

Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten

Kostnader, aktivitet og kvalitet

SAMDATA spesialisthelsetjeneste 2019

Rapport

IS-2957



Innhold

Sammendrag	5
Innledning	13
Del A Ressursbruk og aktivitet i spesialisthelsetjenesten	14
1. Kostnader til spesialisthelsetjenester	15
1.1 Kostnadsutviklingen nasjonalt	15
1.2 Regionale forskjeller i kostnader og kostnadsutvikling	16
2. Aktivitet og dagkirurgi ved somatiske sykehus	17
2.1 Aktivitetsutvikling for somatiske sykehustjenester	17
2.2 Utvikling og variasjoner i bruk av dagkirurgi	19
3. Produktivitet og kostnadsnivå	21
4. Helseforetakenes økonomiske situasjon	24
4.1 Økonomisk resultat	24
4.2 Eiendeler	25
4.3 Investeringer	26
4.4 Egenkapital og gjeld	28
5. Prioritering av psykisk helsevern og TSB	30
5.1 Innledning	30
5.2 Utvikling i kostnader	31
5.3 Utvikling i aktivitet – polikliniske konsultasjoner	32
5.4 Utvikling i ventetider	33
Del B Tilgjengelighet og kvalitet	35
6. Bruk av tjenester	38
6.1 Befolkningen bruk av somatiske spesialisthelsetjenester	38
6.2 Befolkningens bruk av rehabiliteringstjenester	44
6.3 Befolkningen bruk av tjenester innen psykisk helsevern	49
6.4 Befolkningen bruk av tjenester for barn og unge	50
6.5 Befolkningen bruk av tjenester for voksne	57
6.6 Befolkningens bruk tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	65
7. Kontinuitet i oppfølgingen	70
7.1 Vurderingsfrist og ventetid til oppstart utredning/behandling	71

7.2	Tid til tjenestestart i somatikken	74
7.3	Gjennomføres avtalte kontakter som planlagt?	77
7.4	Strykninger fra operasjonsprogrammet (NKI)	78
7.5	Pasienter med hoftebrudd operert innen 24 og 48 timer	80
7.6	Pakkeforløp	81
7.7	Kontakt etter utskriving i psykisk helsevern og TSB	85
7.8	Mer fleksibilitet i tjenestene kan understøtte kontinuitet og tilgjengelighet	87
7.9	Epikrisetid - tilbakemelding til fastlege/henviser etter utskriving	89
8.	Utvalgte nasjonale kvalitetsindikatorer knyttet til behandling	91
8.1	Prevalens av infeksjoner i sykehus	91
8.2	Bruk av antibiotika	92
8.3	Kvalitetsindikatorer knyttet til hjerte-karsykdom	94
8.4	Resultat for andre utvalgte kvalitetsindikatorer	98
Del C	Hovedtall for spesialisthelsetjenesten 2015-2019	101

Sammendrag

Rapporten beskriver mange dimensjoner i spesialisthelsetjenestens utvikling med hovedvekt på perioden 2015-2019. Utviklingsbildet er sammensatt. Resultatene viser blant annet en noe lavere vekst i kostnader siste par år og at det fortsatt er store geografiske forskjeller i bruk av noen typer tjenester. Videre ser vi at den positive ventetidsutvikling i somatikken har stoppet opp, men at det samtidig er bedre resultater for mange indikatorer for kvalitet. Tallene viser også at produktivitet for somatiske sykehustjenester har vært ganske stabilt siste fem år.

I denne rapporten gis det en bred beskrivelse av utvikling og status for spesialisthelsetjenesten, både de lange linjer og siste par årene frem til 2019. Rapporten omhandler i mindre grad situasjonen i 2020 som følge av pandemien. Rapporten utgjør sammen med andre rapporter og data presentert på web publikasjonen SAMDATA Spesialisthelsetjenesten.

Utviklingen i 2020

For en del av indikatorer som presenteres i rapporten har tiltakene knyttet til pandemien bidratt til noe forverring i 2020. Det gjelder for eksempel gjennomsnittlig ventetid i somatikken, strykninger fra operasjonsprogrammet og andel utsatte avtaler (passert planlagt tid). Andelen gjennomførte pakkeforløp innen standard forløpstid er imidlertid, basert på foreløpige tall for januar-september 2020, noe høyere enn i tilsvarende periode i 2019. Det er også en del indikatorer hvor vi først i 2021 vil kunne beregne resultater for 2020.

Ressursbruk, aktivitet og produktivitet

Reduksjon i planlagt medisinsk døgnbehandling siste 5 år

Antall planlagte somatiske døgnopphold ble redusert med i overkant av 10 000 opphold fra 2015. Døgnopphold registrert som planlagt medisin ble redusert i hele perioden, mens planlagte kirurgiske døgnopphold først økte tidlig i perioden, for deretter å ha en reduksjon siste tre år.

Omfanget av øyeblikkelig hjelp døgnopphold ble noe redusert tidlig i perioden 2015-2019, men økte tilsvarende siste del av perioden. Døgnopphold registrert som medisinsk øyeblikkelig hjelp, utgjorde 62 prosent av alle døgnopphold i 2019, tilnærmet ett prosentpoeng høyere enn i 2015.

Dagkirurgi økte i omfang fra 2015 til 2019

Det var i 2019 om lag 417 000 kirurgiske opphold, og av disse var drøyt 328 000 planlagte. Antall planlagte dagkirurgiske opphold økte med nær 17 000 opphold fra 2015 til 2019. Planlagte kirurgiske opphold hvor pasient har en overnatting økte også i denne perioden, mens planlagte kirurgiske opphold der pasienten hadde to eller flere liggedøgn på sykehuset ble redusert.

Andelen planlagte dagkirurgiske opphold økte i de fleste helseforetakene i siste femårs periode.

Relativt stabilt produktivitetsnivå ved somatiske sykehus

I perioden fra 2015 til 2019 økte både kostnadene til pasientbehandling og aktiviteten ved somatiske sykehus og foretak, men veksten i kostnadene var samlet sett noe høyere enn veksten i aktivitet. Produktivitetsnivået var dermed svakt lavere i 2019 sammenlignet med 2015, en reduksjon på 0,6 prosent. Produktivitetsnivået har imidlertid i femårsperioden vært relativt stabilt.

De lange linjer for kostnadsutviklingen– noe lavere vekst de siste årene

I 2019 utgjorde kostnadene til spesialisthelsetjenesten 151,6 mrd. kroner. Det var en vekst fra 2018 på 1,4 prosent, og den langsiktige veksten fra 2008 var på 20 prosent. Fram til 2016 var veksten i kostnader større enn befolkningsveksten, men har etter det avtatt og nærmet seg befolkningsveksten.

Fram til 2013 økte kostnadene i somatisk sektor og psykisk helsevern noenlunde i takt. I perioden etter 2013 var veksten i somatisk sektor større enn i psykisk helsevern. Siste år var det noe sterkere vekst i kostnader til somatisk sektor enn til psykisk helsevern, og det var en realnedgang i kostnader til spesialisert rusbehandling (TSB).

Mange år med positive regnskapsmessige resultat

De regionale helseforetakene hadde hver for seg og samlet et positivt regnskapsmessig årsresultat i 2019. Dette har vært situasjonen siden 2011, hvor Helse Sør-Øst har hatt en trend med stadig bedre økonomisk resultat og de andre RHF-ene et mer stabilt (Helse Vest og Helse Midt-Norge) eller reduserende (Helse Nord) nivå.

Bruk av somatiske spesialisthelsetjenester

Stabil utvikling i andel pasienter i somatiske spesialisthelsetjeneste

I 2019 var det i underkant av 2,5 millioner pasienter i somatisk spesialisthelsetjeneste. Det tilsvarer omtrent 46 prosent av befolkningen. Fra 2016 til 2018 var det en moderat vekst i andel innbyggere som var pasienter i spesialisthelsetjenesten, mens det var en svak nedgang fra 2018 til 2019. For menn og kvinner samlet var det reduksjon eller stabil andel pasienter i aldersgruppene som spenner fra 0 til 66 år fra 2015 til 2019. Det var vekst i andel pasienter i befolkningen for aldersgruppene 67 til 79 år og 80 år og eldre, med størst vekst for kvinner 80 år og eldre i femårsperioden.

Færre døgnopphold og flere polikliniske kontakter

Det var til sammen 2,3 millioner personer som hadde minst én poliklinisk kontakt i somatisk spesialisthelsetjeneste i 2019. Det utgjør 43,6 prosent av hele befolkningen, og er 0,4 prosentpoeng høyere enn i 2016. Det ble totalt registrert i overkant av 7,8 millioner polikliniske kontakter. Antall kontakter per innbyggere økte både fra 2016 og siste år. Veksten i kontakter økte mer enn antall pasienter, noe som betyr at antall kontakter per pasient økte i fireårsperioden.

For Norge totalt var det 521 282 døgnpasienter i 2019. Som andel av befolkningen tilsvarer det i underkant av ti prosent, og det er nedgang fra 2016. Det var totalt 754 822 døgnopphold (eksklusive rehabilitering). Antall døgnopphold per innbyggere ble redusert i femårsperioden, og det var en nedgang både for planlagte døgnopphold og øyeblikkelig hjelp.

Geografiske forskjeller i bruk av somatisk spesialisthelsetjeneste

Variasjonen mellom helseforetaksområdene i antall polikliniske kontakter per innbygger var stabil fra 2016 til 2019, og var relativt liten sammenlignet med annen type aktivitet. Det var større variasjoner i bruk av døgnopphold, men variasjonen var lavere i 2019 enn i 2015. Det var særlig høy variasjon i planlagte døgnopphold per innbygger. Området med høyest bruk av planlagte døgnopphold, hadde nesten dobbelt så mange opphold per innbygger som området med færrest opphold per innbygger.

Vi finner en viss grad av samvariasjon mellom antall polikliniske kontakter per innbygger og antall døgnopphold per innbygger, hvor høye verdier på den ene variabelen, for eksempel døgnraten, tenderer til å samvariere med lave verdier for polikliniske kontakter og omvendt.

Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

Færre pasienter mottar rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

Det var totalt i underkant av 51 000 pasienter som mottok rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i 2019. Samlet er det en nedgang på 5 000 pasienter fra 2015, tilsvarende en reduksjon på ni prosent.

Reduksjonen i sykehus og vekst ved private rehabiliteringsinstitusjoner

I 2019 var det 22 660 pasienter som mottok rehabilitering i sykehus og 29 652 pasienter som mottok rehabilitering ved private institusjoner.

Antall pasienter med rehabilitering i sykehus ble redusert med 27 prosent siste fem år. Primær enkel døgnrehabilitering og dag- og poliklinisk rehabilitering hadde størst nedgang med henholdsvis 39,4 prosent og 32,7 prosent fra 2015 til 2019. Også for primær kompleks og for sekundær døgnbehandling var antall pasienter lavere i 2019 enn i 2015.

Antallet pasienter ved private institusjoner økte med 12,2 prosent fra 2015 til 2019. Antall pasienter som mottok døgnbehandling ved private institusjoner var høyere i 2019 enn i 2015, selv om det var reduksjon i antall pasienter fra 2018 til 2019.

Det var også en vekst i antall pasienter som mottok dag- og/eller poliklinisk behandling ved private institusjoner.

Prioritering av psykisk helsevern og rusbehandling (TSB)

Ingen av de regionale helseforetakene nådde i 2019 alle målene om å prioritere psykisk helsevern og TSB slik dette er beskrevet i Oppdragsdokumentet. Det var imidlertid oppnåelse av delmål i oppdraget.

Helse Nord hadde en sterkere kostnadsvekst for TSB og tilnærmet lik vekst for psykisk helsevern sammenlignet med somatikk. Aktivitetsveksten målt i konsultasjoner var sterkere for TSB enn for somatikk i alle de fire regionene. Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge hadde en bedre utvikling i gjennomsnittlig ventetid for psykisk helsevern og TSB enn somatikk i 2019. Helse Vest hadde kortere gjennomsnittlig ventetid enn målet for psykisk helsevern for voksne, for barn og unge, samt for TSB. Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge nådde delvis sistnevnte mål.

Bruk av tjenester i psykisk helsevern

Flest unge pasienter i det psykiske helsevernet

Inklusive avtalespesialistene var totalt 252 000 personer i kontakt med det psykiske helsevernet i 2019, mot 248 000 fem år tidligere. Dette tilsvarer 4,6 prosent av befolkningen. For både kvinner og menn steg raten fram til aldersgruppen 16-17 år. Pasientraten avtok deretter med økende alder.

Veksten i psykisk helsevern for barn og unge har flatet ut

I siste 20 års-periode var det en kraftig vekst i omfanget av pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. I forbindelse med opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008), var det en økning fra om lag 2 til nær 5 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen som var i kontakt med tjenesten. Denne veksten kom primært i poliklinisk virksomhet, med en betydelig økning i antall polikliniske kontakter i perioden. Etter opptrappingsperiodens slutt, avtok veksten både i pasient- og konsultasjonsratene, og har de senere årene flatet ut. Fra 2015 avtok konsultasjonsraten, spesielt etter 2017. Siste år var det derimot en svak vekst i polikliniske kontakter.

Jenter i ungdomsalder bruker tjenestene i psykisk helsevern i størst grad

Det var store forskjeller i bruk av tjenester blant jenter og gutter i ulike aldersgrupper i hele siste femårsperiode. Jenter i alderen 16-17 år (11,7 prosent) hadde i 2019 en betydelig høyere pasientrate enn gutter (6,9 prosent) i samme alder. Dette gjaldt både i døgnbehandling og poliklinikk i samtlige regioner i hele femårsperioden. Guttene i denne aldersgruppen hadde allikevel den største veksten i perioden.

Geografiske forskjeller i bruk av tjenester blant barn og unge

I hele perioden fra 2015 til 2019 hadde Helse Nord de høyeste og Helse Sør-Øst de laveste pasientratene for både jenter og gutter i alderen 0-17 år. Det var allikevel betydelige variasjoner både innad i regionene og mellom helseforetaksområdene i bruk av tjenester blant barn og unge. Mens om lag sju prosent av barne- og ungdomsbefolkningen i Helse Førde-området og Helgeland var i kontakt med det psykiske helsevernet i 2019, var tilsvarende tall for barne- og ungdomsbefolkningen i Vestre Viken og deler av Oslo drøyt fire prosent. Relativt høye pasientrater hos avtalespesialister bidro til høye totale pasientrater i Telemark.

20 prosent av unge i døgnbehandling hadde en ny innleggelse innen 30 dager

En av fem utskrivninger fra døgnbehandling (20 prosent) i det psykiske helsevernet for barn og unge resulterte i en ny innleggelse innen 30 dager i 2019. I siste femårsperiode gikk andelen ned fra 23 til 20 prosent. Nær halvparten av utskrivningene i 2018 (47 prosent) resulterte i en ny innleggelse innen ett år etter utskrivning.

Fortsatt nedgang i døgnaktiviteten i det psykiske helsevernet for voksne

Sett i forhold til befolkningen ble raten for oppholdsdøgn redusert med 57 prosent fra 1998 til 2019, og nedgangen fortsatte også de siste årene. Raten for utskrivninger økte likevel fram til 2010, og var i 2019 51 prosent over nivået i 1998. Konsultasjonsraten ved poliklinikkene har blitt tre-doblet i perioden, men med tegn til utflating de siste årene. Konsultasjonsraten hos avtalespesialistene har blitt redusert med 15 prosent siden 2011.

Regionale forskjeller i bruken av tjenestene for voksne

Sett i forhold til innbyggertallet lå raten for pasienter totalt på samme nivå i alle regionene. Sammensetningen av tilbudet var imidlertid forskjellig. Helse Midt-Norge og Helse Nord hadde høyere pasientrate enn de øvrige ved poliklinikkene. Helse Midt-Norge og Helse Nord hadde imidlertid en vesentlig lavere pasientrate hos avtalespesialistene i psykiatri og psykologi. Helse Nord og Helse Vest hadde høyere rater for bruk av døgntjenester enn de øvrige regionene.

Det er store forskjeller i bruk av tjenester mellom foretaksområdene. Sett i forhold til innbyggertallet hadde Lovisenberg-området 67 prosent flere pasienter enn Østfold. Finnmark hadde mer enn dobbelt så mange døgnpasienter som Diakonhjemmet-området. For pasienter som bare mottar poliklinisk behandling, var raten 64 prosent høyere for Lovisenberg-området enn for Østfold. Størst forskjeller i tjenestetilbudet fant vi for avtalespesialistene. Lovisenberg-området hadde her 3,5 ganger høyere rate enn St. Olavs-området.

Bruk av tjenester for rusbehandling (TSB)

Stabilt nivå av pasienter i TSB

I 2019 var totalt 33 000 personer i kontakt spesialisthelsetjenesten om behandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Pasienter per innbygger var så å si uendret i perioden 2015-2019. Dekningsratene for oppholdsdøgn har blitt lavere, mens antall konsultasjoner per innbygger har økt i denne perioden. Utviklingen de siste årene tyder på at nedgangen fra 2017 til 2018 er avløst av en økning siste år.

Små geografiske forskjeller for døgnbehandling – større for poliklinisk tilbud

Det er små geografiske forskjeller for døgnbehandling i TSB målt ved pasientrater, men når det gjelder innholdet i døgntilbudet er det eksempelvis forskjeller i bruken av øyeblikkelig hjelp og varigheten av døgnbehandlingen. Bruken av private tilbud er forskjellig i de ulike foretaksområdene og det påvirker i særlig grad bruken av og varigheten av planlagt døgnbehandling. Det er imidlertid geografiske forskjeller i det polikliniske tilbudet for rusbehandling.

Tidsmessig kontinuitet i forløp

Kontinuitet i behandling og oppfølging handler blant annet om at hver enkelt pasient får startet sin utredning og behandling innen rimelig og medisinsk forsvarlig tid, og at forløpene ikke innebærer unødige utsettelse eller avbrudd som ikke er faglig begrunnet. Helsedirektoratet følger med på en rekke indikatorer som kan relateres til tidsmessig kontinuitet i forløpene.

Kortere tid fra henvisning til oppstart utredning og behandling

Det ble siste fem år kortere tid fra henvisning til oppstart utredning og behandling både i psykisk helsevern, TSB og i somatikken. Samtidig viser resultatene at gjennomsnittlig ventetid i somatikken og median tid fra henvisning til utførte behandlingsprosedyrer økte igjen i perioden 2017-2019.

Omkring 2,5 prosent av pasientene i psykisk helsevern for barn og unge og i somatikken opplevde brudd på sin individuelle frist i 2019, mens det gjaldt 1,5 prosent innen psykisk helsevern for voksne. I 2019 var det størst variasjon i gjennomsnittlig ventetid mellom helseforetakene innen psykisk helsevern barn og unge og minst forskjeller mellom helseforetakene innen somatikken.

I somatikken følger Helsedirektoratet også med på utviklingen i tiden fra henvisning til konkrete typer at utredningsprosedyrer (19 stk) eller behandlingsprosedyrer (110 stk) utføres. Median tid til utført utredningsprosedyre ble redusert fra 2015 til 2019. Tid til utført behandlingsprosedyre ble også kortere fra 2015-2017 (-6 dager), men økte med 13 dager fra 2017-2019 og mediantiden var da på 108 dager. Variasjonen mellom helseforetak var relativt stabil siste fem år.

90 prosent av planlagte avtaler overholdes

Punktmålinger viser at omtrent 90 prosent av planlagte avtaler i helseforetakene overholdes og andelen har vært ganske stabil på måletidspunktene i perioden 2017-2019. Målsettingen framover er å overholde minst 95 prosent av avtalene innen 2021. Det er store forskjeller mellom ulike fagområder i andel av avtalene som passerer planlagt tid (fra 4 til 22 prosent).

66 prosent av pakkeforløp for kreft gjennomført innen anbefalt tid

I 2019 ble 66 prosent av pakkeforløp for kreft gjennomført innen anbefalt tid. Det vil si tid fram til klinisk beslutning (avklart utredning) eller start behandling for de som har bekreftet kreftsykdom.

Pakkeforløpene er virkemidler som skal understøtte kontinuitet og kvalitet i forløpene. På helseforetaksnivå varierte andelen gjennomført innen anbefalt tid fra 52 til 83 prosent i 2019. Det er store forskjeller mellom ulike krefttyper i andel utført innen anbefalt tid. Dette bildet har vært relativt stabilt de siste årene.

Fra 2019 ble pakkeforløp for psykisk helse og rus iverksatt. Disse er utformet på en litt annen måte enn kreftforløpene og skal ha hovedvekt på blant annet samhandling og brukermedvirkning, i tillegg til å måle om tjenestene utfører spesifikke aktiviteter i henhold til anbefalte tider. De første publiserte målingene av forløpstider knyttet til utredning viser at 69 prosent ble gjennomført innen anbefalt tid i perioden januar-april 2020.

Poliklinisk kontakt etter utskriving fra psykisk helsevern og TSB

I 2019 hadde 84 prosent av barn og unge en poliklinisk kontakt innen 30 dager etter utskriving fra døgntil behandling i psykisk helsevern. Tilsvarende tall for psykisk helsevern for voksne og TSB var henholdsvis 64 og 63 prosent. Helse Nord hadde en noe lavere andel, noe som kan skyldes større omfang av innleggelser, som igjen kan bidra til ulikheter i pasientsammensetning.

Mer fleksibilitet i tjenestene kan understøtte kontinuitet og tilgjengelighet

Mer bruk av telekonsultasjoner/e-konsultasjoner, videokonferanser og at tjenestene har mulighet til å møte/oppsoke pasientene utenfor institusjonene (ambulant kontakt) kan gjøre tjenestene mer tilgjengelige og opprettholde kontinuitet. Tall fra Norsk pasientregister indikerer at det har vært en klar vekst i indirekte kontakter i 2020 sammenlignet med tidligere år. Det er imidlertid en del usikkerhet i datagrunnlagene for å tallfeste utviklingen i ulike typer av indirekte kontakt og ambulante tjenester.

Kvalitet

Indikasjon på positiv utvikling i infeksjonsforekomst og antibiotikabruk i sykehus

Andelen helsetjenesteassosierte infeksjoner blant pasienter på sykehus var på landsbasis 2,8 prosent i november 2019. Sammenlignet med 2018 var andelen infeksjoner lavere ved 14 av 23 helseforetak-/sykehus i november 2019. De fleste helseforetak har hatt en reduksjon over tid, men vi må minne om at selv små endringer kan påvirke andelen når volumet er lavt.

Forbruket av bredspektret antibiotika i sykehus ble redusert fra 17,7 definerte døgndoser (DDD) per 100 liggedøgn i 2012 til 14,9 DDD per 100 liggedøgn i 2019. Dette er en reduksjon på 15,8 prosent fra 2012. Målet for 2020 er 12,3 DDD per 100 liggedøgn. Variasjonen mellom helseforetakene har ikke endret seg så mye fordi alle foretakene har redusert sitt nivå over tid.

Fortsatt positiv utvikling i overlevelse og behandling for kreft, hjerteinfarkt og hjerneslag

Mange av de nasjonale kvalitetsindikatorer knyttet til overlevelse og behandling av alvorlig sykdom viser fortsatt forbedringer, som 30 dagers overlevelse etter hjerteinfarkt og hjerneslag og 5 års overlevelse etter behandling for brystkreft, lungekreft, endetarmskreft og tykktarmskreft.

Samtidig med gode tall for overlevelse etter hjerteinfarkt og hjerneslag fortsetter også den positive utviklingen i behandlingsindikatorer, som andel pasienter med NSTEMI som utredes med kransårerøntgen innen 72 timer ved hjerteinfarkt og andel pasienter som fikk trombolysebehandling innen 40 minutter etter innleggelse ved hjerteinfarkt.

Flere rapporter og mer data fra SAMDATA Spesialisthelsetjenesten

I årets SAMDATA Spesialisthelsetjeneste er det publisert flere tema-rapporter og nettsider med mer detaljerte data. Se <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/>.

Innledning

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

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

I 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 oppsummering av hovedresultater for spesialisthelsetjenesten basert på publiserte tematiske rapporter og data tilgjengeliggjort på web, både det som inngår i SAMDATA-prosjektet og basert på andre kilder som Nasjonale kvalitetsindikatorer.

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

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

¹ 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".

Del A Ressursbruk og aktivitet i spesialisthelsetjenesten

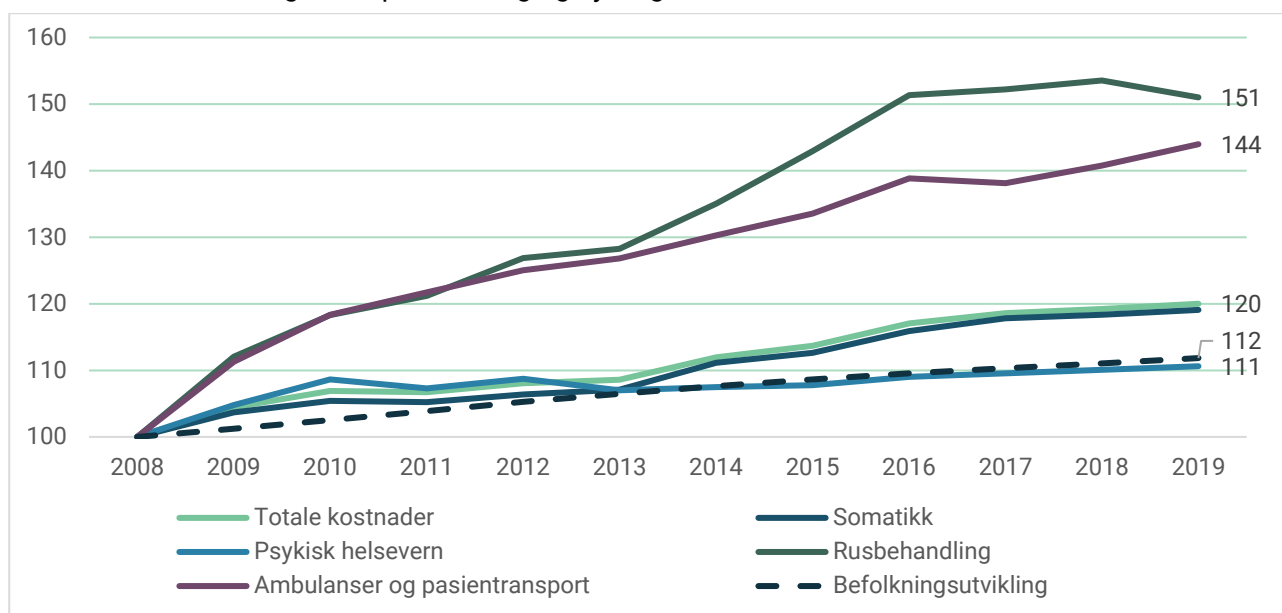
1. Kostnader til spesialisthelsetjenester

1.1 Kostnadsutviklingen nasjonalt

Kostnadene til spesialisthelsetjenesten utgjorde i 2019 151,6 mrd. kroner. Korrigert for prisutvikling og budsjettstyrking knyttet til nye legemidler, medførte dette en vekst på 1,4 prosent fra 2018, og 20 prosent i perioden 2008 til 2019, som vist i figur 1.1. Befolkningen har økt med 12 prosent siden 2008, med en gradvis sterkere vekst i grupper for eldre etter 2010. Denne sterkere veksten for eldre har større betydning for somatiske sykehustjenester, og det gjøres årlig en estimering av demografisk betinget ressursbehov kommende år, både samlet for spesialisthelsetjenesten og for hvert tjenesteområdet.

Somatisk spesialisthelsetjeneste utgjør den største delen av kostnadene til spesialisthelsetjenesten med 108,6 mrd. kroner i 2019. Psykisk helsevern utgjør 25,1 mrd. kroner og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) 5,5 mrd. kroner. Figur 1.1 viser at den prosentvise veksten i perioden etter 2008 har vært sterkest for TSB med drøyt 50 prosent, selv om det siste år var en reduksjon på 1,7 prosent. Kostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste har økt i hele perioden siden 2008, men den årlige veksten har variert noe. Det var en sterkere vekst fra 2008 til 2010, etterfulgt av en periode med lavere veksttakt frem til 2013. Deretter var det noe sterkere vekst i kostnader får årene 2014-2016, men de siste årene har det igjen vært en noe lavere veksttakt.

Figur 1.1 Utvikling i kostnader for ulike tjenesteområder i spesialisthelsetjenesten 2008 – 2019, indeksert hvor 2008 = 100. Korrigert for prisutvikling og nye legemidler.

