issue 8 Pages 574-586

⁴⁶ Stig Heskestad og Margrete Tytlandsvik «Brukerstyrte krisinnleggelser ved alvorlig psykisk lidelse», Tidsskriftet 2008.

⁴⁷ Inger Elise Opheim Moljord (2017) " Effects of a Self-referral to Inpatient Treatment Program in Mental Health", Dr grad, NTNU. Se også: Sigrunarson V, Moljord IE, Steinsbekk A, Eriksen L, Morken G.A randomized controlled trial comparing self-referral to inpatient treatment and treatment as usual in patients with severe mental disorders. Nord J Psychiatry. 2017 Feb;71(2):120-125

⁴⁸ <https://www.erfaringskompetanse.no/nyheter/forskeren-forklarer-brukerstyrte-plasser-ekstrabelasting/>

Pasientenes mulighet til valg av behandlingssted

Fritt sykehusvalg ble innført i Norge i 2001 og retten var hjemlet i pasientrettighetsloven. Ordningen omfattet offentlige sykehus og privat sykehus som hadde avtale med et regionalt helseforetak. I 2015 ble ordningen en del av Fritt behandlingsvalg, hvor det også ble åpnet for mulighet til å velge private behandlingstilbud uten avtale med et regionalt helseforetak (den såkalte godkjenningssystemet). Utvidelsen omfatter definerte tjenester som de aktuelle private institusjonene må bli godkjent for dersom de skal motta offentlig refusjon for tjenestene. Endringen har dermed utvidet mulighetsrommet pasienten har til å velge behandlingssted, dersom de har blitt vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Det var om lag 8500 pasienter som benyttet godkjenningssystemet i 2018. Sammenlignet med antall pasienter totalt i spesialisthelsetjenesten er dette et lavt nivå, men for hver og en av pasientene som benyttet ordningen kan dette ha vært positivt både med tanke på valgmulighet og ventetid.

4.3 Oppsummering - involvere pasienter og brukere

Det er over mange år etablert ordninger og gjort tiltak for å bedre muligheten for pasienter/brukere til å bli involvert, både på systemnivå og i sitt eget behandlingsforløp. Retten til medvirkning er slått fast gjennom lovgivning. Representanter for ulike pasientgrupper er i større grad med i råd og utvalg, og blir involvert i forskning og utviklingsprosjekter i tjenestene. Direkte medvirkning og større autonomi for den enkelte pasient er et hovedmål for ulike tiltak/ordninger. Eksempler er brukerstyrte plasser innen psykisk helsevern og rus, bruk av individuell plan, og utvikling av samvalgsverktøy som skal understøtte muligheten for reell medvirkning i beslutninger om egen behandling og oppfølging. Det er fortsatt for lite dokumentasjon av hvor mye disse ordningene brukes og om de praktiseres i tråd med intensjonene. Det er også for lite kunnskap om pasientenes opplevelse av involvering og reell medvirkning.

5. Trygge og sikre tjenester

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet har vært ett av tre hovedelement i oppdraget til RHF-ene de siste årene. Nasjonalt program om pasientsikkerhet – i trygge hender, tall fra det nasjonale kvalitetsindikator-systemet og statistikk over pasientskader presenteres her for å beskrive om helsetjenesten er trygg og sikker. Helsetjenesten skal ikke påføre pasientene skade. Når vi har behov for helsehjelp skal helsetjenesten bruke trygge og sikre behandlingsmetoder og behandlingen skal skje uten at vi utsettes for unødig risiko for skade, smitte eller krenkelser. Dette er grunnprinsippene for en trygg og sikker helsetjeneste.

Vi kan utvide perspektivet til også å gjelde trygghet for at du får nødvendig helsetjeneste i tide, at alle sikres rettidige og effektive tjenester ved akutt oppstått sykdom eller skade (uavhengig av bosted). Dette handler derfor også om tilgjengelighet (se kapittel 2). At pasienter med kroniske sykdommer følges opp i henhold til beste praksis slik at man unngår forebyggbare alvorlige tilstander på sikt kan også inkluderes.

For å få til alt dette er helsetjenesten avhengig av kompetent helsepersonell, god og sikker teknologi, gode og oppdaterte informasjonssystemer, og ikke minst gode rutiner og prosesser rundt oppfølging av pasientene gjennom hele behandlingsforløpet. I nasjonalt handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 er mangelfull samhandling og kommunikasjon i tjenestene også løftet fram som en utfordring for pasientsikkerheten (For mer om samhandling se kapittel 3).

OECD mener at 30-70 prosent av pasientskader kan forebygges, og at tiltak for bedre pasientsikkerhet koster mindre enn å behandle og håndtere skader.

5.1 Nasjonalt program om pasientsikkerhet- I trygge hender

I januar 2001 ble «Pasientsikkerhetskampanjen» lansert. Målet med kampanjen var å redusere antallet pasientskader i helsetjenesten ved å innføre konkrete tiltak på utvalgte, nasjonale innsatsområder. I 2005 lanserte Helsedirektoratet en nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten «... og bedre skal det bli!». Den første stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet kom i 2012. De siste årene har det kommet en stortingsmelding hvert år. «I trygge hender 24-7»⁴⁹ er videreføringen av Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7 (2014-2018). Programmet var et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. «I trygge hender 24-7» skal bidra til å:

- redusere pasientskader
- bygge varige strukturer for pasientsikkerhet
- forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten.

⁴⁹ Se hjemmesiden til I trygge hender 24/7: <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/forside>

5.2 Nasjonale kvalitetsindikatorer for trygge og sikre tjenester

I Helsedirektoratets nasjonale kvalitetsindikatorsystem er «trygge og sikre tjenester» en av seks dimensjoner som skal beskrive kvalitet i tjenestene. Trygge og sikre tjenester handler om å gi pasientene helsetjenester som ikke påfører pasientene utilsiktet og unødvendig skade, eller unødige høy risiko for skade. Fem nasjonale kvalitetsindikatorer blir benyttet i oppdragsdokumentene til RHF-ene, for å måle om RHF-ene leverer trygge og sikre tjenester. Vi presenterer utvikling og variasjon på disse målene, samt et utvalg andre indikatorer fra det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet (NKI). Datagrunnlaget er tall fra en rekke kvalitetsregistre og Norsk Pasientregister. Interesserte lesere kan finne mer informasjon og tall på hjemmesiden til Helsedirektoratet.

Forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner i sykehus

En helsetjenesteassosiert infeksjon (sykehusinfeksjon) er en komplikasjon som kan oppstå som følge av alle typer sykehusinnleggelse. Slike infeksjoner påfører pasienter ekstra lidelser og har stor ressursmessig betydning for sykehusdrift. En stor andel av sykehusinfeksjoner kan forebygges.⁵⁰

Sykehusene må vurdere sin egen infeksjonsforekomst og behovet for kvalitetsforbedringsarbeid, slik at pasientsikkerheten blir god. Indikatoren brukes som styringsinformasjon, til kvalitetsforbedring og brukerinformasjon (pasient/primærlege). Det er obligatorisk for sykehusene å delta i undersøkelsene.

Forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner (sykehusinfeksjoner) måles to ganger årlig. Målingen gjøres ved å telle antall sykehusinfeksjoner (urinveisinfeksjon, nedre luftveisinfeksjon, infeksjon i operasjonsområdet og blodforgiftning), og totalt antall pasienter, på et gitt tidspunkt.

Basert på disse tellingene beregnes andelen sykehusinfeksjoner.⁵¹ Kun infeksjoner som har oppstått i sykehuset telles og inkluderes i beregningen. Denne typen undersøkelser gir et øyeblikksbilde, og dersom pasientantallet er lavt vil resultatene kunne variere mye og tilfeldig.

Den nasjonale prevalensen i 2018 viste at andelen sykehusinfeksjoner ved måletidspunktet i mai var 3,5 prosent, og ved måletidspunktet i november var 3,1 prosent på nasjonalt nivå. Til sammenligning var nasjonal prevalens henholdsvis 4,8 og 4,7 prosent i 2014.⁵² Prevalensundersøkelser er sårbare for tilfeldige svingninger, men over tid kan det se ut som om andelen går ned. Målet for 2018 var at andelen skulle være under 3,5 prosent.

Figur 31 viser resultatene for hvert helseforetak ved målingene i mai og november i 2018. Per helseforetak varierte infeksjonsandelen fra under 1 prosent til rett over 6 prosent, altså varierende måloppnåelse. St. Olavs Hospital HF har høyest andel sykehusinfeksjoner i begge målingene, men dette helseforetaket bruker en annen registreringsrutine enn de andre sykehusene.⁵³ Alle de øvrige helseforetakene har minst en av målingene på eller under 3,5 prosent.

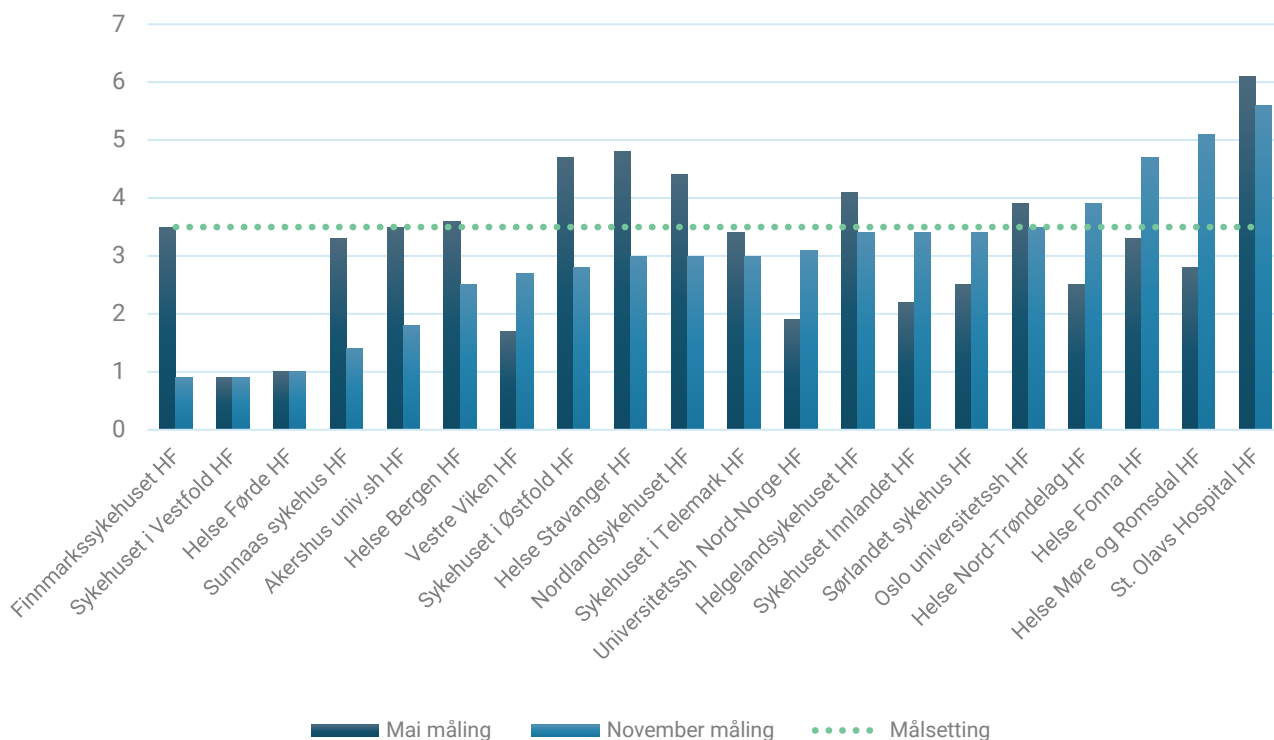
⁵⁰ Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level, Geneva: World Health Organization (2016); <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27977095>

⁵¹ NKI får data fra Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetj.assosierte infeksjoner (NOIS), FHI.

⁵² Folkehelseinstituttet. Årsrapport 2017 om helsetjenesteassosierte infeksjoner korr3.docx, fig. 1 s. 41.

⁵³ Opplysning i årlig melding for 2018 fra Helse Midt-Norge RHF til Helse og omsorgsdepartementet

Figur 31 Prevalens av helsetjenesteassosierte infeksjoner i sykehus mai og november 2018, andeler fordelt etter helseforetak. Kilde: NKI.



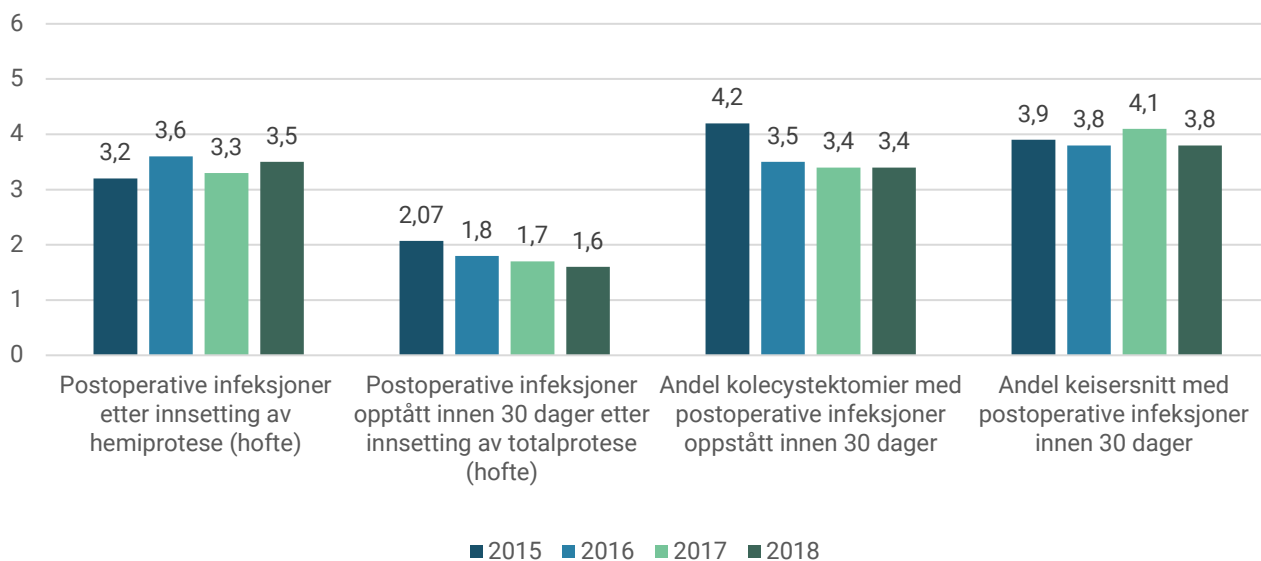
Prevalens av postoperative infeksjoner knyttet til utvalgte prosedyrer

Det er godt dokumentert at infeksjoner i operasjonsområdet kan forebygges gjennom systematiske tiltak. Som et ledd i dette er det viktig å følge med på omfanget. Helsedirektoratet har fastslått at sykehusene skal overvåke forekomst av infeksjoner etter fem ulike kirurgiske inngrep.⁵⁴ Figuren nedenfor viser at det målte omfanget av infeksjoner etter de fire andre prosedyrene er relativt stabilt på nasjonalt nivå de siste årene, med små endringer opp eller ned fra år til år. Infeksjoner etter innsetting av totalprotese i hoften har hatt jevn nedgang, men det er likevel små endringer. Andelen infeksjoner er dessuten lavere etter innsetting av total hofteprotese (1,6 prosent i 2018) enn for innsetting av hemiprotese i hoften (3,5 prosent), fjerning av galleblære (3,4 prosent) og etter keisersnitt (3,8 prosent).

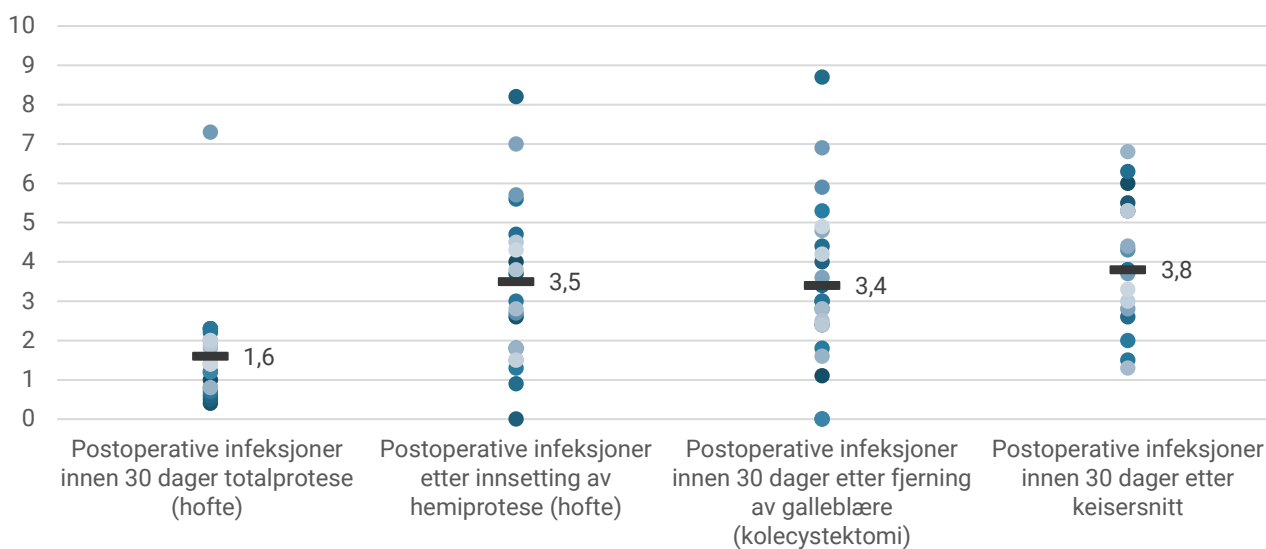
Som figuren nedenfor viser var det svært stor spredning i andel registrerte infeksjoner ved helseforetakene for tre av prosedyrene i 2018. Noe av forskjellene kan skyldes tilfeldige variasjoner fordi det uansett er relativt begrenset antall pasienter som får infeksjon. Det var en lavere andel og mindre forskjeller i infeksjonsrate etter innsetting av total hofteprotese.

⁵⁴ Det presenteres ikke lenger tall for forekomst av infeksjoner ved tykktamsoperasjoner på grunn av ulik registreringspraksis.

Figur 32 Prevalens av postoperative infeksjoner knyttet til utvalgte prosedyrer, andeler 2015 til 2018. Kilde: NKI.



Figur 33 Postoperative infeksjoner etter fire prosedyrer etter helseforetak, 2018. Kilde: NKI.



Forbruk av et utvalg bredspektret antibiotika i norske sykehus

En stor utfordring i norske sykehus er overforbruk av bredspektret antibiotika. Nasjonal handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten har satt mål om 30 prosent reduksjon i samlet bruk av fem grupper bredspektret antibiotika innen utgangen av 2020 sammenlignet med 2012.⁵⁵

De fem gruppene av bredspektret antibiotika er: kinoloner, karbapenemer, andregenerasjons cefalosporiner, tredjegerasjons cefalosporiner, og piperacillin og enzymhemmer. Disse er valgt fordi de i særlig grad bidrar til spredning av antibiotikaresistente bakterier i sykehus. Når slike bakterier

⁵⁵ Helse og omsorgsdepartementet 12/2015. Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten.

forårsaker sykehusinfeksjoner er det først og fremst en trussel mot de mest sårbare pasientene. Med økt resistens kan vi risikere økt dødelighet hos for eksempel kreftpasienter, nyfødte, intensivpasienter, og de som har gjennomgått transplantasjon eller større kirurgiske inngrep. Redusert bruk av de utvalgte antibiotika vil redusere risikoen for utbrudd og spredning av antibiotikaresistente bakterier.

Denne kvalitetsindikatoren måler antall definerte døgndoser (DDD) av de nevnte utvalg av typer bredspektret antibiotika per 100 liggedøgn i norske sykehus.

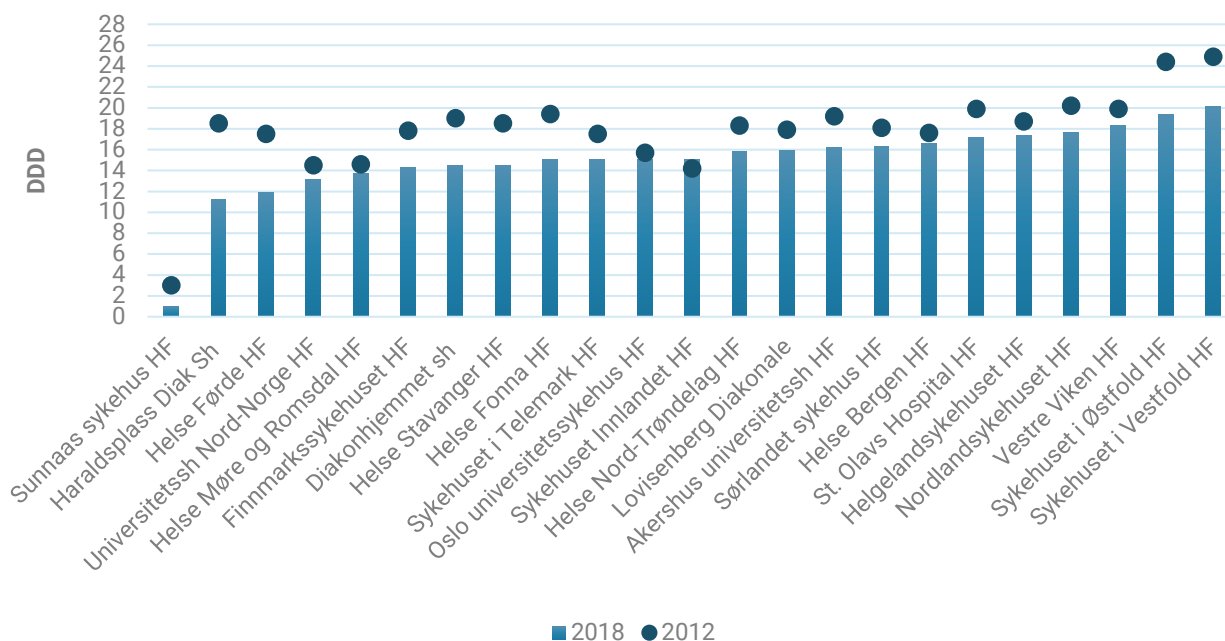
På nasjonalt nivå har det vært en reduksjon i forbruk fra 2012 til 2018 tilsvarende 2 DDD pr 100 liggedøgn. Dette utgjør en reduksjon i løpet av de siste seks år på 11,3 prosent. For å oppnå målsettingen om en reduksjon på 30 prosent fra 2012 til 2020 må forbruket reduseres med ytterligere 3,3 DDD per 100 liggedøgn fra 15,7 i 2018 til 12,4 i 2020⁵⁶.