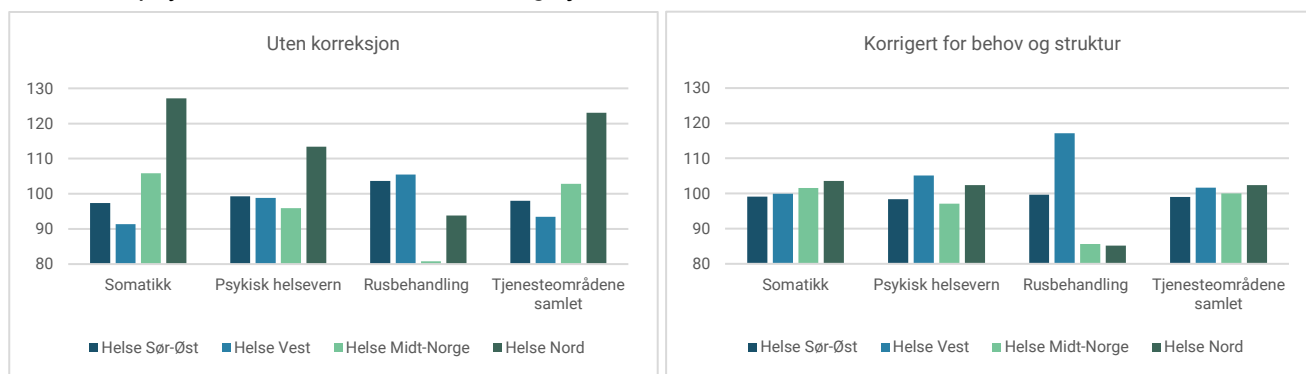


Kostnader til psykisk helsevern økte omtrent på linje med somatiske tjenester fra 2008 til 2013, men har i perioden etter hatt en svakere kostnadsvekst enn somatikken. I perioden fra 2013 har veksten i befolkningsgruppen 18-40 år vært på linje med befolkningen totalt, mens de under 18 år har hatt en svak fallende tendens. Slik sett er det ikke uventet at kostnadsveksten for psykisk helsevern samlet er litt svakere enn befolkningsveksten, men i relasjon til målet om å prioritere psykisk helsevern og TSB fremfor somatikk, har utviklingen ikke vært i tråd med målet. Dette beskrives nærmere i kapittel 5 om den gylne regel. Innen psykisk helsevern har det siden 2015 vært en sterkere vekst for barn og unge enn for voksne. Dette svarer ut en del av den gylne regel om at barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern.

1.2 Regionale forskjeller i kostnader og kostnadsutvikling

I 2019 var den gjennomsnittlige kostnaden per innbygger til somatiske spesialisthelsetjenester 20 231 kroner, til psykisk helsevern 4 684 kroner, og til rusbehandling 1 298 kroner. For tjenesteområdene samlet var kostnaden per innbygger 26 212 kroner. Det var imidlertid regionale variasjoner i nivået på kostnad per innbygger, som vist i figur 1.2. For tjenesteområdene samlet varierte kostnaden per innbygger fra 7 prosent under landsgjennomsnittet i Helse Vest til 23 prosent over i Helse Nord før det korrigeres for forskjeller i behov og strukturelle forhold. Korreksjonene er basert på indekser fra Magnussen (2008).²

Figur 1.2 Kostnad per innbygger uten og med korrigering for behov og struktur. Gjennomsnitt = 100. Somatikk, psykisk helsevern, rusbehandling, tjenesteområdene samlet. 2019



Figur 1.2 viser at regionale forskjeller i kostnader per innbygger reduseres når det korrigeres for behov og struktur. Merk at skala i figuren er tøyd for å vise forskjellene mer tydelig. For somatiske tjenester blir forskjellen mellom lavest og høyest redusert fra 36 prosentpoeng til 5 prosentpoeng. For psykisk helsevern fra 17 prosentpoeng til 8 prosentpoeng, og for rusbehandling (TSB) fra 25 prosentpoeng til 23 prosentpoeng. Korreksjonen for TSB gir med andre ord ikke så stort utslag.

² Se Kostnader i spesialisthelsetjenesten, IS-2949, Helsedirektoratet 2020.

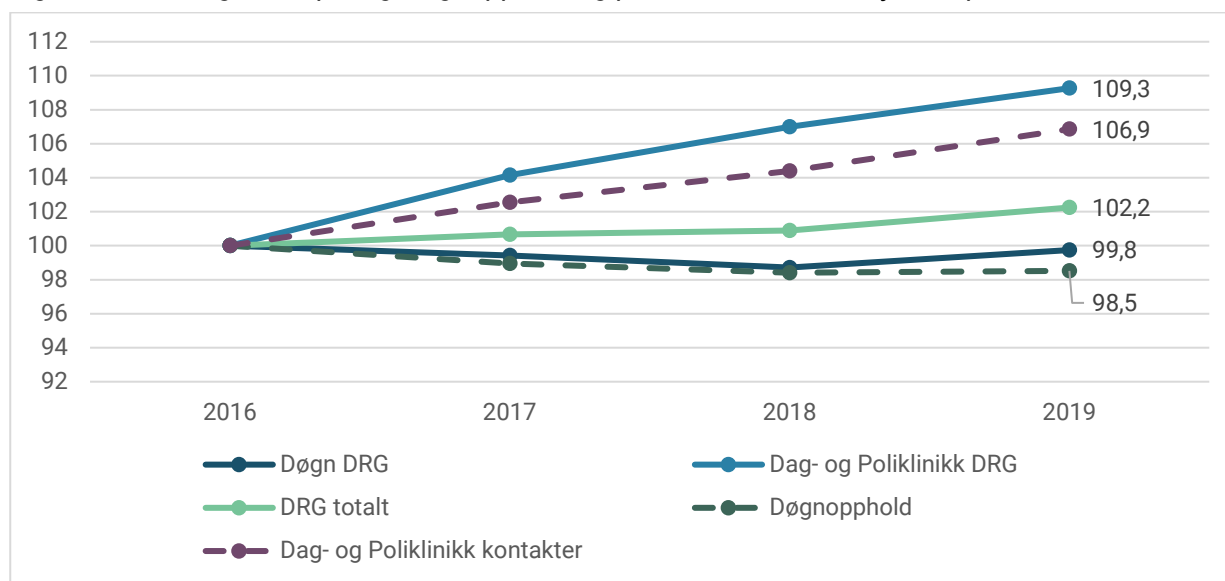
2. Aktivitet og dagkirurgi ved somatiske sykehus

2.1 Aktivitetsutvikling for somatiske sykehustjenester

I 2019 var det 1 539 771 DRG-poeng³ for helseforetakene samlet. Det var en økning på 2,2 prosent fra 2016, som vist i figur 2.1. Helse Nord hadde sterkest vekst i perioden, med en økning 4,3 prosent, mens i Helse Vest var veksten 0,6 prosent. Antall DRG-poeng for døgnaktiviteten var svakt lavere i 2019 enn i 2016 for helseforetakene samlet, etter en nedgang i perioden 2016 til 2018, og en vekst siste år.

Antall DRG-poeng for dag- og poliklinisk aktivitet økte i hele perioden for alle regionene. Samlet for helseforetakene var det en vekst på 9,3 prosent fra 2016 til 2019.

Figur 2.1 Utvikling i DRG-poeng, døgnopphold og polikliniske konsultasjoner i perioden 2016⁴ -2019.



Målt i DRG-poeng var det forskjeller mellom regionene i aktivitetsutviklingen. Helse Vest hadde en relativt tydelig reduksjon i døgnaktivitet i perioden fra 2016 til 2019. Samtidig hadde regionen sterkest prosentvis vekst i dag- og poliklinisks aktivitet. I Helse Sør-Øst ble døgnaktiviteten redusert fra 2016 til 2018, men økte siste år. For Helse Sør-Øst var antall DRG-poeng (døgn) omtrent likt i 2019 som i 2016. Helse Nord og Helse Midt-Norge hadde flere DRG-poeng for døgnaktivitet i 2019 enn i 2016.

³ DRG-poeng er et aktivitetsmål som tar hensyn til at ulike sykehus har ulik pasientsammensetning. DRG-poengene uttrykker hva et opphold i en DRG (diagnoserelatert gruppe) koster i gjennomsnitt. DRG-poengene er korrigert for endringer i ISF.

⁴ På grunn av en endring i regelen for aggregering av polikliniske konsultasjoner på samme dag for samme pasient, har vi sammenlignbare tall kun tilbake til 2016 for DRG-poeng for poliklinisk behandling.

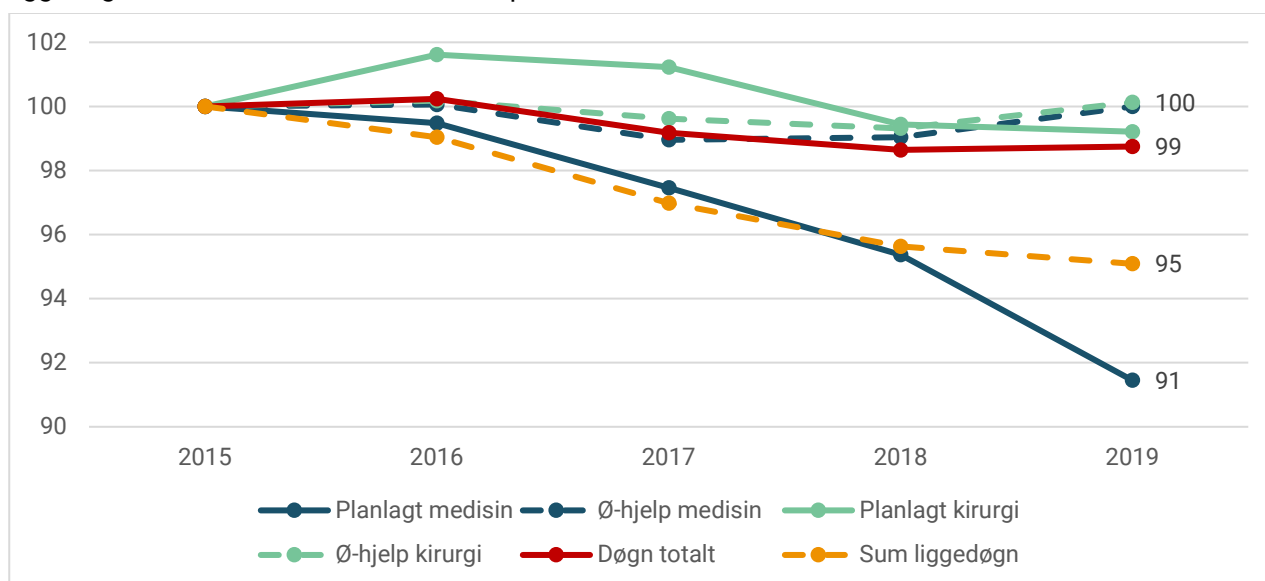
For Norge totalt gikk 72 prosent av ressursene i somatiske sykehus til døgnbehandling i 2019. Det var omtrent samme andel som året før, og nesten to prosentpoeng lavere enn i 2016. Helse Nord hadde høyest andel med 73 prosent i 2019, noe som var 1,5 prosentpoeng høyere enn for Helse Midt-Norge.

Figur 2.2 viser prosent utvikling i antall døgnopphold totalt, samt etter type opphold og hastegrad, for helseforetakene samlet i perioden 2015 til 2019. I 2019 var det 795 585 døgnopphold for helseforetakene samlet, og det var 1,2 prosent færre enn i 2015. Antall døgnopphold ble redusert fra 2016 til 2018, mens det var det en svak økning siste år.

Antall øyeblikkelig hjelp-opphold økte med i overkant av 5 300 opphold fra 2018 til 2019, og antallet var omtrent det samme i 2019 som i 2015. Øyeblikkelig hjelp-opphold ble svakt redusert tidlig i perioden og økte tilsvarende siste del av perioden. Døgnopphold registrert som medisinsk øyeblikkelig hjelp, utgjorde 62 prosent av alle døgnopphold i 2019, tilnærmet ett prosentpoeng høyere enn i 2015.

Antall planlagte døgnopphold ble redusert med tilnærmet 4 500 opphold fra 2018 til 2019, og med i overkant av 10 000 opphold fra 2015. Døgnopphold registrert som planlagt medisin ble redusert i hele perioden. Planlagte kirurgiske døgnopphold økte først i perioden, og hadde en reduksjon siste tre år.

Figur 2.2 Prosentendring for døgnopphold totalt og etter type opphold og hastegrad, samt sum liggedøgn⁵, for helseforetakene samlet i perioden 2015-2019



For helseforetakene samlet ble gjennomsnittlig liggetid ved somatiske sykehus redusert med 0,2 døgn fra 2015 til 2019. Det var både en nedgang i antall døgnopphold og en nedgang i antall liggedøgn pasientene i gjennomsnitt lå på sykehus, og dette bidro til at sum liggedøgn ble redusert med tilnærmet fem prosent i femårsperioden, jf. figur 2.2. Reduksjon i gjennomsnittlig liggetid var gjeldende for alle de fire regionene i perioden fra 2015 til 2019, men i Helse Nord var det en økning i liggetid siste år. Forskjellene i liggetid mellom regionene var noe høyere i 2019 enn i 2015.

⁵ Sum liggedøgn er eksklusiv liggedøgn for rehabiliteringsopphold.

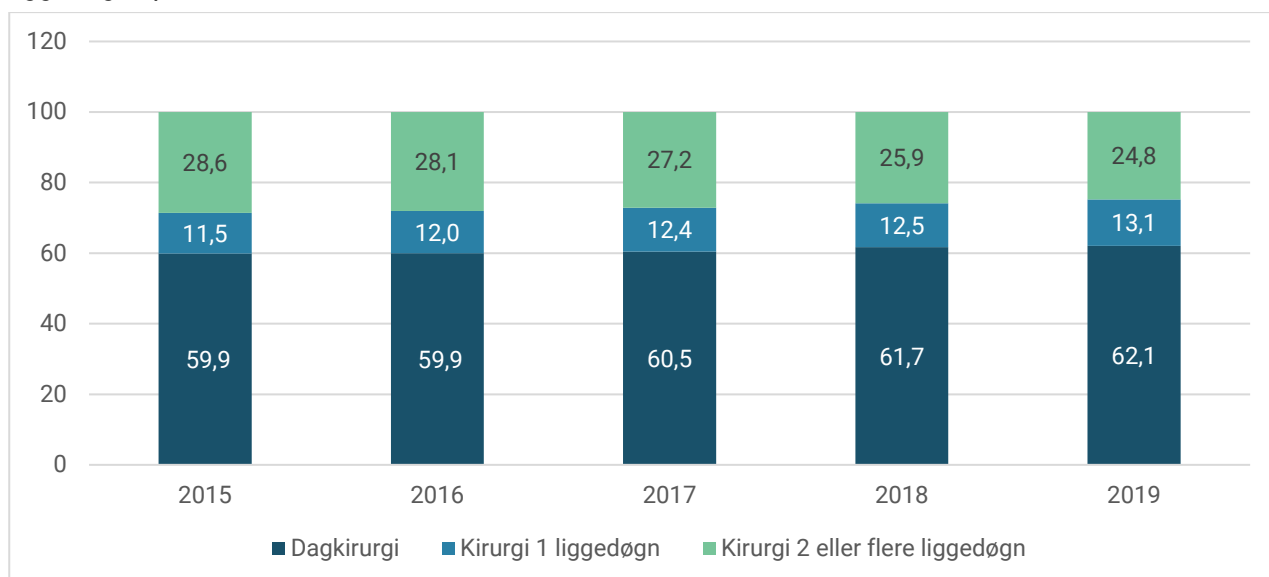
2.2 Utvikling og variasjoner i bruk av dagkirurgi

Det har i mange år vært fokus på økt bruk av dagbehandlingen i spesialisthelsetjenesten. For mange pasienter vil det være hensiktsmessig at behandlingen gjennomføres som dagbehandling, og dette vil i de fleste tilfeller medføre mindre ressursbruk enn ved døgnbehandling. For å stimulere til mer bruk av dagkirurgi, ble ISF-refusjon for utvalgte dagkirurgiske grupper satt opp i 2015 og 2017, samtidig som refusjonen for tilsvarende døgnkirurgiske grupper ble redusert. I 2018 og 2019 ble utvalgte kirurgiske grupper gitt lik ISF-refusjon, uavhengig om pasienten fikk utført døgn- eller dagkirurgi.⁶

Fra 2015 til 2019 var det en vekst i antall kirurgiske opphold for helseforetakene samlet. I 2019 var det i alt 417 192 kirurgiske opphold, og av disse var 328 540 planlagte. Det var om lag 16 000 flere opphold med planlagt kirurgi i 2019 enn i 2015, tilsvarende en vekst på 5,1 prosent. Veksten gjaldt planlagt dagkirurgi, hvor det var en økning på nær 17 000 opphold. Planlagte kirurgiske opphold med ett liggedøgn økte, mens planlagte kirurgiske opphold der pasienten hadde to eller flere liggedøgn på sykehuset ble redusert. Samlet var det en reduksjon i kirurgiske opphold med ett eller flere liggedøgn.

I 2019 var andelen planlagt dagkirurgi på 62,1 prosent for helseforetakene samlet, som vist i figur 2.3, og det var en økning med i overkant av to prosentpoeng fra 2015. Alle regionene, med unntak av Helse Midt-Norge, hadde økt andelen planlagt dagkirurgi, både siste år og fra 2015 til 2019. Helse Midt-Norge var den regionen med høyest andel dagkirurgi i 2015, mens nivået i 2019 var på linje med andre regioner. Helse Vest hadde sterkest vekst i andel planlagt dagkirurgi i femårsperioden, med en vekst på 4 prosentpoeng til en andel på 62,2 i 2019. Variasjonen⁷ mellom regionene økte svakt fra 2018 til 2019, men var lavere i 2019 enn i 2015.

Figur 2.3 Utvikling i andel planlagt dagkirurgi, kirurgi med ett liggedøgn og kirurgi med to eller flere liggedøgn i perioden 2015-2019.



Det fremgår av figur 2.4 at andelen planlagt dagkirurgi økte i de fleste foretakene. For Helgelandsykehuset HF økte andel dagkirurgi med 8,2 prosentpoeng fra 2015 til 2019, og var det

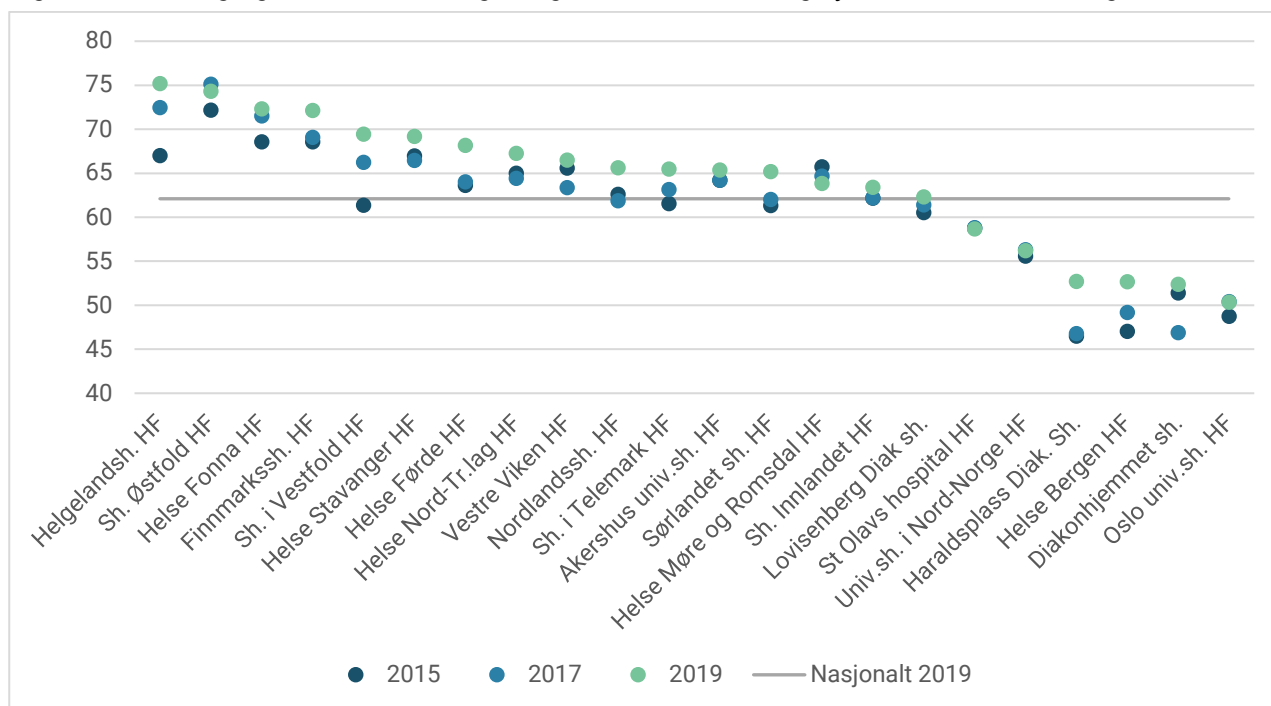
⁶ Innsatsstyrt finansiering 2019. Regelverk. Helsedirektoratet.

⁷ Differansen mellom region med høyeste nivå og foretaksområdet med lavest nivå.

foretaket med høyest andel i 2019. Reduksjonen i andel dagkirurgi i Helse Midt-Norge fra 2018 til 2019 kom både ved Helse Møre og Romsdal HF, som hadde en nedgang på 1,4 prosentpoeng, og ved St. Olavs hospital HF med 1,3 prosentpoeng. Møre og Romsdal HF hadde likevel høyere andel dagkirurgi enn det nasjonale nivået i 2019.

Andel dagkirurgi ved foretakene vil bli påvirket 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, kan fremstå med 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.⁸ I 2019 hadde Østfold sammen med Nordlands-området og Helse Bergen-området, høyest bruk av kirurgi gjennomført hos avtalespesialist. Variasjonen⁹ mellom helseforetakene¹⁰ var omtrent lik i 2019 som i 2015.

Figur 2.4 Utvikling og nivå av andel dagkirurgi for helseforetak og sykehus i 2015, 2017 og 2019.



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

⁸ Utvikling og variasjon i kirurgisk behandling 2013-2017. SAMDATA spesialisthelsetjenesten, analysenotat 11/2018.

⁹ Variasjonskoeffisient=standardavvik/gjennomsnitt*100.

¹⁰ Martina Hansens hospital, Betanien hospital, Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus og Betanien Bergen inngår ikke i denne beregningen.

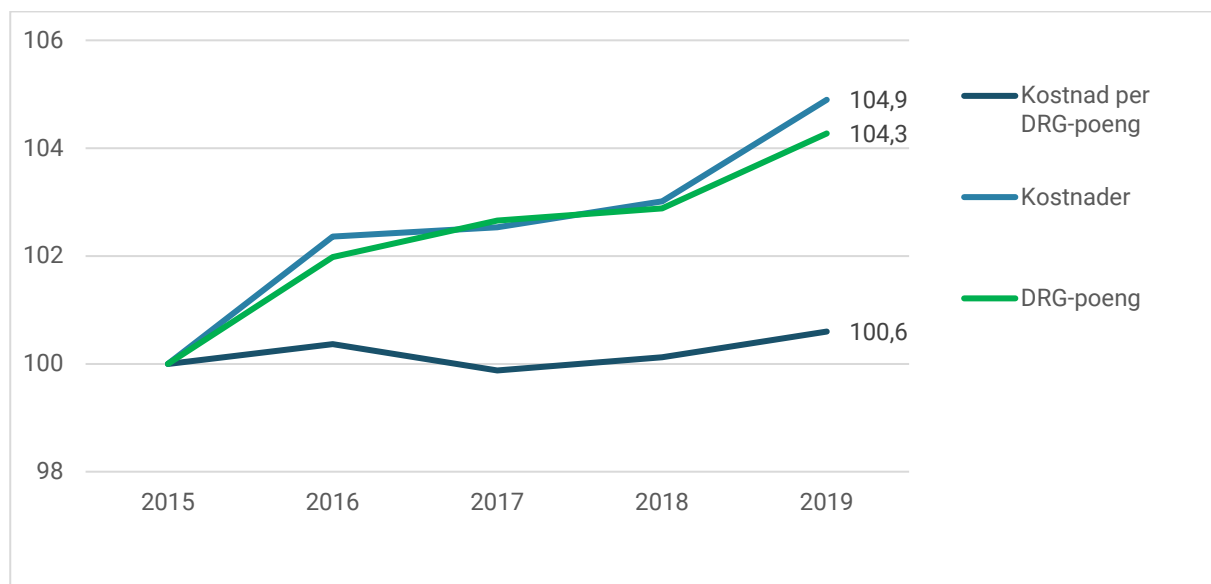
3. Produktivitet og kostnadsnivå

Effektiv ressursutnyttelse er et sentralt mål for den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten. Det å måle ressursutnyttelsen på en god måte er mer krevende. DRG-poeng er imidlertid et aktivitetsmål som tar høyde for ulikt ressurskrav i pasientbehandlingen. Det vil si at et lengre og mer komplisert sykehusopphold i gjennomsnitt får høyere DRG-poeng enn et kortere eller mindre krevende opphold. Kostnader til pasientbehandling sett i forhold til DRG-poeng er dermed et mål på kostnadsnivå, eller produktivitet. Utviklingen i kostnadsnivået, målt som kostnad per DRG-poeng, er dermed interessant å følge over tid nasjonalt, regionalt og på lokalt nivå. Det er videre interessant å sammenligne kostnadsnivået mellom helseforetak som kan antas å ha relativt like driftsbetingelser.

Utvikling og forskjeller i kostnadsnivå for somatiske sykehus

Kostnaden per DRG-poeng var i 2019 på om lag 52 000 kroner. Fra 2015 til 2019 var det en økning i kostnaden¹¹ per DRG-poeng på 0,6 prosent, som vi tolker som en nedgang i produktiviteten. Figur 3.1 viser at kostnaden per DRG-poeng viste en liten økning i perioden fra 2015 til 2016, etterfulgt av en svak nedgang i perioden fra 2016 til 2017. De siste to årene har kostnaden per DRG-poeng hatt en jevn, svak økning. Fra 2018 til 2019 økte kostnaden per DRG-poeng med 0,5 prosent.

Figur 3.1 Utvikling i kostnad per DRG-poeng, kostnader og DRG-poeng. Indeks 2015 = 100.

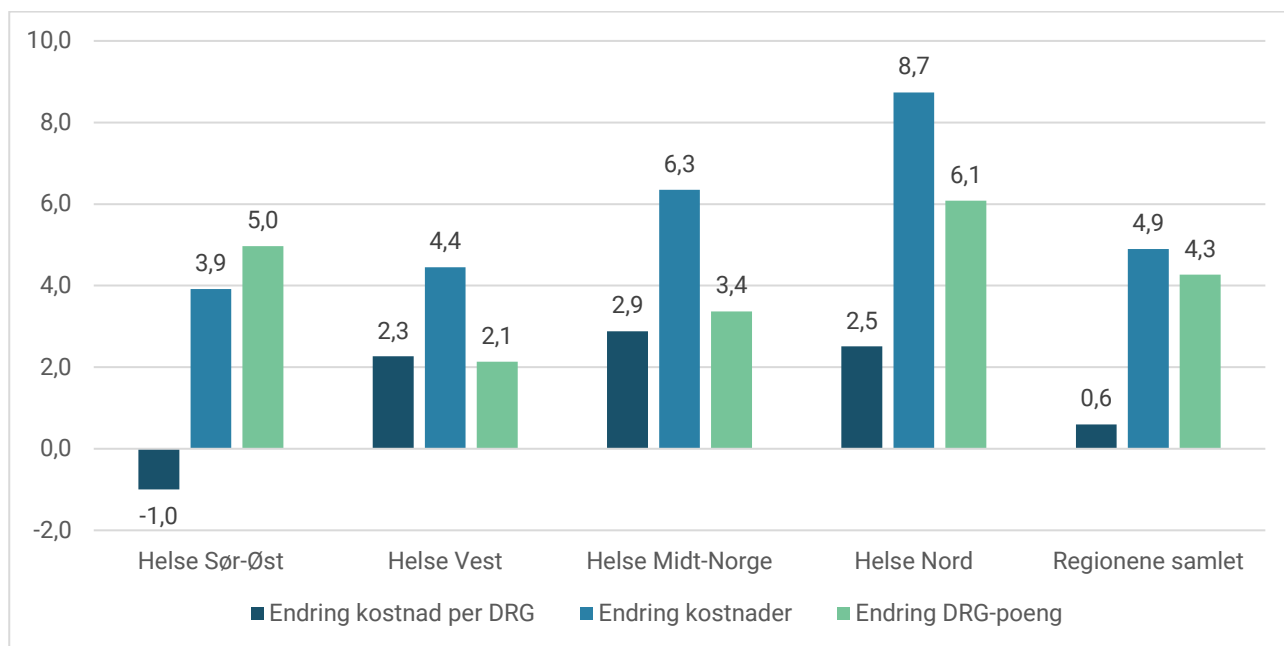


¹¹ Kostnadene for årene 2015 til 2018 er prisjusterte til 2019-priser. Statistisk sentralbyrås vektete prisindeks for statlige helsetjenester er benyttet.

Figur 3.2 viser at det er forskjeller i produktivitetsutviklingen, samt utviklingen i kostnader og aktivitet, mellom regionene i perioden 2015 til 2019. Helse Sør-Øst hadde som eneste region en produktivitetsforbedring i perioden, som skyldes at aktivitetsveksten var større enn kostnadsveksten. Helse Vest hadde en produktivitetsnedgang på 2,3 prosent. Veksten i kostnader i regionen var noe lavere enn for regionene samlet, men aktivitetsveksten var den laveste av alle regionene og lavere enn for regionene samlet. Helse Sør-Øst og Helse Vest har lavest kostnadsnivå i 2019 med 3 prosent under landsgjennomsnittet.

Helse Midt-Norge hadde den svakeste produktivitetsutviklingen med en nedgang på 2,9 prosent. Veksten i kostnader var større og aktivitetsveksten var lavere enn for regionene samlet. Helse Midt-Norge hadde et kostnadsnivå i 2019 som var 4 prosent over landsgjennomsnittet. Helse Nord hadde en nedgang i produktiviteten på 2,5 prosent. Selv om Helse Nord hadde den høyeste aktivitetsveksten av regionene i perioden, var kostnadsveksten enda høyere. Både kostnadsvekst og aktivitetsvekst var større for Helse Nord enn for regionene samlet. Helse Nord har i hele perioden hatt et kostnadsnivå godt over de andre regionene, om lag 20 prosent over landsgjennomsnittet.

Figur 3.2 Utvikling i kostnad per DRG-poeng, dekomponert i prosentvis endring i kostnader og DRG-poeng. 2015 - 2019.

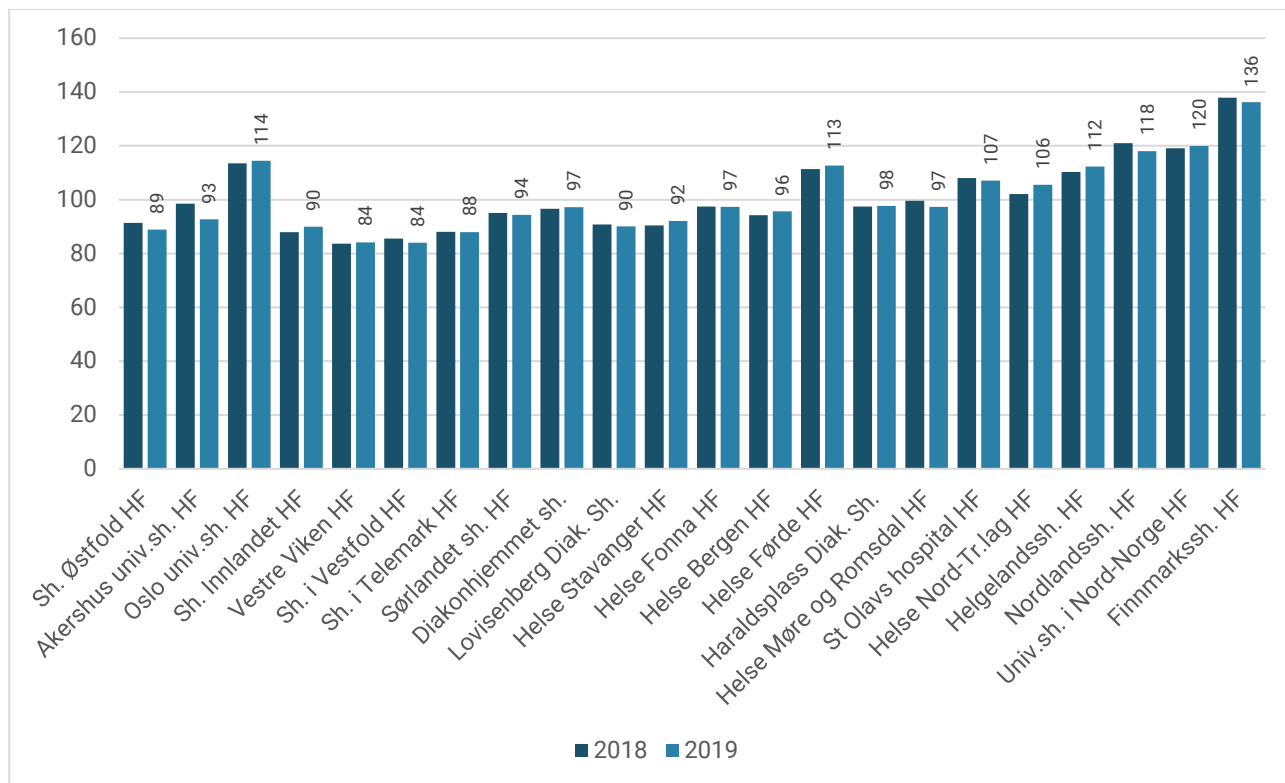


Utviklingen i kostnad per DRG-poeng siste år (2018-2019) viser kun mindre endringer for tre av regionene med +/- 0,1-0,3 prosent. For Helse Vest viser beregningene en produktivitetsnedgang på 1,7 prosent, som i stor grad skyldes lavere aktivitetsvekst enn i de andre regionene.

Produktivitetsnivået er rimelig stabilt siste år mellom helseforetak og utvalgte sykehus som vist i figur 3.3. Dette medfører at tidligere forskjeller vedvarer, med blant annet lavest kostnadsnivå for Vestre Viken

og Sykehuset i Vestfold, og høyest kostnadsnivå ved de nordligste helseforetakene. Det vil være flere mulige årsaker til slike forskjeller, hvor en faktor er kostnader for akuttberedskap opp mot befolkningsgrunnlaget. Datagrunnlaget for våre beregninger gjør det ikke mulig å estimere effekten av dette forhold.

Figur 3.3 Kostnadsnivå for helseforetak og utvalgte sykehus i 2018 og 2019 i forhold til gjennomsnitt for landet.



4. Helseforetakenes økonomiske situasjon

4.1 Økonomisk resultat

Foretaksgruppen¹² i de regionale helseforetakene hadde hver for seg og samlet et positivt økonomisk resultat i 2019. Dette har vært situasjonen siden 2011, hvor Helse Sør-Øst har hatt en trend med stadig bedre økonomisk resultat og de andre RHF-ene et mer stabilt (Helse Vest og Helse Midt-Norge) eller reduserende (Helse Nord) nivå. Resultatet samlet siste år var på nær 3,4 mrd kroner, som vist i tabell 4.1. Utviklingen i økonomisk resultat var stabil eller negativ de første årene etter foretaksreformen i 2002, men har siden 2009 i stor grad vært positiv, som vist i figur 4.1.

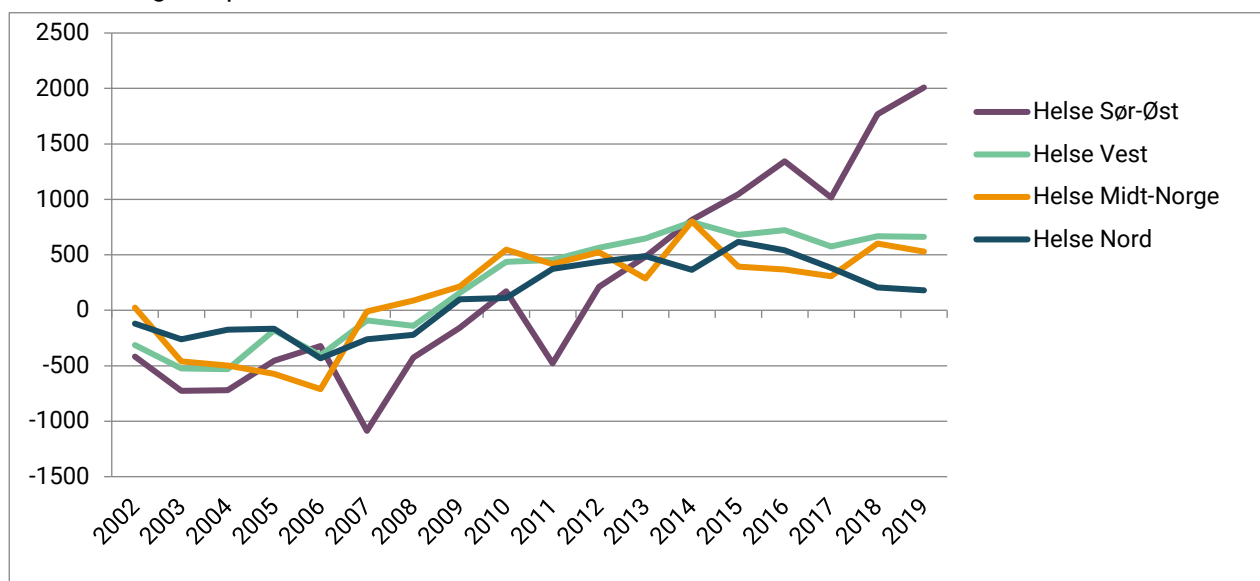
Økonomisk resultat som prosent av driftsinntekter har nasjonalt vært på om lag 2 prosent. I 2019 hadde tre av fire RHF et nivå på 2 prosent, det var kun Helse Nord som lå noe lavere med 1 prosent.

Tabell 4.1 Regnskapsmessig resultat og eiers styringskrav for foretaksgruppen samlet i perioden 2015-2019, samt samlet for 2002-2019. Millioner kroner. Kilde: Årsregnskap RHF.

	2015	2016	2017	2018	2019	Akk. 2015-2019	Akk. 2002-2019
Eiers styringskrav	0	0	0	0	0	0	-298
Regnskapsført resultat	2 736	2 973	2 282	3 242	3 382	14 615	12 962
Avvik ift eiers styringskrav	2 736	2 973	2 282	3 242	3 382	14 615	13 261
Avvik i pst av inntekt	1,9 %	2,0 %	1,6 %	2,2 %	2,1 %	2,0 %	0,7 %

¹² Foretaksgruppen omfatter alle helseforetak i de regionale helseforetakene, inkludert morselskapet (RHF-et).

Figur 4.1 Økonomisk resultat korrigert for eiers styringskrav i perioden 2002-2019.¹³
Kilde: Årsregnskap RHF.



4.2 Eiendeler

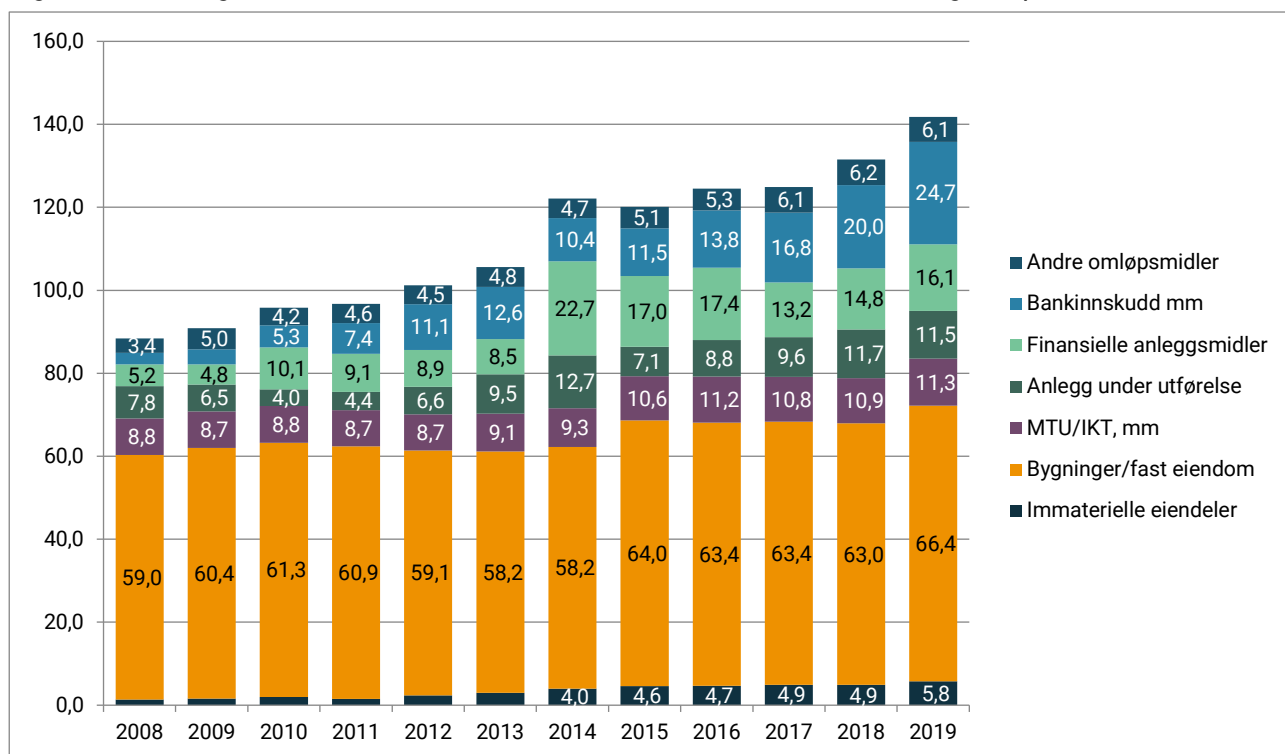
De regionale helseforetakene fikk gjennom foretaksreformen i 2002 eierskap til bygninger, medisinsk teknisk utstyr (MTU), IKT og andre innsatsfaktorer som er nødvendig for å drive spesialisthelsetjeneste. I dette avsnittet ses det nærmere på nivå og utvikling i de regionale helseforetakene sine eiendeler.

I figur 4.2 vises utviklingen i bokførte verdier til foretaksgruppen i de regionale helseforetakene samlet, som i 2019 utgjorde nær 142 mrd. kroner. Bygninger og fast eiendom utgjør en stor andel med nær 50 prosent av samlede eiendeler, men bankinnskudd mm har også de siste årene hatt en økende andel. Vi legger ellers merke til at medisinsk teknisk utstyr har en svak økning i bokførte verdier, svakere en veksten i samlede eiendeler, slik at andelen MTU har blitt redusert. Men det er viktig å huske at mye av denne type utstyr også leases, noe som ikke vil vises i de bokførte verdiene.

Helseforetakene har videre også hatt et økende nivå på verdier i immaterielle eiendeler, som f.eks. programvare i IT (software). Bruken av informasjonsteknologi blir stadig viktigere i omtrent alle deler av samfunnet, også i helsesektoren. Det er grunn til å forvente at dette også øker i årene fremover. I 2019 utgjorde immaterielle eiendeler nær 6 mrd. kroner i bokførte verdier.

¹³ Helse Sør-Øst ble etablert i 2007 gjennom om sammenslåing av Helse Øst og Helse Sør. For perioden 2002 til 2007 er Helse Sør-Øst beregnet som summen av de to tidligere helseforetakene.

Figur 4.2 Utvikling i RHF-enes eiendeler. 2008-2019. Mrd kroner. Kilde: Årsregnskap RHF.



4.3 Investeringer

De regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for investeringer og drift i egen region. Dette helhetlige ansvaret er underbygget ved at midler til investeringer er lagt inn som en del av de regionale helseforetakenes basisbevilgninger og ikke gjennom øremerkede tilskudd. Nye investeringsprosjekter må dermed planlegges på en slik måte at det regionale helseforetaket kan håndtere kostnader innenfor en videreføring av eksisterende basisrammer.¹⁴ Helse- og omsorgsdepartementet kan gi lån til større investeringsprosjekter.

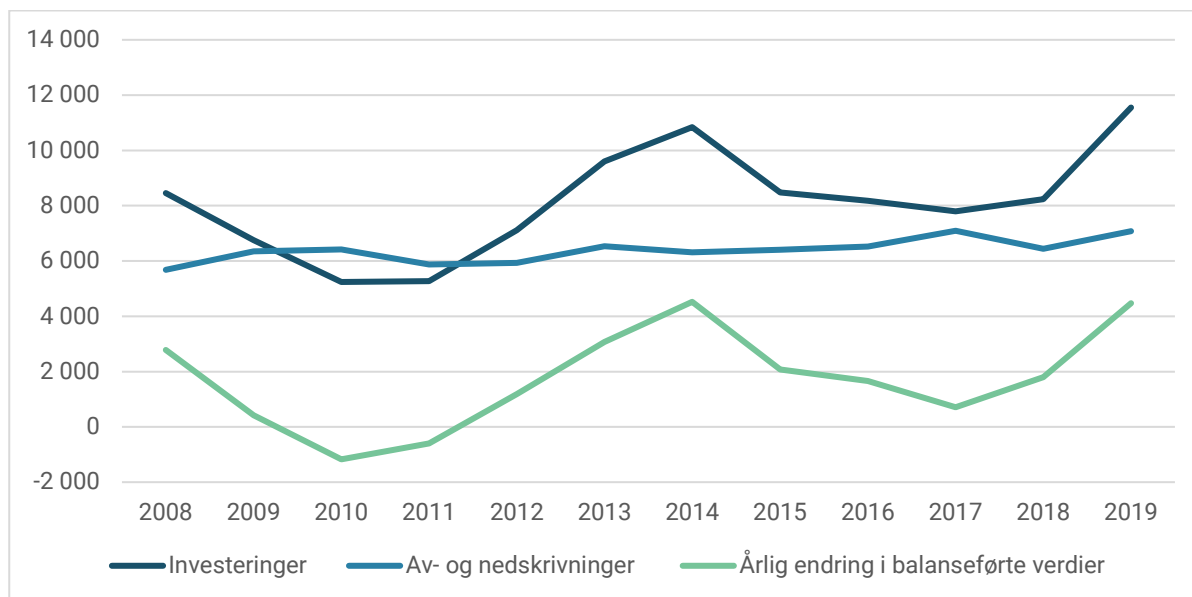
Tall for investeringer finner vi både i balansen i årsregnskapet (endringer i eiendelenes verdi) og fra kontantstrømoppstillingen (utbetalinger til investeringsformål). I dette avsnittet ses det nærmere på endringer i verdien av eiendeler i balansen.

Investeringsnivået i de regionale helseforetakene vil variere over tid i takt med større byggeprosjekter. Dette fremkommer i figur 4.3 hvor det i perioden 2008 til 2019 har vært et høyere investeringsnivå i 2013-2014 og sist i 2019. I perioden mellom disse to toppene har investeringene (brutto) vært på om lag 8 mrd. kroner årlig. Når det korrigeres for årlig verdiforringelse (av- og nedskrivninger) ligger netto investeringer

¹⁴ Det er satt særskilte krav til prosjekter som overstiger 500 mill. kroner. For prosjekter over 500 mill. kroner skal resultater og de regionale helseforetakenes vurderinger etter en viss tid i planleggingsfasen – konseptfasen – legges frem for departementet, sammen med ekstern kvalitetssikring.

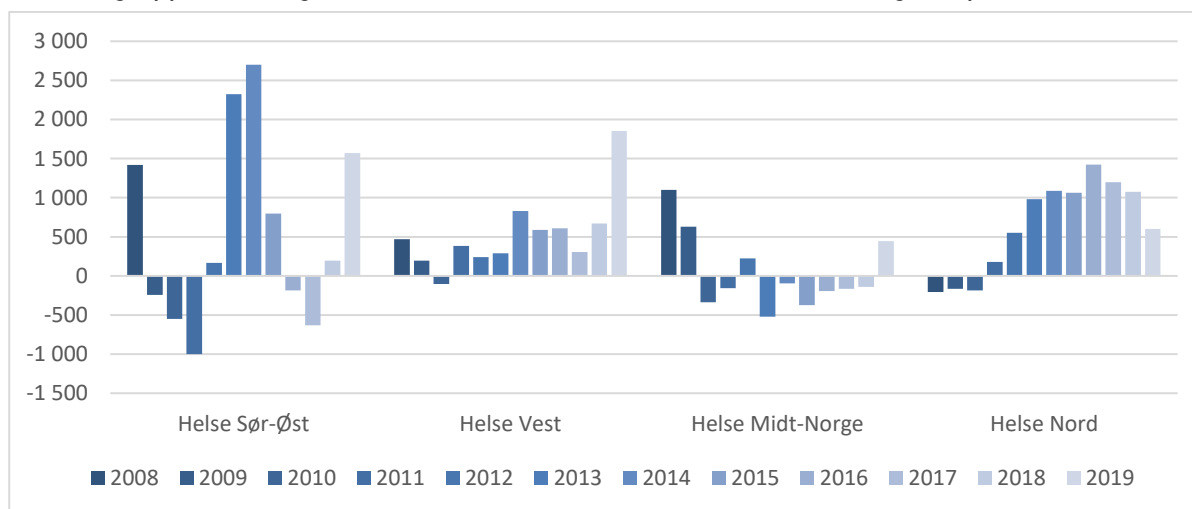
på i underkant av 2 mrd. i perioden 2015 til 2018, og opp til om lag 4 mrd. i periodene med høyere investeringsnivå.

Figur 4.3 Investeringer (brutto) og endringer i bokførte verdier (netto) 2008-2019. Millioner kroner. Kilde: Årsregnskap RHF.



Figur 4.4 viser utviklingen i investeringsnivået i de fire regionale helseforetakene i perioden 2008-2019. Det har alle ulik profil i denne perioden. Helse Sør-Øst har antydning til kortere høye investeringstopper, mens Helse Vest i større grad har hatt en stabil positiv netto investering i området +/- 500 mill kroner. Investeringsnivået i Helse Midt-Norge har vært lavt siden 2019 (etter ferdigstilling av St. Olavs hospital), men er i startfasen av et økende nivå nå med bygging av nytt sykehus for Nordmøre og Romsdal. Helse Nord har vært gjennom en lengre periode med høyere investeringsnivå, med et fallende nivå siste fire år.

Figur 4.4 Årlig endring i balanseførte verdier for varige driftsmidler og immaterielle eiendeler for foretaksgruppen i de regionale helseforetakene 2008-2019. Kilde: Årsregnskap RHF.

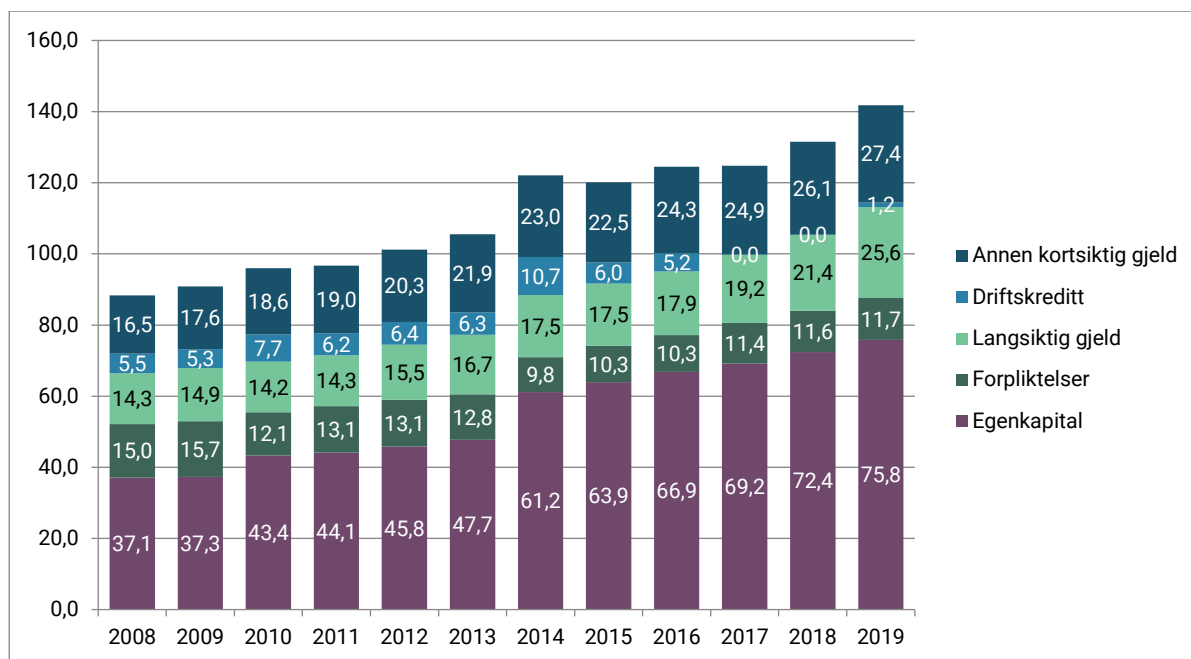


4.4 Egenkapital og gjeld

I dette avsnittet beskrives det nærmere hvordan helseforetakenes eiendeler er finansiert gjennom egenkapital (EK) og gjeld. I figur 4.5 vises utviklingen i en del sentrale størrelser for egenkapital og gjeld i perioden 2008 til 2019. Endring i egenkapital mellom år er i all hovedsak bestemt av regnskapsmessig resultat. Ved underskudd reduseres egenkapitalen og ved overskudd styrkes egenkapitalen. For de regionale helseforetakene samlet har det som allerede beskrevet vært positive årsresultat siden 2012, til dels også noen år før. Figur 4.5 viser også at egenkapitalen har økt jevnt omtrent alle årene i perioden fra 2012.

Det har også vært en vekst i kort- og langsiktig gjeld. Kortsiktig gjeld har i perioden 2008 til 2019 økt fra om lag 22 mrd. kroner til nær 29 mrd. kroner, mens langsiktig gjeld har økt drøyt 14 mrd. kroner til over 25 mrd. kroner. Målt som andeler av egenkapital og gjeld samlet var det en reduksjon for kortsiktig gjeld til 2017, hvor det etterpå har stabilisert seg. Når det gjelder langstiktig gjeld har andelen vært om lag 15 prosent frem til 2017, hvor det årene etterpå har økt til 18 prosent.

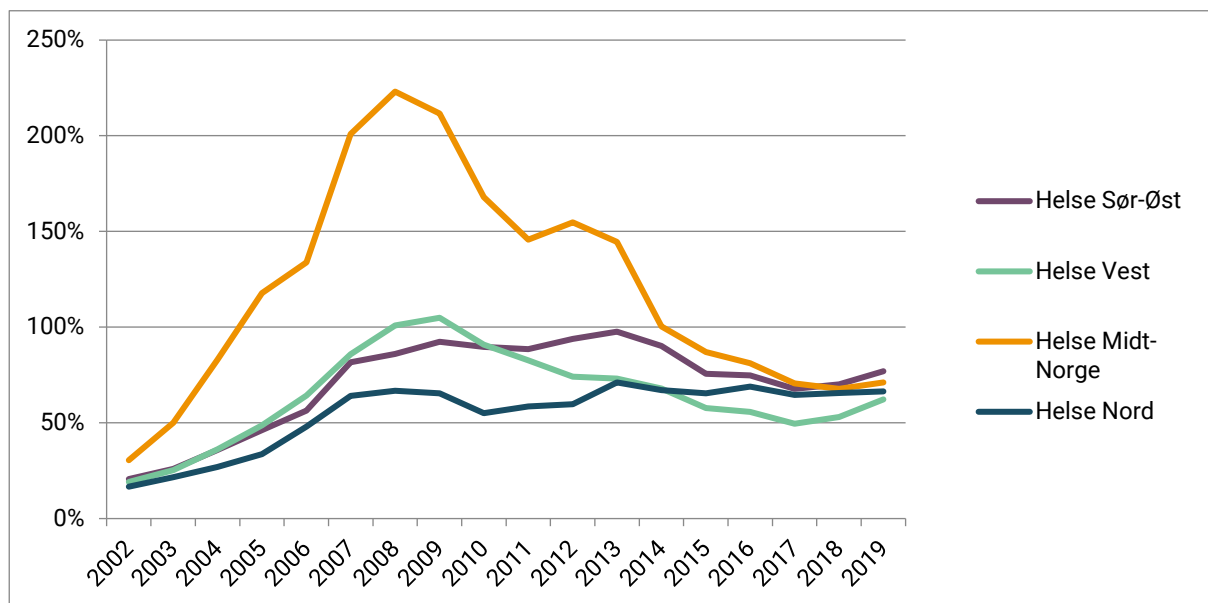
Figur 4.5 Finansiering av eiendeler. 2008-2019. Mrd. kroner. Kilde: Årsregnskap RHF.



Figur 4.6 viser utviklingen i gjeldsgraden siden oppstart av foretaksreformen i 2002. Alle regionale helseforetak har en økning i gjeldsgraden fra 2002 til 2008, hvor det deretter stabiliseres og til dels reduseres. Helse Midt-Norge skiller seg imidlertid ut med en vesentlig sterkere vekst i gjeldsgrad frem til 2008, samt med en sterkere reduksjon i perioden etter (2008-2011). Bakgrunnen for dette er store låneopptak i kombinasjon med underskudd i perioden 2002-2008, og generering av overskudd i 2009-2010. Etter 2010 har gjeldsgraden blitt ytterligere redusert og etter hvert stabilisert seg for tre av regionene på om lag 65 prosent. Helse Vest har inntil 2019 hatt en noe lavere gjeldsgrad med drøyt 50 prosent, men også Helse Vest nærmer seg nivået til de andre regionene i 2019.

Figur 4.6 Gjeldsgrad for foretaksgruppen i de regionale helseforetakene. 2002-2019.

Kilde: Årsregnskap RHF.



5. Prioritering av psykisk helsevern og TSB

5.1 Innledning

De regionale helseforetakene har i mange år hatt i oppdrag å prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Dette har årlig blitt beskrevet i blant annet oppdragsbrev til RHF-ene, og for 2019 var det konkrete oppdraget:

Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Dette måles ved gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske konsultasjoner). Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 45 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 40 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 35 dager for TSB i 2019. Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 30 dager for TSB.

Dette oppdraget er ofte omtalt som den gylne regel. De regionale helseforetakene rapporterer i Årlig melding i hvilken grad oppdragene i oppdragsdokumentet er gjennomført og mål nådd. Det har vært ulik grad av måloppnåelse av den gylne regel, både regionalt, mellom tjenesteområder og i ulike år. Fokus i dette kapitlet er på utviklingen siste år, dvs fra 2018 til 2019. Utviklingstrekk for lengre perioder finnes både for kostnader i kapittel 1 og aktivitet og bruk av tjenester i kapittel 6.

Basert på Årlig melding for 2019 kan følgende oppsummeres for RHF-enes vurdering av måloppnåelse av den gylne regel:

- Helse Sør-Øst
 - Målet om ventetid ble nådd for psykisk helsevern for voksne og TSB, men ikke for psykisk helsevern for barn og unge. Det gis ikke vurdering vedrørende gjennomsnittlig endring i ventetid.
 - Målet om høyere vekst i aktivitet (poliklinikk) ble nådd.
 - Målet om sterkere vekst i kostnader delvis nådd. Psykisk helsevern hadde sterkere vekst enn somatikk, men ikke for TSB.