På HF-nivået er det stor variasjon, både i absolutt forbruk og i redusert bruk målt som andel av 2012-tall, som vist i *Figur 34*. Figuren viser at Sykehuset Innlandet HF har en økning i forbruket, men helseforetaket ligger likevel under landsgjennomsnittet i absolutt forbruk i 2018. Sykehuset i Vestfold HF har det høyeste absolutte forbruket i 2018, men har hatt en reduksjon i forbruket som er langt høyere enn landsgjennomsnittet.

Sunnaas sykehus HF, Haraldsplass Diakonale sykehus og Helse Førde HF har alle oppnådd en reduksjon i forbruk på 30 prosent eller mer, og Diakonhjemmet sykehus, Helse Fonna HF og Helse Stavanger HF har redusert forbruket med 22 prosent eller mer. Trenden til de øvrige helseforetakene tyder ikke på at målet om 30 prosent reduksjon innen 2020 er innen rekkevidde.

⁵⁶ I årlig melding for 2018 til Helse og omsorgsdepartementet svarte Helse Sør-Øst RHF at de sikter på å nå målet i 2020. Helse Midt Norge skriver at de må styrke innsatsen. Helse Nord oppgir at de har satt i gang spesifikke tiltak for å redusere bruken.

Figur 34 Forbruk av bredspektrert antibiotika målt døgndoser per 100 liggedøgn (DDD) for helseforetakene, 2012 og 2018. Sortert etter DDD i 2018. Kilde: NKI.



Trombolysebehandling ved hjerneinfarkt

Hjerneslag er en alvorlig tilstand og en av de vanligste dødsårsakene i Norge. I tillegg er det en dominerende årsak til alvorlig funksjonshemming for denne pasientgruppen. Av de ca. 12 000 som rammes av hjerneslag i Norge hvert år, er omtrent 3/4 av pasientene over 70 år, og 1 av 3 er over 80 år. 1/3 av de som får hjerneslag dør, 1/3 blir helt friske, og 1/3 får mer eller mindre varige funksjonsnedsettelse. Mange vil derfor trenge rehabilitering, og mange slagrammede vil være avhengige av hjelp og støtte i ulik grad. Hjerneslag er derfor en sykdomsgruppe som krever store ressurser. Riktig behandling kan redusere noen av de alvorligste konsekvensene av hjerneslag. Dette er en akuttmedisinsk tilstand, og pasienter med symptomer på hjerneslag skal innlegges i sykehus som øyeblikkelig hjelp for rask utredning og behandling. Behandlingstilbudet bør organiseres som en behandlingsskjede der målet er et pasientforløp som sikrer at pasienten får veldokumentert, effektiv, koordinert og riktig behandling til riktig tid i alle faser i sykdomsforløpet. Derfor ble pakkeforløpsbehandling for akuttpasienter med hjerneslag introdusert i 2018.

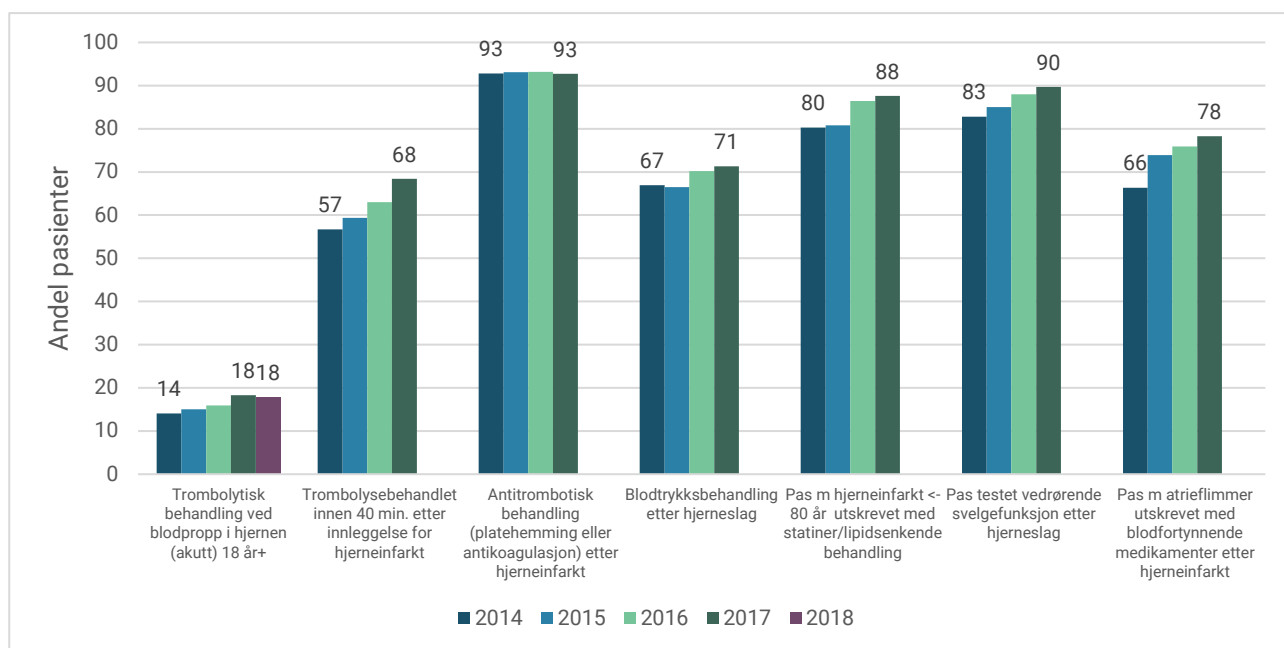
For å behandle hjerneslag må en skille mellom hjerneinfarkt, på grunn av blodpropp, og hjerneblødning. Akutt hjerneinfarkt kan behandles med intravenøs trombolyse (blodproppløsende medisiner). Nasjonale retningslinjer gir anbefalinger om rask innleggelse i sykehus slik at bruk av trombolyse er mulig når det er indisert. Intravenøs trombolytisk behandling bør starte tidligst mulig, fortrinnsvis innen 3 timer, men kan gis inntil 4,5 time fra symptomdebut.

Det er et mål at minst 20 prosent av pasienter med akutt hjerneinfarkt skal få intravenøs trombolysebehandling innen 4,5 time fra symptomdebut. En forutsetning for å nå dette målet er at pasienten raskt transporteres til sykehus, samt får en rask avklaring ved ankomst med hensyn til om

pasienten er aktuell for trombolytisk behandling. Sammenlignet med andre land er andelen pasienter som får trombolyse i Norge høy, selv om andelen som fikk behandlingen var 17,8 prosent i 2018 – 2,2 prosentpoeng under målsettingen. På helseforetaksnivå er variasjonen stor, fra 7,4 prosent i Finnmarksykehuset HF, til 24,8 prosent i Sykehuset i Vestfold HF. Noe av variasjonen kan sannsynligvis forklares med avstand til sykehus. Over tid har andelen som får trombolyse økt. På nasjonalt nivå var det 14,1 prosent som fikk behandlingen i 2014.

I tillegg til å måle andel pasienter med blodpropp i hjernen som får trombolyse, blir helseforetakene målt på hvor stor andel av pasientene som får trombolysebehandling innen 40 minutter etter innleggelse på sykehus. Hvis minst 50 prosent av pasientene med blodpropp i hjernen får trombolyse innen 40 minutter etter innleggelse anses det som god måloppnåelse for indikatoren. 2018-tallene er i skrivende stund ikke publisert, men utviklingen fra 2014 til 2017 viser at trenden er positiv. I 2014 var andelen som fikk trombolyse innen 40 minutter etter innleggelse 56,7 prosent. Denne andelen økte til 68,4 prosent i 2017, og i samme år var andelen over 50 prosent i alle helseforetakene. I tillegg får en økende andel pasienter medisinerings i tråd med nasjonale retningslinjer etter innleggelse for hjerneslag/hjerneinfarkt (2014-2017).

Figur 35 Nasjonale utviklingstall for behandling og oppfølging ved hjerneslag, 2014-2018. Kilde: NKI.⁵⁷



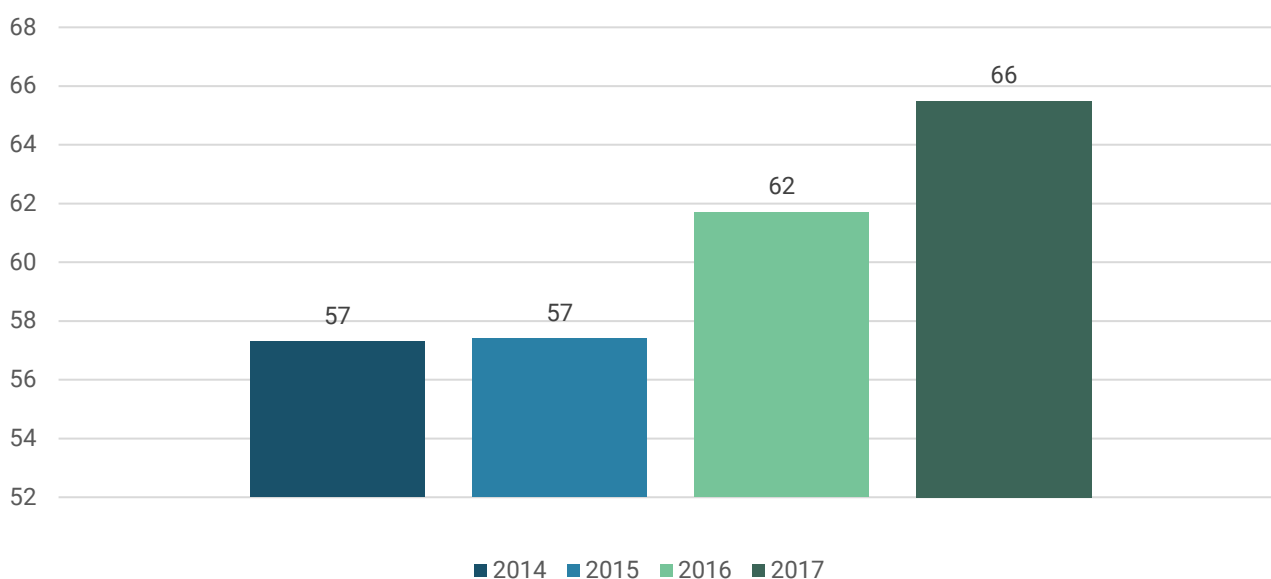
Undersøkelse av hjertekransårene etter innleggelse for hjerneinfarkt

Pasienter med hjerneinfarkt uten ST-elevasjon i EKG (NSTEMI) utgjør omtrent 70 prosent av alle hjerneinfarkt. De fleste NSTEMI er forårsaket av innsnevninger i en kransarterie. Slike innsnevninger fører til at deler av hjertemuskelen ikke får tilstrekkelig blodtilførsel. Ofte er kransarterien ikke helt tett, men

⁵⁷ Data over Trombolysebehandling ved hjerneinfarkt leveres av NPR. Andre data om behandling av pasienter med hjerneslag er levert av Norsk hjerneslagregister (NHR).

det er risiko for at den kan gå tett i sykdomsforløpet. Hvis dette skjer, vil skaden på hjertemuskelen bli større og risiko for livstruende komplikasjoner vil øke. Ved NSTEMI er det derfor viktig å identifisere pasienter som trenger rask behandling med utblokking av hjertets kransårer, eller bypass operasjon. Slik behandling gjenoppretter blodtilførselen til den truede del av hjertemuskelen og kan forlenge pasientens liv og forbedre livskvaliteten. Innsnevninger i hjertets kransårer påvises som hovedregel ved kransårerøntgen. Kvalitetsutvalget og styret i Norsk Cardiologisk Selskap/Den norske legeforening har sluttet seg til de europeiske retningslinjene der pasienter med NSTEMI tilrådes kransårerøntgen innen 72 timer etter innleggelse.

Figur 36 Andel pasienter undersøkt med kransårerøntgen innen 72 timer etter innleggelse med hjerteinfarkt (NSTEMI), 2014-2017. Kilde: NKI.



I 2017 ble det rapportert at 66 prosent av pasientene ble undersøkt med kransårerøntgen innen anbefalt tid. Den rapporterte andelen hadde økt med 9 prosentpoeng siden 2014. Kransårerøntgen gjennomføres ved universitetssykehusene, Sørlandssykehuset (avdeling Arendal), og ved Feiringklinikken. Det er det første sykehuset som behandler pasienten i behandlingsforløpet som fremkommer i statistikken. Ofte må pasienten overflyttes fra dette sykehuset til et av sykehusene nevnt ovenfor for å få utført kransårerøntgen. Sykehuset som sender fra seg pasienten kan derfor ikke påvirke tiden det tar før pasienten er utredet, ut over mottak og vurdering av, samt melding om og transport av pasienten til det sykehus som kan utføre undersøkelsen. Tallene fra NKI viser som ventet at andelen som er undersøkt innen 72 timer gjennomgående er litt lavere for pasientene som har vært innom et annet sykehus sammenlignet med pasienter som kommer direkte til helseforetakene som utfører kransårerøntgen.

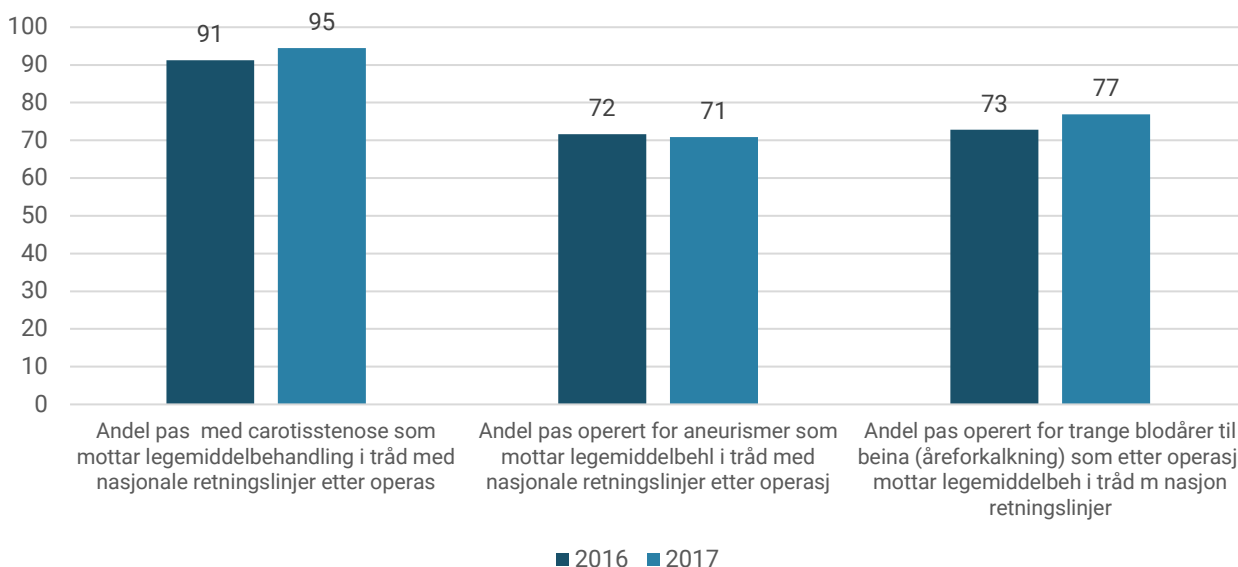
Legemiddelbehandling i tråd med nasjonale anbefalinger etter karkirurgiske operasjoner

Norsk karkirurgisk register (NORKAR) har satt som mål at minst 85 prosent av pasientene bør motta legemiddelbehandling i tråd med nasjonale retningslinjer etter operasjon. Moderat måloppnåelse er satt til 75 prosent.

For innsnevring av halspulsåren (carotisstenose) var målsetningen nådd i 2017, da andelen på nasjonalt nivå var 95 prosent. Målsetningen var ikke nådd etter operasjon for utposning på hovedpulsåren da andelen på nasjonalt nivå var på 71 prosent i 2017.

Andelen etter operasjon for trange blodårer til beina var på 77 prosent, det vil si at moderat måloppnåelse var nådd i 2017.

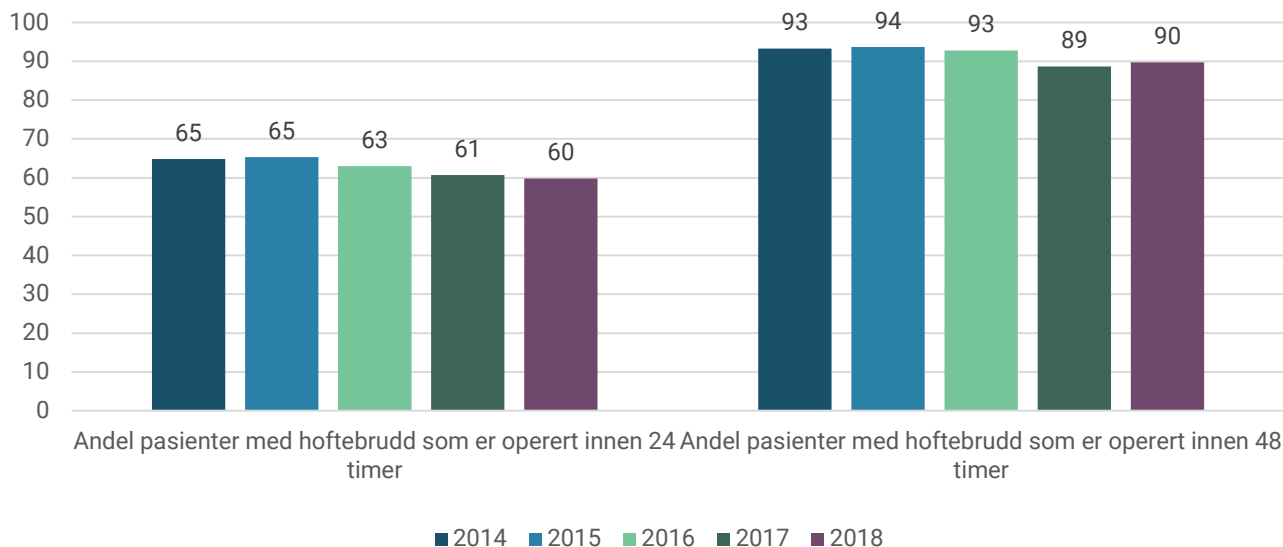
Figur 37 Andel pasienter som er gitt legemiddelbehandling i tråd med nasjonale retningslinjer etter tre karkirurgiske prosedyrer, 2016-2017. Kilde: NKL.



Tid fra innleggelse til operasjon ved hoftebrudd hos eldre

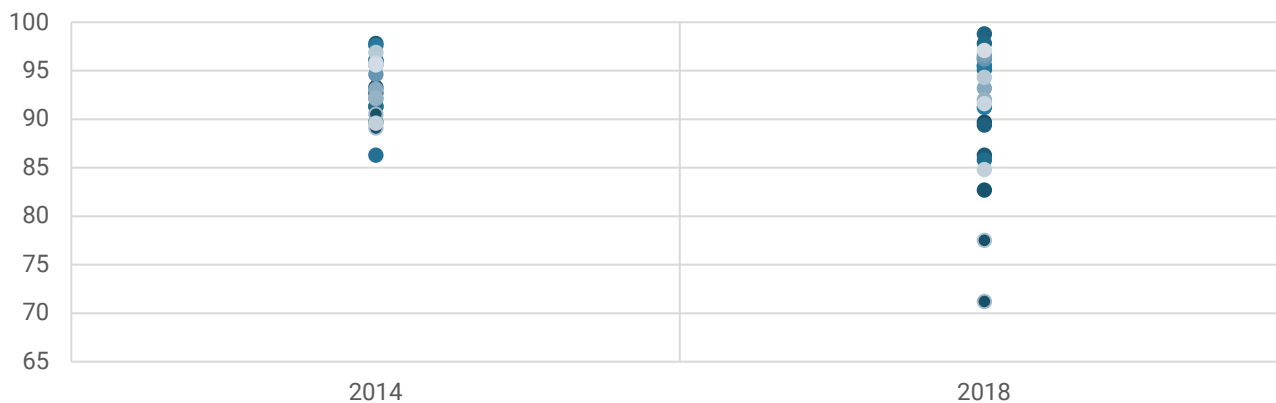
Man har lenge antatt at det har vært hensiktsmessig å operere pasienter med hoftebrudd så fort som mulig. Nyere studier peker derimot i retning av at det ikke er noen grunn til å forsere inngrepet innen de første 24 timene. Det er imidlertid argumenter for å bruke tid til å utrede og behandle pasienten. Det vil i enkelte tilfeller være hensiktsmessig å sette av tid til å foreta en legemiddelgjennomgang og forberede pasienten på inngrepet med hensyn til ernæring og væskebalanse. Det er imidlertid indikasjoner som tilsier at en ventetid på over to døgn er uheldig. Vi presenterer derfor både andelen pasienter som har blitt operert både innen 24 og innen 48 timer.

Figur 38 Andel pasienter med hoftebrudd operert innen 24 og 48 timer, 2014-2018. Kilde: NKI.



De innrapporterte tallene indikerer at ventetiden til operasjon i gjennomsnitt har gått litt opp. Andelen operert innen 24 timer ble redusert med fem prosentpoeng, mens andelen innen 48 timer gikk ned med tre prosentpoeng i perioden 2014-2018. Av figuren nedenfor ser vi at spredningen i tid til operasjon har blitt større mellom helseforetakene. Dette skyldes at noen helseforetak har en klart lavere andel operert innen to døgn i 2018 enn i 2014.

Figur 39 Andel pasienter med hoftebrudd operert innen 48 timer etter helseforetak, 2014 og 2018. Kilde: NKI.

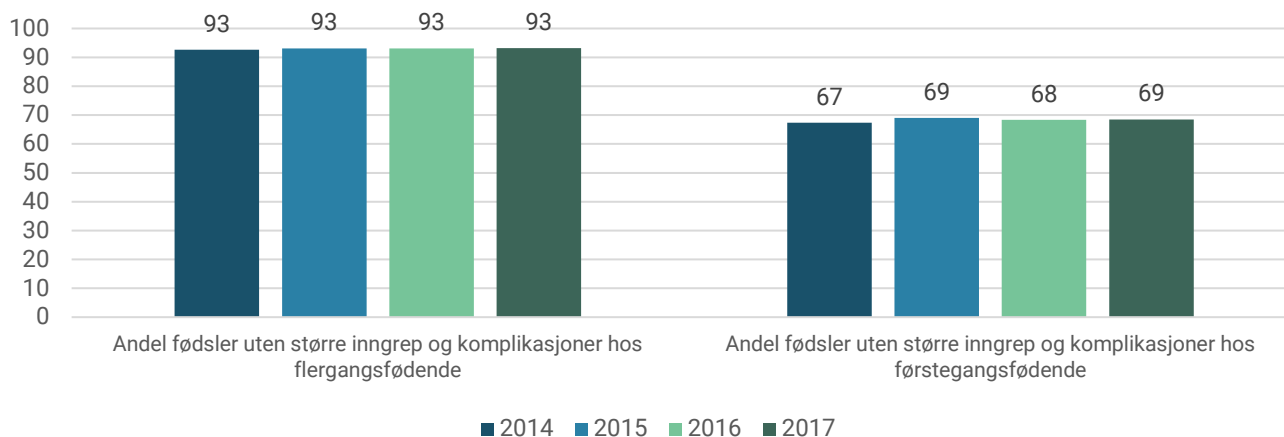


Fødselsomsorg

De nasjonale kvalitetsindikatorerne inneholder en rekke indikatorer basert på data fra Medisinsk fødselsregister. Det er viktige grunnprinsipper i fødselsomsorgen at man så langt det er mulig unngår unødvendig inngripen i det normale fødselsforløpet, at barnet fødes uten sykdom og skade som kunne vært unngått, og at mor har hatt en god fødselsopplevelse. Andel fødsler uten større inngrep eller

komplikasjoner⁵⁸ lå stabilt på 93 prosent i perioden 2014 til 2017. Blant førstegangsfødende gjennomgår en større andel slike inngrep eller komplikasjoner enn hos flergangsfødende. Andelen uten inngrep eller komplikasjoner hos førstegangsfødende var 69 prosent i 2017, en forbedring på to prosentpoeng fra 2014.

Figur 40 Andel fødsler uten større inngrep og komplikasjoner, 2014-2017. Kilde: NKI



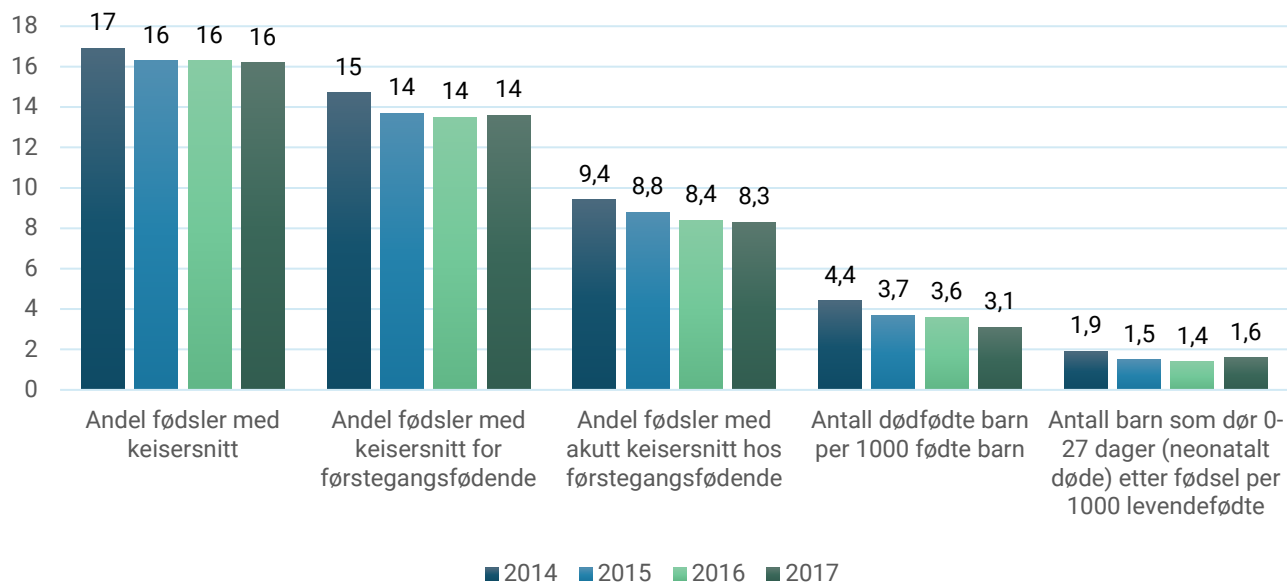
Det er bred faglig enighet om at andelen keisersnitt uten god medisinsk indikasjon skal være så lav som mulig. Keisersnittfrekvensen er ikke et direkte mål på kvaliteten på svangerskaps- og fødselsomsorgen, men må tolkes med forsiktighet og ses i forhold til andre faktorer og kvalitetsindikatorer. De førstegangsfødende er den største risikogruppen når det gjelder bruken av keisersnitt av to grunner; som gruppe har de klart større risiko for keisersnitt enn de flergangsfødende og et keisersnitt ved første fødsel øker risikoen betydelig for keisersnitt ved senere fødsler.

Den totale andelen keisersnitt i Norge lå relativt stabilt på rundt 16 prosent fra 2014-2017. Nivået har vært omtrent det samme siden begynnelsen av 2000-tallet etter flere tiår med vekst i keisersnittandelen.⁵⁹ Andel keisersnitt totalt og akutte keisersnitt for førstegangsfødende har ikke endret seg mye de siste årene, men det er målt en svak reduksjon på cirka 1 prosentpoeng fra 2014 til 2017. Dette kan være uttrykk for tilfeldig variasjon fra år til år. Vi ser den samme moderate reduksjonen i antall dødfødte barn. Mange forhold kan påvirke dette, så resultatene må tolkes med forsiktighet.

⁵⁸ Uten større inngrep og komplikasjoner: uten keisersnitt, tang eller vakuumpompe, uten blødning over 1500 mL eller transfusjon, uten fødselsrifter grad 3 eller 4, og med Apgar score fem minutter etter fødsel over 7 hos barnet.

⁵⁹ Ebbing, Marta (2017) Fødsler i Norge 1967-2016 – noen nøkkeltall, i Norsk Epidemiologi 2017; 27 (1-2): 9-12. doi: 10.5324/nje.v27i1-2.2396

Figur 41 Andel keisersnitt og andel barn som dør etter fødsel, 2014-2017. Kilde: NKI.



Korridorpasienter

En korridorpatient er en pasient som ligger i en seng i en av sykehusets korridorer, på et bad, et skyllerom, en dagligstue eller lignende. Pasienter regnes også som korridorpatienter når de blir lagt på gangen for at personalet skal kunne observere pasienten, eller fordi pasienten har behov for kontakt med personalet.

Det er ikke ønskelig å ha pasienter liggende i korridorene på sykehus. Det er vanskelig å ivareta den lovpålagte taushetsplikten. I tillegg opplever pasientene at det går ut over deres personlige integritet og verdighet.

Indikatoren viser andel døgn med korridorpatienter. Indikatoren regner ikke med pasienter som tas inn utover sykehusets vanlige kapasitet ved ekstraordinære hendelser som f.eks. ulykker, katastrofer etc.

På landsbasis ble det rapportert 1,2 prosent korridorpatienter i 2018. Det er en nedgang fra i 2017, da andelen var på 1,6 prosent. Siden 2014 har andelen korridorpatienter på nasjonalt nivå stort sett holdt seg mellom 1 og 1,6 prosent, bortsett fra en topp i 3. tertial 2017 på 2 prosent.

Ingen helseforetak oppnår målet om 0 korridorpatienter. Det er variasjon i hvor stor andel av pasientdøgn som er døgn på korridor. I 2018 ligger Sykehuset i Østfold HF, Sykehuset i Vestfold HF og Helse Fonna HF alle over 2,5 prosent. Helse Førde HF og St. Olavs Hospital HF ligger begge under 1 prosent.

Selv om målet om minst 20 prosent skal få trombolyse ikke nås i 2018 har andelen vært økende over tid, det har også vært en økning i andel som får trombolyse innen 40 minutter etter innleggelse i sykehus.

5.3 Omfanget av pasientskader ved somatiske sykehus (GTT)

Metode

Alle helseforetak og fem private sykehus har kartlagt omfanget av pasientskader ved hjelp av metoden Global Trigger Tool (GTT-undersøkelsen) siden 2010. Hvert enkelt foretak skal følge med på utviklingen i andel sykehusopphold med pasientskader og bruke egne resultater til kvalitetsforbedringsarbeid. I tillegg utarbeides en årlig rapport for å følge omfanget av pasientskader på nasjonalt nivå og for å vurdere om pasientsikkerhetsprogrammet oppnår sine mål.

GTT-undersøkelsen er en internasjonalt anerkjent og standardisert prosedyre for å gjennomføre strukturert journalundersøkelse ved somatiske sykehusopphold. En pasientskade defineres som følger:

«Utsiktet fysisk skade som har oppstått som et resultat av medisinsk behandling eller som behandlingen har bidratt til, som krever ytterligere overvåking, behandling eller sykehusinnleggelse, eller som har dødelig utgang.»

Resultatet fra GTT-undersøkelsen baserer seg på stikkprøver der et antall tilfeldig trukne pasientjournaler gjennomgås to ganger hver måned for å identifisere eventuelle pasientskader. Det vurderes om det har vært en skade, alvorlighetsgraden av skaden og skadetype. Fra dette datamaterialet, beregnes nasjonale tall ved hjelp av simuleringmetoder. I analysene er det hovedsakelig lagt vekt på å sammenligne resultatene i perioden 2012 til 2018.⁶⁰

Resultater

I 2018 oppstod det en pasientskade ved 11,9 prosent av sykehusopphold i somatiske sykehus i Norge, mot 13,7 prosent året før. Dette er det laveste nivået som har vært målt siden GTT-undersøkelsen startet opp i 2010.

⁶⁰ Hele rapporten kan leses her: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pasientskader-i-norge/resultater>

Tabell 1 Andel sykehusopphold med minst én pasientskade i norske sykehus, 2010-2018.

Alvorlighetsgrader	% av alle sykehusopphold (95 % KI)								
	2010*	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Sykehusopphold med minst én skade (E–I)	15,9 % (13,8-17,8)	16,1 % (14,6-17,5)	13,7 % (12,5-15,1)	13,0 % (11,7-14,2)	13,9 % (12,1-16,1)	13,7 % (12,1-15,3)	13,9 % (12,3-15,6)	13,7 % (12,5-15,2)	11,9 % (10,8-13,1)
Sykehusopphold med minst én skade som førte til forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser (F–I)	8,9 % (7,3-10,5)	8,8 % (7,9-9,8)	7,7 % (6,8-8,6)	7,6 % (6,6-8,7)	8,2 % (6,8-9,9)	8,5 % (7,1-10,0)	9,5 % (8,1-11,1)	9,2 % (8,1-10,6)	7,4 % (6,5-8,4)
Antall undersøkte sykehusopphold	7 849	10 288	11 728	10 986	8 804	8 887	8 390	7 430	8 870
Antall sykehusopphold som det er trukket fra	501 549	585 648	593 046	569 714	569 180	601 602	631 860	609 247	613 392
Antall GTT-team	39	47	47	45	36	35	34	30	33

* Undersøkelsen i 2010 var referanseår og omfattet kun 10 av årets måneder, mars til desember.

Det har vært en varierende grad av nedgang i pasientskader av alle alvorlighetsgrader fra 2012 til 2018, med unntak av skader som var forbigående, men som krevde forlenget sykehusopphold, som økte i omfang frem til 2016 for deretter å avta.

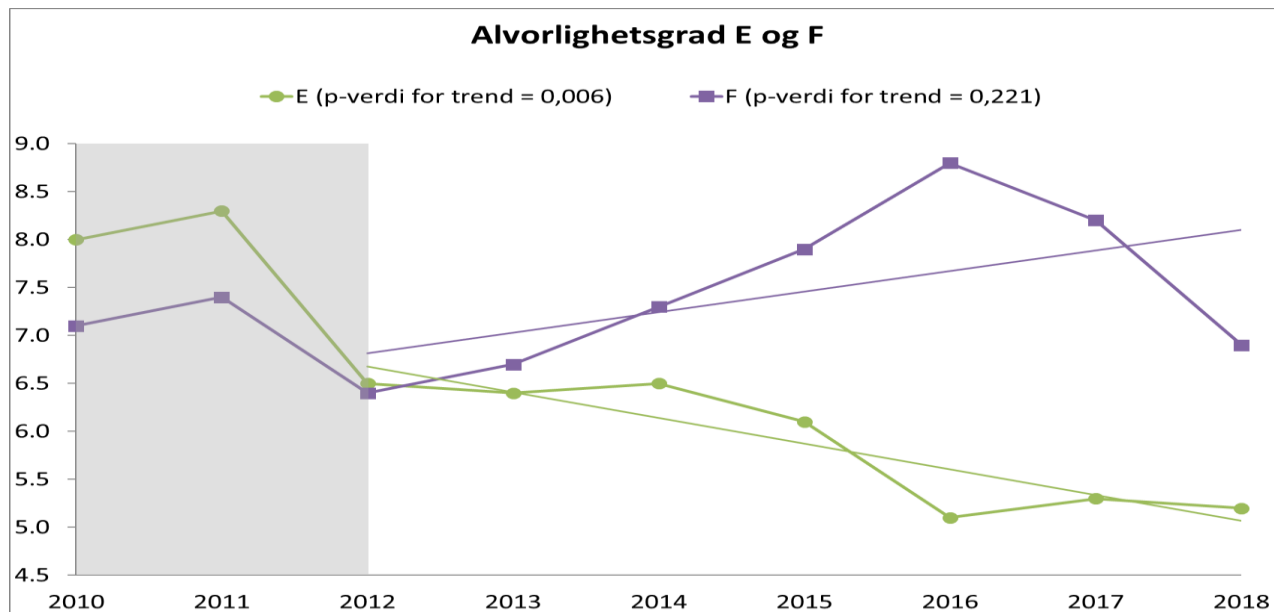
Andelen lettere skader (E), som var forbigående og som kun krevde behandling, har gått ned i perioden 2012 til 2018. Forbigående skader som har ført til forlenget sykehusopphold (F) gikk opp til og med 2016 for så å gå ned fra 2016 til 2018, og var i 2018 nesten på samme nivå som i 2012. Det har vært en svak nedgang i pasientskader som var langvarig eller ga varig mén (G) og skader som krevde livreddende behandling (H). I samme periode har det vært en statistisk signifikant nedgang i de mest alvorlige skadene, dvs. skader som bidro til at pasienten døde (I).

Når vi ser på skadetyper på tvers av alle alvorlighetsgrader (E–I), forekom legemiddelrelatert skade hyppigst, ved 1,9 % av sykehusoppholdene. Deretter kommer annen kirurgisk komplikasjon (1,7 %) og urinveisinfeksjon (1,6 %). Se *Figur 42* og *Figur 43*.

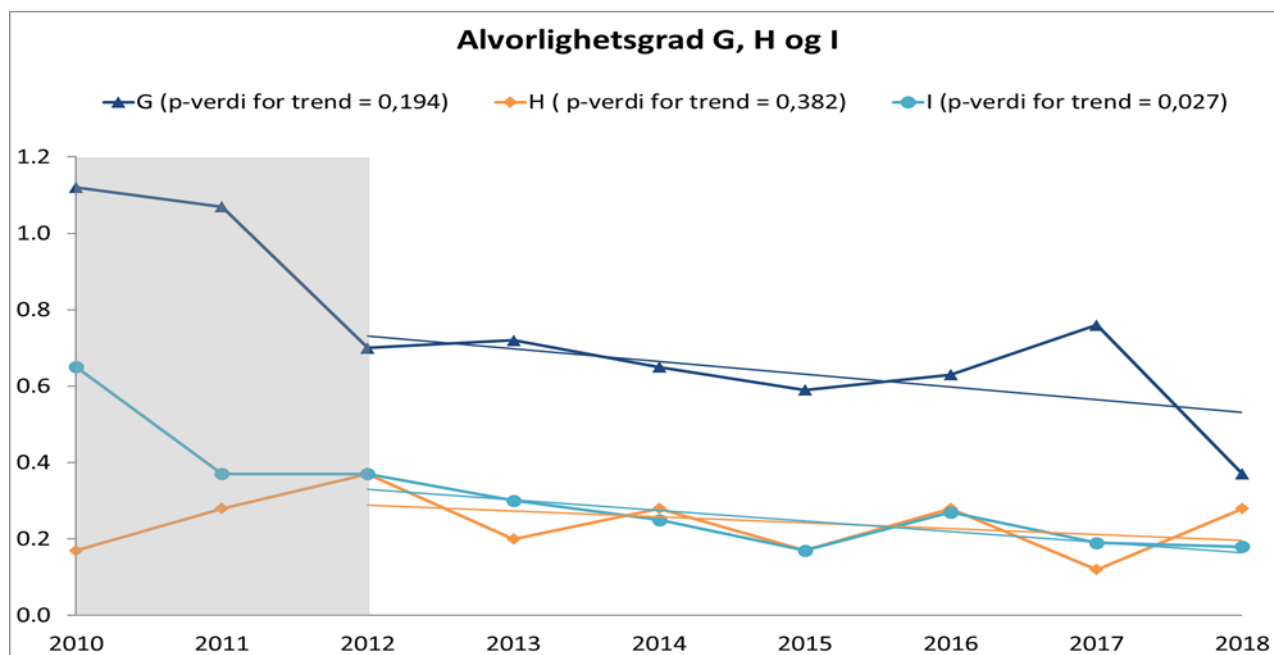
Når man kun ser på alvorligere skader (F–I) ser vi at annen kirurgisk komplikasjon forekom hyppigst med 1,2 %. Deretter kommer legemiddelrelatert skade (1,1 %), postoperativ sårinfeksjon (1,0 %) og annen infeksjon (0,8 %) som de nest mest hyppige skadetyperne.

Det har vært noe varierende rekkefølge på hyppigheten av de ulike skadetyperne i perioden 2012–2018. For de alvorligere skadene (F–I) har postoperativ sårinfeksjon, annen kirurgisk komplikasjon og legemiddelrelatert skade vært de mest hyppige skadetyperne hvert år i hele perioden.

Figur 42 Andel sykehusopphold med minst én pasientskade angitt for individuelle alvorlighetsgrader (kategoriene E og F) med lineære tidstrender, 2012-2018.



Figur 43 Andel sykehusopphold med minst én pasientskade angitt for individuelle alvorlighetsgrader (kategoriene G, H og I) med lineære tidstrender, 2012-2018.

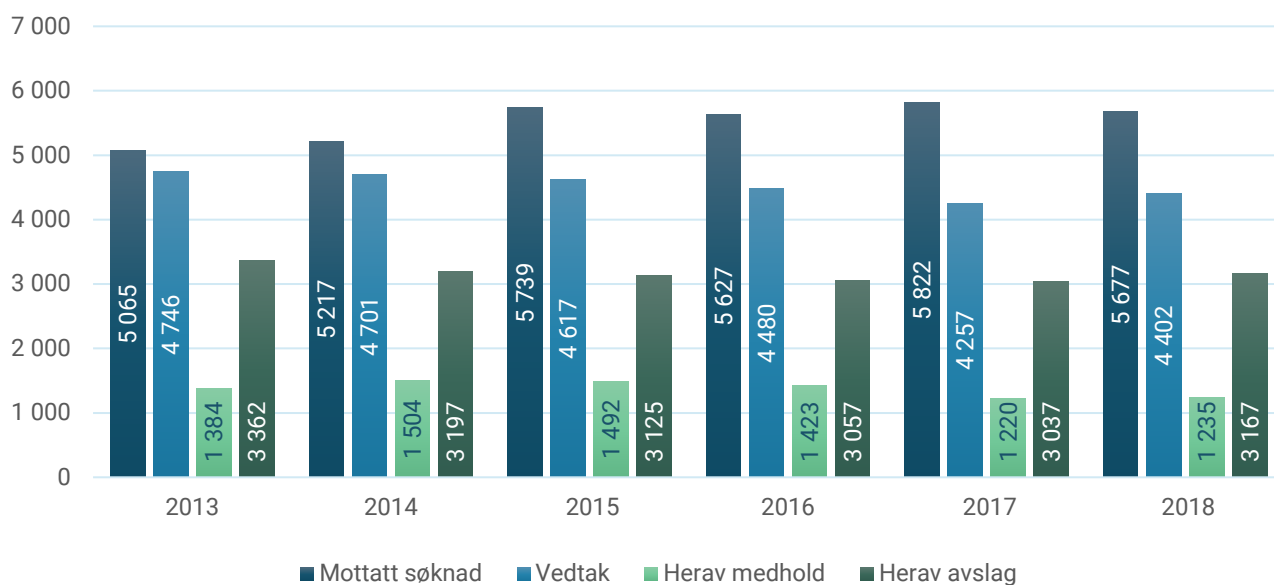


5.4 Utvikling i pasientskadeerstatning

Utvikling i omfang av søknader om pasientskadeerstatning kan bidra i beskrivelsen av om tjenestene er trygge og sikre. Dersom det kommer færre søknader om erstatning eller at veksten er lavere enn aktivitetsveksten i sykehusene kan dette gi en indikasjon om en positiv utvikling i pasientskader. Norsk pasientskadeerstatning (NPE) publiserer en del data for utvikling i søknader, vedtak, utbetalinger og liknende.⁶¹ Søknadene kan rette seg mot alle deler av helsetjenesten. I vår rapport er vi spesielt interessert i utviklingen for spesialisthelsetjenesten. Andel mottatte saker til NPE gjeldede de regionale helseforetakene har ligget stabilt på 60-65 prosent de siste årene, mens om lag 15 prosent knytter seg til primærhelsetjenesten. Den resterende andelen knytter seg til privat helsetjeneste, offentlig tannhelse, legemiddelforsikring blant annet, og kan også omfatte noe spesialisthelsetjeneste.

Det er pasienter som har fått en skade i forbindelse med undersøkelse, diagnostisering, behandling eller oppfølging som kan søke om erstatning. Hovedregelen er også at skaden må ha medført et økonomisk tap for pasienten. Det har vært en svak økning i antall søknader siste årene, mens antall vedtak er rimelig stabilt (lavere nivå siste årene kan skyldes at noen søknader ikke er avklart), som vist i figur 42. Dersom vi kun ser på søknader rettet mot RHF-ene har antall saker økt svakt i perioden fra om lag 3300 til ca 3500, en vekst på om lag 7 prosent som er på linje med veksten i antall pasienter (6,7 prosent fra 2014 til 2018). Det er derfor ingen klare indikasjoner ut fra disse dataene på en reduksjon eller økning i andel pasienter med pasientskader. Data for utbetalinger av pasientskadeerstatninger viser et relativt stabilt nivå for de fore RHF-ene.