- Helse Vest
 - Målet om ventetid delvis nådd da ventetid for psykisk helsevern barn og unge var høyere enn 40 dager. Tallene viser også delvis måloppnåelse knyttet til endring i gjennomsnittlig ventetid.
 - Målet om høyere vekst i aktivitet (poliklinikk) delvis nådd ved at veksten for TSB og psykisk helsevern for voksne var høyere enn somatikk, men ikke for psykisk helsevern for voksne.
 - Målet om sterkere vekst i kostnader ble ikke nådd for noen tjenesteområder. Det oppgis at tallene er foreløpige.
- Helse Midt-Norge
 - Regionen konkluderer at målet ikke er nådd, ved at de bare har klart å oppfylle den gylne regel med hensyn til ventetider og aktivitet for TSB i 2019. Det har likevel vært en positiv utvikling i ventetider både for psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern barn og unge underveis i 2019.
- Helse Nord
 - Målet om ventetid og endring i ventetid ble ikke nådd for noen tjenesteområder i 2019.
 - Målet om høyere vekst i aktivitet (poliklinikk) ble ikke nådd.
 - Målet om sterkere vekst i kostnader ble nådd for alle tjenesteområder.

Som gjennomgangen over viser består den gylne regel av mange delmål. Det å oppfylle dette oppdraget krever derfor måloppnåelse på flere områder, noe som det har vist seg krevende å nå. Gjennomgangen av årlig melding viser også at RHF-ene på noen av delmålene benytter litt ulike data for å vurdere måloppnåelse. Dette gjelder spesielt ventetid, hvor det både tas utgangspunkt i gjennomsnittlig ventetid for hele året og gjennomsnittlig ventetid i 1. tertial og i 2. tertial. I den videre gjennomgangen her tas det utgangspunkt i nasjonale data hvor det er forsøkt å tilrettelegge data slik at de er mest mulig sammenlignbare mellom år og mellom regioner. Våre tall vil derfor kunne avvike noe fra det RHF-ene selv har benyttet. Et annet viktig forhold er at RHF-ene må benytte data som er tilgjengelig tidlig på året, mens vi i denne rapporten har hatt bedre tid til å samle inn og sammenstille data som er forsøkt gjort mest mulig sammenlignbar.

5.2 Utvikling i kostnader

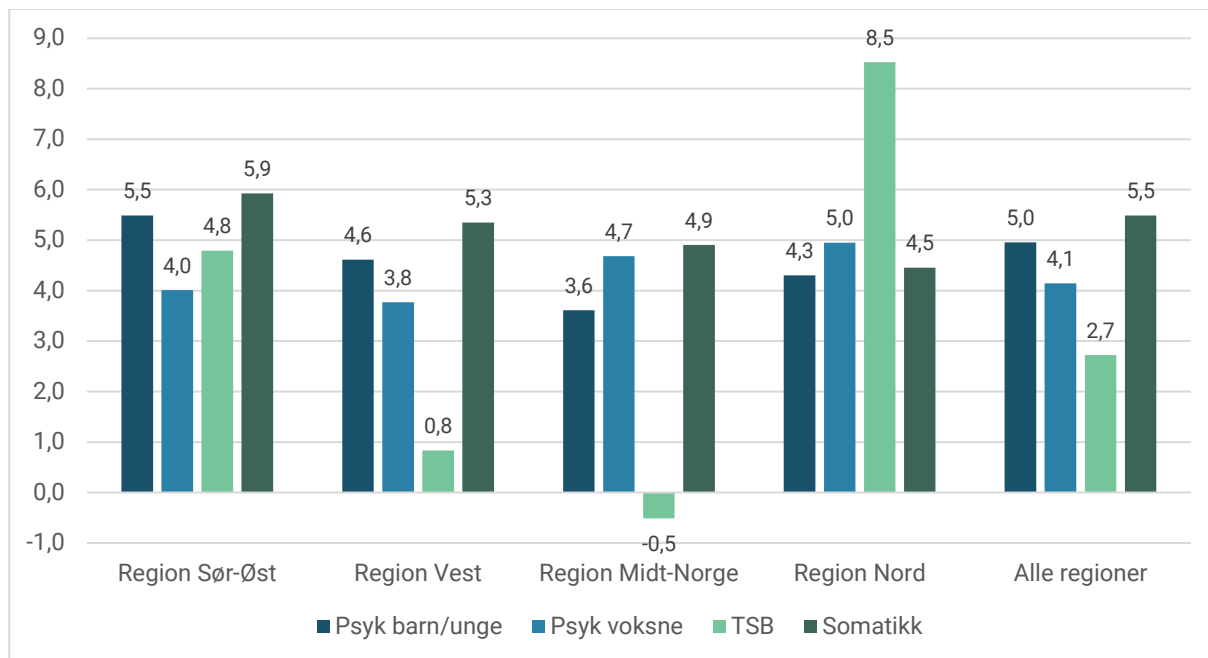
Det er tidligere i rapporten vist at den prosentvise veksten i kostnader siden 2008 har vært sterkest for TSB etterfulgt av somatikk og svakest for psykisk helsevern samlet. Den sterke veksten for TSB har imidlertid stoppet opp i 2018 og 2019, og veksten for somatikk har ikke vært like sterk de siste par årene sammenlignet med årene før.

Figur 5.1 viser prosentvis endring i kostnader fra 2018 til 2019, hvor noen spesifikke kostnadselementer i tråd med den gylne regel er tatt ut. Det er to hovedpoeng å trekke frem av figuren. For det første var det for regionene samlet en sterkere vekst for somatikk enn for psykisk helsevern og TSB, men forskjellen mellom somatikk og psykisk helsevern er ikke så veldig stor.

Det andre som kan pekes på er de regionale forskjellene, hvor endringen i kostnader til TSB er mest fremtredende. I Helse Nord var det en sterkere vekst for TSB og en tilnærmet lik vekst for psykisk

helsevern, sammenlignet med somatikk. For de tre andre regionene hadde somatikk en sterkere vekst i kostnader enn psykisk helsevern og TSB hadde. Forskjellen mellom somatikk og psykisk helsevern var ikke så stor, men for TSB i Helse Vest og Helse Midt-Norge var det som vist i figuren en vesentlig forskjell i prosentvis endring fra 2018 til 2019.

Figur 5.1 Prosentvis endring i kostnader (ekskl. pensjon, avskrivninger og legemidler) etter tjenesteområder og region fra 2018 til 2019.



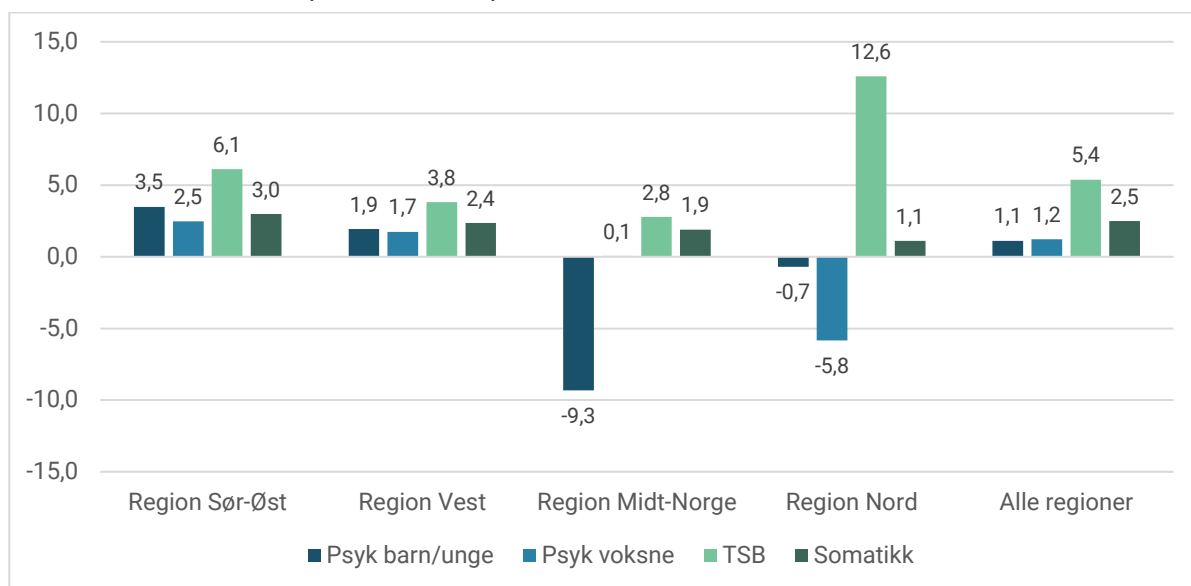
5.3 Utvikling i aktivitet – polikliniske konsultasjoner

Det er imidlertid ikke bare å prioritere ressurser i form av budsjett og kostnader til psykisk helsevern og TSB, det skal også gi positive effekter for pasienter i form av høyere vekst i aktivitet. Siden det ikke finnes et aktivitetsmål som gjør det mulig å sammenligne aktivitet i psykisk helsevern og TSB med aktivitet i somatisk spesialisthelsetjeneste, ble det besluttet for en del år siden å benytte polikliniske konsultasjoner som et måleparameter på aktivitet. Figur 5.2 viser prosentvis endring i antall polikliniske kontakter eksklusiv private avtalespesialister fra 2018 til 2019, mens figur 5.3 viser tilsvarende tall dersom avtalespesialistene inkluderes.

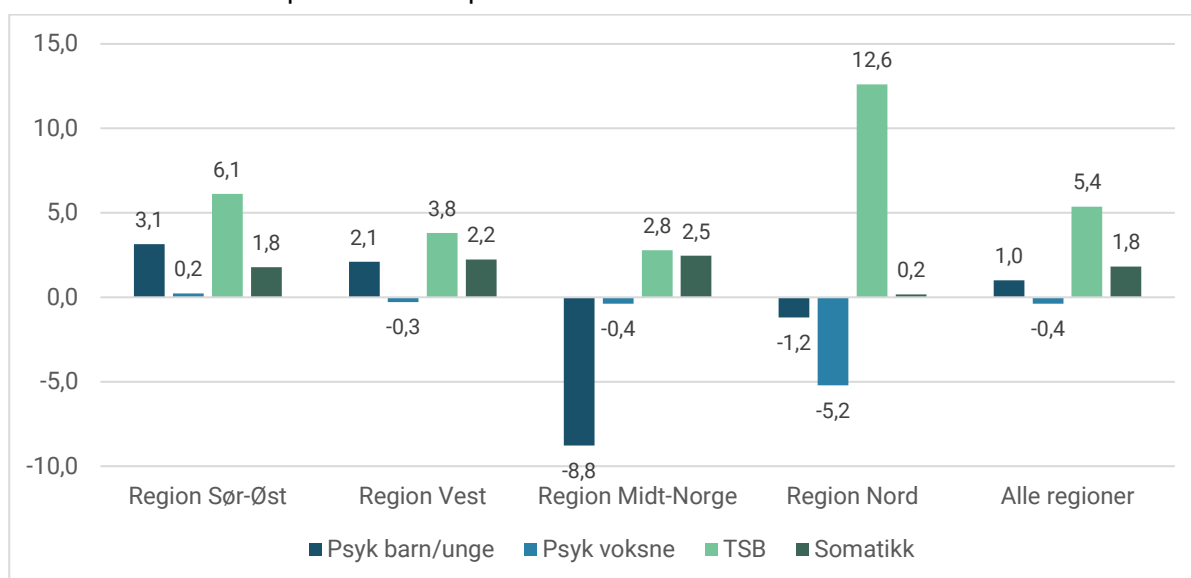
Det fremgår av figurene både at det var en del regionale forskjeller i aktivitetsutvikling, men også at det gjennomgående var sterkere prosentvis vekst i konsultasjoner/kontakter for TSB sammenlignet med somatikk. Dette skjer selv om utviklingen i kostnader ikke viste det samme bildet for alle regioner. Når det gjelder psykisk helsevern opp mot somatikk var det ingen regioner som hadde sterkere vekst i tråd med målet om å prioritere psykisk helsevern, men det fremgår av figur 5.2 og 5.3 at Helse Sør-Øst og Helse Vest har en ønsket sterkere vekst innad i psykisk helsevern ved at veksten er sterkere for barn og unge, jf oppdragsteksten.

Den relativt markerte reduksjonen i aktivitet i Helse Midt-Norge for psykisk helsevern barn og unge kan delvis skyldes endring i pasientdatasystem. Endringen er derfor trolig ikke fullt ut reell.

Figur 5.2 Prosentvis endring i aktivitet (polikliniske konsultasjoner) etter tjenesteområder og region fra 2018 til 2019. Eksklusiv private avtalespesialister.



Figur 5.3 Prosentvis endring i aktivitet (polikliniske konsultasjoner) etter tjenesteområder og region fra 2018 til 2019. Inklusiv private avtalespesialister.

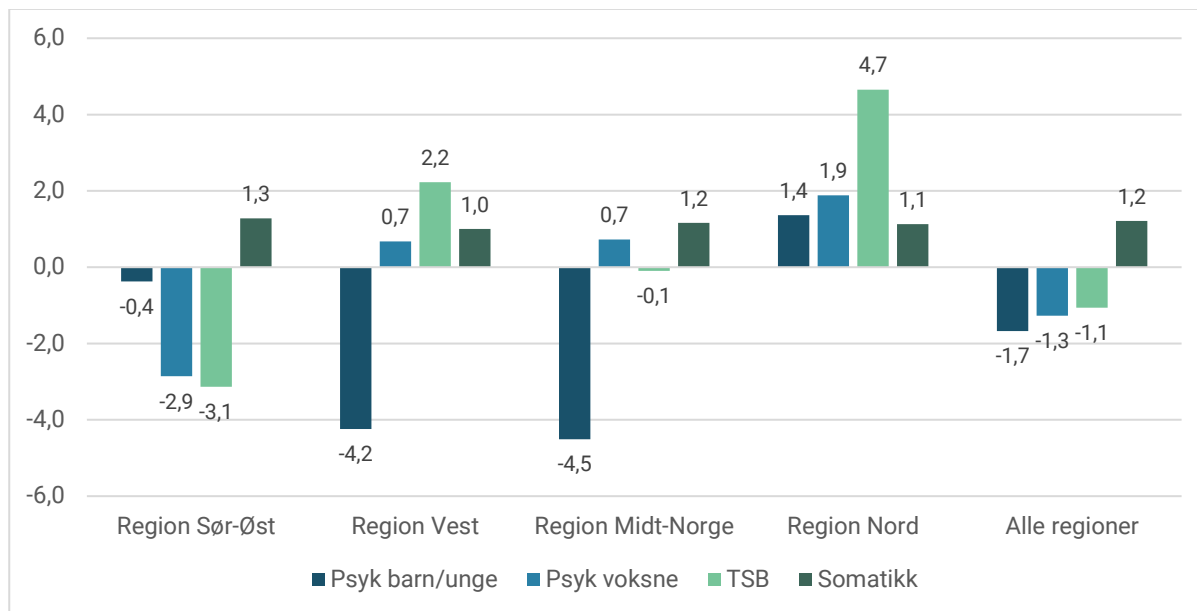


5.4 Utvikling i ventetider

Den siste delen knyttet til prioritering av psykisk helsevern og TSB omhandler utvikling i ventetid og nivå på ventetid i antall dager. Ved å prioritere mer ressurser til psykisk helsevern og TSB, som skal gi en sterkere vekst i aktivitet, er det et delmål å få til en bedre utvikling i ventetider enn man ser for somatikk. Figur 5.4 viser endring i antall dager i ventetid for tjenesteområdene fra 2018 til 2019. Tallene for prosentvis endring i ventetid gir det samme bildet som figuren viser for antall dager.

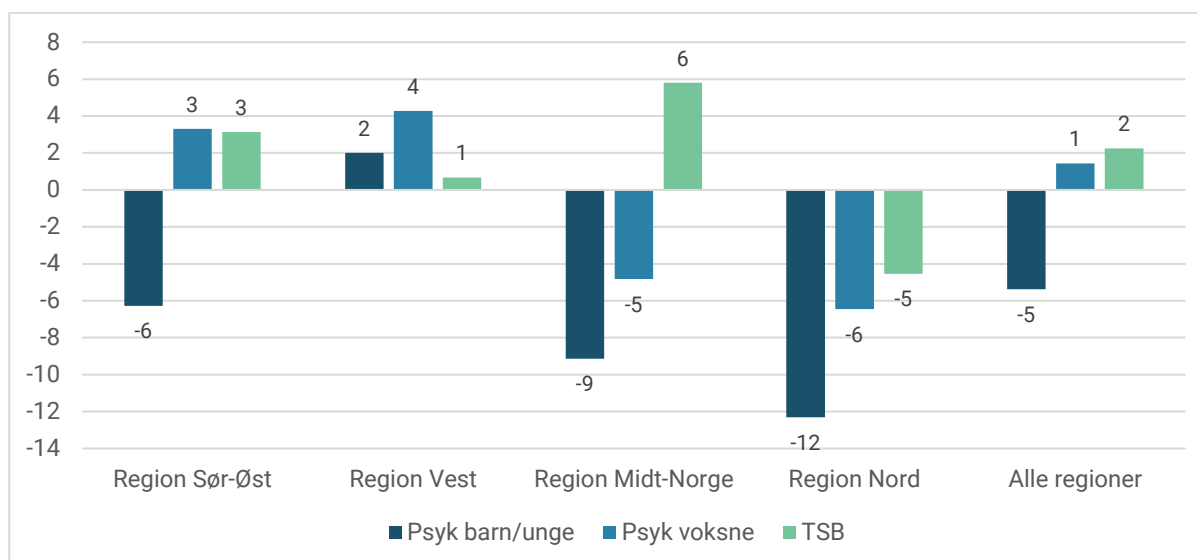
Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge har en bedre utvikling i ventetid for både psykisk helsevern og TSB enn de har for somatikk. Helse Vest oppnår målet for psykisk helsevern, men ikke for TSB, som hadde en økning i ventetid som var høyere enn innen somatikken. I Helse Nord var det som figuren viser en vekst i ventetid fra 2018 til 2019 for alle tjenesteområdene, men veksten var minst for somatikk, som i denne sammenheng tilsier en relativt sett bedre utvikling.

Figur 5.4 Endring i antall dager for ventetid etter tjenesteområder og region fra 2018 til 2019.



Det er i oppdraget om den gylne regel i 2019 angitt mål om maksimal gjennomsnittlig ventetid for psykisk helsevern. Målet for psykisk helsevern for barn og unge var 40 dager, for voksne 45 dager og for TSB 35 dager. Helse Vest nådde målet for ventetid i 2019 for både psykisk helsevern og TSB, som vist i figur 5.5, mens Helse Nord hadde høyere ventetid enn målet for samme tjenesteområder. For det to andre regionene var det delvis måloppnåelse som vist i figuren.

Figur 5.5 Ventetid i forhold til måltall for ventetid i 2019 etter tjenesteområde. Positivt tall = bedre enn målet.



Del B Tilgjengelighet og kvalitet

Et godt helsesystem kjennetegnes av god tilgjengelighet til helsetjenester uansett hvor du bor, hvem du er eller hvilken inntekt du har, og at behandling og oppfølging er av god faglig kvalitet. Tilgjengeligheten er knyttet til mulighetene for å få en tjeneste, mens kvaliteten omhandler innholdet i og effekten av tjenestetilbudet er når du er pasient.

Om tilgjengelighet til helsetjenester

Hovedfokus i denne rapporten er på helsetjenesten som helhetlig system for å gi gode tjenester til befolkningen. God nok kapasitet og god organisering skal blant annet bidra til god tilgjengelighet i hele landet. Tilgjengelighet kan blant annet belyses ved å beskrive geografiske variasjoner i befolkningens kontakt med tjenestene og ventetid til utredning/behandling.

Årsakene til geografiske forskjeller i kontakt med spesialisthelsetjenesten kan imidlertid være mange og sammensatte. Grovt sett kan man skille mellom at ulikheter i *behov* gir naturlige ulikheter i kontakt med helsetjenesten og på den andre siden at forskjeller i *tjenestetilbudet* gir variasjoner i kontakt. Den enkeltes kostnader til reiser og egenandeler ved å benytte en tjeneste eller for å kjøpe nødvendig medisin eller medisinsk utstyr kan også påvirke bruken av tjenester. I Norge har ikke dette vært framme som et stort tema, men er internasjonalt et viktig tema når man belyser tilgjengelighet og underforbruk av helsetjenester (unmet need). Denne rapporten belyser ikke hvordan økonomiske, sosiale, kulturelle, fysiske eller psykiske hindringer kan bidra til at deler av befolkningen i ulik grad oppsøker helsetjenesten ved behov for hjelp.

Overbehandling har også blitt et tema som har fått oppmerksomhet, for eksempel knyttet til medisinbruk og ulike typer utredning og kirurgisk behandling.

Selv om stor variasjon i bruk av tjenester mellom befolkningen i ulike geografiske bostedsområder kan indikere ulik tilgjengelighet til spesifikke tilbud er det likevel ikke noe direkte mål på god/dårlig tilgjengelighet. Det er i de fleste tilfeller ikke klare retningslinjer for hva som er ønsket eller riktig omfang av behandling i spesialisthelsetjenesten. Variasjon og utvikling i tjenestebruk må settes inn i en kontekst som hele tiden endrer seg. Det gjelder blant annet endringer knyttet til tjenestetilbudet, som behandlingsmuligheter, organisering av behandling og oppgavefordeling med primærhelsetjeneste. I et lengre perspektiv vil endringer i befolkningens helse (behov) også påvirke. Det er viktig å følge med på bruken av tjenester som et grunnlag for å vurdere om tjenestetilbudet utvikler seg i ønsket retning eller om forskjellene mellom bostedsområder er så store at det kan indikere uønskede ulikheter i tjenestetilbudet. Nasjonale helseatlas har også vist til konkrete eksempler på uberettigede variasjoner i spesifikke typer behandling.

Om Kvalitet

Kvaliteten på behandling handler i hovedsak om at tjenestene er trygge, er basert på etablert kunnskapsbasert praksis, og utføres av kompetent helsepersonell. I tillegg til dette er god oppfølging og et best mulig utfall av behandling avhengig av god organiseringen og administrasjon av tjenesteforløpene. Kvalitet handler derfor også om forhold på systemnivå som muliggjør effektiv og god klinisk behandling og kontinuitet i oppfølgingen.

God samhandling og kontinuitet forutsetter rett-tidig deling av nødvendig informasjon mellom ansvarlige for ulike deler av behandlingsforløpet og oppfølgingen av den enkelte pasient. Dette gjelder innenfor spesialisthelsetjenesten og i overganger mellom tjenestenivåene. Det siste kan blant annet belyses gjennom å følge med på tiden det tar fra pasienten har avsluttet et utrednings/behandlingsforløp til epikrise er sendt til henvisende helsepersonell (ofte fastlegen). Det gir oss ikke informasjon om innholdet i epikrisen er relevant og målrettet nok, men epikrisetid er likevel viktig, spesielt for pasienter som skal ha videre oppfølging.

God samhandling i helsetjenesten kan være krevende å måle kvantitativt. Noen indikatorer kan likevel indikere at samhandlingen eller oppfølgingen ikke er optimal. En høy andel eller stor økning i reinnleggelser og stort omfang av utskrivningsklare pasienter i sykehusene er eksempel på dette. Men det er ikke alltid enkelt å dokumentere entydig hva eller hvem som kunne gjort noe annerledes. Store variasjoner eller endringer i slike mål er likevel viktig å følge med på og gir grunnlag for videre vurdering og oppfølging lokalt i helseforetak og kommuner.

Tall fra Helsedirektoratet publisert gjennom de nasjonale kvalitetsindikatorene (NKI), SAMDATA og Norsk pasientregister viser utvikling og variasjon på viktige områder som berører kvalitet og tilgjengelighet i helsetjenesten. De fleste mål og indikatorer som er basert på nasjonale kvantitative data er prosessindikatorer og i liten grad mål på utfall av behandling/oppfølging. Unntaket er overlevelse etter behandling på noen områder. Både i Norge og mange andre land arbeides det med å få til bedre informasjon om resultat av behandling, blant annet i regi av ulike nasjonale kvalitetsregistre. Herunder også mål basert på pasientenes egne vurderinger av effekt av behandling.

6. Bruk av tjenester

6.1 Befolkningen bruk av somatiske spesialisthelsetjenester

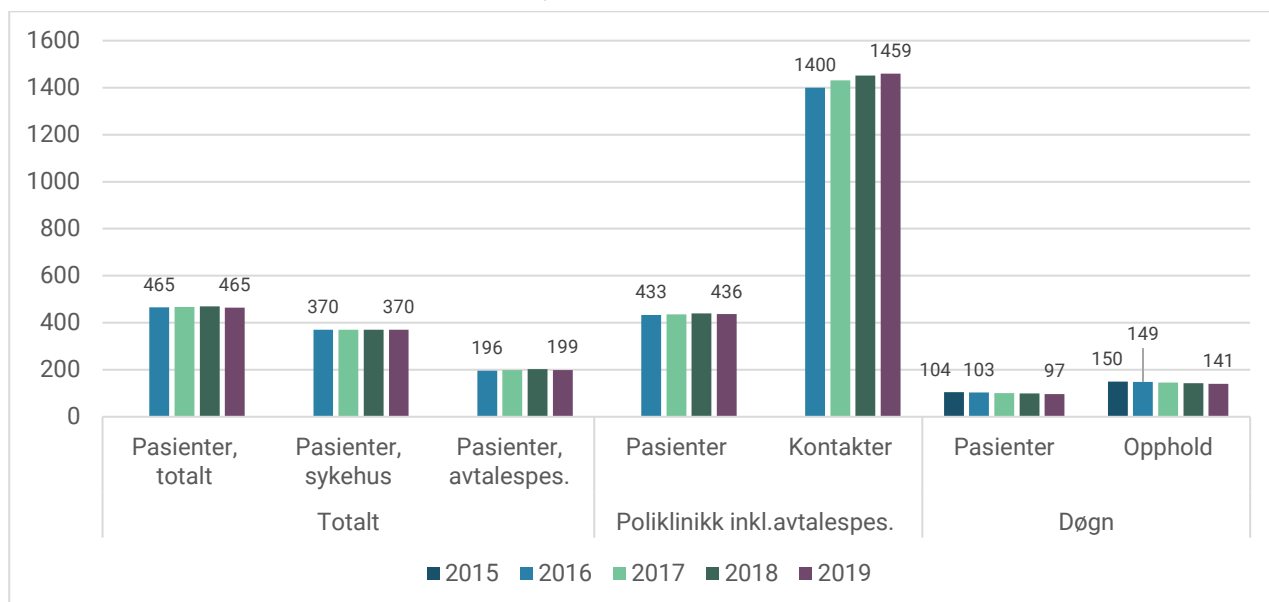
Nasjonale utviklingstrekk

I 2019 var det i underkant av 2,5 millioner pasienter med gyldig bosted i Norge i somatisk spesialisthelsetjeneste. Det tilsvarer omtrent 46 prosent av befolkningen. Figur 6.1 viser nasjonal utvikling fra 2015/2016 i rater (per 1000 innbyggere) for pasienter og opphold/kontakter i sykehus, samt hos avtalespesialist, etter omsorgsnivå (poliklinisk kontakt og døgnopphold).

Stabil utvikling i antall pasienter per innbygger

Overordnet sett er det lite forskjell fra år til år hvor stor andel av befolkningen som er pasienter i den somatiske spesialisthelsetjenesten. De siste fem årene har andelen ligget rundt 46-47 prosent. Fra 2016 til 2018 var det en moderat vekst, mens det var en svak nedgang fra 2018 til 2019. 37 prosent av befolkningen var i kontakt med somatisk sykehus i 2019 (370 per 1 000 innbyggere), og har holdt seg ganske stabilt. Nesten 20 prosent av befolkningen var hos avtalespesialist i 2019.¹⁵ Det var flere enn i 2016, men litt færre enn i 2018 målt per innbygger.

Figur 6.1 Utvikling i pasienter og aktivitet. Kjønnns- og aldersstandardiserte rater, 2015/2016-2019.



¹⁵ Dataene for aktivitet hos avtalespesialisert har ulik grad av komplett for de enkelte årene. For 2019 var det omtrent 95 prosent av de rapporteringspliktige spesialistene innen somatiske fagområder som rapporterte inn sin aktivitet. I 2016, 2017 og 2018 var kompletteten henholdsvis 96 prosent, 95 prosent og 96 prosent. Det er også noe manglende registrering av blant annet takst, kommunenummer og kjønn. Dette vil påvirke volumet i aktiviteten hos avtalespesialistene.

Flere polikliniske pasienter og kontakter

Det var i overkant av 1,8 millioner polikliniske pasienter i sykehus i 2019, og om lag én million pasienter hos avtalespesialistene. Av disse var omtrent 500 000 pasienter både i sykehus og hos avtalespesialist. Til sammen var det 2,3 millioner personer som hadde minst én poliklinisk kontakt i somatisk spesialisthelsetjeneste i 2019. Det utgjør 43,6 prosent av hele befolkningen, og er 0,4 prosentpoeng høyere enn i 2016. Fra 2018 til 2019 var det en liten reduksjon i andel av befolkningen som var polikliniske pasienter. Denne nedgangen kom for pasienter hos avtalespesialister, mens det var en liten vekst i polikliniske pasienter i sykehus.

Det ble totalt registrert i overkant av 7,8 millioner polikliniske kontakter i 2019. Av disse var omtrent 5,7 millioner i sykehus, mens om lag 2,1 millioner var hos avtalespesialist. Fra 2016 til 2019 økte antall kontakter med i underkant av åtte prosent. Raten for polikliniske kontakter var 1 459 kontakter per 1 000 innbyggere i 2019. Det utgjør en vekst på 60 kontakter per 1 000 innbyggere fra 2016, og en vekst på 8,7 kontakter fra 2018 til 2019. Veksten i kontakter økte mer enn antall pasienter, noe som betyr at antall kontakter per pasient økte i fireårsperioden, fra 3,2 i 2016 til 3,3 kontakter per pasient i gjennomsnitt i 2019.