Figur 44 Utvikling i søknader og vedtak om pasientskadeerstatning, 2013-2018. Kilde: NPE.



⁶¹ Se www.npe.no/no/Om-NPE/statistikk/.

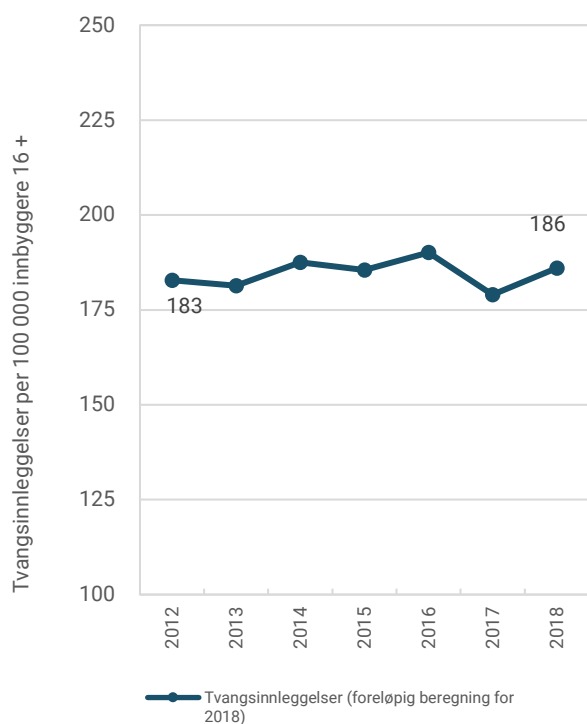
5.5 Tvang i psykisk helsevern

Alle mennesker har som utgangspunkt full selvbestemmelsesrett over egen helse, og hovedregelen er derfor at alle typer helsehjelp skal være basert på samtykke. Dette gjelder også for pasienter i det psykiske helsevernet. For å ivareta andre viktige hensyn som liv eller helse, kan denne selvbestemmelsesretten likevel unntaksvis settes til side. Slike unntak er regulert ved lov. For det psykiske helsevernet gjelder da psykisk helsevernlovens kapittel 3 og 4 som regulerer tvungen tilbakeholdelse for observasjon eller tvungent psykisk helsevern, behandling uten samtykke samt bruk av tvangsmidler og andre rettighetsinngripende tiltak.⁶²

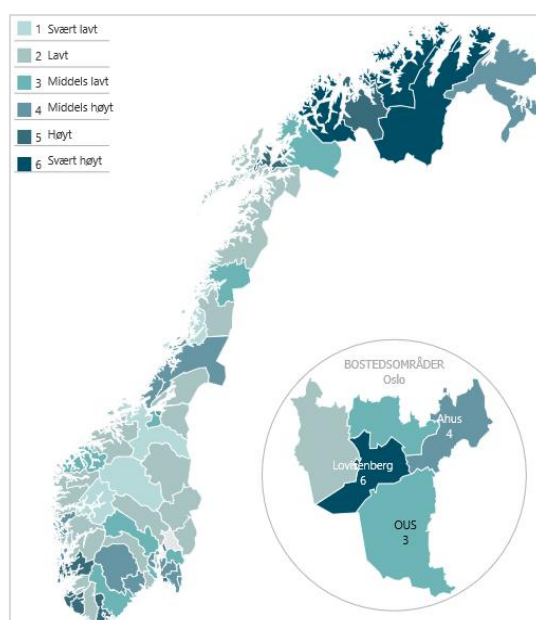
Tvungen helsehjelp er en alvorlig inngripen i pasientenes liv, og bruk av tvang skal alltid begrenses til situasjoner der frivillighet ikke fører frem. Data fra Norsk pasientregister viser likevel at det hvert år treffes minst ett vedtak om tvungen tilbakeholdelse, behandling uten samtykke eller bruk av tvangsmidler for så mange som 7 000 pasienter i det psykiske helsevernet og at 1 av 4 akuttinnleggelseser er basert på et vedtak om tvungen tilbakeholdelse (tall fra 2017).

Krav om redusert tvangsbruk i tjenestene er over mange år gjentatt både i nasjonale strategidokumenter og i styringssignaler og måltall for de regionale helseforetakene. Tilgjengelige indikatorer for tvangsbruk har, på tross av dette, bare vist mindre endringer.

Figur 45 Tvangsinnleggelseser i psykisk helsevern i perioden 2012 – 2018. Befolkningsjustert rate for aldersgruppen 16 år og eldre.



Figur 46 Tvangsinnleggelseser i psykisk helsevern i 2017. Befolkningsjustert rate per DPS-område for aldersgruppen 16 år og eldre.

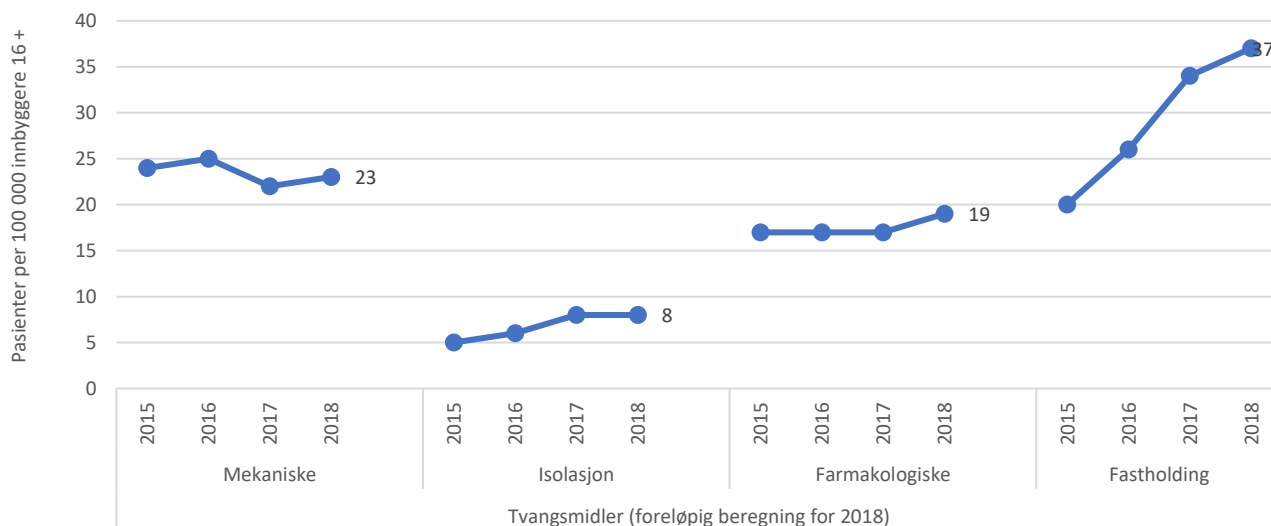


Kartverdiene er definert ved antall standardavvik fra snittsraten for landet. Lavt/ høyt ligger innenfor 0,44 – 1,64 std. fra gjennomsnitt. Svært lavt/ høyt ligger mer enn 1,64 std. fra gjennomsnittsraten.

⁶² <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/psykisk-helsevernloven-med-kommentarer>

For tvangsinleggelse har den årsspesifikke raten i perioden 2012 – 2018 variert mellom 179 og 190 innleggelse per 100 000 innbyggere. For tvangsmidler er den samlede pasientraten økende. Til dels store og vedvarende geografiske forskjeller i rater for alle former for tvangsbruk indikerer også praksisforskjeller og potensiale for mindre bruk av tvang i de psykiske helsetjenestene.

Figur 47 Tvangsmiddelbruk i psykisk helsevern. Pasientrate per 100 000 innbyggere i aldersgruppen 16 år og eldre.

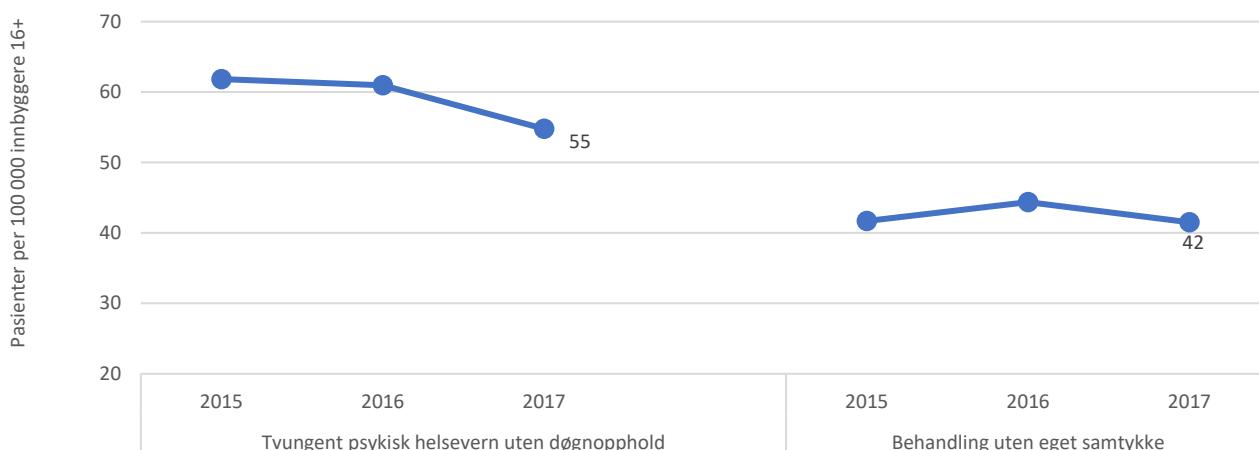


Med virkning fra 1. september 2017 ble psykisk helsevernloven revidert og vilkårene for tvungent psykisk helsevern ble innskjerpet. Endringen ligger i innføring av en kompetansebasert modell som i praksis innebærer krav om manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern og behandling uten samtykke for alle pasienter som ikke utgjør fare for eget liv eller andres liv eller helse. Lovendringen skal bidra til økt selvbestemmelse og rettssikkerhet, og er en tilpasning til de prinsippene som ligger til grunn for FN-konvensjon om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne.

Vilkåret om manglende samtykkekompetanse kan bidra til mindre tvang ved at pasienter som har samtykkekompetanse ikke lenger kan holdes tilbake eller behandles uten at de selv har samtykket til dette. Pasienter som etter en tids behandling gjenvinner samtykkekompetansen, kan også velge å avslutte behandlingen eller å fortsette, men da på frivillig grunnlag. Endringen forventes med dette først og fremst å ha den effekt at tvangsforløpene blir kortere, herunder kortere periode under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) og færre vedtak om behandling uten samtykke.

Aktivitetsdata for perioden 2015 - 2017 viser en forsiktig nedgang i pasientrater for henholdsvis tvangsbehandling og tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold fra 2016 til 2017. Utviklingen kan skyldes lovrevideringens innskjerpede krav fra september 2017, men dette kan ikke endelig vurderes før årsdata for 2018 er gjennomgått og analysert.

Figur 48 Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og behandling uten samtykke. Pasientrate per 100 000 innbyggere i aldersgruppen 16 år og eldre.



Alle resultatene er nærmere omtalt i IS-2812 «*Tvang i psykisk helsevern. Utvikling i perioden 2013 – 2017*» og IS-2807 «*Variasjoner i psykisk helsevern*». Informasjon om tvangsbruk i 2018 er hentet fra NKI. Disse dekker bare det psykiske helsevernet for voksne. Foreløpige beregninger av rater for 2018 legger til grunn at tvangsbruken i tjenester for barn og unge er uendret fra 2017 til 2018.

5.6 Oppsummering trygge og sikre tjenester

For de fleste av indikatorene presentert under overskriften trygge og sikre tjenester ser vi en positiv utvikling de siste årene. Det gjelder blant annet rask behandling til tidskritiske tilstander som hjerneslag og hjerteinfarkt, samt legemiddeloppfølging i tråd med nasjonale retningslinjer og etter karkirurgiske operasjoner.

Omfanget av postoperative infeksjoner framstår som relativt stabil på nasjonalt nivå, men det er store forskjeller mellom ulike helseforetak. Dette er basert på tall for fire hyppig forekommende operasjoner som sykehusene skal rapportere tall for.

Bruken av bredspektret antibiotika går gradvis nedover, men både på nasjonalt nivå og for mange av helseforetakene er ikke den ambisiøse målsettingen om en reduksjon på 30 prosent fra 2012 til 2020 innen rekkevidde.

Global Trigger Tool (GTT-undersøkelsen) er en metode som brukes følge med på utviklingen i andel sykehusopphold med pasientskader og hvor sykehusene kan bruke egne resultater til kvalitetsforbedringsarbeid. Metoden er systematisk brukt her i Norge siden 2010. I 2018 oppstod det en pasientskade ved 11,9 prosent av sykehusopphold i somatiske sykehus i Norge, mot 13,7 prosent året før. Dette er det laveste nivået som har vært målt siden GTT-undersøkelsen ble startet opp i 2010.

Målet om 0 korridorpasienter er vanskelig å nå, og ingen helseforetak nådde dette målet i 2018 hvor 1,2 prosent av liggedøgnene var knyttet til korridorpasienter.

En av de få indikatorene med en noe negativ utvikling var andel eldre med hoftebrudd som ble operert innen 24 og 48 timer. Preoperativ ventetid hadde økt i perioden 2014 til 2018 og variasjonen mellom helseforetakene har blitt noe større. Endringen skyldes en tydelig reduksjon i noen få helseforetak.

I 2017 ble det rapportert minst ett vedtak om tvungen tilbakeholdelse, behandling uten samtykke eller bruk av tvangsmidler for til sammen 7 000 pasienter i det psykiske helsevernet. Alle mennesker har som utgangspunkt full selvbestemmelsesrett over egen helse, og hovedregelen er at alle typer helsehjelp skal være basert på samtykke. Til dels store og vedvarende geografiske forskjeller i rater for alle former for tvangsbruk indikerer praksisforskjeller og potensiale for mindre bruk av tvang i de psykiske helsetjenestene. Kravet om mindre tvang er derfor gjentatt over år både i nasjonale strategidokumenter og i styringssignaler og måltall for de regionale helseforetakene. Indikatorer for tvangsbruk viser likevel bare mindre endringer. Med virkning fra 1. september 2017 ble psykisk helsevernloven revidert og vilkårene for bruk av tvang ble innskjerpet for samtykkekompetente pasienter. Aktivitetsdata viser en forsiktig nedgang i pasientrater for enkelte tvangsformer fra 2016 til 2017. Utviklingen kan være knyttet til denne innskjerpingen, men det er foreløpig uklart om effekten vedvarte inn i 2018 og 2019.

6. Virkningsfulle tjenester

Helsetjenestens hovedoppgave er å avklare behov for helsehjelp (utrede), og ved behov gi virkningsfull behandling til pasientene. I Norge og svært mange andre land arbeides det for at man skal få bedre dokumentasjon på hvor godt helsetjenestene virker. Resultater av helsetjenestens innsats kan ses i kortsiktig og i et langsiktig perspektiv.

Figur 49 viser til at både levekår, levevaner og medisinske framskritt påvirker hvor lenge vi lever. I et langsiktig perspektiv vil utvikling og tilgang til gode medisiner og helsetjenester ha betydning på befolkningens helsetilstand, selv om levekår og levevaner betyr mer samlet sett⁶³. Dødsfall på grunn av til hjerte- og karsykdommer og kreftsykdommer er redusert de siste årene. Forebyggende tiltak (bla blodtrykkssenkende medisiner) og kurativ behandling i helsetjenesten har delvis bidratt til dette. Generelt sett lever mange lenger med en kronisk sykdom, samtidig som beregninger viser at antall forventede friske leveår i befolkningen har økt.⁶⁴

Figur 49 Forventet levealder i Norge, 1846- 2016. Kilde: Folkehelseinstituttets nettside «Forventet levealder i Norge».



I et noe mer kortsiktig perspektiv er vi opptatt av hvordan det går med pasientene etter en konkret behandling eller oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Et grunnleggende prinsipp er at pasientene skal få

⁶³ Folkehelseinstituttet 2018. Helsetilstanden i Norge, 2018.

⁶⁴ Folkehelseinstituttet 2018, Sykdomsbyrden i Norge i 2016 Utgitt: 10/2018, Forfattere: Øverland S, Knudsen AK, Vollset SE, Kinge JM, Skirbekk V, Tollånes MC.

den behandling som har vist seg å ha best dokumentert effekt. Ved introduksjon av nye legemidler og for mange typer behandling stilles det strenge krav til dokumentert effekt før behandlingen tas i bruk. Til tross for dette er det et spørsmål om de riktige tjenestene gis til de riktige pasientene og dermed gir best mulig resultat (på kort eller lang sikt).

Indikatorer som skal si noe om hvorvidt tjenestene har betydning for pasientenes helse, må se dette i lys av hva som er målet med behandlingen. Målet kan være at man blir helt frisk fra sykdom, at man blir bedre av behandling selv om du ikke blir helt frisk, eller at behandling og oppfølging forebygger forverring slik at man kan opprettholde sin helsetilstand og ha god livskvalitet til tross for sykdom eller funksjonshemming. Ved livstruende tilstander vil overlevelse være det primære utfallet.

Det er foreløpig få indikatorer på utfall og effekt av behandling og oppfølging som inngår i de nasjonale kvalitetsindikatorene. Dette gjenspeiler at det foreløpig er et begrenset datagrunnlag i nasjonale registre for å måle effekt (unntatt overlevelse). Så langt er utfallsindikatorer basert på nasjonale data ofte at pasientene ikke re-opereres, ikke innlegges/gjeninnlegges eller at pasienten ikke er påført infeksjoner eller skader under behandling. Både i Norge og internasjonalt er det et sterkt fokus på å utvikle gode mål og indikatorer på resultatene av behandling.

I tillegg til kliniske resultatmål er verktøy for pasientvurderte utfallsmål (PROMS) på vei inn. Patient Reported Outcome Measures (PROM) er et skjema som måler hvordan pasientene opplever forhold relatert til helse og sykdom og behandlingseffekter. PROM inkluderer mål på symptom, funksjon, helse og livskvalitet. I følge SKDE er det per i dag 7 medisinske kvalitetsregistre som samler PROM data elektronisk, og ytterligere 9 som utvikler og implementerer løsninger for slik datainnsamling⁶⁵. Medisinske kvalitetsregistre stadielinndeles fra 1-4, der 1 er en forutsetning for å komme i betraktning som nasjonalt register og stadie 4 beskriver et velfungerende kvalitetsregister. PROM variabler er krav for stadie 1, mens rapportering av resultater fra PROM er stadie 3.⁶⁶

Helsedirektoratet startet i 2018 et prosjekt for innføring av generisk funksjonsvurderingsverktøy innen rehabilitering i spesialisthelsetjenesten (EQ5D – PROM-måling). Så langt er det ikke samlet inn data, men dette er et prosjekt som tar sikte på å samle data på nasjonalt nivå.

En viktig helsepolitisk målsetting er likeverdige helsetjenester av god kvalitet uavhengig av hvor du bor eller behandles. Å tolke variasjoner i utfallsmål /resultater mellom sykehus er krevende. Det man ønsker å fange opp er forskjeller som kan tilskrives selve behandlingen eller forhold ved sykehuset, noe helseforetaket eller sykehuset kan gjøre noe med. Vi ønsker ikke å problematisere variasjon som bare er et uttrykk for at sykehusene har ulik pasientsammensetning (alderssammensetning, alvorlighetsgrad o.l). Pasientsammensetningen ved et helseforetak vil påvirkes av befolkningssammensetningen i opptaksområdene til sykehusene, helsetilstanden i befolkningen og hvilke funksjoner helseforetaket har (hvilke pasienter de behandler).

⁶⁵ <https://www.kvalitetsregistre.no/pasientrapporterte-data>

⁶⁶ <https://www.kvalitetsregistre.no/stadieinndeling#krav-til-ulike-stadier>

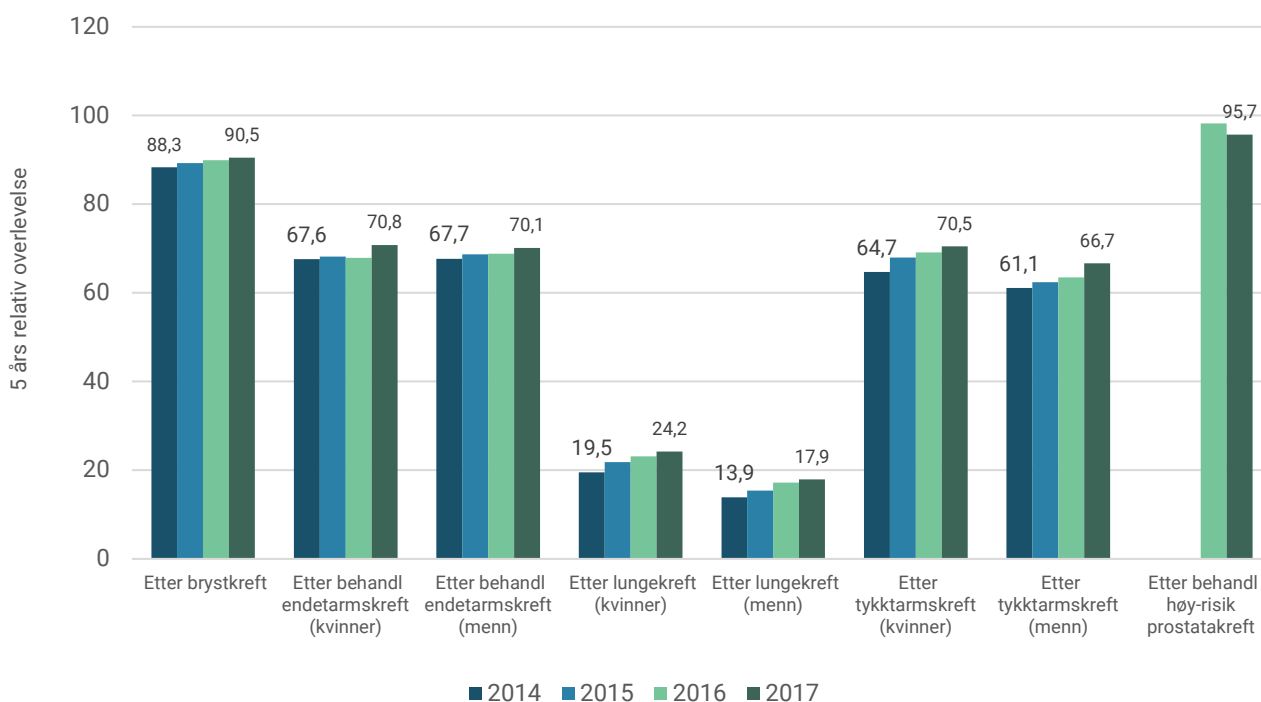
6.1 Indikatorer for overlevelse

5 års overlevelse etter kreftsykdom

Ved livstruende sykdom er overlevelse det viktigste utfallsmålet. Kreftregisteret utarbeider årlige tall for overlevelse etter kreftsykdom nasjonalt og etter bostedsområder (helseforetakenes opptaksområder) for fem kreftformer som brukes i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet.