Færre døgnpasienter og døgnopphold

Tidligere rapporter har vist en nedgang i innbyggere som legges inn som døgnpasienter i sykehus. Dette fortsetter, selv om de årlige reduksjonene er små. For Norge totalt var det 521 282 døgnpasienter i 2019. Det er litt i underkant av ti prosent av befolkningen, mens det i 2015 var i overkant av ti prosent. Mens den polikliniske aktiviteten har økt, har det vært en reduksjon i døgnopphold. I 2019 var det totalt 754 822 døgnopphold (eksklusive rehabilitering), det tilsvarer 141 døgnopphold per 1 000 innbyggere. I 2015 var raten for døgnopphold 150 opphold. Øyeblikkelig hjelp-døgnopphold utgjør omtrent 70 prosent av alle døgnoppholdene. Totalt antall øyeblikkelig hjelp-døgnopphold var omtrent det samme i 2015 som i 2019, Det innebærer en nedgang i raten for denne typen opphold, fra 106 opphold per 1 000 innbyggere i 2015 til 101,4 i 2019. Antall planlagte døgnopphold ble redusert fra 2015 til 2019. Følgelig var det en reduksjon i raten for denne typen opphold, fra 44,4 opphold per 1 000 innbyggere i 2015 til 39,3 opphold i 2019.

Kontakt med somatisk spesialisthelsetjenesten etter alder og kjønn

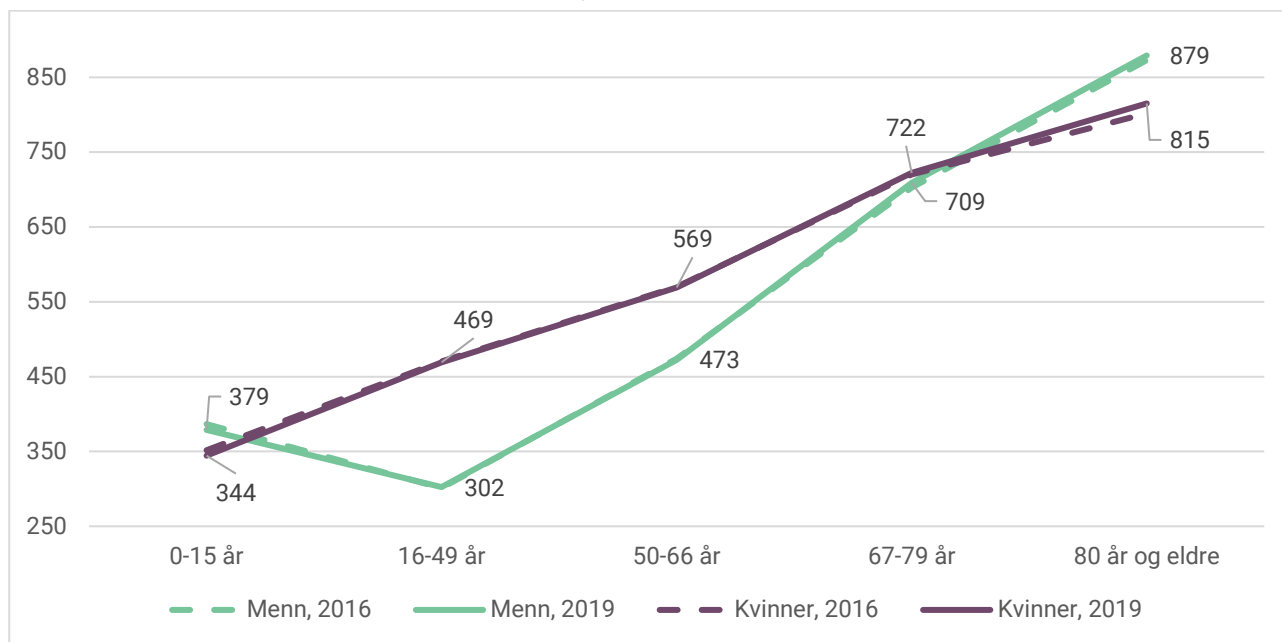
I 2019 utgjorde menn 45 prosent av alle pasientene. Denne fordelingen var stabil i femårsperioden fra 2015 til 2019. Figur 6.2 viser pasienter per innbygger for menn og kvinner i ulike aldersgrupper i 2016 og 2019. For både menn og kvinner økte andelen innbyggere (pasientraten) som hadde kontakt med spesialisthelsetjenesten med høyere alder og ratene er ganske stabile over tid.

Totalt sett var 51 prosent av alle kvinner i kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste i 2019, det er 0,6 prosentpoeng høyere enn i 2016. For aldersgruppene 16 til 49 og 50 til 66 år hadde kvinner høyere rate enn menn. Den høyere raten kan i stor grad knyttes til graviditet, fødsler og sykdommer relatert til dette. I 2019 var 41 prosent av alle menn i befolkningen i kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste. Det er også en økning på 0,6 prosentpoeng fra 2016. For menn var det laveste andel pasienter i befolkningen i aldersgruppen 16 til 49, og økte så med økende alder.

Andelen pasienter i befolkningen for aldersgruppene 0 til 15 år og 50 til 66 var litt lavere i 2019 enn i 2016 for både kvinner og menn. For kvinner var det i tillegg en liten nedgang i pasientraten for aldersgruppen

16 til 49 år, mens det for menn var det en liten vekst for denne aldersgruppen. I aldersgruppen 67 til 79 år var det en vekst i pasientraten for begge kjønn, med størst vekst for menn. Kvinner hadde allikevel fortsatt høyere pasientrate enn menn for denne aldersgruppen. Det var størst vekst i andel pasienter i befolkningen for kvinner i aldersgruppen 80 år og eldre fra 2016 til 2019 (1,6 prosent økning). Andelen kvinner som hadde kontakt med spesialisthelsetjenesten i denne aldersgruppen var likevel lavere enn for menn i samme aldersgruppe i hele femårsperioden.

Figur 6.2 Totalt antall pasienter per 1 000 innbyggere etter aldersgrupper, 2016 og 2019



Geografiske forskjeller i bruk av tjenester

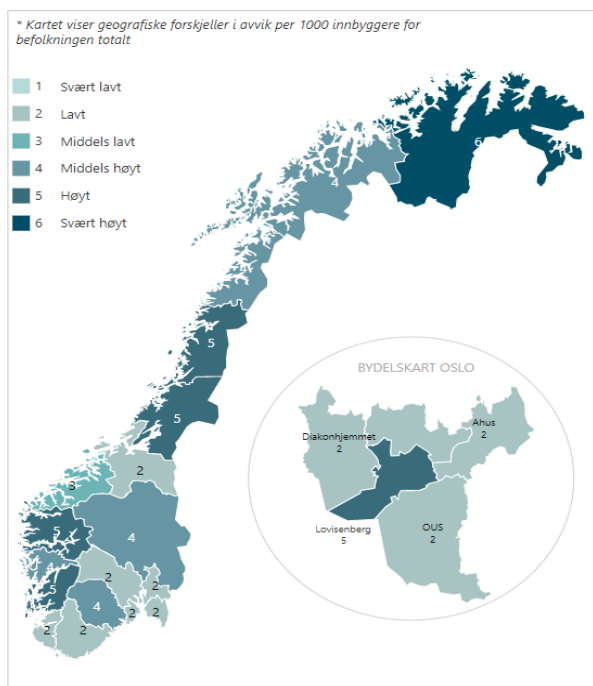
Kartene i figur 6.3 og 6.4 viser variasjon i befolkningens bruk av somatisk spesialisthelsetjenester i helseforetaksområdene. De framstiller variasjon¹⁶ i ratene for henholdsvis døgnopphold og polikliniske kontakter i 2019 (inklusive avtalespesialister). Dess mørkere farge på kartet, dess høyere rate.

Det framkommer et visst mønster når vi ser de to kartene i sammen. Korrelasjonskoeffisienten måler grad av samvariasjon og indikerer at det er en negativ korrelasjon mellom ratene for døgnopphold og polikliniske kontakter (-0,5). Det betyr at høye verdier på den ene variabelen, for eksempel døgnraten, tenderer til å samvarierte med lave verdier for poliklinisk kontakter og omvendt.

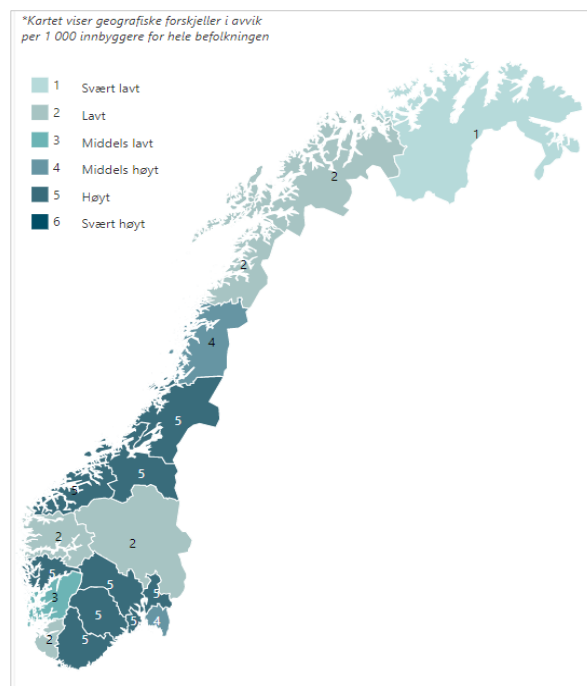
For eksempel har Finnmark høyeste rate for døgnopphold, men lavest rate for polikliniske kontakter. Mens for eksempel St. Olavsområdet hadde en relativ høy rate for polikliniske kontakter og en relativ lav rate for døgnopphold. Det var imidlertid også områder som hadde høyt nivå av både døgnbehandling og poliklinisk aktivitet, som for eksempel Nord-Trøndelag. Mens andre områder hadde relativt lave rater både på døgn og polikliniske kontakter, som Helse Stavanger-området.

¹⁶ Antall standardavvik fra gjennomsnittet per 1 000 innbyggere. Svært høyt eller svært lavt representere verdier som ligger +/- 1,64 standardavvik fra gjennomsnittet.

Figur 6.3 Variasjon i døgnopphold, 2019



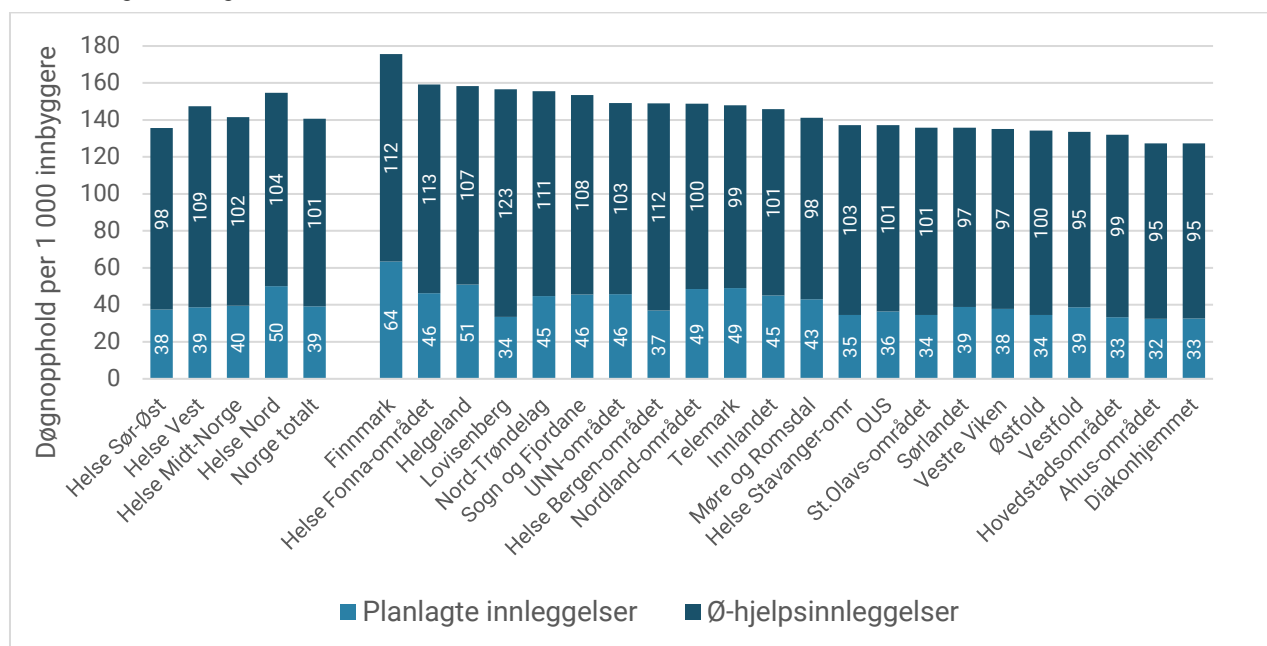
Figur 6.4 Variasjon i polikliniske kontakter, 2019



Variasjoner i døgnopphold etter hastegrad

I figur 6.5 er ratene for døgnopphold delt inn etter hastegrad. Godt over 70 prosent av døgnoppholdene i sykehus er øyeblikkelig hjelp. Det er til dels store forskjeller mellom foretaksområdene i raten for planlagte døgnopphold. Helseforetaksområdene i Nord: Finnmark, UNN-området, Nordland-området og Helgeland, hadde alle en relativ høy rate for planlagte innleggelser. Med unntak av Innlandet, hadde alle områdene i Helse Sør-Øst relativt sett få planlagte døgnopphold per innbygger.

Figur 6.5 Døgnopphold fordelt på hastegrad og liggedøgn. Kjønn- og aldersstandardiserte rater, 2019. Regioner og foretaksområder. Foretaksområdene er sortert etter samlet rate.



Området med høyest bruk av planlagte døgnopphold, hadde nesten dobbelt så mange opphold (per innbygger) som området med laveste nivå av planlagt døgnaktivitet. Store variasjoner i planlagte døgnopphold kan blant annet henge sammen med reiseavstand til sykehuset. Med kortere avstander kan pasientene i større grad komme inn til dagbehandling enn i områder hvor større del av befolkningen har lengre reisevei/avstander.

Både andel pasienter i befolkningen og kontakter per pasient påvirker ratene for bruk av tjenester

Forskjeller i antall døgnopphold eller polikliniske konsultasjoner per innbygger vil bli påvirket både av hvor mange i befolkningen som er i kontakt med tjenestene (pasientraten) og hvor mange kontakter hver pasient har med tjenesten. Mange forhold knyttet til behov og tjenestetilbud kan tenkes å spille inn på disse størrelsene. Herunder variasjoner i medisinsk praksis, kapasitet og organisering av tjenestetilbudene, primærhelsetjenestens rolle og avstand til behandlingssted. Tabell 6.1 viser prosent avvik fra den nasjonale raten for døgnpasienter og døgnopphold i 2019 i helseforetaksområdene, samt antall gjennomsnittlig opphold per pasient.

Det er et mønster i retning av at høy døgnpasientrate samvarierer med en høy rate for døgnopphold og omvendt. Finnmark hadde både høyest døgnpasientrate og døgnoppholdsrate, mens for eksempel Ahus-området og Diakonhjemmet hadde lave pasientrater og oppholdsrate. Antall døgnopphold per pasient varierte fra 1,5 opphold i gjennomsnitt per pasient i Finnmark, til 1,41 opphold per pasient i Sørlandet i 2019.

Til høyre i tabell 6.1 ser vi prosent avvik fra nasjonal rate for polikliniske pasienter og polikliniske kontakter inkludert avtalespesialistene. Foretaksområdene i Helse Nord hadde samlet høyest bruk av døgnopphold, mens for poliklinisk aktivitet hadde regionen laveste bruk. Tre av områdene i Helse Nord hadde også færrest kontakter per pasient i gjennomsnitt. Finnmark hadde lavest antall kontakter per pasient med 2,8 kontakter. I Vestfold, som hadde flest kontakter per pasient, var det 3,6 kontakter per pasient i gjennomsnitt.

Tabell 6.1 Prosent avvik fra nasjonal rate for antall døgnpasienter, døgnopphold, polikliniske pasienter og polikliniske kontakter, samt døgnopphold per pasient og polikliniske konsultasjoner per pasient. Helseforetaksområder 2019.

	Prosent avvik døgntjenester			Prosent avvik polikliniske tjenester		
	Døgn- opphold	Døgn- pasienter	Opphold per pasient	Polikliniske kontakter	Polikliniske pasienter	Kontakter per pas
Finnmark	25	21	1,50	-15	0	2,85
Helse Fonna-området	13	11	1,48	-4	1	3,16
Helgeland	13	10	1,48	0	4	3,22
Lovisenberg	11	11	1,45			
Nord-Trøndelag	11	9	1,47	6	5	3,38
Helse Førde-området	9	7	1,47	-5	1	3,14
UNN-området	6	5	1,47	-13	-6	3,09
Helse Bergen-området	6	4	1,48	5	6	3,32
Nordland-området	6	4	1,47	-5	2	3,11
Telemark	5	5	1,46	6	6	3,36
Innlandet	4	4	1,44	-11	-4	3,12
Møre og Romsdal	0	1	1,43	2	1	3,38
Helse Stavanger- området	-2	-3	1,46	-12	-8	3,19
OUS	-2	-2	1,44			
St.Olavs-området	-3	-2	1,43	4	-2	3,55
Sørlandet	-3	-1	1,41	2	3	3,32
Vestre Viken	-4	-4	1,45	2	-1	3,42
Østfold	-5	-5	1,45	1	-1	3,41
Vestfold	-5	-4	1,44	4	-3	3,57
Hovedstadsområdet	-6	-5	1,43	6	1	3,51
Ahus-området	-9	-8	1,42			
Diakonhjemmet	-9	-8	1,43			
Norge totalt	0	0	1,45	0	0	3,30

* Det er manglende registrering av informasjon om bydelskode i data fra avtalespesialistene. Hovedstadsområdet vises derfor kun samlet for polikliniske tjenester.

Hva varierer mest; døgnopphold, liggedøgn eller poliklinisk kontakt?

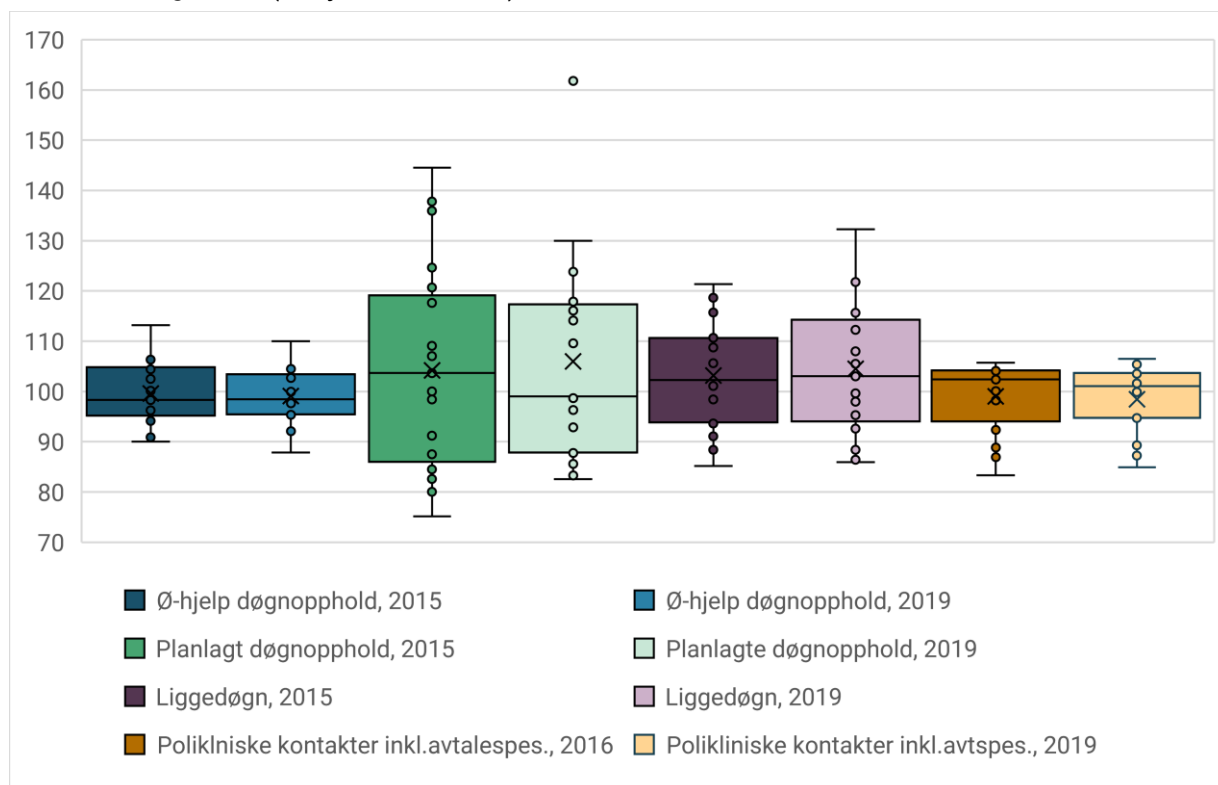
Figur 6.6 viser variasjon i bruk av tjenester for befolkningen i helseforetaksområdene basert på fire ulike mål for årene 2015/2016 og 2019. Figuren viser variasjon i polikliniske kontakter, to typer døgnopphold (planlagte og øyeblikkelig hjelp) og sum liggedøgn i sykehus.

Det var betydelig større variasjon mellom foretaksområdene i rater for planlagte døgnopphold enn for øyeblikkelig hjelp. For begge typer døgnopphold var forskjellen mellom foretaksområdene noe mindre i 2019 enn i 2015. For de planlagte døgnoppholdene var variasjonen¹⁷ i rater for medisinske

¹⁷ Målt ved variasjonskoeffisient.

døgnopphold (ikke kirurgi) blitt større fra 2015-2019, mens det var blitt noe mindre forskjell mellom bostedsområdene i antall per innbygger som hadde fått kirurgisk behandling.

Figur 6.6 Prosent avvik fra nasjonal rate for ø-hjelp døgnopphold, planlagte døgnopphold, sum liggedøgn og polikliniske kontakter. Kjønn- og aldersstandardiserte rater. Helseforetaksområder 2015/2016 og 2019. (Nasjonal rate=100).



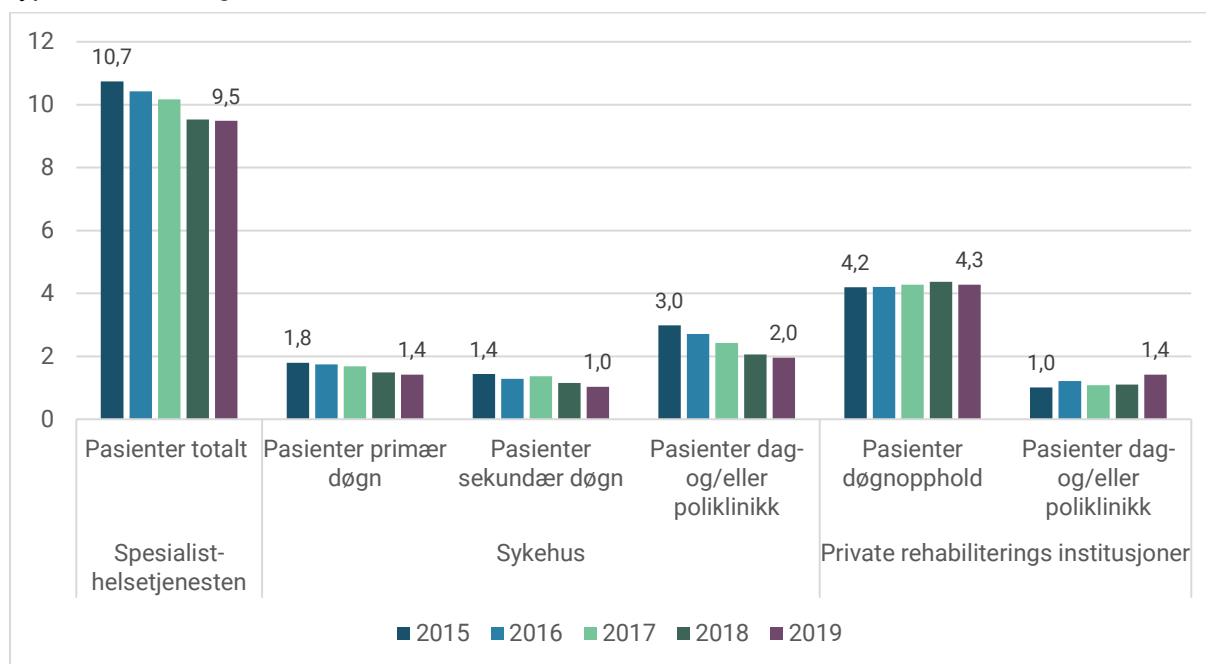
Variasjonen i ratene for liggedøgn totalt var større i 2019 enn i 2015. Variasjonen⁴ for kirurgiske liggedøgn økte mer enn for medisinske liggedøgn. Når det gjelder polikliniske kontakter inkludert aktivitet hos avtalespesialistene, var variasjonen stabil fra 2016 til 2019. Aktivitet hos avtalespesialister bidrar til å utjevne forskjellene mellom foretaksområdene

6.2 Befolkningens bruk av rehabiliteringstjenester

Det var i underkant av 51 000 pasienter som mottok rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i 2019. Samlet er det en nedgang på 5 000 pasienter fra 2015, tilsvarende en reduksjon på ni prosent. Tilbudet om rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er organisert på ulike måter. Ved noen sykehus er det egne rehabiliteringsavdelinger, mens ved andre sykehus foregår rehabiliteringen parallelt med annen behandling. Det er også et stort omfang av private rehabiliteringsinstitusjoner som utfører rehabilitering etter avtale med de regionale helseforetakene.

Det var 9,5 pasienter per 1 000 innbyggere som mottok rehabilitering i sykehus og/eller i private institusjoner i 2019. Det framgår av figur 6.7 at antall pasienter som mottok rehabilitering i sykehus var lavere i 2019 enn i 2015, mens antall pasienter som mottok rehabilitering ved private institusjoner var noe høyere i 2019 enn i 2015.

Figur 6.7 Antall rehabiliteringspasienter per 1 000 innbyggere i spesialisthelsetjenesten. Totalt etter type rehabilitering for årene 2015-2019.¹⁸



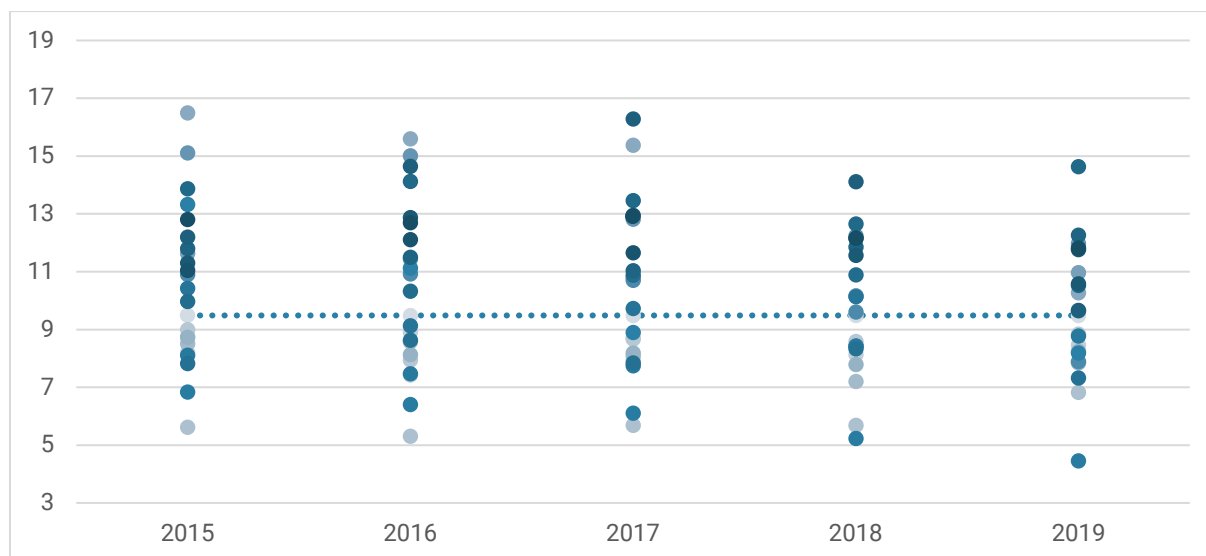
Geografiske forskjeller i rehabiliteringspasienter totalt

Det er relativt store forskjeller mellom regioner og foretaksområder i hvor mange som mottar rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. I 2019 mottok 12,7 pasienter per 1 000 innbyggere rehabilitering i Helse Midt-Norge, 5,1 flere enn i Helse Vest. Helse Midt-Norge hadde høyest pasientrate for rehabilitering i sykehus de fem siste årene, mens Helse Nord hadde nest høyeste rate de tre siste årene. Helse Midt-Norge og Helse Nord hadde samtidig flest rehabiliteringspasienter per innbygger hos private rehabiliteringsinstitusjoner i hele femårsperioden. Variasjonen mellom regionene økte i denne perioden.