Fem års relativ overlevelse for de fem kreftsykdommene er presentert i *Figur 50*. Estimert relativ overlevelse varierte i 2017 fra over 90 prosent etter brystkreftbehandling og høyrisiko prostatakraft, til 24 prosent estimert overlevelse for kvinner med lungekreft, og 18 prosent overlevelse for menn med lungekreft. Omkring 70 prosent av pasientene hadde fem års estimert overlevelse ved endetarmskreft og tykktarmskreft. Det er generelt en positiv utvikling i overlevelse. De eksisterende nasjonale målene er nådd for de fleste kreftformene i 2017, med unntak av lungekreft hos menn.

Figur 50 Estimert fem års relativ overlevelse⁶⁷ etter kreftform, 2014-2018. Kilde: NKI



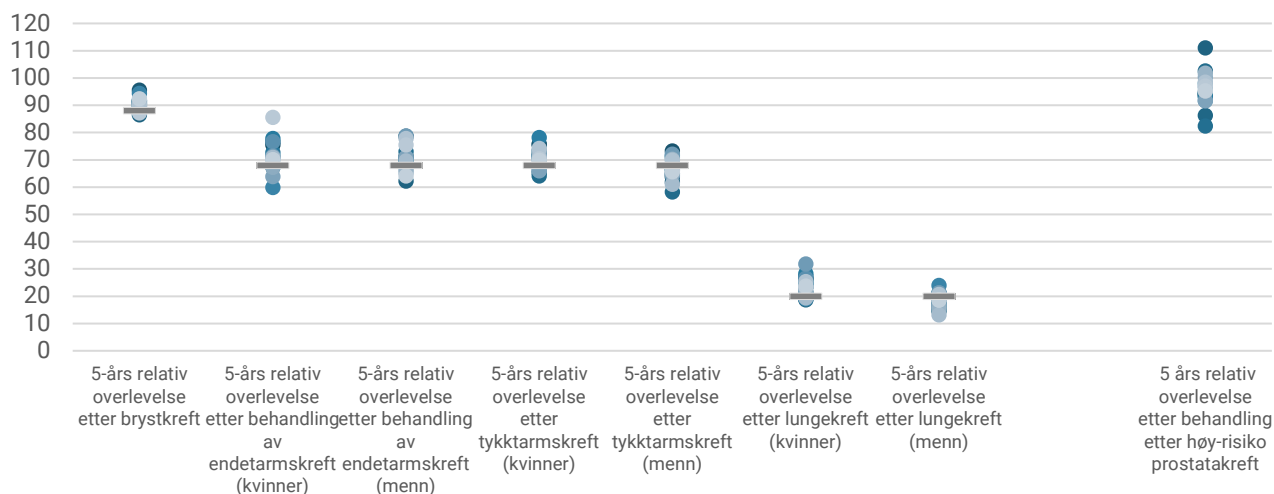
Det er noe variasjon mellom helseforetakenes bostedsområder i fem års overlevelse. Basert på tallene fra 2017 ser forskjellene ut til å være minst for brystkreft og lungekreft, og størst for prostatakraft. Internasjonale sammenligninger viser at Norge er et av landene med høy overlevelse for kreft generelt.⁶⁸

⁶⁷ Periodetilnærmingen er brukt for å beregne relativ overlevelse i en femårsperiode. For å følge utviklingen sammenlignes to ulike perioder. Periodetilnærmingen forutsetter ikke 5 års oppfølgingstid for alle pasienter, og er derfor egnet til å forutsi overlevelsen for nylig diagnostiserte pasienter. Ved beregning av forventet overlevelse er dødelighetsrater for hele landet brukt, oppgitt per kalenderår, ettårig alder og kjønn. Tallene er beregnet med 95 % konfidensintervall (usikkerhetsmargin).

⁶⁸ <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/norge-blant-verdens-beste-pa-kreftoverlevelse/>

Vi ligger høyt for blant annet blant annet brystkreft og tykktarmskreft⁶⁹, og for endetarmskreft, eggstokkkreft og livmorhalskreft ligger vi i verdenstoppen ifølge en studie publisert i Lancet.⁶⁸

Figur 51 Estimert 5 års relativ overlevelse etter utvalgte kreftformer. Punktene markerer estimert overlevelse for befolkningen i helseforetakenes opptaksområder, og den svarte streken markerer nasjonal målsetting i overlevelse, 2017. Kilde: NKI



30 dagers overlevelse ved hjerneslag, hjerteinfarkt, lårhalsbrudd og totaloverlevelse

Folkehelseinstituttet beregner hvert år 30 dagers overlevelse for pasienter innen diagnosegrupper som står for over 80 prosent av dødeligheten på norske sykehus.^{70 71}

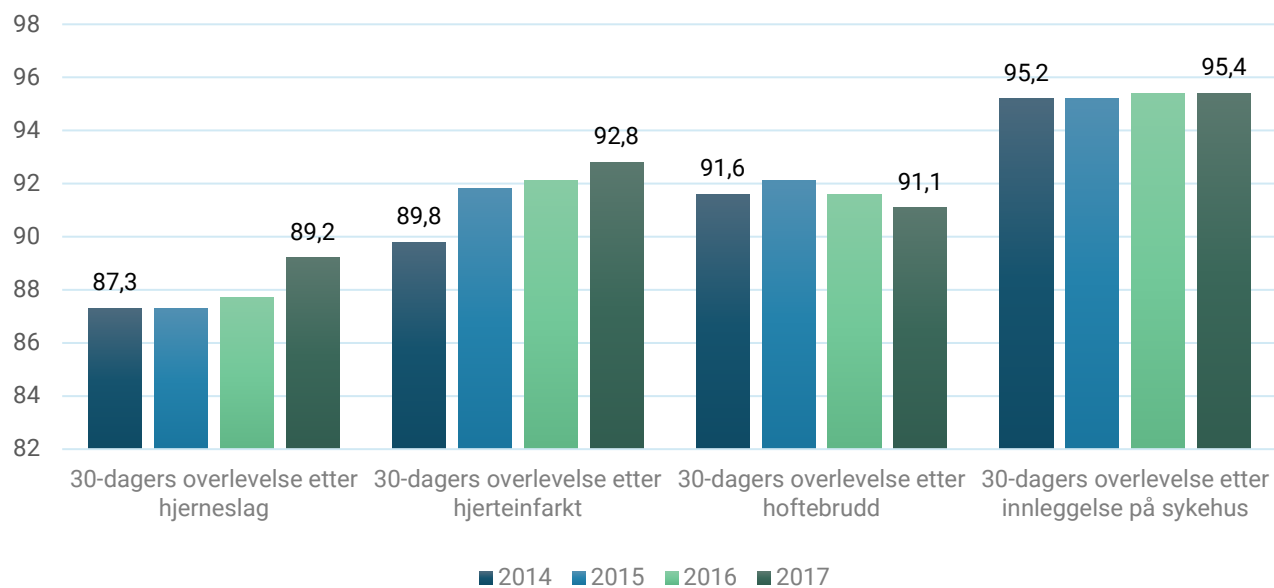
Den estimerte totaloverlevelsen etter innleggelse i sykehus er svært stabil på nasjonalt nivå med 95 prosent overlevelse (samlet for gruppene med den høyeste dødeligheten). For alle de tre utvalgte diagnosegruppene (hjerneslag, hjerteinfarkt, lårhalsbrudd) var overlevelsesprosenten omkring 90 prosent. Beregningene indikerer videre et relativt stabilt nivå fra 2014 til 2017 for overlevelse etter hoftebrudd, og indikasjon på noe økt overlevelse etter hjerteinfarkt og hjerneslag. Det var liten variasjon mellom helseforetakene i overlevelse etter 30 dager for alle de tre tilstandene og spesielt liten forskjell var det i totaloverlevelse. For sykehusene varierte totaloverlevelse fra 94,2 til 96,3 prosent, mens den for HF-ene varierte fra 94,5 til 96,1 prosent og for RHF-ene mellom 95,1 og 95,8 prosent. Det var størst variasjon mellom sykehusene for pasienter som ble lagt inn med førstegangs hjerteinfarkt, hvor estimert overlevelse varierte fra 89,0 til 95,0 prosent.

⁶⁹ OECD and European Union 2018: Health at a Glance Europe 2018, State of Health in the EU Cycle.

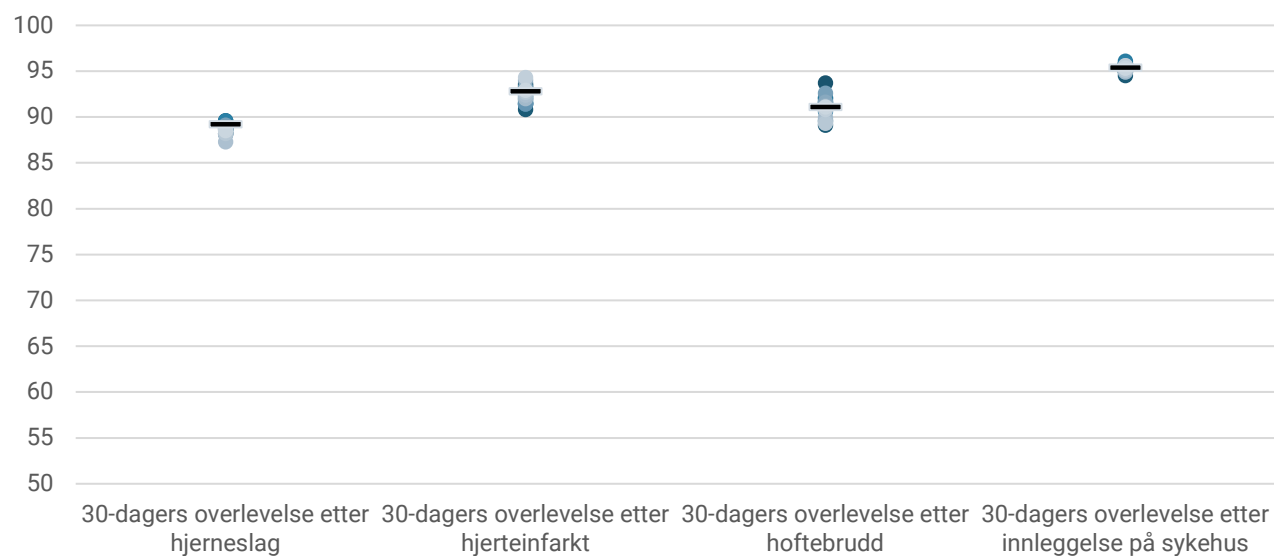
⁷⁰ 30 dagers totaloverlevelse ble beregnet for pasienter, uansett alder, som har vært innlagt i løpet av 2017. For tilstandene førstegangs hjerteinfarkt, hjerneslag og hoftebrudd ble data for 2015-2017 brukt. Pasienter 18 år og eldre er inkludert for førstegangs hjerteinfarkt og hjerneslag, mens pasienter med hoftebrudd er inkludert hvis de er 65 år og eldre.

⁷¹ Folkehelseinstituttet Rapport (2019) 30 dagers overlevelse og reinnleggelse etter sykehusinnleggelse. Resultater for 2017 Utgitt: 03/2019 Forfattere: Skyrud KD, Kristoffersen DT, Hansen TM, Helgeland J.

Figur 52 Estimert overlevelse etter 30 dager etter innleggelse på sykehus for hjerneslag, hjerteinfarkt, lårhalsbrudd og totaloverlevelse for samlet for pasientgrupper med høy dødelighet, 2014-2017. Kilde: NKI.



Figur 53 Risikojustert sannsynlighet for overlevelse innen 30 dager etter innleggelse på sykehus for hjerneslag, hjerteinfarkt, hoftebrudd og totaloverlevelse etter innleggelse. Punktene markerer andel overlevende i helseforetakene, og svart strek markerer nasjonal andel overlevende, 2018. Kilde: NKI.



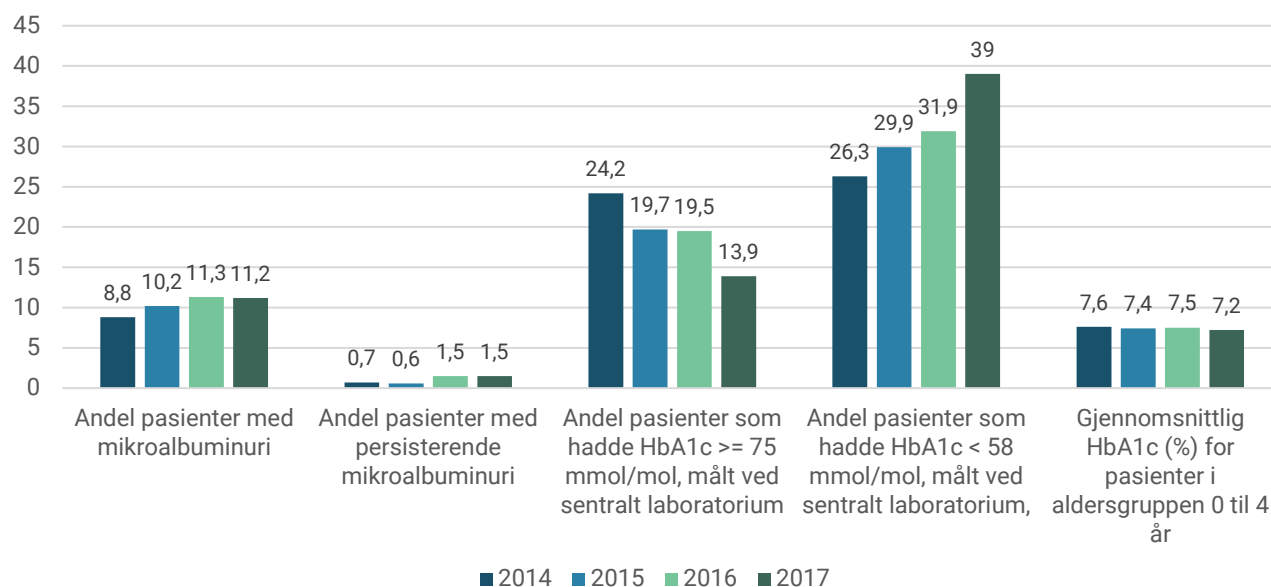
6.2 Oppfølging av pasienter med diabetes i sykehus

Nyrefunksjon og komplikasjoner hos barn med diabetes type 1

Diabetes hos barn og ungdom er en alvorlig, livslang sykdom som uten behandling er livstruende. God diabetesbehandling forebygger og forsinket utvikling av senkomplikasjoner. Vanlige senkomplikasjoner er blant annet nyresykdom (nefropati), netthinnesykdom (retinopati), nervesykdom (nevropati), hjerne- og hjerteinfarkt og redusert blodsirkulasjon i ekstremiteter. I Norge er det ingen nasjonale retningslinjer spesifikt for barnediabetes, og testing ved årskontroll gjøres i henhold til "*International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD) clinical practice consensus guidelines*".

Et viktig mål er å forebygge dårlig nyrefunksjon og senkomplikasjoner. Andelen pasienter med diabetes type 1 som ved årskontroll i sykehus har hatt repeterte urinprøver med for høyt innhold av proteinet albumin viser omfang av pasienter med tidlig tegn på diabetesrelatert nyreskade. Tall fra Barnediabetesregisteret (BDR) viser at en svært liten andel av barna som følges opp i spesialisthelsetjenesten har persisterende mikroalbuminuri. I 2016 og 2017 var andelen 1,5 prosent. Det var en liten økning fra 2014/2015. Over 90 prosent av pasientene leverte og fikk analysert urinen.

Figur 54 Andel pasienter med mikroalbuminuri og andel pasienter med høyt eller lavt blodsukkernivå. Barn med diabetes type 1 som følges opp i sykehus 2014-2017. Kilde: NKI.

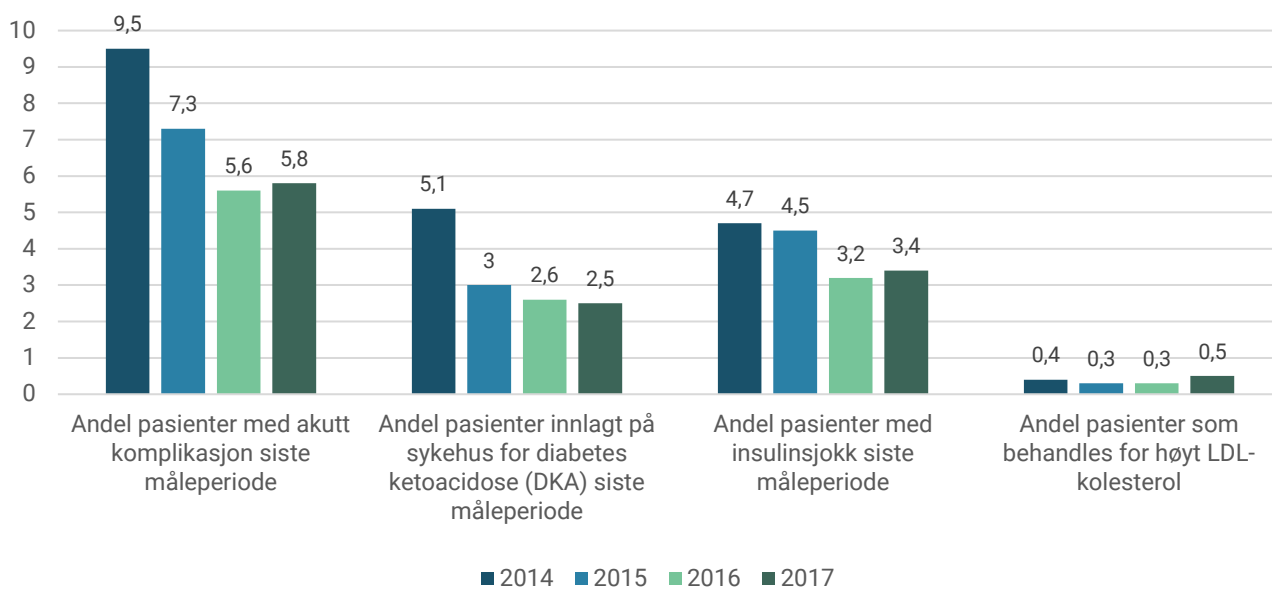


Høyt blodsukker er den viktigste risikofaktoren for å utvikle senkomplikasjoner, som tap av syn, nyresvikt, hjerteinfarkt, hjertesvikt, slag, amputasjoner og tidlig død, hos pasienter med diabetes. Derfor har en optimalisering av blodsukkeret en stor plass i diabetesbehandlingen. Vi ser en positiv utvikling i blodsukkernivået målt som andel barn med blodsukkernivå (HbA1c) under 58 mmol/mol. Det er også en synkende andel med et svært høyt nivå (over 75 mmol/mol).

Samtidig med dette ser vi også en positiv utvikling i andel barn som er rapportert å ha hatt akutte komplikasjoner på grunn av for lite eller for mye insulin. En mindre andel av barna (2,5 prosent) legges

inn for Diabetisk ketoacidose (DKA). DKA skyldes en absolutt eller relativ insulinmangel kombinert med væsketap og motreguleringsmekanismer. Utløsende årsaker er nyoppdaget diabetes eller utilstrekkelig insulin tilførsel ved kjent diabetes (infeksjoner, uteglemte injeksjoner, nål som har glidd ut eller hull på slangen ved pumpebruk). For mye insulin (insulinsjokk) kan raskt gi alvorlige konsekvenser. Den mentale funksjonen kan bli alvorlig svekket i løpet av ganske kort tid

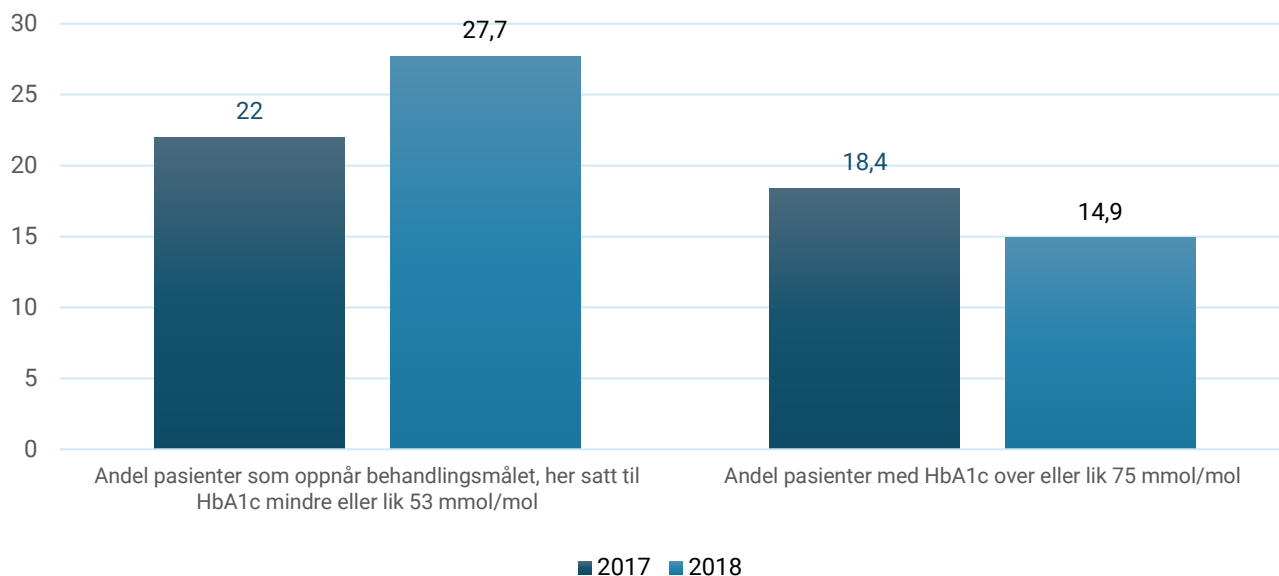
Figur 55 Andel barn som behandles for akutte komplikasjoner knyttet til sin diabetes. Barn med diabetes type 1 som følges opp i sykehus, 2014-2017. Kilde: NKI.



Blodsukkerkontroll hos voksne med diabetes type-1

Norsk diabetesregister for voksne mottar data fra 90 prosent av diabetespoliklinikkene i Norge. Poliklinikker som har rapportert data på færre enn 60 prosent av pasienter er ikke tatt med i grunnlaget for indikatoren. Nær 100 prosent av alle pasienter som har vært til kontroll, har målt HbA1c.

Figur 56 Langtidsblodsukker hos voksne med diabetes type-1. Andel pasienter som oppnår behandlingsmålet og andel pasienter med svært høyt blodsukkernivå, 2017-2018.



For de fleste pasienter anbefales det at behandlingsmålet for HbA1c bør være omkring 53 mmol/mol når det kan oppnås med god livskvalitet og uten uakseptable hypoglykemiske episoder (for lavt blodsukker). Pasienter som har vedvarende HbA1c over eller lik 75 mmol/mol er i høyrisikogruppen for å utvikle alvorlige diabetes senkomplikasjoner. Tall fra Norsk diabetesregister for voksne inngår i de nasjonale kvalitetsindikatorerne. Fra 2017 til 2018 økte andelen pasienter som nådde behandlingsmålet for nivå på blodsukkeret fra 22 til 28 prosent. Det er altså en positiv utvikling. Færre har for høyt blodsukker og flere har godt regulert diabetes og lavere risiko for alvorlige senkomplikasjoner som hjerte- og karsykdom, nerveskader, amputasjoner, nyresvikt og blindhet.

Andelen pasienter med HbA1c over eller lik 75 mmol/mol ved den enkelte klinikk er et kvalitetsmål i Norsk diabetesregister for voksne. Andelen pasienter i denne gruppen varierer mye mellom landets diabetespoliklinikker. Ulik pasientsammensetning og tilfeldig variasjon på grunn av små tall vil forklare en del av disse forskjellene. Variasjonen er likevel såpass stor at det indikerer muligheter for forbedring.

Det kan også nevnes at forekomsten av amputasjoner på grunn av senskader av diabetes lå stabilt fra 2014 til 2017 (2,4 per 1000 diabetespasient). Indikatoren måler pasienter med diabetesdiagnose som bruker blodsukkersenkende medikamenter og som har måttet amputere en tå, fot eller et ben på grunn av diabetes. Omfanget av amputasjoner på grunn av senskader av diabetes betraktes som lav.

6.3 Oppsummering - virkningsfulle tjenester

Det er foreløpig få gode indikatorer i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet som belyse hvor virkningsfull behandlingen i spesialisthelsetjenesten er. Vi har 9 indikatorer for overlevelse, samt tall for blodsukkerregulering (barn og voksne) og indikatorer for komplikasjoner knyttet til diabetessykdom.

I internasjonal sammenheng har Norge en høy overlevelse etter kreftsykdommer, akutt hjerteinfarkt og hjerneslag. Utvikling i overlevelsesratene er positive, og forskjellene mellom helseforetakene/helseforetaksområdene er moderate eller små.

Det er videre en positiv utvikling i blodsukkerregulering for barn med diabetes type 1 som følgers opp i sykehus. Få har tegn på alvorlige endringer i nyrefunksjon og få behandles for alvorlig høyt LDL-kolesterol. Andelen som opplever akutte komplikasjoner på grunn av sin diabetes er gradvis blitt litt lavere i perioden 2014 til 2017. Blodsukkerreguleringen for voksne synes også å bli bedre. Fra 2017 til 2018 var andelen med god blodsukkerregulering ($HbA1c \leq 53$ mmol/mol) økt fra 22 til 28 prosent.

7. God ressursutnyttelse

En helhetlig vurdering av ressursutnyttelsen for leveranse av helsetjenester må omfatte vurderinger for hele helsetjenestesystemet, fra mikro- til makro-nivå. God ressursutnyttelse tilsier den enkelte pasient/-gruppe gis virksom og kostnadseffektiv behandling og oppfølging. Videre må det være en effektiv organisering av tjenesteproduksjonen innen helseforetakene og andre institusjoner. I tillegg vil effektiv ressursbruk i et samfunnsperspektiv tilsie effektiv organisering (oppgavefordeling og samhandling) av helsetjenester både mellom tjenesteproduiserende enheter (som f.eks. helseforetak) og mellom tjenestenivåene (dvs. spesialist- vs. primærhelsetjenesten). Det å gjøre en slik bred vurdering av ressursutnyttelsen er svært (tid)krevende. I denne rapporten er det lagt opp til et noe snevrere fokus. Vurderinger av ressursutnyttelse er basert på data og indikatorer som i hovedsak er utarbeidet av Helsedirektoratet. Vårt fokus er primært om ressursutnyttelsen på helseforetaksnivå fremstår som god, samt om det har vært en positiv utvikling de siste årene.

Helsetjenesten skal kontinuerlig se på muligheter for å bedre utnyttelsen av sine ressurser. Det er også vårt inntrykk at det har vært og er et stort fokus på dette i helsetjenesten, fra sentrale myndigheter og ut på lavere nivå i institusjonene. Dette har blant annet medført opprettelse av en interregional arbeidsgruppe for indikator- og metodeutvikling (AIM), med deltakelse også fra Helsedirektoratet, som skal ha fokus på kapasitet og kapasitetsutnyttelse. Arbeidsgruppen mottar årlig generelle og konkrete oppgaver gjennom oppdragsdokumentet til RHF-ene. Samtidig har arbeidet med tidligere års indikatorer for ressursutnyttelse vist at det er til dels store forskjeller mellom helseforetak. Det er derfor viktig å fortsette arbeidet med å utarbeide og utvikle indikatorer for ressursutnyttelse, samt forsøke å identifisere områder og tiltak for forbedringer.

7.1 Somatisk virksomhet

I dette avsnittet ser vi nærmere på ulike data som kan gi informasjon om ressursutnyttelsen for somatisk spesialisthelsetjeneste. Gjennomgangen vil rette seg mot aktiviteten i helseforetak og sykehus. Aktiviteten ved disse institusjonene måles i denne sammenheng både med DRG-poeng⁷² og liggedøgn. Det presenteres ytterligere data og analyser i rapporten «Produktivitetsutvikling i somatisk spesialisthelsetjeneste. 2014-2018:» (IS-2848) fra Helsedirektoratet.

Utvikling i kostnadsnivå ved somatiske helseforetak/sykehus

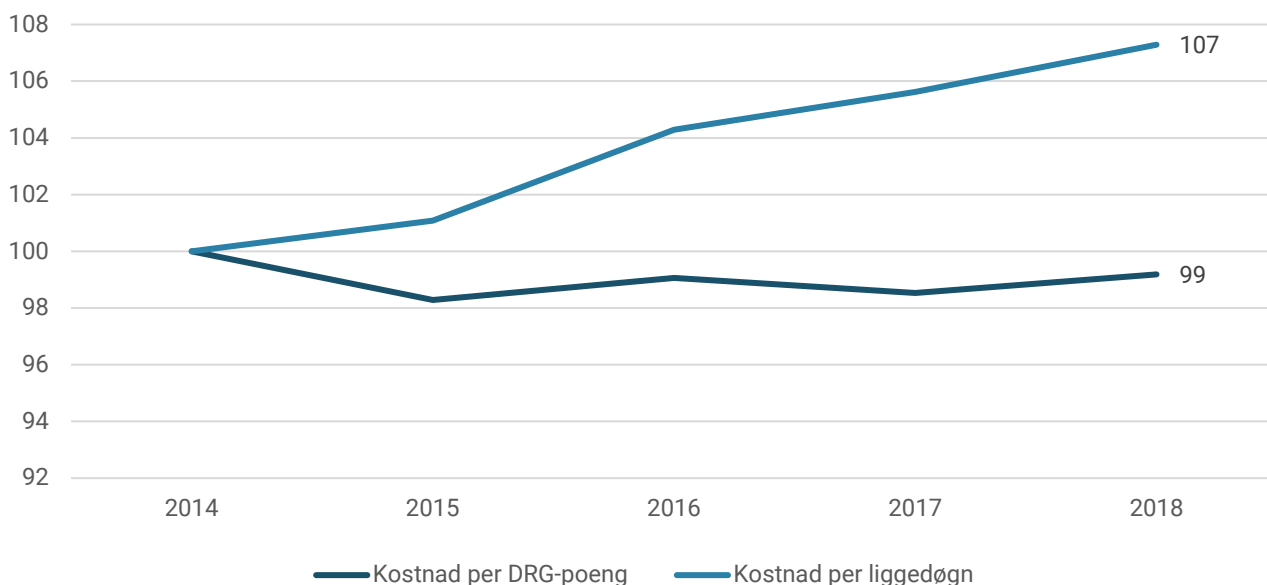
Produktiviteten ved somatiske helseforetak/sykehus, målt som kostnad per DRG-poeng, har vært stabil i perioden fra 2014 til 2018, som vist i *Figur 57*. I 2018 var kostnaden per DRG-poeng nasjonalt 50 554 kroner.

⁷² DRG-poeng er aktivitetsmål som tar høyde for ulikt ressurskrav i pasientbehandlingen. Det vil si at et lengre og mer komplisert sykehusopphold får høyere DRG-poeng enn et kortere eller mindre krevende opphold.

I perioden fra 2014 til 2018 økte kostnadene til pasientbehandling og DRG-poengene omtrent i takt, med en vekst på 5-6 prosent. Veksten i både kostnader og aktivitet var svakere sist i perioden med ca. 1,5 prosentpoeng (2016 til 2018), sammenlignet med først i perioden hvor veksten var på ca. 3,5 prosentpoeng (2014 til 2016).

Dempet vekst i somatisk spesialisthelsetjeneste er i tråd med styringssignalene. Det kan imidlertid være krevende å dempe kostnader i takt med dempet aktivitet. Siste år i perioden gikk produktiviteten ned med 0,7 prosent for regionene samlet. Dette skyldtes at kostnadene økte mer enn aktiviteten i Helse Sør-Øst og i Helse Nord.

Figur 57 Utvikling i kostnad per DRG-poeng og kostnad per liggedøgn, 2014-2018.



Kostnaden per liggedøgn økte med 7 prosent fra 2014 til 2018. Kostnadene til døgnbehandling gikk opp med 2 prosent, samtidig som antall liggedøgn ble redusert med 5 prosent. Nedgangen i antall liggedøgn har vært jevn gjennom perioden. Nedgangen i antall liggedøgn reflekterer en mer intensivt døgnbehandling, og en dreining mot mer poliklinisk aktivitet. Veksten i kostnader til døgnbehandling kom i løpet av de 2 første årene i perioden, fra 2014 til 2016.

Variasjoner mellom regioner og foretak/sykehus

I 2018 varierte nivået på kostnad per DRG-poeng fra 20 prosent over landsgjennomsnittet for Helse Nord til 5 prosent under for Helse Vest. Forskjellene i kostnadsnivå mellom regionene økte fra 2014 til 2018. En del av de regionale forskjellene i nivået på kostnad per DRG-poeng kan knyttes til ulikt nivå på strukturelle kostnader, som ikke skyldes ulikt produktivetsnivå. Basisbevilgningen til Helse Nord gis et påslag på 9,5 prosent, Helse Midt-Norge får et tillegg på 2 prosent, Helse Vest får et trekk på 2 prosent, og Helse Sør-Øst får et trekk på 1,5 prosent. Kostnader knyttet til strukturelle forhold tallfestes ikke på foretaksnivå, og kan derfor ikke korrigeres for ved beregning av kostnad per DRG-poeng.

Forskjellene i kostnadsnivå mellom helseforetakene var om lag uendret fra 2017 til 2018.

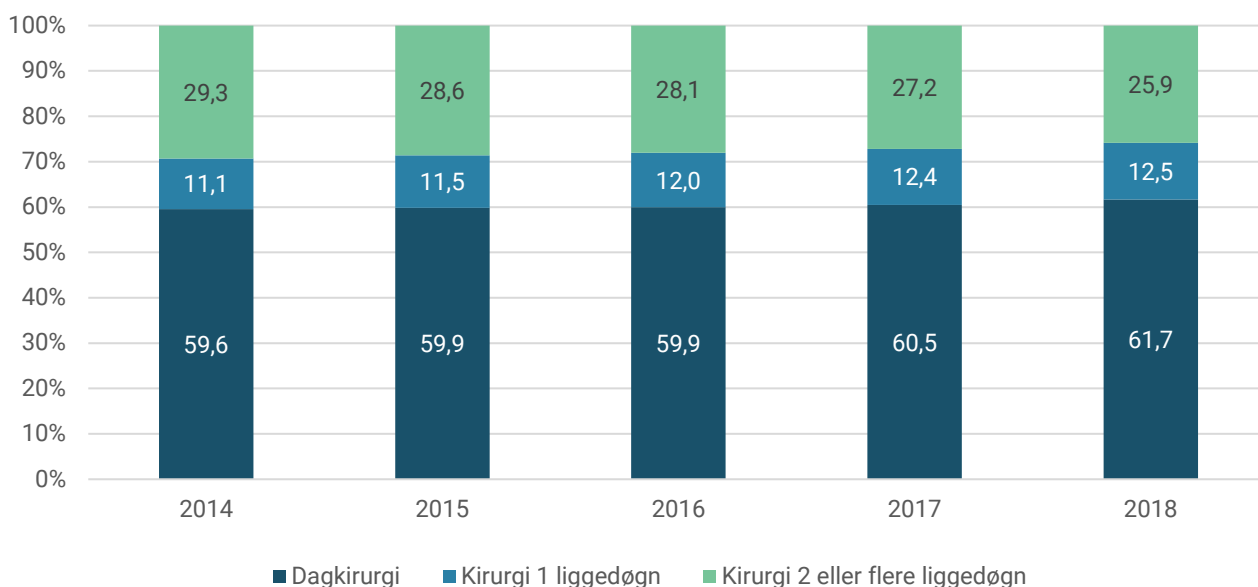
Veksten i kostnad per liggedøgn varierte fra 3 prosent for Helse Midt-Norge til 11 prosent for Helse Vest. Helse Sør-Øst og Helse Nord hadde en utvikling i kostnad per liggedøgn på linje med gjennomsnittet for regionene samlet. Sterkere vekst i kostnad per liggedøgn for Helse Vest skyldes en sterkere nedgang i antall liggedøgn, med 10 prosent i perioden mot 5 prosent for landet samlet. Samtidig hadde Helse Vest en sterkere nedgang i liggetiden for døgnopphold gjennom perioden.⁷³ I 2014 hadde Helse Vest en liggetid for døgnoppholdene som var om lag 0,2 døgn lengere enn gjennomsnittet, mens liggetiden i 2018 var 3,9 døgn og likt gjennomsnittet for regionene samlet.

Utvikling og variasjoner i bruk av dagkirurgi

De siste årene har det vært et økt fokus på at en større del av behandlingen skal foregå som dagbehandling. Dagbehandling gir ofte den beste ressursutnyttelsen samtidig som kvaliteten er like god for pasienten. Det har blitt gjort endringer i finansieringen for kirurgi de senere år (2015, 2017 og 2018)⁷⁴, som skal stimulere til økt andel dagkirurgi og samtidig understøtte målet om mindre variasjon i andel dagkirurgi.

Figur 58 viser at andelen dagkirurgi økte i femårsperioden for helseforetakene samlet, med sterkest vekst siste år (2017-2018). Samtidig ble andelen kirurgi med to eller flere liggedøgn redusert. Totalt var det en økning i antall opphold med planlagt kirurgi i femårsperioden og siste år. Fra 2017 til 2018 økte dagkirurgien med 6 442 opphold⁷⁵, tilsvarende en vekst på 3,3 prosent. Antall opphold med to eller flere liggedøgn ble redusert med 3 092 opphold, en nedgang på 3,5 prosent. Antall opphold hvor pasienten lå en dag på sykehus økte med 847 opphold i samme periode.

Figur 58 Utvikling i andel planlagt dagkirurgi, kirurgi med ett liggedøgn og kirurgi med to eller flere liggedøgn, 2014-2018.



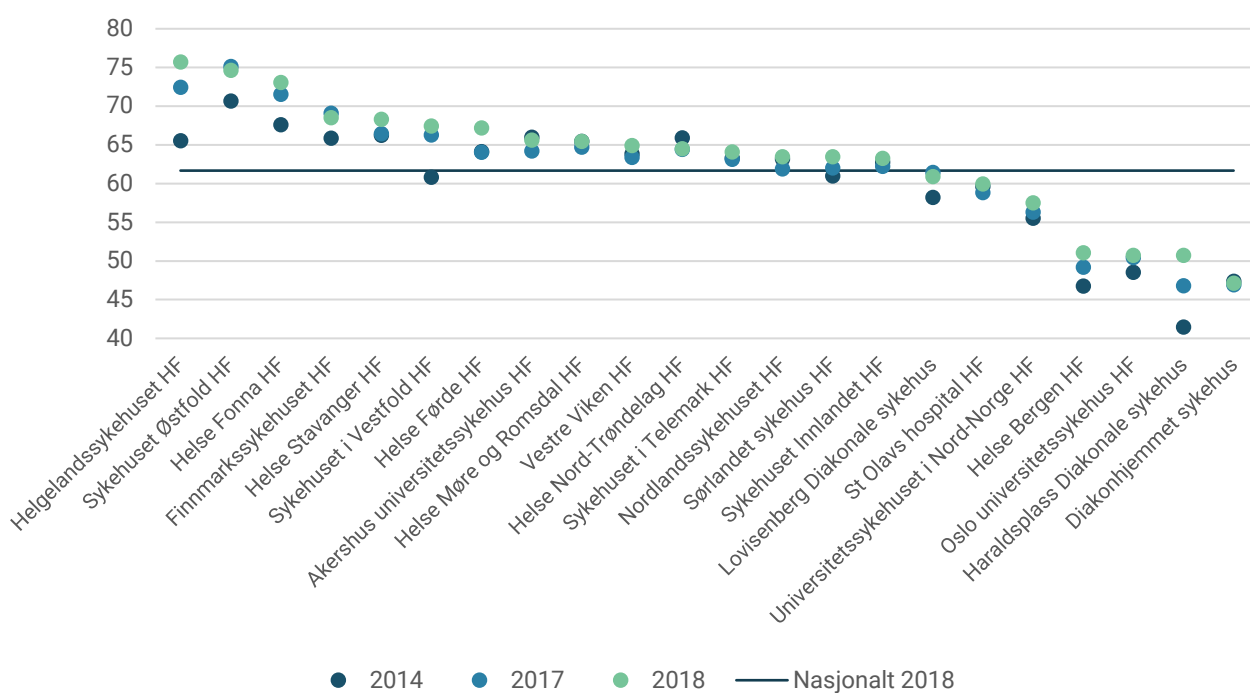
⁷³Se <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/samdata-somatikk>. Liggetiden for døgnopphold som refereres i teksten er korrigert for overføringer.

⁷⁴ Endringen i 2018 var mer omfattende enn de tidligere årene ved at et utvalg kirurgiske grupper fikk lik refusjon både som dag- og døgnkirurgi. Dette endret finansieringen for 57 prosent av all dagkirurgi.

⁷⁵ Aktivitet hos private sykehus inngår ikke. Det var en reduksjon i dagkirurgi hos private sykehus fra 2017 til 2018.

Det fremgår av *Figur 59* at andelen dagkirurgi har økt i de fleste foretakene. Helgelandsykehuset HF hadde sterkest økning i andel dagkirurgi fra 2014 til 2018, og var også det foretaket som hadde høyest andel i 2018. Andel dagkirurgi ved foretakene vil også påvirkes av hvilke kirurgiske funksjoner foretaket har. Foretak som har flere kirurgiske funksjoner hvor det er mer vanlig med bruk av dagkirurgi, som for eksempel inngrep ved øyesykdommer og øre-, nese- og halssykdommer, vil kunne fremstå med en høyere andel dagkirurgi enn helseforetak som i mindre grad har denne type funksjoner. Sykehusene i de større byene hadde lavere andel planlagt dagkirurgi enn andre foretak. Omfanget av dagkirurgiske inngrep hos avtalespesialister varierer betydelig mellom helseforetaksområder, og bidrar til dels å jevne ut forskjeller mellom områdene.⁷⁶ I 2017 hadde Helse Bergen-området og Hovedstadsområdet sammen med Østfold og Telemark, høyest bruk av kirurgi gjennomført hos avtalespesialist.

Figur 59 Utvikling og nivå av andel dagkirurgi for helseforetak og sykehus i 2014, 2017 og 2018.



Variasjonen i andel dagkirurgi mellom foretakene var omtrent uendret i femårsperioden, mens variasjonen mellom regionene ble betydelig redusert. I Helse Vest ble 57 prosent av planlagt kirurgi gjennomført som dagkirurgi i 2014, 5 prosentpoeng lavere enn i Helse Midt Norge, som hadde det høyeste nivået. Flere av foretakene i Helse Vest hadde sterkere vekst i andel dagkirurgi enn foretakene i Helse Midt-Norge siste fem år, og i 2018 var det små forskjeller mellom regionene.

Helseatlas for dagkirurgi beskriver mer inngående utvikling og forskjeller for et utvalg spesifikke kirurgiske inngrep, se helseatlas.no.

⁷⁶ Utvikling og variasjon i kirurgisk behandling 2013-2017. SAMDATA spesialisthelsetjenesten, analysenotat 11/2018.

7.2 Psykisk helsevern og rusbehandling (TSB)

Analysene av produktivitetsutvikling og kostnadsnivå ser på sammenhengen mellom aktivitet og ressursinnsats i tjenestene. I dette avsnittet ser vi spesielt på kostnadsnivået og hvordan dette har utviklet seg siste fem år. Økt kostnadsnivå tolkes som produktivtetsnedgang og vice versa ved redusert kostnadsnivå.

Det presenteres ytterligere data og analyser i rapporten «Kostnadsnivå og produktivitet i psykisk helsevern og TSB. 2014-2018» (IS-2852) fra Helsedirektoratet.