Figur 6.8 viser variasjon mellom foretaksområdene i total pasientrate fra 2015 til 2019. Det vil være forskjeller mellom foretaksområdene i hvor stor andel av pasientene som mottar behandling ved en døgnavdeling versus andel pasienter som kun mottar dag- og poliklinisk behandling. St. Olavs-området hadde høyest nivå av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i 2019, med en pasientrate på 14,6. Dette var 3,3 ganger så mange pasienter som for Helse Stavanger-området, som hadde 4,5 pasienter. St. Olavs-området har høyt nivå av pasienter som mottar dag- og/eller poliklinisk behandling, både i sykehus og ved de private institusjonene. I Helse Stavanger-området er pasientraten jevnt over lav, både for aktivitet i sykehus og ved private institusjoner, uavhengig av omsorgsnivå. Variasjonen mellom foretaksområdene var noe lavere i 2019 enn i 2015.

¹⁸ Primær døgnrehabilitering vil si at det er rehabiliteringen som er hovedårsak til innleggelsen. Her skilles det videre mellom primær kompleks og primær enkel avhengig av grad av kompleksitet. Sekundær døgnrehabilitering vil si at pasienten mottar rehabilitering ved siden av eller i direkte forlengelse av behandling for hovedårsaken til innleggelsen.

Figur 6.8 Variasjon mellom foretaksområder i totalt antall rehabiliteringspasienter per 1 000 innbyggere samlet for sykehus og private institusjoner, 2015-2019. Stiplet linje = nasjonalt nivå i 2019.

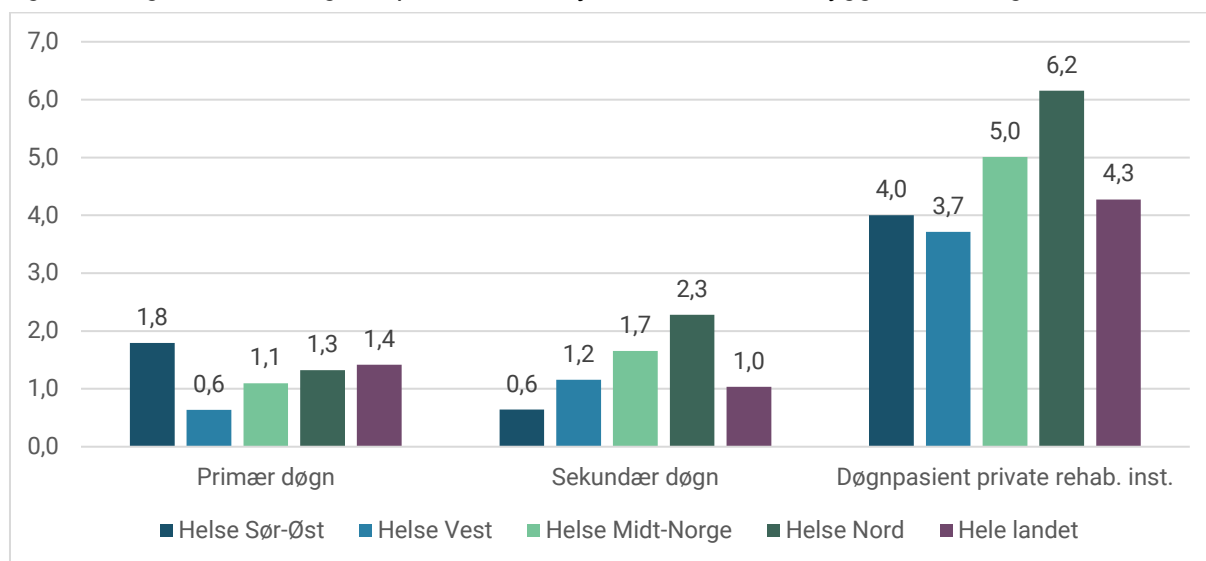


Geografiske forskjeller i døgnrehabilitering

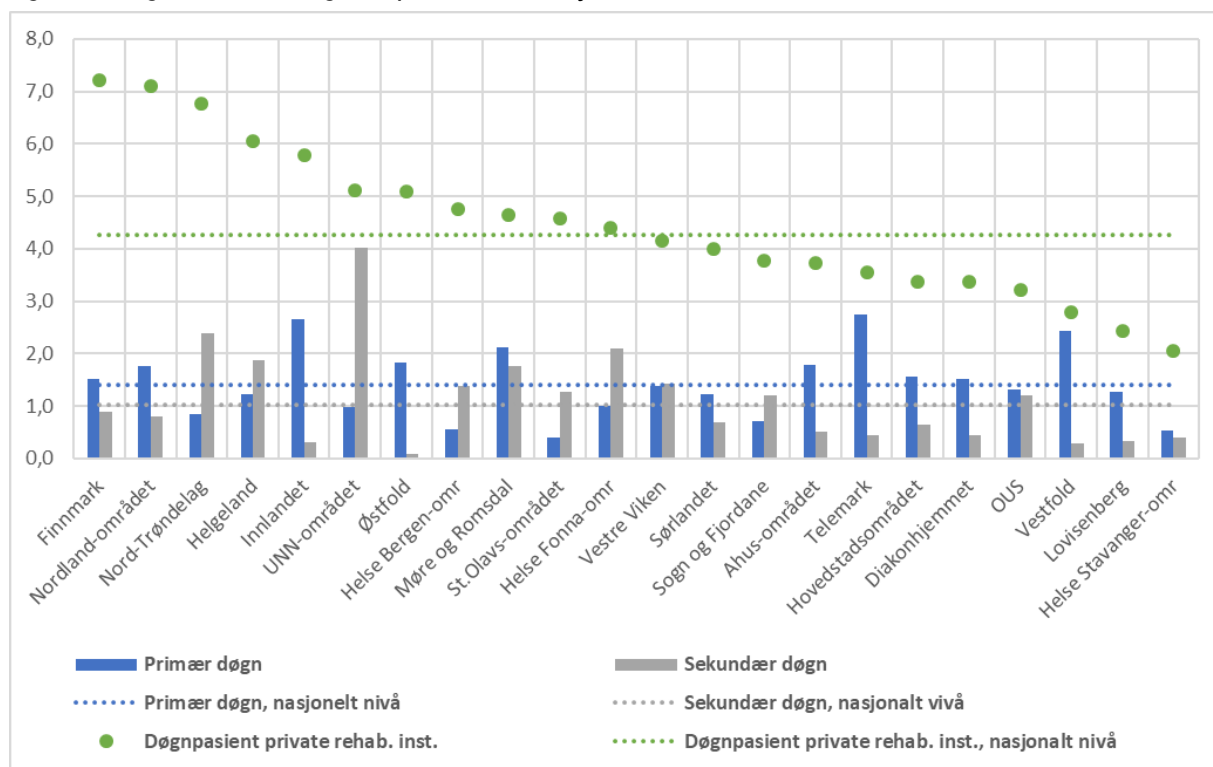
Figur 6.9 og 6.10 viser variasjoner mellom regioner og foretaksområder når det gjelder primær- og sekundær døgnrehabilitering i sykehus, samt døgnrehabilitering ved private institusjoner i 2019. I 2019 var det 22 660 pasienter som mottok rehabilitering i sykehus. Av disse var det 7 604 pasienter som fikk primær døgnrehabilitering og 5 555 pasienter som mottok sekundær døgnrehabilitering. Fra 2015 til 2019 var det en reduksjon i antallet pasienter som mottok både primær- og sekundær døgnrehabilitering i sykehus. I 2019 var det totalt 29 652 pasienter som mottok rehabilitering ved private institusjoner. Ved de private institusjonene er nivået av døgnbehandling høyt, og siste år var det 22 947 pasienter som mottok en eller flere døgnrehabiliteringer. Antallet døgnpasienter ved de private institusjonene var høyere i 2019 enn i 2015, selv om antallet ble redusert noe siste år.

Det framgår av figurene 6.9 og 6.10 at det er store forskjeller mellom regionene og mellom foretaksområdene i nivå av døgnrehabilitering i sykehus og ved private institusjoner. Helse Nord hadde den høyest pasientraten både for sekundær døgnrehabilitering i sykehus og for døgnrehabilitering ved de private institusjonene. Helse Sør-Øst hadde høyest nivå av primær døgnrehabilitering, og lavest nivå av sekundær døgnrehabilitering. Av foretaksområde hadde Telemark den høyeste pasientrate for primær døgnrehabilitering på 2,8 pasienter per 1 000 innbyggere i 2019, tilnærmet syv ganger så mange pasienter som St. Olavs-området. UNN hadde fire pasienter per 1 000 innbyggere som var registrert med sekundær døgnrehabilitering, til sammenligning hadde Østfold en rate på 0,14. Finnmark hadde høyest pasientrate for døgnrehabilitering ved de private institusjonene, 3,5 ganger så høyt nivå som for Helse Stavanger.

Figur 6.9 Antall pasienter som mottok primær døgnerhabilitering, sekundær døgnerhabilitering og/eller døgnerhabilitering ved private institusjoner. Per 1000 innbyggere etter region 2019.



Figur 6.10 Antall pasienter som mottok primær døgnerhabilitering, sekundær døgnerhabilitering og/eller døgnerhabilitering ved private institusjoner. Foretaksområder 2019.



Noen av foretaksområdene med lavere nivå av primær døgnerhabilitering sykehus i 2019, eksempelvis Nord-Trøndelag og Helgeland, hadde et høyere nivå av døgnerhabilitering ved de private institusjonene for samme år. Generelt viser analysen imidlertid at bruken av døgnerhabilitering ved private institusjoner ikke bidrar til en utjevning av de geografiske forskjellene vi ser i primær døgnerhabilitering i sykehus (korrelasjon på 0,03). Flere av områdene som for eksempel hadde et lavt nivå av primær døgnerhabilitering i sykehus, hadde samtidig et lavere nivå

av antall døgnpasienter ved de private institusjonene. Det fremgår av figur 6.10 at flere områder med lavere nivå av primær døgnrehabilitering har et høyere nivå av sekundær døgnrehabilitering (korrelasjon på -0,42).

Geografisk variasjon i rehabilitering i spesialisthelsetjenesten vil også kunne skyldes at en større del av rehabiliteringen ved noen foretaksområder skjer i kommunene, i eller utenfor institusjon. Det er en målsetting om at deler av rehabiliteringstjenester skal overføres til kommunesektoren. Med opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017-2019¹⁹, ønsket regjeringen å bidra til at kommunene settes i stand til å gi et godt tilrettelagt rehabiliteringstilbud for sine innbyggere. Tall publisert av Helsedirektoratet^{20 21} viser imidlertid at det på nasjonalt nivå ikke har vært en merkbar vekst i rehabiliteringstjenestene i kommunene i perioden fra 2015 til 2018.

For mer informasjon om utvikling og variasjon i rehabilitering i spesialisthelsetjenesten se rapport IS-2954 fra Helsedirektoratet: *Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten 2015-2019*.

¹⁹ Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019). Særtrykk til Prop. 1 S (2016-2017).

²⁰ Kommunale helse- og omsorgstjenester 2018. Statistikk fra Kommunalt pasient- og brukerregister. Rapport fra Helsedirektoratet.

²¹ Noen kommuner rapporterer et veldig lavt antall mottakere av rehabilitering og habilitering utenfor institusjon. Og det er grunn til å tro at det er en underrapportering av tjenesten. Kommunale helse- og omsorgstjenester 2018. Statistikk fra Kommunalt pasient- og brukerregister. Rapport fra Helsedirektoratet.

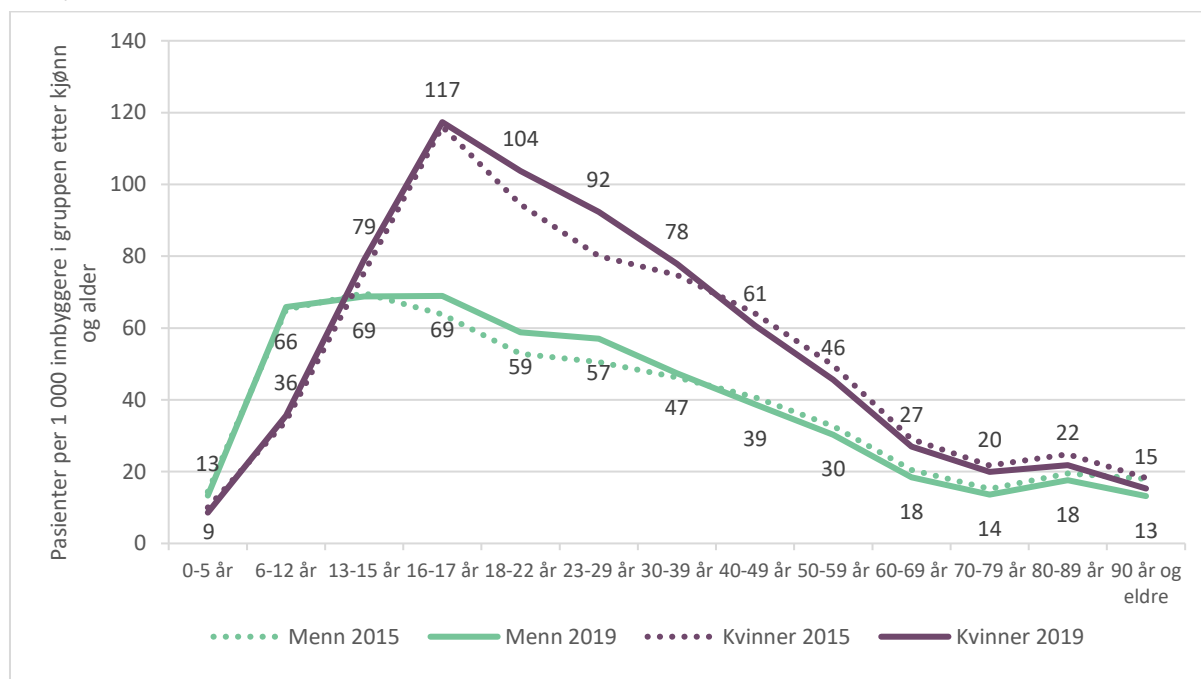
6.3 Befolkningen bruk av tjenester innen psykisk helsevern

Pasienter i det psykiske helsevernet

I 2019 var totalt 56 000 personer i kontakt med institusjoner og poliklinikker innenfor det psykiske helsevernet for barn og unge, 154 000 personer i det psykiske helsevernet for voksne, og 52 000 personer hos avtalespesialistene. Noen personer mottok tjenester fra flere instanser. Totalt var derfor 252 000 personer i kontakt med tjenestene, mot 248 000 fem år tidligere. Dette tilsvarer 4,6 prosent av befolkningen. For de yngste aldersgruppene (inntil 12 år) er guttene i flertall. Fra 13 år og oppover er flere kvinner enn menn i kontakt med tjenestene.

For både kvinner og menn stiger raten fram til aldersgruppen 16-17 år, som vist i figur 6.11 der hhv. 11,7 og 6,9 prosent av befolkningen var i kontakt med tjenestene i 2019. Pasientraten avtok deretter med økende alder.

Figur 6.11 Pasienter i det psykiske helsevernet etter kjønn og alder i 2015 og i 2019. Rater per 1 000 innbyggere i gruppen.



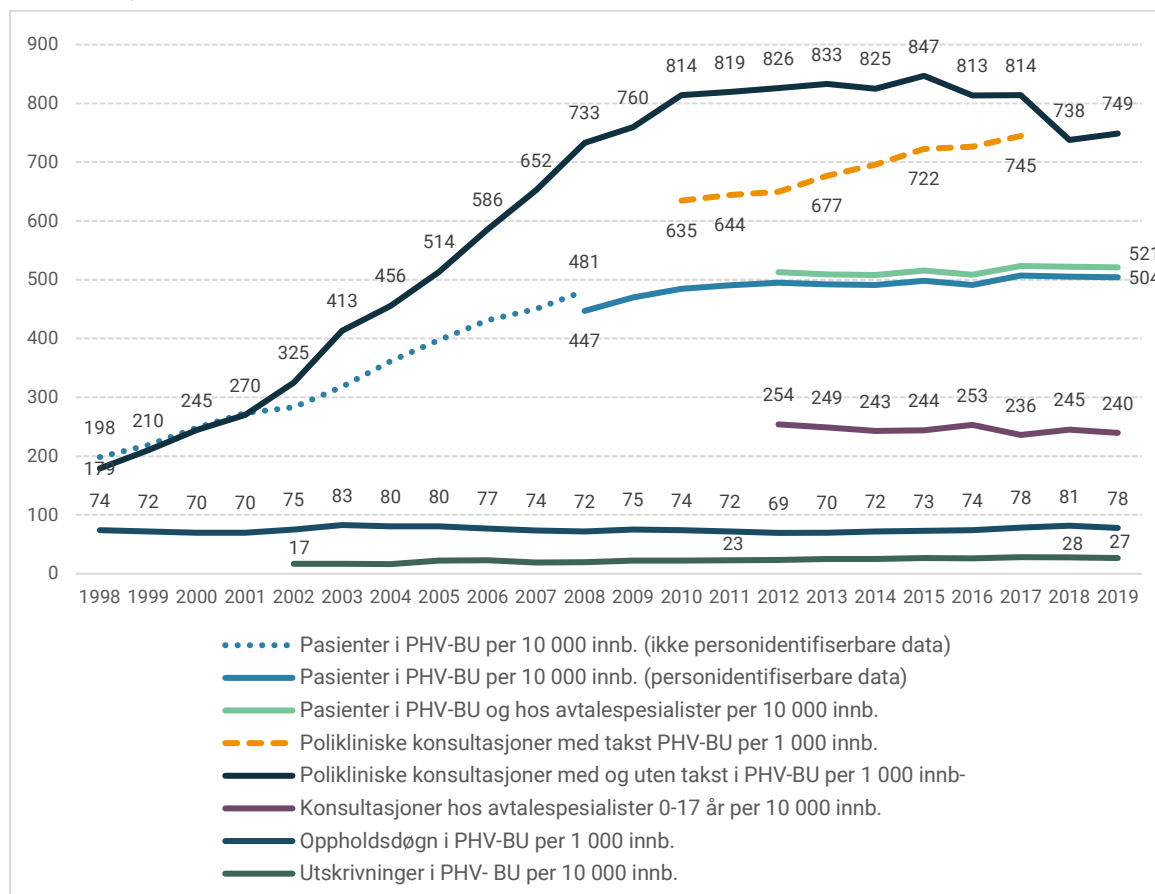
Siden 2015 har det for begge kjønn særlig vært en økning for aldersgruppene 18-29 år. Det kan dermed se ut til at det er en kohort-effekt: Gruppene med de høyeste ratene i 2015 fortsetter å ha en høyere rate 4 år senere enn tilsvarende aldersgrupper i 2015. Fra 2015 til 2019 var det spesielt økning i ratene for aldersgruppene 18-29 år og for gutter 16-17 år, og synkende rater for de eldre aldersgruppene (40 år og eldre). Tendensen til synkende rate med økende alder har dermed blitt ytterligere styrket i løpet av perioden.

6.4 Befolkningen bruk av tjenester for barn og unge

Figur 6.12 viser utviklingen i behandlingsaktiviteten over perioden 1998-2019.

I siste 20 års-periode har det vært en kraftig vekst i omfanget av behandlede pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. I forbindelse med opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) var det en økning fra om lag 2 til nær 5 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen som var i kontakt med tjenesten. Denne veksten kom primært i poliklinisk virksomhet, med en betydelig økning i antall polikliniske kontakter i perioden. Etter opptrappingsperiodens slutt, avtok veksten både i pasient- og konsultasjonsratene, og har de senere årene flatet ut. Fra 2015 gikk konsultasjonsraten ned, spesielt fra 2017 til 2018, men økte igjen siste år. Antall oppholdsdøgn varierte noe mellom år, men for perioden sett under ett var døgnraten relativt stabil, mens det var en vekst i antall utskrivinger. Dette indikerer flere og/eller kortere døgnopphold i perioden fra 2002 til 2020.

Figur 6.12 Dekningsrater for pasienter, oppholdsdøgn, utskrivinger, polikliniske kontakter og konsultasjoner hos avtalespesialister i PHV-BU 1998-2019.

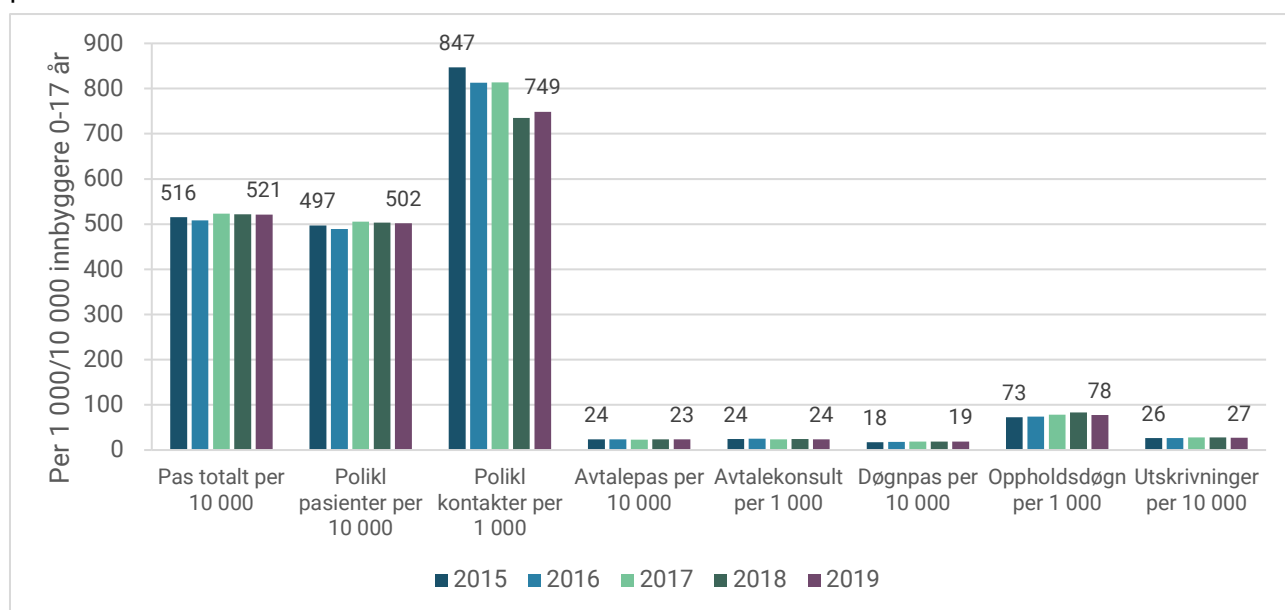


Figur 6.13 viser utviklingen i bruk av tjenester i det psykiske helsevernet for barn og unge i perioden 2015 til 2019. Bruken av tjenester fremstilles som rater i forhold til befolkningen 0-17 år. Samlet pasientrate holdt seg i perioden 2015 til 2019 relativt stabil (1 prosent vekst). Målt i antall pasienter, har bruk av polikliniske tjenester vært dominerende i hele siste femårsperiode. Kontaktraten sank imidlertid med 12 prosent i perioden, spesielt fra 2017 til 2018. Reduksjonen var størst i Helse Midt-

Norge og her har innføring av nytt pasientadministrativt system trolig påvirket utviklingen i konsultasjonsraten. Det gjøres også oppmerksom på at poliklinisk psykisk helsevern og TSB ble inkludert i ISF fra 2017. Endring i finansieringssystemet kan ha bidratt til endret registreringspraksis og dermed medvirket til endring i konsultasjonsraten.

Bruk av tjenester hos avtalespesialistene (for pasienter 0-17 år) gikk svakt ned fra 2015 til 2019. I døgnbehandling økte derimot raten for døgnpasienter og oppholdsdøgn med nær 7 prosent, mens utskrivningsraten økte med 2 prosent siste femårsperiode.

Figur 6.13 Pasienter og kontakter per innbygger i det psykiske helsevernet for barn og unge over perioden 2015-2019.



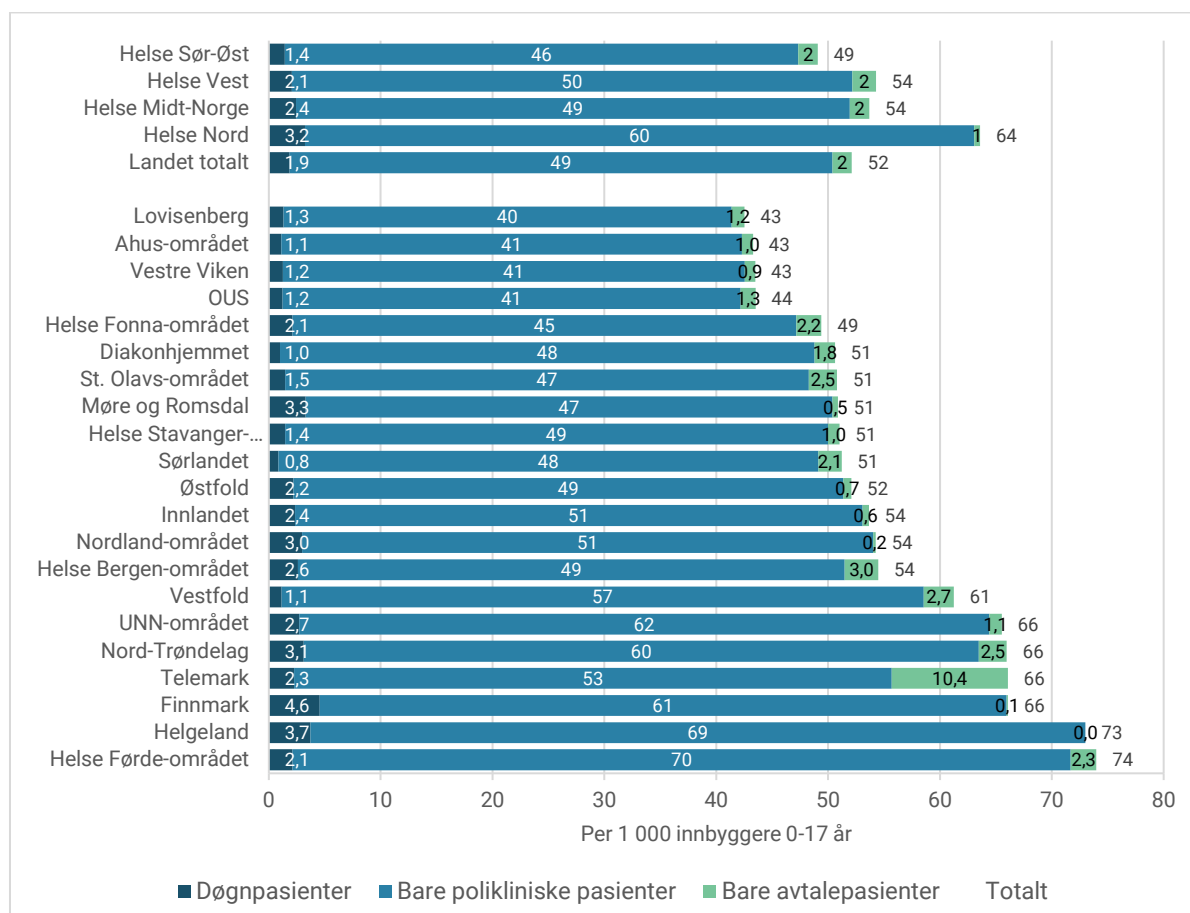
Geografiske forskjeller mellom helseforetaksområdene i antall pasienter

Nedenfor i figur 6.14 framstilles forskjeller i pasientrater etter bostedsregioner, foretaksområder og behandlingsform, og figur 6.15 viser kart over rater for døgnpasienter og polikliniske pasienter i helseforetaksområdene.

Poliklinisk behandling er den dominerende behandlingsformen i det psykiske helsevernet for barn og unge. Både for pasienter totalt og for polikliniske pasienter var det relativt store forskjeller mellom foretaksområdene i 2019.

Den totale pasientraten i Helse Førde var 72 prosent høyere enn ved Lovisenberg. For poliklinikkene alene var raten 76 prosent høyere i Helgeland enn for barn og unge som sogner til Lovisenberg sitt område i Oslo. For døgnpasientene var forskjellene enda større. I Finnmark var raten mer enn 5 ganger raten på Sørlandet. Det er lite bruk av tjenester fra avtalespesialistene for pasienter under 18 år, men Telemark skilte seg som tidligere år ut med en betydelig høyere rate enn de øvrige foretaksområdene i 2019. Kartene under viser variasjonen i rater for døgnpasienter, polikliniske og totalt antall pasienter i foretaksområdene i 2019.

Figur 6.14 Pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. Rate per 1 000 innbyggere 0-17 år. Foretaksområder 2019.

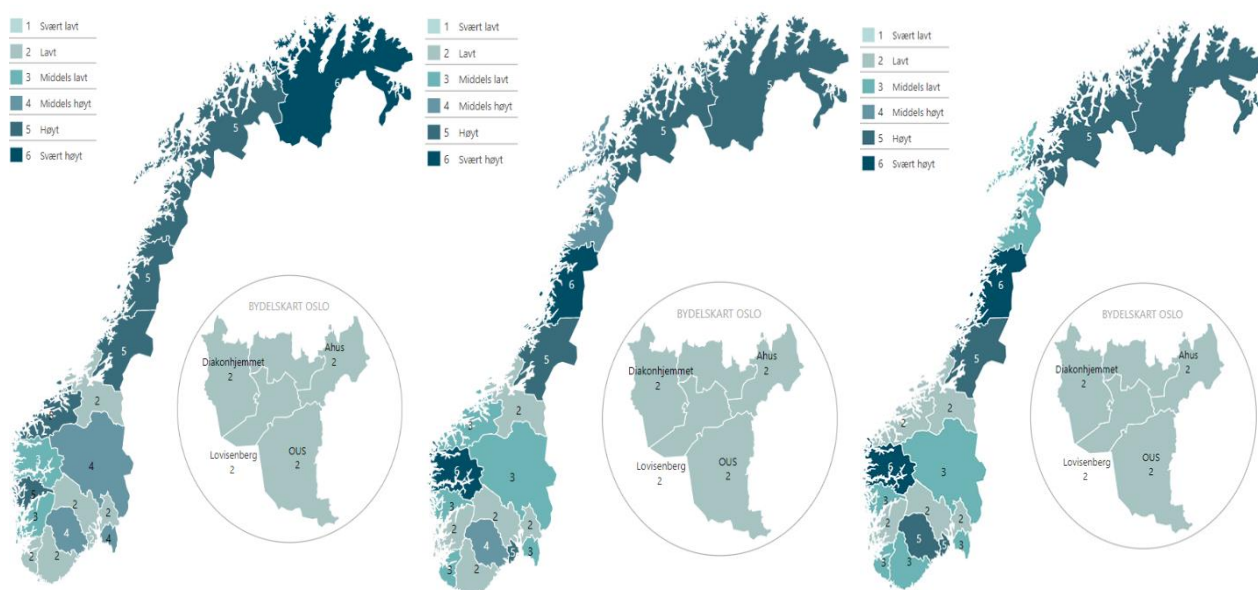


Figur 6.15 Variasjoner i pasienter per innbygger 0-17 år i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2019. Helseforetaksområder.

Døgnpasienter

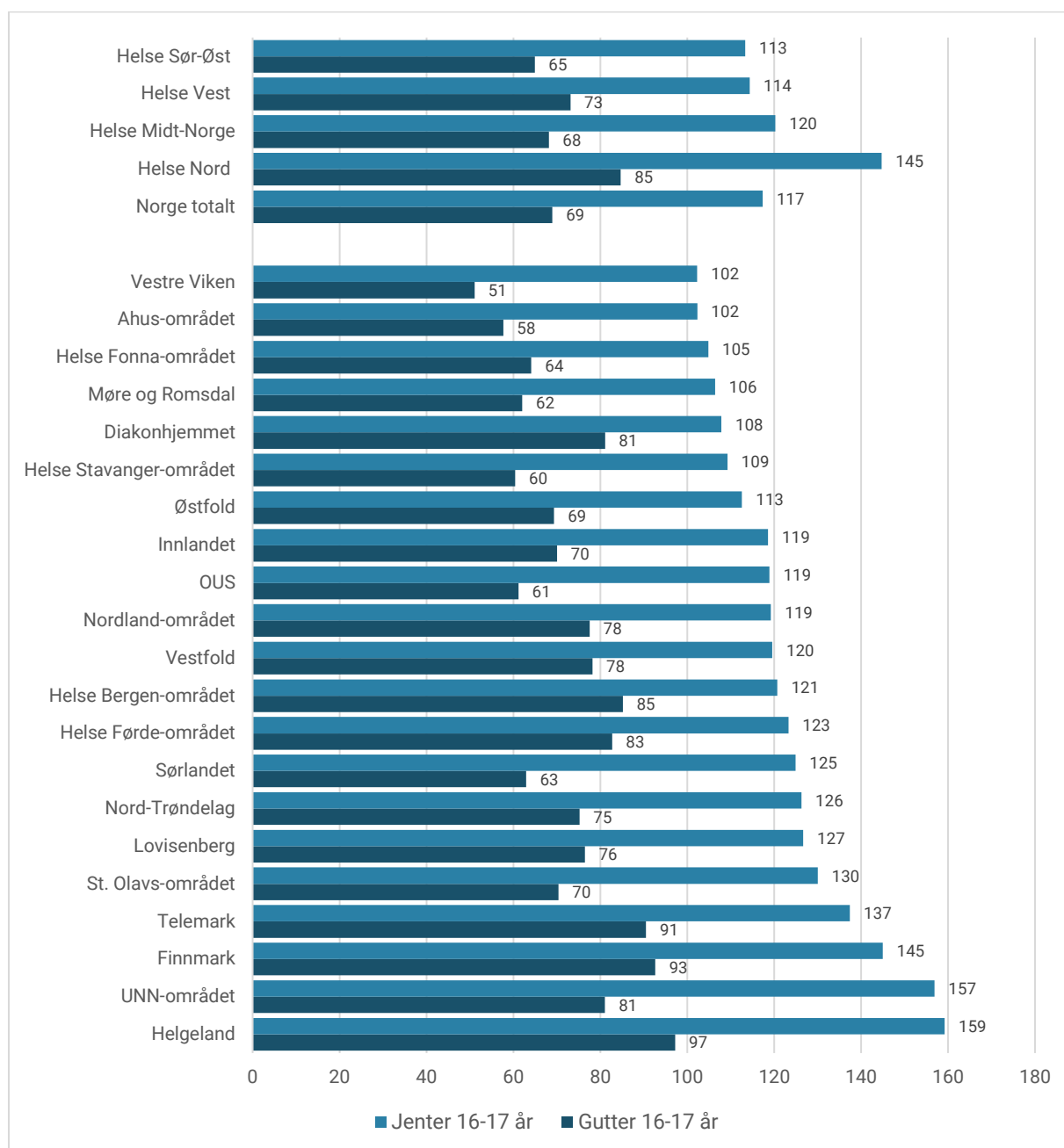
Polikliniske pasienter

Pasienter totalt



Det var store forskjeller i bruk av tjenester blant jenter og gutter i ulike aldersgrupper i hele siste femårsperiode. Jenter i alderen 16-17 år (11,7 prosent) hadde en betydelig høyere pasientrate enn gutter (6,9 prosent) i samme alder i 2019, som vist i figur 6.16. Mønstrer var det samme i alle foretaksområder. Jenter hadde eksempelvis dobbelt så høye pasientrater som gutter i foretaksområdene Sørlandet og Vestre Viken. Forskjellene var også betydelig i de øvrige foretaksområdene. I området med de høyeste ratene, Helgeland, var 16 prosent av jentene og nesten 10 prosent av alle gutter i 16-17 årsalderen i kontakt med det psykiske helsevernet for barn og unge i 2019.

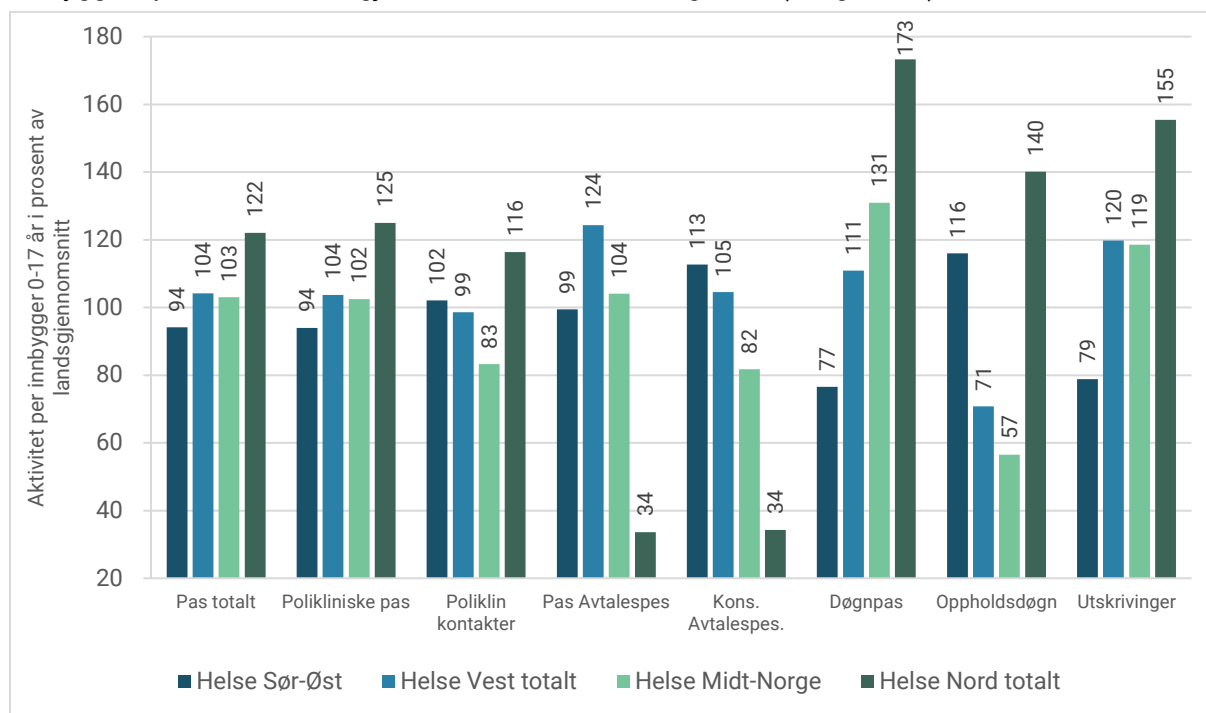
Figur 6.16 Pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. Rate per 1 000 innbyggere 16-17 år. Foretaksområder 2019



Regionale forskjeller i pasientrater og aktivitet

Figur 6.14 viser regionale forskjeller i pasientrater og aktivitetsrater i 2019. Resultatene er fremstilt som rater i prosent av gjennomsnittet på landsbasis for hver av indikatorene.

Figur 6.17 Behandlingsaktivitet i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2019. Aktivitet per innbygger i prosent av landsgjennomsnittet. Bostedsregioner. (Norge=100).



Både for pasienter totalt, polikliniske pasienter og døgnpasienter har Helse Sør-Øst gjennomgående lavere og Helse Nord høyere rater enn de øvrige regionene. For de polikliniske kontaktene har Helse Midt-Norge de laveste og Helse Nord den høyeste raten. Hos avtalespesialistene er pasientraten høyest i Helse Vest, mens konsultasjonsraten er høyere i Helse Sør-Øst. Konsultasjonstallet per pasient ser altså ut til å være høyere i Helse Sør-Øst enn i Helse Vest. Helse Nord har for begge indikatorer betydelig lavere rater enn de øvrige regionene. Målt ved døgnpasienter og utskrivninger har Helse Sør-Øst den laveste og Helse Nord den høyeste aktiviteten ved døgnavdelingene. Helse Sør-Øst har imidlertid en rate for oppholdsdøgn klart over landsgjennomsnittet, dette indikerer lengre varighet per opphold og per pasient i Helse Sør-Øst enn i de øvrige regionene.

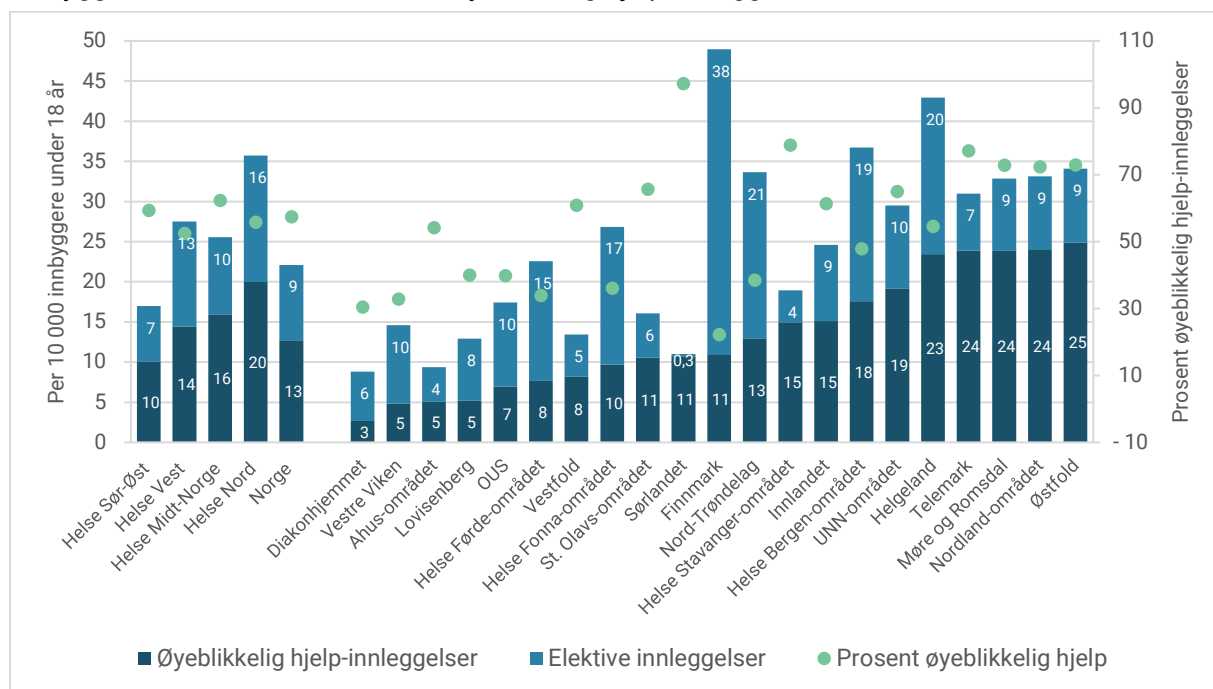
Døgnbehandling etter hastegrad

Figuren nedenfor viser innleggelsestallene etter foretaksområde i 2019. Foretakene er sortert etter stigende rate for øyeblikkelig hjelp-innleggelser. Andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser avhenger både av raten for øyeblikkelig hjelp-innleggelser og raten for planlagte innleggelser. Det er store forskjeller mellom regionene og foretaksområdene i begge disse ratene. Helse Nord hadde dobbelt så høye innleggelsesrater som Helse Sør-Øst, og Østfold hadde mer enn 9 ganger så mange øyeblikkelig hjelp-innleggelser som Diakonhjemmet. Høy rate for øyeblikkelig hjelp innleggelser går

sammen med høy rate for innleggelse totalt ($r=0,70$). Det er derimot ingen klar tendens til at høy rate for innleggelser totalt fører til lavere andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser ($r=0,07$).

Fra 2015 til 2019 avtok raten for øyeblikkelig hjelp-innleggelser i tjenestene til barn og unge med to prosent. I samme periode økte innleggelser totalt med nær fem prosent. Andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser gikk dermed ned fra 62 til 57 prosent.

Figur 6.18 Innleggelser i det psykiske helsevernet for barn og unge etter hastegrad. Per 10 000 innbyggere under 18 år, samt andel øyeblikkelig hjelp innleggelser. Foretaksområder 2019.



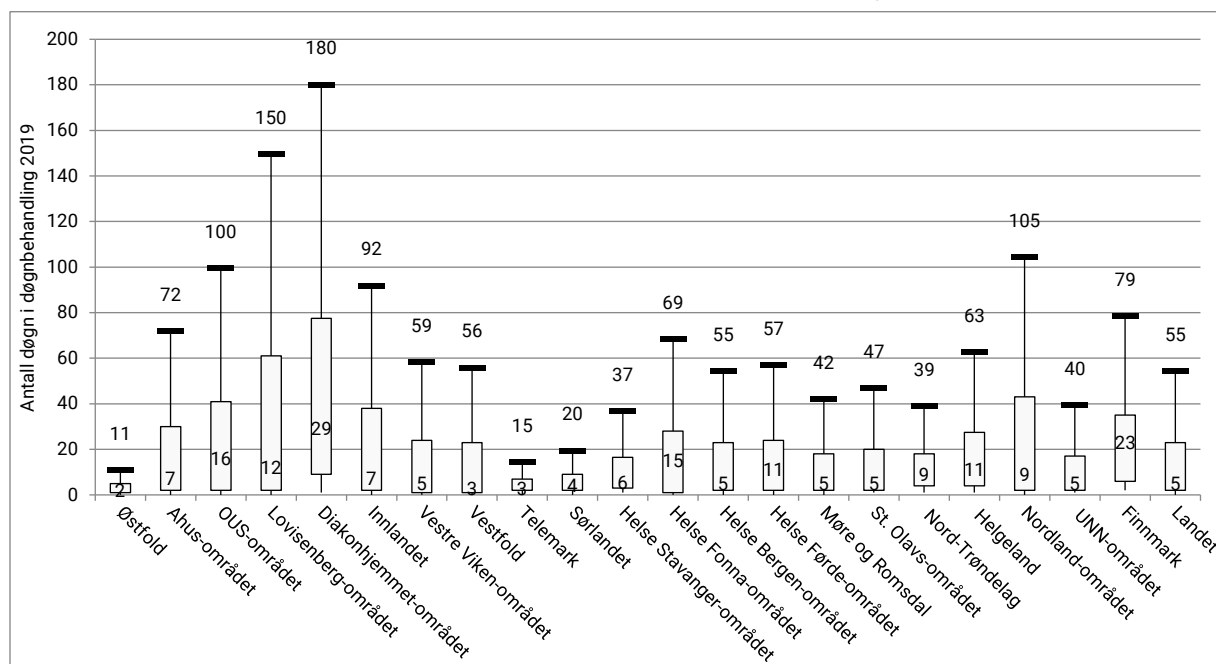
Varighet av døgnopphold

Figur 6.19 viser spredningen i varighet av døgnopphold mellom foretaksområdene for barn og unge i alderen 0-17 år i 2019. Boksen representerer 50 prosent av oppholdene. Den horisontale streken viser maksimumsverdi for 95 prosent av oppholdene.

I 2019 var varigheten av avslutta døgnopphold i tjenestene til barn og unge fem dager (median) for pasienter i aldersgruppen 0-17 år. Siden 2015 har det vært liten endring i behandlingstid for denne aldersgruppen. Jenter hadde kortere døgnopphold (5 dager) enn gutter (9,5 dager), og øyeblikkelig hjelp-innleggelser hadde kortere varighet (3 dager) enn andre innleggelser (23 dager). Aldersgruppen 6-12 år hadde de lengste døgnoppholdene (25 dager), mens pasienter i alderen 13-15 år (6 dager) og 16-17 år (4 dager), hadde kortere opphold²².

²² Se rapport Helsedirektoratet IS-2952, Tjenester i psykisk helsevern og TSB 2015-2019. SAMDATA Spesialisthelsetjenesten.

Figur 6.19 Varigheten av døgnbehandling for pasienter 0-17 år i det psykiske helsevernet.



(Boksplott etter bostedsområder for 2019. Median varighet av døgnbehandlingen og estimert trimpunkt (95 persentil) er tallfestet for hvert område.)

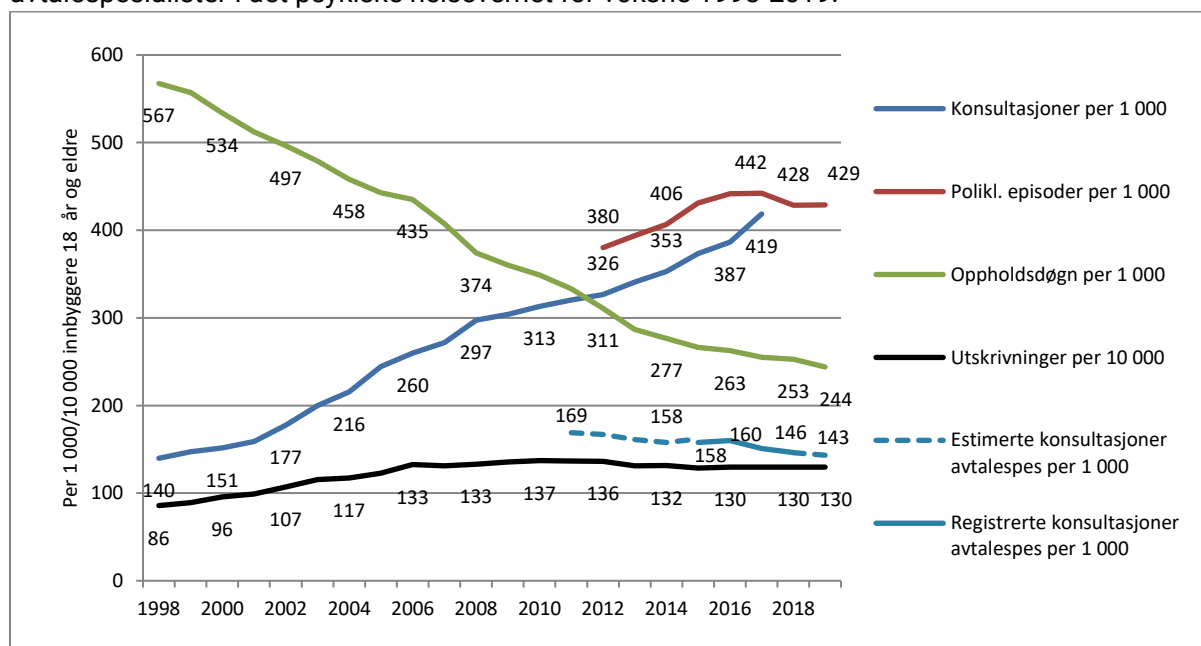
Varigheten av døgnopphold var lengre for pasienter med bosted i Helse Sør-Øst enn i de andre regionene i 2019, men innad i regionen var spredningen i behandlingens lengde svært ulik mellom foretaksområdene (median varighet varierte mellom 2 og 29 dager). Lange opphold blant pasienter i Helse Sør-Øst vil blant annet være knyttet til at denne regionen har avtale med flere private behandlingssenter hvor oppholdene kan være relativt lange. I de øvrige regionene var det også forskjeller i behandlingens lengde mellom områdene, men svært lange opphold forekom i mindre grad, spesielt i region Midt-Norge. Det kan se ut som det er en tendens til samvariasjon mellom raten for ø-hjelpinnleggelser og varighet av døgnopphold i foretaksområdene ved høye innleggelsesrater for ø-hjelp og korte døgnopphold (median/gjennomsnitt) og motsatt. Eksempelvis har Østfold høy ø-hjelpsrate og relativt lav varighet på døgnopphold, mens det motsatte er tilfelle for Diakonhjemmet.

6.5 Befolkningen bruk av tjenester for voksne

Vi starter med å beskrive de lange linjene i befolkningens bruk av tjenester i psykisk helsevern for voksne.

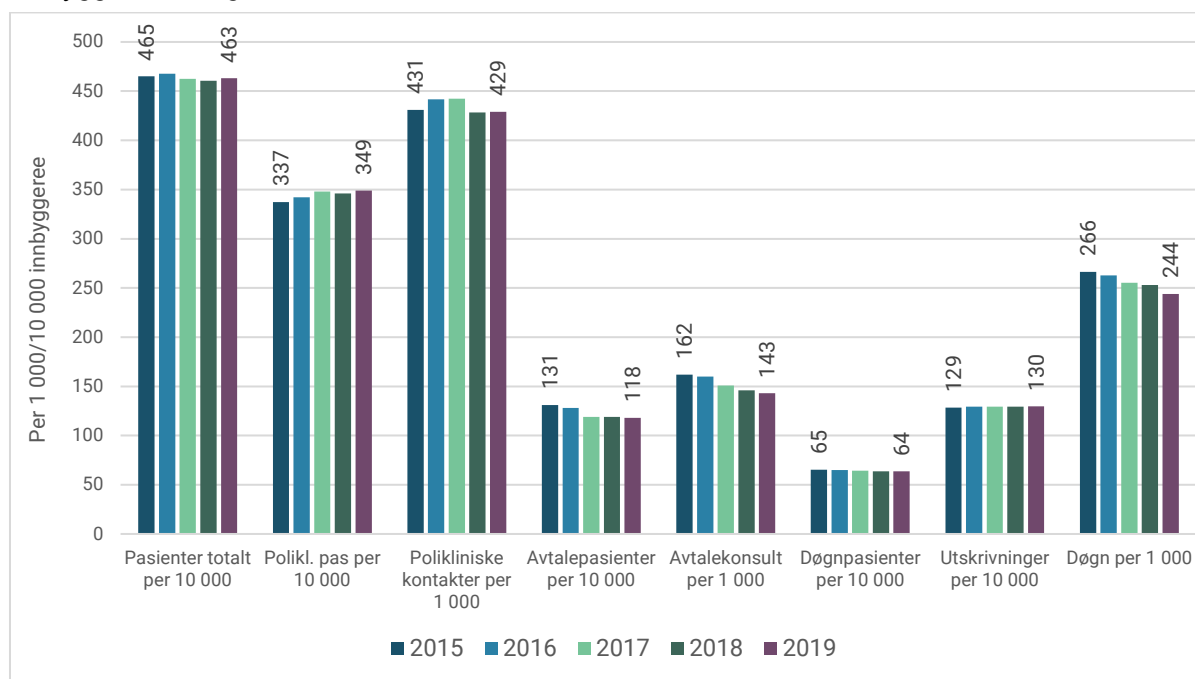
Raten for oppholdsdøgn ble redusert med 57 prosent fra 1998 til 2019. Raten for utskrivinger økte fram til 2010, og ligger nå 51 prosent over nivået i 1998. Raten har holdt seg stabil de siste årene. Konsultasjonsraten ved poliklinikkene har blitt tre-doblet i perioden. Konsultasjonsraten hos avtalespesialistene har blitt redusert med 15 prosent siden 2011.

Figur 6.20 Oppholdsdøgn, utskrivinger, polikliniske kontakter og konsultasjoner hos avtalespesialister i det psykiske helsevernet for voksne 1998-2019.



Nedenfor beskrives utviklingen i behandlingsaktivitet i det psykiske helsevernet for voksne over perioden 2015-2019. Den samlede pasientraten har i perioden 2015 til 2019 holdt seg stabil. I 2019 var 4,6 prosent av befolkningen 18 år og eldre i kontakt med tjenestene.

Figur 6.21 Behandlingsaktivitet i det psykiske helsevernet for voksne 2015-2019. Rater per innbygger 18 år og eldre.



Det store flertallet av pasientene ble behandlet poliklinisk. Her økte pasientraten med i underkant av 4 prosent. Raten for polikliniske kontakter holdt seg imidlertid stabil²³. 3,5 prosent av voksenbefolkningen var i 2019 i kontakt med en poliklinikk. Hos avtalespesialistene i psykologi og psykiatri var det en nedgang i pasientraten på 10 prosent for pasienter 18 år og eldre. Raten for konsultasjoner ble redusert med 12 prosent. 1,2 prosent av befolkningen 18 år og eldre var i 2019 i kontakt med en avtalespesialist. Målt ved pasientraten og utskrivningsraten holdt aktiviteten ved døgnavdelingene seg stabil. Raten for oppholdsdøgn ble imidlertid redusert med 8 prosent gjennom reduksjon i oppholdenes varighet.

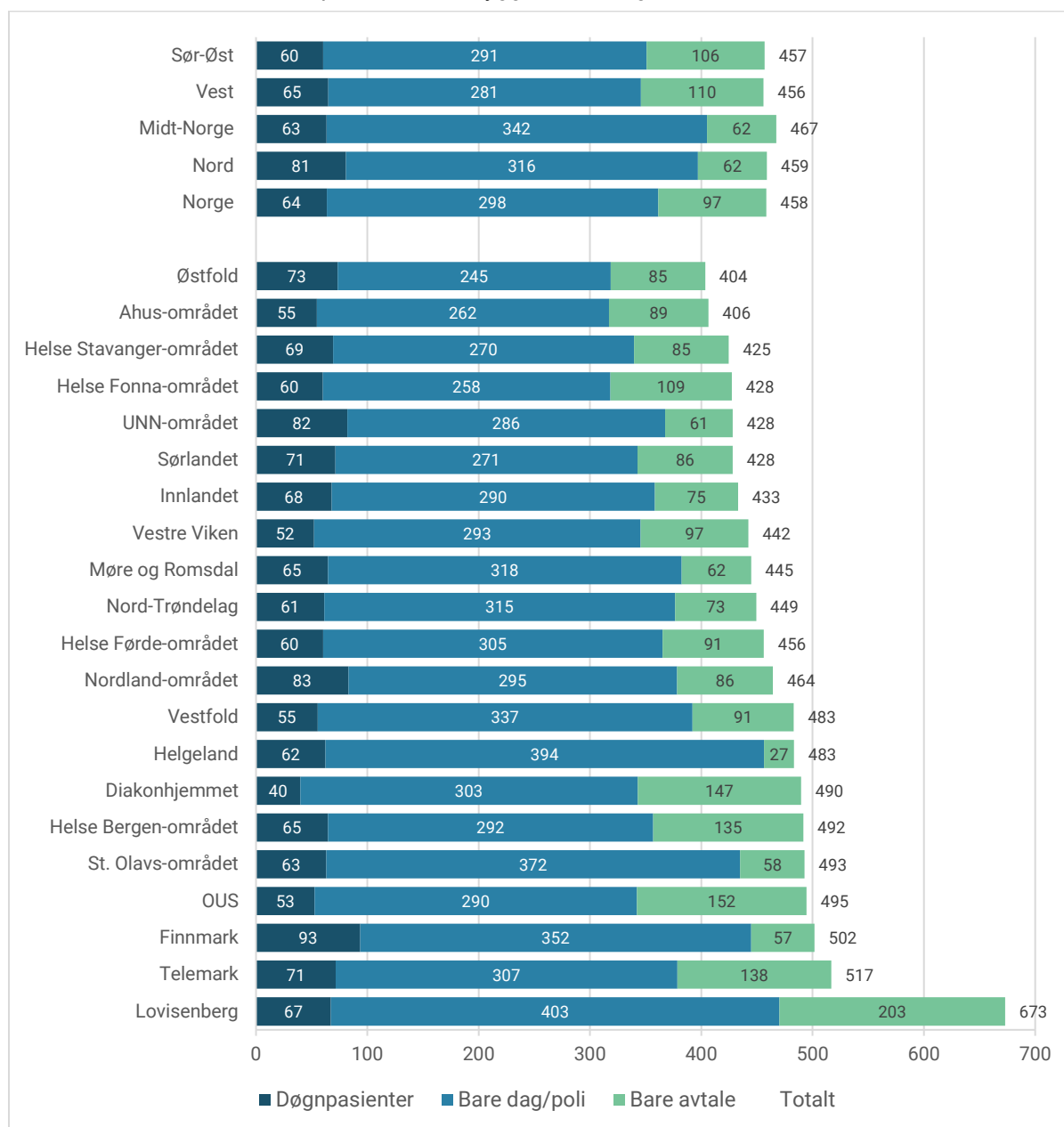
Geografiske forskjeller i antall pasienter i det psykiske helsevernet

Brutt ned på foretaksområder ble forskjellene større. Figur 6.22 viser pasientrater etter foretaksområde i 2019. Foretaksområdene er sortert etter stigende pasientrate totalt.