Psykisk helsevern

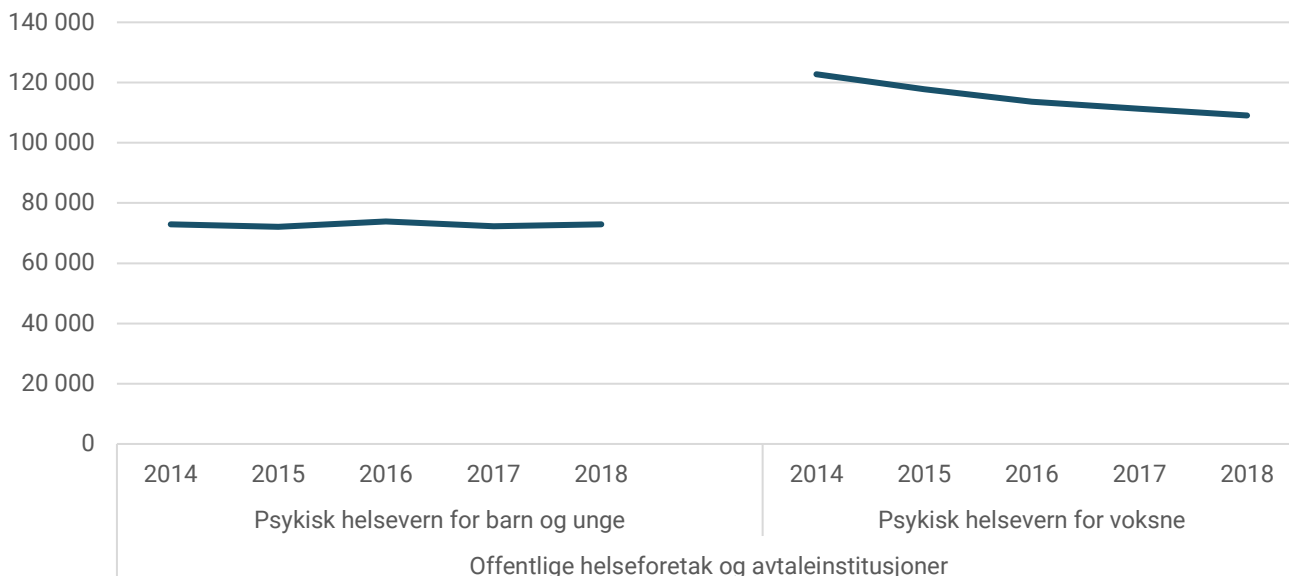
For psykisk helsevern er beregningene basert på data fra alle offentlige helseforetak, samt private institusjoner med områdeansvar. Dette er Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg Diakonale sykehus, NKS Olaviken alderspsykiatriske senter, Betanien Bergen, Jæren DPS, Solli sykehus og Voss DPS. For 2018 dekker utvalget med dette 95 prosent av de polikliniske konsultasjonene og 89 prosent av alle oppholdsdøgn i det psykiske helsevernet.

I siste femårsperiode var det en aktivitetsvekst uten kostnadsvekst i tjenester for voksne og aktivitetsvekst i takt med kostnadsveksten i tjenester for barn og unge. Figur 60 viser at i psykisk helsevern for barn og unge var gjennomsnittlige kostnad per pasient omtrent uendret i perioden og beregnet til 73 000 kroner i 2018. For psykisk helsevern for voksne ble kostnadsnivået redusert med 11 prosent fra 2014 til 2018 og kostnad per pasient var i 2018 beregnet til 109 000 kroner i gjennomsnitt.

Reduksjon i kostnadsnivå i det psykiske helsevernet for voksne gjaldt for alle regioner, mens utviklingen i tjenester for barn og unge ikke var like entydig på regionalt nivå.

Vekst i polikliniske årsverk og overgang fra døgnbaserte til polikliniske behandlingstilbud har gitt aktivitetsvekst og økt tilgang til behandling i det psykiske helsevernet. Kostnadene til pasientbehandling i psykisk helsevern for voksne har imidlertid ikke økt, og økningen i polikliniske årsverk innebærer derfor også omfordeling av ressurser fra døgnavdelingene. I psykisk helsevern for voksne har vi dermed en utvikling med et økt antall pasienter i tjenestene og med flere polikliniske konsultasjoner, men med færre oppholdsdøgn og en lavere andel døgnpasienter. Nedgangen som beregnes i gjennomsnittlige kostnad per pasient for tjenestene samlet er derfor i stor grad knyttet til denne endringen i tjenesteprofilen og kan ikke fortolkes som en produktivtetsforbedring uten at denne endringen i behandlingsprofil tas i betraktning.

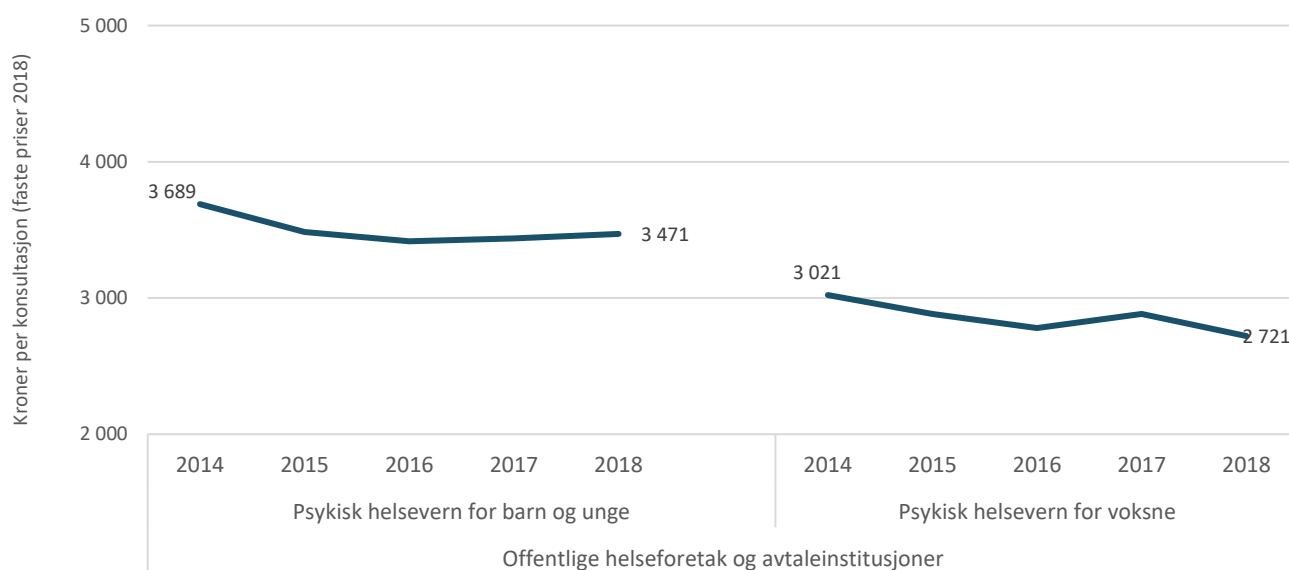
Figur 60 Kostnad per pasient i psykisk helsevern. Utvikling, 2014-2018.



Både i tjenester for barn og unge og i tjenester for voksne, har aktiviteten i poliklinikkene økt i perioden 2014–2018. Pasienttallet har hatt samme prosentvise vekst som årsverk i tjenestene, mens antall konsultasjoner har hatt en sterkere vekst enn dette. Det betyr økt personellproduktivitet i form av en økning i rapporterte konsultasjoner per behandler og også flere konsultasjoner til hver pasient i 2018 enn i 2014.

Gjennomsnittlig kostnad per konsultasjon ble i perioden redusert i takt med økningen i personellproduktiviteten, jf *Figur 61*. For 2018 beregnes kostnadsnivået for poliklinikkene til 2 700 kroner per konsultasjon i tjenester for voksne og til 3 500 kroner per konsultasjon i tjenester for barn og unge.

Figur 61 Kostnad per konsultasjon i poliklinikkene i psykisk helsevern. Utvikling, 2014-2018.

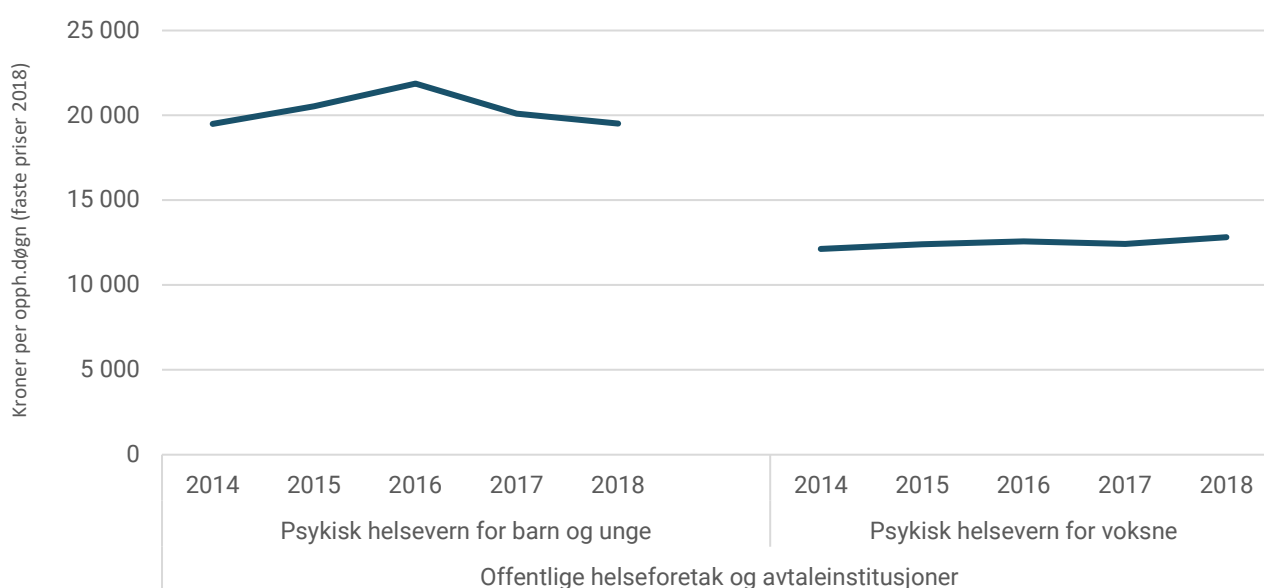


Utviklingen i regionene var i hovedsak tilnærmet lik utviklingen nasjonalt.

Døgnkapasiteten i psykisk helsevern for voksne målt ved døgnplasser ble redusert med 11 prosent i perioden 2014 til 2018. Antall pasienter i døgnbehandling holder seg likevel samtidig på samme nivå, men oppholdsdøgnene ble redusert med 7 prosent. Oppholdsdøgn per pasient gikk dermed ned.

Kostnadene til døgnavdelingene i psykisk helsevern for voksne ble redusert fra 2014 til 2018, men den prosentvise kostnadsreduksjonen var likevel mindre enn nedgangen i oppholdsdøgn. Gjennomsnittlig kostnad per oppholdsdøgn økte dermed med 6 prosent fra 2014 til 2018, som vist i *Figur 62*. For 2018 er den gjennomsnittlige døgnkostnaden i tjenester for voksne beregnet til 12 800 kroner.

Figur 62 Kostnad per oppholdsdøgn i psykisk helsevern. Utvikling, 2014-2018.



I psykisk helsevern for barn og unge behandles 96 prosent av pasientene uten innleggelse, men i motsetning til hva vi ser i psykisk helsevern for voksne, har døgnaktiviteten økt i denne delen av tjenesten. Økningen gjelder både pasienter og oppholdsdøgn. Ressursinnsatsen per oppholdsdøgn er høyere enn i tjenester for voksne og er for 2018 beregnet til 19 500 kroner, omtrent på samme nivå som i 2014. Kostnadsnivået økte først i perioden (2014-2016) for deretter å reduseres slik at nivået i 2018 var omtrent likt med 2014.

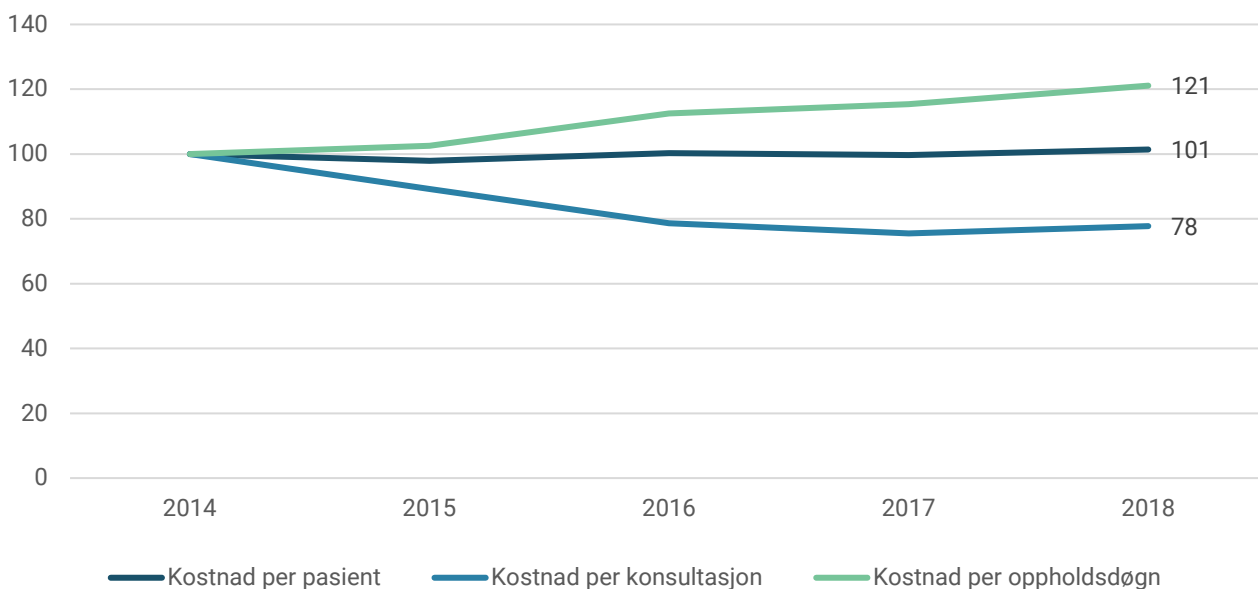
Rusbehandling (TSB)

Beregningene i avsnittet er basert på data fra alle offentlige helseforetak og private avtaleinstitusjoner med områdeansvar, herunder også de private rusinstitusjonene Blå Kors Borgestadklinikken, Kirkens Bymisjon Rogaland A-senter, Bergensklinikkene og Blå Kors Lade behandlingssenter. Kostnadsgrunnlaget som inngår i analysegrunnlaget er begrenset til kostnader til pasientbehandling. For 2018 dekker analysegrunnlaget 53 prosent av alle oppholdsdøgn innen TSB, da mye av aktiviteten ligger hos private.

Figur 63 viser utviklingen i kostnadsnivå målt per pasient, konsultasjon og oppholdsdøgn for det nevnte utvalget av virksomhet i TSB. Kostnader per pasient har vært tilnærmet uendret siste fem år, og er beregnet til om lag 108 000 kroner i 2018.

Kostnadsnivået for poliklinisk virksomhet (konsultasjoner) ble redusert først i perioden, men har vært tilnærmet uendret fra 2016. Økningen i antall konsultasjoner var sterkere enn veksten i kostnader og polikliniske årsverk når vi ser perioden under ett. Utviklingen siste år fra 2017 til 2018 viser imidlertid at antall konsultasjoner per årsverk er stabil, mens kostnad per konsultasjon øker. Utviklingstrekkene regionalt og for de inkluderte private institusjonene var i hovedsak lik med noen få unntak (særlig for 2018 med større reduksjon i Midt-Norge og Nord, samt markert økning for de private). For 2018 var kostnad per konsultasjon beregnet til 2 700 kroner. Tallene viser derfor en bedret produktivitet i poliklinikkene, men at dette har stagnert de siste to årene.

Figur 63 Kostnader per pasient, konsultasjon og oppholdsdøgn for helseforetak og utvalgte private institusjoner. TSB. 2014-2018. (2014=100).



For døgnvirksomheten har kostnadsnivået økt jevnt i perioden, og var 21 prosent høyere i 2018 sammenlignet med nivået i 2014. Som i poliklinikkene økte også aktiviteten i helseforetakenes døgnavdelinger siste fem år, målt i antall pasienter. I samme periode ble antall oppholdsdøgn redusert med 9 prosent. For de private rusinstitusjonene var det reduksjon både i antall oppholdsdøgn og antall pasienter, noe som henger sammen med reduserte avtaler for enkelte av klinikkene.

I perioden 2014-2018 har det vært en oppbygging av øyeblikkelig hjelp-beredskapen ved helseforetakene i sektoren. Dette har bidratt til en høyere andel korte og ressursintensive døgnopphold. Det er derfor som ventet at kostnadsnivået målt per oppholdsdøgn økte i perioden. Med unntak av helseforetakene i Vest, som først hadde sterkere vekst med påfølgende utflating og reduksjon, var det jevn økning i kostnad per oppholdsdøgn i regionene. Kostnad per oppholdsdøgn nasjonalt ble beregnet til 7 900 kroner i 2018.

7.3 Indikator for planlegging av aktivitet

Passert planlagt tid for konsultasjon

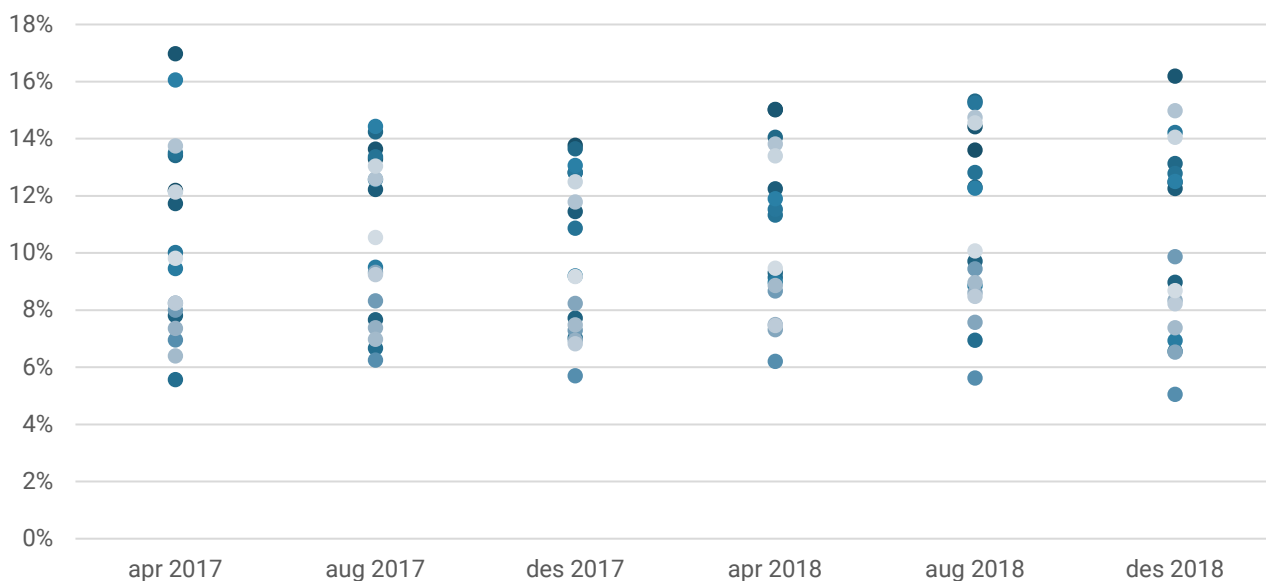
Arbeidsgruppen AIM har bidratt i utviklingen av en indikator som viser omfang av pasientkontakter som ikke gjennomføres på det tidspunktet som var planlagt (passert planlagt tid). Denne indikatoren kan brukes i vurdering av flere aspekter av hvor godt helsetjenesten fungerer. For pasient og pårørende er det ønskelig at planlagte kontakter gjennomføres innen de tidsfrister/tidspunkt som er satt. Dersom mange pasienter opplever at fastsatt tid ikke overholdes vil de fleste oppfatte dette som uheldig. For den enkelte virksomhet vil gjennomføring av aktivitet i henhold til fastsatte planer kunne bidra til god ressursutnyttelse dersom man klarer å planlegge med god utnyttelse av tilgjengelig kapasitet. Dersom en større andel av planlagte kontakter ikke gjennomføres i tide kan det blant annet være en indikasjon på en mindre ressurseffektiv virksomhet. Denne indikatoren publiseres hvert tertial, basert på egne innrapporteringer til Helsedirektoratet fra de regionale helseforetakene. Det foreligger kun data for årene 2017 og 2018.

Det er et mål å redusere andel og variasjon i andel pasientkontakter med passert planlagt tid.

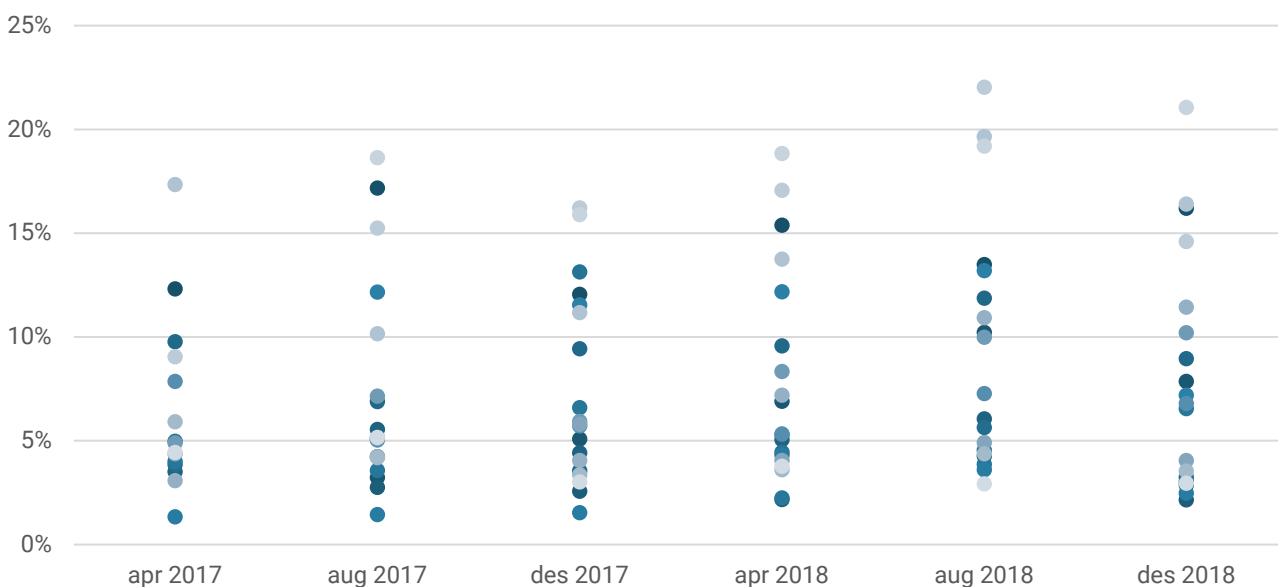
Ved utgangen av 2018 var det noe større variasjon mellom foretakene i andel passert planlagt tid sammenlignet med tidligere perioder. Helse Nord har i alle målingene hatt en høyere andel pasientkontakter som ikke ble gjennomført innen det tidspunktet som var planlagt. Per desember 2018 hadde Helse Nord 13,6 prosent, mens Helse Vest hadde lavest andel på 8,9 prosent. Det er til dels store forskjeller mellom helseforetakene i andelen passert planlagt tid, både når vi ser alle fagområder samlet og for det enkelte fagområde, se *Figur 64* og *Figur 65*. Det er heller ingen tydelige indikasjoner på at variasjoner i andelen mellom helseforetakene reduseres i perioden for de fleste fagområdene, men dataene dekker som nevnt en kort periode. Det kan ta tid å få til endringer som kan redusere andel med passert planlagt tid. Variasjonen er lavere når vi har med alle fagområder, og noe høyere når det ses på utvalgte fagområder som hjertesykdommer, ØNH og ortopedisk kirurgi. I begge tilfeller er imidlertid variasjonen rimelig stabil mellom målepunktene i 2017 og 2018.

Det at variasjonen mellom helseforetakene til dels er stor og ikke redusert fra 2017 til 2018, kan indikere muligheter for forbedringer av planlegging, logistikk og ressursutnyttelse hos flere helseforetak og sykehus.

Figur 64 Variasjon og utvikling i andel passert planlagt tid for helseforetak, 2017-2018. Alle fagområder. Kilde: RHF/NPR.



Figur 65 Variasjon og utvikling i andel passert planlagt tid for helseforetak, 2017-2018. Ortopedisk kirurgi. Kilde: RHF/NPR.



7.4 Oppsummering – god ressursutnyttelse

I dette kapitlet har vi sett på flere indikatorer som grunnlag for å vurdere utvikling og variasjon i ressursutnyttelsen i spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid ingen av indikatorene som angir om ressursutnyttelsen er i nærheten av potensialet eller om det er mulig selv for de beste foretakene/sykehusene å bedre sin ressursutnyttelse ytterligere. Det er derfor vanskelig å konkludere entydig på spørsmålet om det er god ressursutnyttelse i spesialisthelsetjenesten. Tidligere studier av

produktivitet i de nordiske land har vist at produktiviteten ved somatiske sykehus i Norge er lavere enn ved sykehus i Finland men bedre enn i Sverige (se bl.a. Kittelsen et.al (2015)⁷⁷). Det er derfor grunn til å anta at det er mulig med en generell bedring av ressursutnyttelsen ved sykehusene her i landet, uten at vi kan konkretisere denne bedringen nærmere.

Når det gjelder utviklingen i produktivitet de siste fem årene (2014-2018) er hovedbildet nasjonalt at dette har vært stabilt. For de somatiske sykehusene så vi at kostnad per aktivitet (DRG-poeng) var tilnærmet uendret siste fire år, etter en reduksjon fra 2014 til 2015. Kostnadsnivået ved poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge og i TSB har endret seg lite i deler av perioden. Der vi ser bedringer i produktivitet i form av lavere kostnadsnivå er for poliklinisk virksomhet i psykisk helsevern for voksne.

Selv om utviklingen indikerer stabilt produktivetsnivå, ser vi at det fortsatt er til dels store forskjeller mellom foretak eller sykehus i beregnet kostnadsnivå eller produktivetsmål. Dette gir grunn til å anta at de med lavere beregnet produktivitet kan ha mulighet til bedring av sitt nivå, og at vi gjennom det kan få økt den samlede produktivitet.

Kostnadsnivået for døgnvirksomhet måles per oppholdsdøgn. Både i somatisk virksomhet, psykisk helsevern for voksne og TSB går utviklingen i retning av mer behandlingsintensive og ressurskrevende døgnopphold. Økningen i kostnadsnivå per oppholdsdøgn skyldes trolig også dette forhold. Hvor mye av økningen som eventuelt kan skyldes lavere produktivitet er det ikke mulig å fastslå med disse tallene. Kanskje er det meste av endringen i kostnadsnivå knyttet til mer ressurskrevende døgnpasienter?

Vi har også sett på utvikling i planlagt kirurgi som viser at en større del av aktiviteten gjennomføres som dagkirurgi, og med en reduksjon i antall opphold der pasientene ble liggende på sykehus etter inngrepet. Variasjonen mellom helseforetakene har holdt seg stabil de senere år, mens forskjellene mellom regionene ble redusert. Uendret variasjon mellom foretakene kan indikere et forbedringspotensial, men funksjonsfordelinger og ulik tilgang på private sykehus/avtalespesialister (samt geografi) gjør at noe variasjon mellom foretakene er både nødvendig og ønskelig.

For indikatoren *passert planlagt tid*, som viser omfanget av pasientkontakter som ikke blir gjennomført innen planlagt tidspunkt, var det relativt stor variasjon mellom helseforetakene. Det var også noe økende variasjon i siste del av perioden (des 2018). Indikatorene gir ikke direkte informasjon om grad av ressursutnyttelse, men en høyere andel pasientkontakter som passerer planlagt tid kan indikere at det er muligheter for bedre planlegging og logistikk. Data for denne indikatoren dekker imidlertid bare en kort tidsperiode. Det er derfor usikkert om det har vært tilstrekkelig med tid til å gjennomføre forbedringstiltak som kunne ha redusert variasjonene noe.

⁷⁷ Kittelsen SAC, Winsnes BA, Anthun KS, Goude F, Hope Ø, Häkkinen U, et al. Decomposing the productivity differences between hospitals in the Nordic countries. J Productiv Anal. 2015;43(3):281–93.

8. Hovedtall for spesialisthelsetjenesten 2014-2018

Tabell V1 Hovedtall for spesialisthelsetjenesten for perioden 2014 til 2018.

Nøkkeltall:	2014	2015	2016	2017	2018	Pst endr. 2017-18	Pst endr. 2014-18
Sum unike pasienter inkl. avtalespes. ¹	2 461 851	2 515 565	2 563 827	2 595 455	2 625 866	1,2	6,7
Aktivitet somatisk behandling							
Pasienter totalt sykehus og avtalespesialister ^{2, 6}			2 417 839	2 451 845	2 487 097	1,4	
Pasienter totalt sykehus ³	1 858 476	1 905 818	1 941 536	1 964 142	1 979 648	0,8	6,5
Pasienter – innlagte ³	593 487	592 567	590 109	583 218	577 574	-1,0	-2,7
Pasienter – poliklinikk ³	1 699 979	1 753 513	1 795 018	1 822 678	1 841 223	1,0	8,3
Døgnopphold ⁸	810 075	816 441	818 181	808 693	802 861	-0,7	-0,9
Innleggelses 0 lgd., ikke-kirurgi	140 565	132 974	122 851	115 638	114 651	-0,9	-18,4
Dagbehandling, kirurgi	211 244	216 575	219 161	222 836	224 981	1,0	6,5
Polikliniske konsultasjoner totalt ⁴	5 553 384	5 832 791	6 073 350				
Polikliniske konsultasjoner totalt – ny aggregeringsregel ⁴			5 943 609	6 113 749	6 210 429	1,6	
-herav stråleterapi ⁵	193 788	201 382	187 377	186 825	184 991	-1,0	-4,5
-herav kjemoterapi ⁵	127 806	140 155	143 845	153 085	160 567	4,9	25,6
-herav dialyse ⁵	162 614	167 825	174 494	180 946	187 498	3,6	15,3
ISF avtalespesialister	819	867	926	817	295	-63,9	-64,0
Pasienter priv. avtalespes. ⁶			967 880	999 519	1 039 975	4,0	
Konsultasjoner priv. avtalespes. ⁶	2 056 069	2 117 215					
Konsultasjoner priv. avtalespes. (ikke estimert) ⁶		1 905 820	1 995 869	2 076 158	2 163 037	4,2	
Sum DRG-poeng ⁷	1 399 457	1 440 837	1 471 652				
Sum DRG-poeng -ny aggr. regel ⁷			1 465 084	1 475 777	1 479 371	0,2	
Liggedøgn døgnopphold (sum) ⁸	3 565 843	3 537 277	3 497 040	3 425 074	3 372 950	-1,5	-5,4

Gj.sn. liggetid døgnopphold ⁸	4,4	4,3	4,3	4,2	4,2	-0,8	-4,6
Aktivitet psykisk helsevern							
PHV-V Polikliniske konsultasjoner m/refusjon ⁹	1 425 917	1 525 223	1 595 304	1 744 119			
PHV-V Polikliniske kontakter totalt	1 642 238	1 762 705	1 823 459	1 841 648	1 800 993	-2,2	9,7
PHV-V Polikliniske kons. priv. avtalespes. (estimert)	639 637	662 511					
PHV-V Polikliniske kons. priv. avtalespes. (registrert)		639 288	661 887	627 490	615 230	-2,0	
PHV-V Utskrivninger	53 130	52 515	53 401	53 883	54 418	1,0	2,4
PHV-V Oppholdsdøgn	1 118 007	1 088 494	1 083 938	1 060 473	1 060 219	0,0	-5,2
PHV-V Pasienter off. inst.	138 369	143 801	147 932	150 749	150 803	0,0	9,0
PHV-V Pas. priv. avtalespes. Estimert.	52 288	54 487					
PHV-V Pas. priv. avtalespes. Registrert		51 566	52 882	49 548	50 012	0,9	
PHV-V Pas. totalt Registrert		188 280	193 093	193 039	193 694	0,3	
PHV-BU Polikliniske kons. m/refusjon ^{9 10}	783 015	817 529	821 669	840 569			
PHV-BU Polikliniske kons. priv. avtalespes.	29 096	28 441	28 616	26 658	27 530	3,3	-5,4
PHV-BU Pasienter off. inst.	55 263	56 162	55 527	57 252	56 679	-1,0	2,6
PHV-BU Pas. priv. avtalespes.	2 878	2 865	2 691	2 563	2 664	3,9	-7,4
PHV-BU Pas. totalt	57 355	58 234	57 507	59 085	58 600	-0,8	2,2
PHV-BU Dekningsgrad	5,1	5,2	5,1	5,2	5,2	-0,2	2,4
Aktivitet rusbehandling (TSB)							
Pasienter TSB ¹¹	30 517	32 063	32 821	32 865	32 620	-0,7	6,9
Innleggelser TSB	13 596	14 392	14 433	15 104	15 405	2,0	13,3
Oppholdsdøgn TSB	585 735	627 118	644 576	645 023	633 730	-1,8	8,2
Polikliniske konsultasjoner	390 190	442 124	481 270	487 604	482 649	-1,0	23,7
Avtalte årsverk ekskl lange fravær							
Årsverk spesialisthelsetjenesten totalt ¹²	104 710	111 093	112 840	114 007	114 028	0,0	8,9
Årsverk poliklinikk og ambulant PHV-V ¹³	3 835	4 032	4 194	4 261	4 320	1,4	12,6
Årsverk poliklinikk og ambulant PHV-BU ¹³	2 444	2 481	2 521	2 488	2 501	0,5	2,3

Årsverk poliklinikk og ambulant TSB ¹³	1 055	1 122	1 105	1 101	1 097	0,0	3,9
Senger/døgnplasser							
Effektive senger somatikk	10 649	10 709	10 559	10 395	10 254	-1,4	-3,7
Døgnplasser PHV-V	3 769	3 664	3 541	3 444	3 372	-2,1	-10,5
Døgnplasser PHV-BU	293	295	298	302	310	2,8	5,8
Døgnplasser TSB	1 906	1 947	1 917	1 902	1 889	-0,7	-0,9
Økonomisk resultat							
Regnskapsmessig resultat korr for eiers styringskrav (mill kr)	2 777	2 736	2 973	2 282	3 242		
Verdiendr varige og immatr eiendeler (mill kr)	4 523	2 073	1 655	707	1 804		
Gjeldsgrad (gjeld/egenkapital) (prosent)	84	72	71	64	66		
Langsiktig gjeld hos HOD (mill kr)	17 175	17 026	17 200	18 314	20 004		
Kostnader (millioner kr, løpende priser)¹⁴							
Somatikk	91 203	98 399	99 350	98 558	101 830	3,3	
PHV-V	18 041	19 205	18 758	18 850	19 283	2,3	
PHV-BU	4 153	4 404	4 358	4 422	4 561	3,1	
TSB	4 621	5 190	5 320	5 196	5 346	2,9	
Ambulanse	5 378	5 982	6 012	6 059	6 409	5,8	
Pasienttransport	3 135	3 279	3 307	3 140	3 156	0,5	
Personalpolitiske tiltak	289	302	294	279	300	7,6	
RHF-administrasjon	1 162	1 488	1 715	1 682	1 655	-1,6	
Spesialisthelsetjenesten totalt	127 980	138 248	139 114	138 186	142 540	3,2	
-herav pensjonskostnader	14 637	18 676	14 165	13 267	11 799	-11,1	
-herav kapitalkostnader	5 032	4 978	5 311	5 327	5 520	3,6	
-herav nye legemidler		300	1 200	584	841	3,3	
Kostnader (millioner kr, faste priser)^{14,15}							
Deflator SSB (akkumulert)	1,064	1,003	1,036	1,016	1,000		
Deflator benyttet i statsbudsj (akkumulert)	1,097	1,064	1,036	1,016	1,000		
Somatikk	92 171	93 728	97 753	100 131	101 830	1,7	10,5

PHV-V	18 867	18 930	19 099	19 151	19 283	0,7	2,2
PHV-BU	4 332	4 330	4 426	4 493	4 561	1,5	5,3
TSB	4 682	4 956	5 248	5 279	5 346	1,3	14,2
Ambulanse	5 635	5 908	6 133	6 156	6 409	4,1	13,7
Pasienttransport	3 176	3 131	3 262	3 190	3 156	-1,1	-0,6
Personalpolitiske tiltak	308	303	305	283	300	5,9	-2,5
RHF-administrasjon	1 136	1 371	1 632	1 709	1 655	-3,1	45,7
Spesialisthelsetjenesten totalt	130 306	132 657	137 858	140 392	142 540	1,5	9,4
Produktivitet somatikk (DRG-virksomhet)¹⁶							
Driftskostnad per DRG-poeng	53 439	52 522	52 935	50 224	50 554	0,7	
Driftskostnad per liggedag	16 567	16 747	17 277	16 691	16 954	1,6	
Produktivitet psykisk helsevern voksne^{16,17,18}							
Driftskostnader per pasient	124 608	119 577	115 322	111 120	109 104	-1,8	
Driftskostnader per konsultasjon				2 884	2 721	-5,7	
Driftskostnader per oppholdsdøgn				12 389	12 826	3,5	
Produktivitet i psykisk helsevern for barn og unge^{16,17,18}							
Driftskostnader per pasient	74 319	73 483	75 333	72 155	72 938	1,1	
Driftskostnader per konsultasjon				3 435	3 471	1,1	
Driftskostnader per oppholdsdøgn				20 000	19 517	-2,4	
Produktivitet TSB^{16,17,18}							
Driftskostnader per pasient	109 209	106 922	109 519	106 503	108 336	1,7	
Driftskostnader per konsultasjon				2 581	2 656	2,9	
Driftskostnader per oppholdsdøgn				7 543	7 916	4,9	

Tabellnoter

¹ Når NPR aggregerer sum pasienter på tvers av institusjoner og sektorer (SOM, PHV, TSB og private avtalespesialister) vil mangel på personidentifiserbar informasjon kunne medføre at en pasient telles flere ganger. I 2018 var andel pasienter der aktivitet ikke kunne kobles til et gyldig fødselsnummer 1,2 prosent for somatiske sykehusdata, 0,5 prosent for PHV og TSB, 0,2 prosent for PHBU, 1,5 prosent for avtalespesialister somatikk og 0,4 prosent for avtalespesialister psykisk helsevern.

² På grunn av manglende komplette data for avtalespesialister tidligere år, er det kun beregnet antall pasienter for de tre siste årene.

³ Tall på pasienter i somatiske sykehus er eksklusive pasienter som ble behandlet hos private spesialister, men inklusive pasienter hos ISF avtalespesialister.

⁴ I 2016 ble det tatt i bruk en ny aggregeringsregel for samme-dags polikliniske konsultasjoner. Det er knyttet spesifikke regler til aggregeringen som er nærmere beskrevet i dokumentasjonen for Norsk Pasientklassifisering (NPK). Konsekvensen av dette ble estimert til om lag 130 000 konsultasjoner. Det presenteres derfor to tall for 2016, slik det fremkommer i datagrunnlaget og et estimert antall som er sammenlignbart med 2015 og tidligere.

⁵ For episoder knyttet til strålebehandling, kjemoterapi og dialyse er det ikke estimert eventuell effekt av ny aggregeringsregel. Endringen fra 2015 til 2016 kan derfor delvis skyldes dette.

⁶ Data fra de private avtalespesialistene har ikke vært komplette og antallet pasienter og konsultasjoner ble estimert for 2015 og tidligere år. For pasienter/polikliniske konsultasjoner hos avtalespesialist er følgende ekskludert: enkle kontakter (ikke konsultasjon med legespesialist), laboratorieundersøkelser/prøver, kontakter som kun inkluderer allmennlegetakster, radiologitakster og legeerklæringstakster.

⁷ DRG-poengene er korrigeret for systemendring i ISF beregnet gjennom årlig regruppering av data. Aktivitet ved Bergen legevakt og Rusakutten ved Bergen legevakt er inkludert i Helse Bergen HF alle år. Data er eksklusive Betanien Bergen, Oslo Legevakt og private sykehus.

⁸ Døgnopphold er inklusive døgnerhabilitering. Opphold hvor pasient skrives ut samme dato som innleggelsesdato er ekskludert.

⁹ Fra 2017 ble finansieringssystemet for poliklinikkene lagt om. For dette året ble likevel takster registrert. Fra 2018 kan denne indikatoren ikke lenger benyttes. Vi benytter i stedet sum polikliniske kontakter.

¹⁰ Sektoren har de siste årene gradvis skiftet pasientdatasystem fra BUPdata til DIPS. Dette har påvirket rapporteringen av aktivitet, spesielt kontakttypen utredning, men også i noen grad kontakter knyttet til behandling. Den rapporterte aktiviteten går betydelig ned, spesielt året etter innføring av nytt system. Omfanget varierer fra foretak til foretak. Dette er viktig å ta hensyn til i analyse og bruk av resultater spesielt på regionalt og helseforetaksnivå.

Helseforetak som har tatt i bruk DIPS som pasientadministrativt system:

- 2014: Oslo Universitetssykehus HF og Sørlandet sykehus HF
- 2015: Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset Innlandet HF
- 2016: Sykehuset i Vestfold HF

¹¹ Antall pasienter er beregnet på grunnlag av pasientdata innrapportert til Norsk pasientregister. I den forbindelse er det forhold vedrørende identifisering av rusbehandlingssenheter i pasientdata som kan påvirke pasienttallene som presenteres for sektoren:

- Sykehuset Innlandet: Ruspoliklinikk ved Lillehammer DPS er mangelfullt identifisert i pasientdata.
- Sykehuset Telemark: Akuttposten kan ikke identifiseres i sin helhet i pasientdata. Poliklinisk virksomhet er delvis identifisert frem til 2015.
- Helse Stavanger: Ettervernplassene inngår ikke i pasientdatarapporteringen.
- Helse Fonna: Rusposten kan ikke identifiseres i sin helhet i pasientdata. Ruspoliklinikkene i Odda og Stord er delvis identifisert. Stord er identifisert i 2015.
- Nordlandssykehuset: Rusbehandling ved Salten DPS er identifisert i sin helhet i pasientdata først i 2015 og er mangelfull for 2012-2014.

¹² Antall årsverk eksklusiv lange fravær er ikke beregnet for hvert tjenesteområde på grunn av utfordringer med å fordele deler av fellespersonellet på en robust måte. Det tas derfor kun med årsverk samlet for alle tjenesteområder. Kilde: SSB.

¹³ Årsverk for poliklinisk og ambulant personell er basert på en rapportering som Helsedirektoratet gjør i egen regi.

¹⁴ Tall for årene 2014-2016 er inklusiv nøytral merverdiavgift, mens tall for 2017-2018 er eksklusiv dette. Endringstall 2017-2018 er dermed beregnet på eksklusiv nøytral mva.

¹⁵ Kostnadene er deflatert med prisindeks for arbeids- og produktinnsats for statlige helsetjenester (SSB). Akkumulert prisvekst er beregnet til 6,4 prosent fra 2014 til 2018. Kostnadene er korrigeret for finansieringsansvar knyttet nye legemidler.

¹⁶ Tallene for 2014-2016 inkluderer nøytral merverdiavgift, mens 2017-2018 er eksklusiv dette. Tallene er derfor ikke sammenlignbare i hele perioden.

¹⁷ Kostnadstallene er oppgitt i faste priser 2018. Kostnadsfordelingen mellom døgnavdelinger og poliklinikker i psykisk helsevern og TSB er estimert ved bruk av informasjon om polikliniske kostnader slik dette er rapportert i grunnlagene for direktoratets arbeid med kostnadsvektene.

¹⁸ Alle offentlige helseforetak, alle private avtaleinstitusjoner med områdeansvar samt fire større private institusjoner som leverer tjenester innen TSB inngår i grunnlagene for analysene. Andre private tilbydere inkluderes ikke. Utvalget dekker med dette 90-100 prosent av den polikliniske aktiviteten i tjenestene og mer enn 90 prosent av døgnaktiviteten for psykisk helsevern. Private langtidsinstitusjoner i TSB oppfyller ikke inkluderingskriteriene. Utvalget dekker derfor bare om lag halvparten av oppholdsdøgnene for dette tjenesteområdet. Beregnet døgnkostnad for TSB-utvalget er antagelig høyere enn det som gjelder for TSB totalt.

Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten

Utgitt

September 2019

Publikasjonsnummer:

IS-2851

Forfattere:

Birgitte Kalseth og

Lars Rønningen (red.)

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

© Syda Productions /Mostphotos

Design

Itera as

www.helsedirektoratet.no