Lovisenberg hadde en totalt pasientrate som var 67 prosent høyere enn Østfold. For pasienter som kun mottar behandling hos avtalespesialist, var raten for Lovisenberg 3,5 ganger raten for St. Olavsområdet. For pasienter som bare mottar poliklinisk behandling, var raten 64 prosent høyere ved Lovisenberg enn i Østfold. Ved døgnavdelingene hadde Finnmark en pasientrate som var 2,3 ganger raten ved Diakonhjemmet.

²³ Finansieringssystemet for poliklinikkene ble lagt om fra 2017. Vi benytter derfor polikliniske kontakter totalt som indikator, mot tidligere refusjonsberettigede konsultasjoner. Omleggingen til ISF-finansiering vil imidlertid også i noen grad kunne påvirke hvilke aktiviteter som blir registrert. Det knytter seg derfor noe usikkerhet til utviklingen de siste årene.

Figur 6.22 Pasienter i det psykiske helsevernet for voksne etter behandlingsform og bostedsområde i 2019. Rate per 10 000 innbyggere 18 år og eldre.



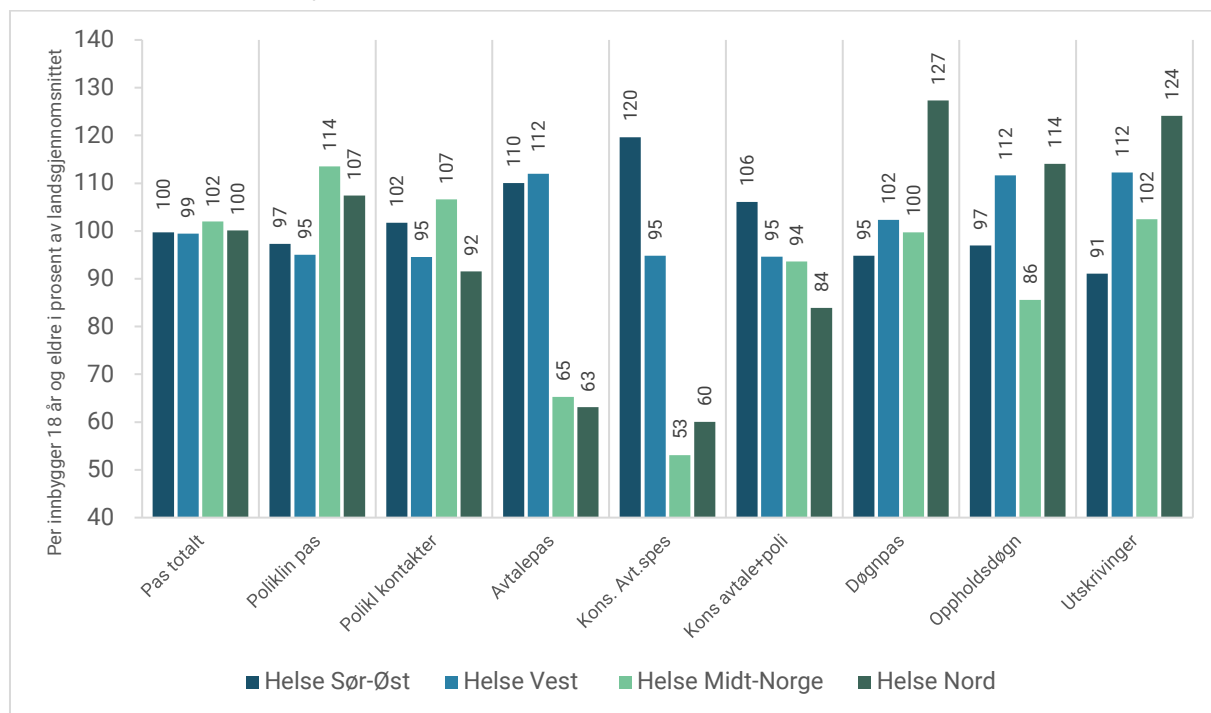
Geografiske forskjeller i pasienter sammenholdt med aktivitetsmål

I figur 6.23 er bruken av tjenester i 2019 brutt ned på bostedsregioner. For å få sammenlignbare tall, er rater per innbygger 18 år og eldre beregnet i prosent av landsgjennomsnittet (Norge=100). Det var små forskjeller mellom regionene i hvor stor andel av den voksne befolkning som hadde kontakt med psykisk helsevern i 2019 (+2/-1 prosents avvik fra landsgjennomsnittet). Pasientsammensetning etter behandlingsform var imidlertid forskjellig.

Befolkningen tilhørende Helse Midt-Norge og Helse Nord hadde et høyere antall polikliniske pasienter enn de øvrige regionene. Midt-Norge hadde også et høyere antall polikliniske kontakter per innbygger. Samtidig ser vi at befolkningen Helse Midt-Norge og Helse Nord hadde en vesentlig lavere pasientrate og konsultasjonsrate hos avtalespesialistene i psykiatri og psykologi. Vi har

også lagt inn samlet rate for kontakter ved poliklinikkene og hos avtalespesialistene. Sammenhold med ratene for poliklinikkene alene bidro aktiviteten hos avtalespesialistene til økte forskjeller mellom regionen. Helse Sør-Øst fikk en høyere rate, mens raten for Helse Nord sank ytterligere. Helse Nord og Helse Vest hadde høyere rater for bruk av døgntjenester enn de øvrige regionene.

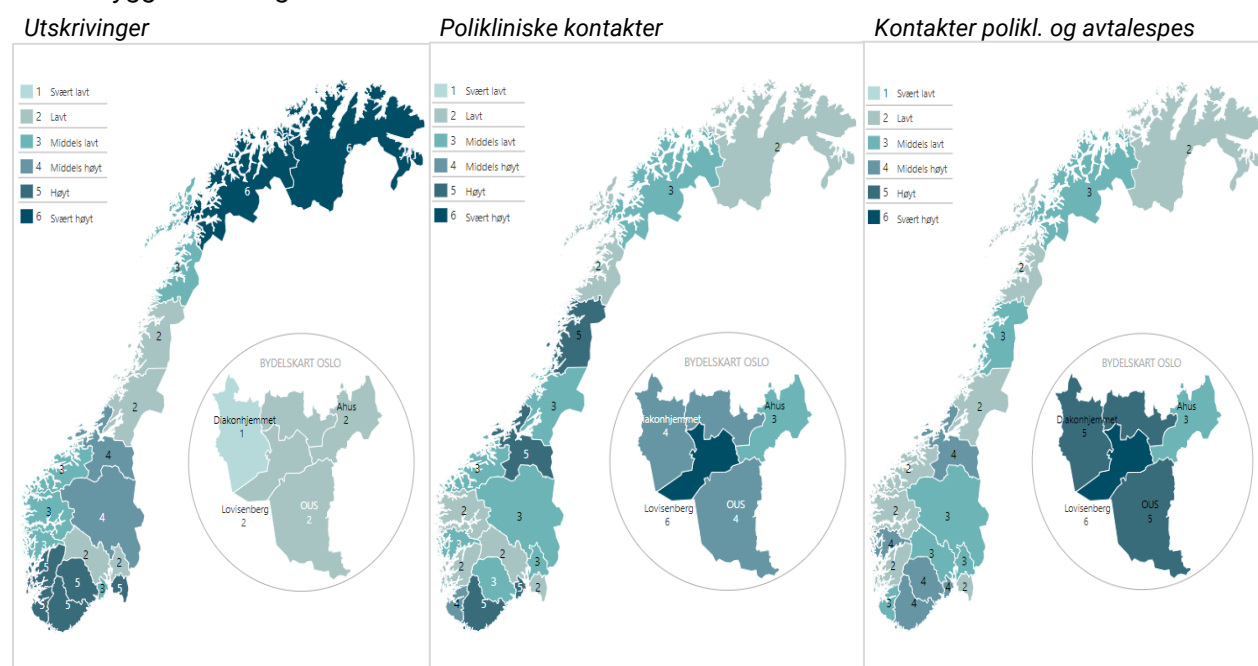
Figur 6.23 Bruk av tjenester i det psykiske helsevernet for voksne. Rater per innbygger 18 år og eldre i prosent av landsgjennomsnittet. Helseregioner 2019. Norge=100.



I de tre kartene nedenfor får vi et overblikk over geografiske forskjeller i aktivitet knyttet til befolkningen i helseforetaksområdene.

Figur 6.24 Bruk av tjenester i det psykiske helsevernet for voksne i 2019.

Per innbygger 18 år og eldre



Dess mørkere farge dess høyere rate. Hovedstadsområder i egen sirkel. Det kommer tydelig fram at de nordligste og de sørligste områdene i landet har flere utskrivninger enn resten av landet og at befolkningen i Oslo i størst grad bruker konsultasjonsbaserte tjenester (inkl avtalespes).

Ut fra tabell 6 kan vi se hvordan hvert av områdene avviker fra den nasjonale raten på ulike forbruksmål.

Tabell 6.2 Pasienter og aktivitet per innbygger 18 år og over i det psykiske helsevernet for voksne. Prosent avvik fra landsgjennomsnittet 2019. Norge=0. Sortert etter døgnpasienter.

	Døgtjenester			Poliklinikk		Avtalespesialister		Pasi- enter
	Pasi- enter	Oppholds- døgn	Utskriv- inger	Pasi- enter	Kontakter	Pasienter	Konsul- tasjoner	Totalt
Finnmark	47	35	37	17	-15	-39	-60	9
Nordland-omr	31	-6	2	0	-17	-13	-20	1
UNN-området	29	30	52	1	-11	-38	-34	-7
Østfold	15	9	22	-13	-23	-14	-8	-12
Telemark	13	15	12	5	-5	43	6	13
Sørlandet	12	2	29	-5	18	-15	-35	-7
H Stavanger-området	9	30	28	-7	-3	-14	-16	-7
Innlandet	7	15	0	-2	-6	-16	-21	-6
Lovisenberg	6	-19	-14	32	8	110	94	47
Helse Bergen-området	2	8	2	-1	3	37	20	7
Møre og Romsdal	2	-10	3	7	-5	-33	-51	-3
St. Olavs-området	0	-10	6	22	21	-39	-43	8
Helgeland	-2	-11	-19	28	18	-73	-70	5
Nord-Trøndelag	-4	-34	-9	5	-7	-27	-49	-2
Helse Førde-området	-5	0	-1	0	-19	-2	-37	0
Helse Fonna-området	-5	-7	15	-12	-24	9	-30	-7
Vestfold	-13	-20	-9	10	16	-6	-9	5
Ahus-området	-14	-19	-22	-12	-4	-6	7	-11
OUS	-17	16	-27	-5	4	61	98	8
Vestre Viken	-18	-17	-26	-5	-14	-2	9	-4
Diakonhjemmet	-37	13	-51	-3	76	50	183	7
Norge	0	0	0	0	0	0	0	0

Om døgnaktiviteten

Raten for oppholdsdøgn kan tolkes som en indikator for kapasitet i døgnbehandlingen i foretaksområdet. Det var gjennomgående slik at høy rate for oppholdsdøgn sammenfaller med høy døgnpasientrate ($r=0,65$) og høy utskrivningsrate ($r=0,64$). Sett i forhold til befolkningen hadde

Finnmark mer enn dobbelt så mange døgnpasienter som Diakonhjemmet. Finnmark hadde en døgnrate som var den dobbelte av Nord-Trøndelag²⁴.

Høy kapasitet kan brukes på flere måter, til å gi lange opphold til få pasienter, til å gi opphold til flere pasienter, eller flere korte opphold til samme pasient. Eksempelvis hadde OUS lave rate både for døgnpasienter og utskrivninger, på tross av relativt høye døgnrate. Kapasiteten ble her brukt på lange opphold for få pasienter. Nordland hadde relativt høy rate for døgnpasienter på tross av relativt lave rater for oppholdsøgn. Kapasiteten brukes på å gi opphold til flere pasienter.

Om poliklinisk aktivitet

Lovisenberg skilte seg ut ved både høyere pasientrate og høyere kontaktrate enn de øvrige bostedsområdene. Lovisenberg hadde en pasientrate som var 51 prosent høyere enn Østfold. Lovisenberg hadde også en konsultasjonsrate som var 2,3 ganger raten i Helse Fonna-området. Det var gjennomgående slik at høy rate for polikliniske kontakter gikk sammen med høy rate for polikliniske pasienter ($r=0,68$). Enkelte områder prioriterte imidlertid flere kontakter per pasient framfor flere pasienter (f.eks. Lovisenberg), mens andre områder prioriterte flere pasienter med færre kontakter (f.eks. Finnmark). Det var mindre forskjeller i pasientraten ved poliklinikkene enn det vi fant i pasientratene for døgnpasientene²⁵.

Bruk av avtalespesialister

Bruken av avtalespesialister var betydelig skjevare fordelt enn bruken av tjenester ved poliklinikkene. Foretaksområdene intern i Oslo (OUS, Diakonhjemmet, men særlig Lovisenberg) skilte seg ut med betydelig høyere rater både for pasienter og for konsultasjoner hos avtalespesialistene enn områdene ellers i landet. Også Telemark og Helse Bergen hadde høyere rate enn ellers for pasienter hos avtalespesialistene. Lovisenberg hadde 10 ganger så høy pasientrate som Helgeland, og en konsultasjonsrate som var mer enn 9 ganger så høy²⁶.

Vi har også undersøkt om stor kapasitet hos avtalespesialistene kompenserer for lav kapasitet ved poliklinikkene målt ved kontaktraten. Om OUS, Lovisenberg og Diakonhjemmet inkluderes, var spredningen av samlet kontaktrate for poliklinikker og avtalespesialister marginalt større enn for poliklinikkene separat. Hvis disse områdene holdes utenfor, var forskjellene marginalt mindre enn for poliklinikkene separat²⁷.

²⁴ Et vanlig mål for forskjeller i tilbud er variasjonskoeffisienten (CV). CV= standardavvik/gjennomsnitt, der standardavviket er et vanlig mål for spredning. Variasjonskoeffisienten for døgnraten og pasientraten var 0,18, mens CV for utskrivningsraten var 0,24. Forskjellene er noe større enn for poliklinisk aktivitet.

²⁵ Variasjonskoeffisienten for pasientraten ved poliklinikkene var 0,12, mens CV for konsultasjonsraten var 0,22. Holdes OUS, Diakonhjemmet og Lovisenberg utenfor, var koeffisientene hhv. 0,11 og 0,15.

²⁶ Målt ved variasjonskoeffisienten var pasientraten hos avtalespesialistene 0,42, mot 0,12 for poliklinikkene. Standardavviket, og dermed CV er imidlertid følsom for ekstremverdier. Holdes OUS, Lovisenberg og Diakonhjemmet utenfor, sank CV for avtalespesialistene til 0,32, mens CV for poliklinikkene ble 0,11.

²⁷ For poliklinikkene var CV for kontaktraten 0,22. For konsultasjonsraten hos avtalespesialistene var den 0,63, det vil si vesentlig skjevare fordelt. For kontakter ved poliklinikker og hos avtalespesialister samlet var CV 0,28, det vil si marginalt større enn for poliklinikkene separat. Hvis OUS, Lovisenberg og Diakonhjemmet holdes utenfor beregningen, sank CV for poliklinikkene til 0,15, mens raten for avtalespesialistene sank til 0,33. CV for samlet rate ble redusert til 0,13. Om Oslo inkluderes i beregningen, førte aktiviteten hos avtalespesialistene til marginalt økte forskjeller i tilbudet. Om Oslo holdes utenfor førte aktiviteten hos avtalespesialistene i marginal grad til en utjevning.

Vi kan ellers merke oss at i Oslo var den relative konsultasjonsraten var vesentlig høyere enn den relative pasientraten. Større kapasitet målt ved konsultasjoner brukes dermed til å gi flere konsultasjoner per pasient enn ellers i landet.

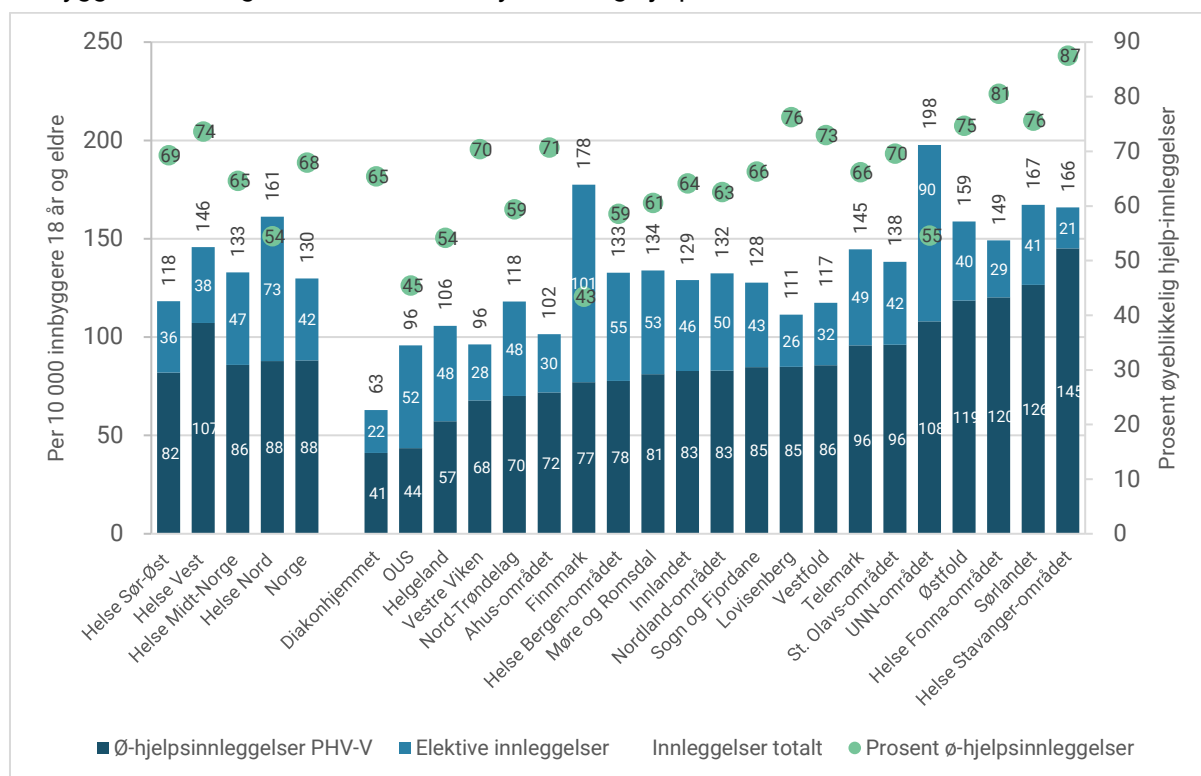
Øyeblikkelig hjelp-innleggelser

Det har gjennom de siste 20 årene vært en betydelig nedgang i antall døgnplasser og dermed også i antall oppholdsdøgn i det psykiske helsevernet for voksne. Dette vil kunne medføre økt press på døgnavdelingene i form av økt antall og andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser (innleggelser med hastegrad innen 24 timer).

To indikatorer har vært brukt for å måle dette: Antall øyeblikkelig hjelp-innleggelser i forhold til innbyggertallet og andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser av innleggelsene totalt. Dette er illustrert i figur 6.25 nedenfor: Søylene viser ratene for øyeblikkelig hjelp-innleggelser, elektive innleggelser og for innleggelser totalt i 2019, fordelt på foretaksområder (venstre akse), mens de grønne prikkene markerer andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser (høyre akse). Foretakene er sortert etter stigende rate for øyeblikkelig hjelp-innleggelser.

Raten for øyeblikkelig hjelp-innleggelser var høyest lengst sør i landet (Fonna, Stavanger, Sørlandet og Telemark) samt i UNN-området. Andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser var høyest i Stavanger, Fonna og Sørlandet, samt ved Ahus, Lovisenberg og Østfold.

Figur 6.25 Innleggelser i det psykiske helsevernet for voksne etter hastegrad. Rate per 10 000 innbyggere 18 år og eldre, samt andel øyeblikkelig hjelp. Foretaksområder 2019.



Det var en klar tendens til at høy rate for øyeblikkelig hjelp-innleggelser gikk sammen med høy andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser mellom foretaksområdene ($r=0,65$). Det finnes imidlertid unntak. Andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser avhenger både av raten for øyeblikkelig hjelp-innleggelser og av raten for innleggelser totalt. Områder med mange elektive innleggelser vil derfor kunne ha en lav andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser, selv om raten for øyeblikkelig hjelp-innleggelser er høy.

Helse Sør-Øst hadde en noe lavere øyeblikkelig hjelp-rate og Helse Vest en høyere rate enn de øvrige regionene. Målt ved andel øyeblikkelig hjelp hadde Helse Vest en høyere andel og Helse Nord en lavere andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser enn de øvrige regionene. Den høye andelen i Helse Vest gjenspeilte høy rate for øyeblikkelig hjelp-innleggelser i denne regionen. Den lavere andelen i Helse Nord gjenspeilte imidlertid snarere høy rate for elektive innleggelser.

I hvilken grad påvirkes så indikatorene for øyeblikkelig hjelp av døgncapasiteten i foretaksområdet? Dette avhenger av indikator. Det var en tendens til at høy rate for oppholdsdøgn gikk sammen med høy rate for øyeblikkelig hjelp-innleggelser ($r=0,24$). Høy kapasiteten syntes altså å føre til større omfanget av øyeblikkelig hjelp-innleggelser. Imidlertid var det også en tendens til at høy døgncapasitet gikk sammen med lavere andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser ($r=-0,24$). Høy døgncapasitet så altså ut til å lede til høyere andel elektive innleggelser og en lavere andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser.

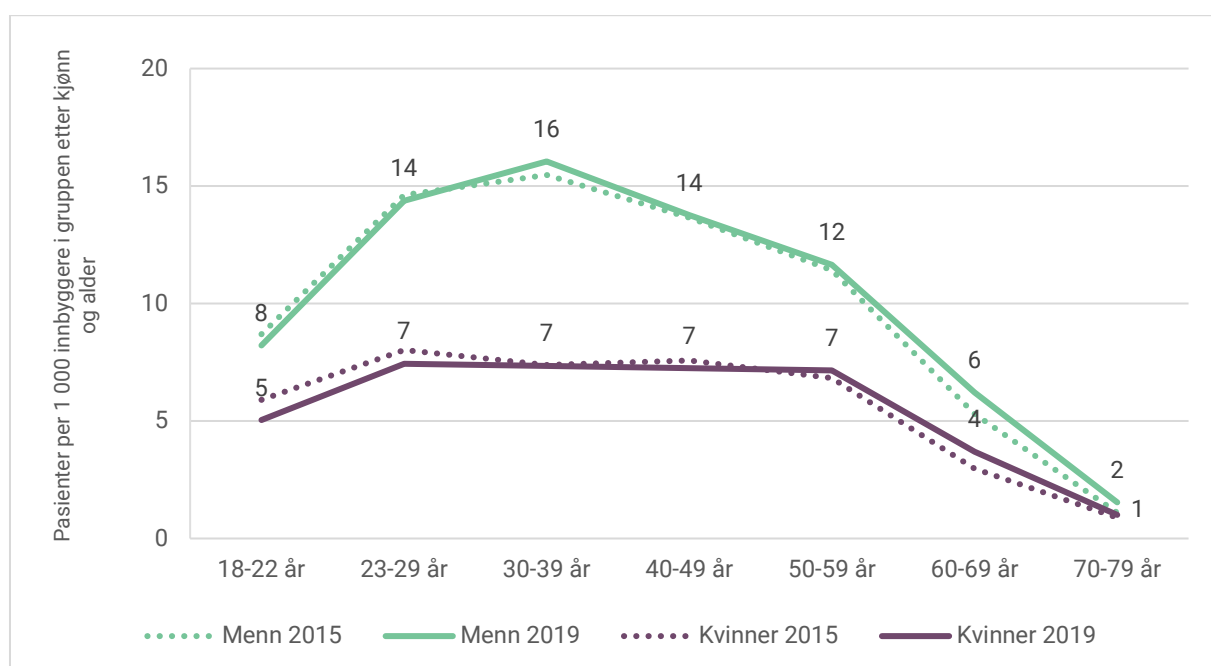
6.6 Befolkningens bruk tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Pasienter i TSB

I 2019 var totalt 33 000 personer i kontakt spesialisthelsetjenesten om behandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Tilbudet finner sted ved helseforetak og ved private avtaleinstitusjoner. De regionale helseforetakene inngår med jevne mellomrom avtaler med private foretak av 3-5 års varighet. Dette er i all hovedsak private ideelle foretak, men i tillegg har ordningen fritt behandlingsvalg bidratt med en liten gruppe kommersielle institusjoner som tilbyr døgnbehandling ved kjøp av enkeltplasser.

Pasienter per innbygger viste at menn i større grad enn kvinner var i behandling for rus- og avhengighetsproblemer, jf. figur 6.26. Pasientraten for menn var det doble av pasientraten for kvinner for aldersgruppen 23-49 år. Pasientraten var høyest for menn i aldersgruppen 30-39 år og avtok deretter med økende alder. Det er mindre kjønnsforskjeller for pasientene i aldersgruppen 60 år og eldre.

Figur 6.26 viser utvikling kjønns- og aldersfordelingen for pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2015 og i 2019.



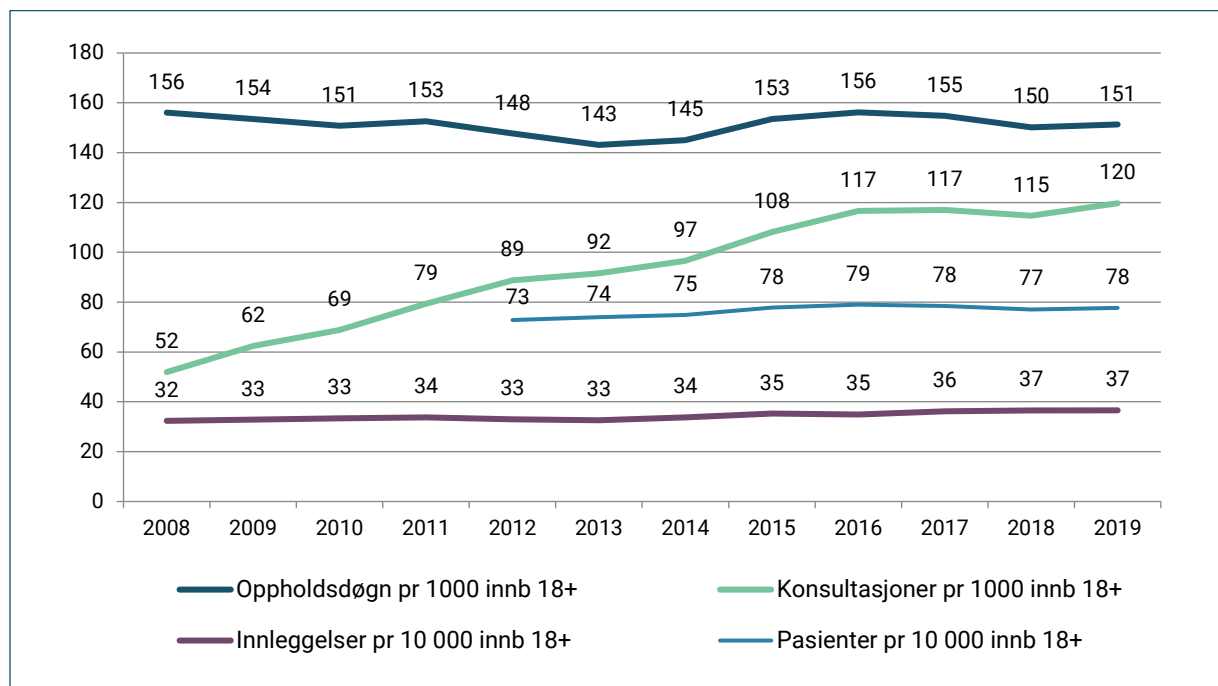
For de unge voksne var det en nedgang i pasientrate fra 2015 til 2019. Siden 2015 har det vært en økning for aldersgruppen 60-69 år. For aldersgruppen 70-79 år, hvor fødselskullene etter 2. verdenskrig har bidratt til en kraftig økning i befolkningsgrunnlaget i femårsperioden, er det små endringer i pasientrate.

Nasjonale utviklingstrekk

Raten for oppholdsdøgn gikk ned fra 2008 til 2013, men hevet seg igjen til nivået fra 2008 i 2016. Den har senere vist en svak nedgang, og lå i 2019 om lag 1 prosent under nivået i 2008.

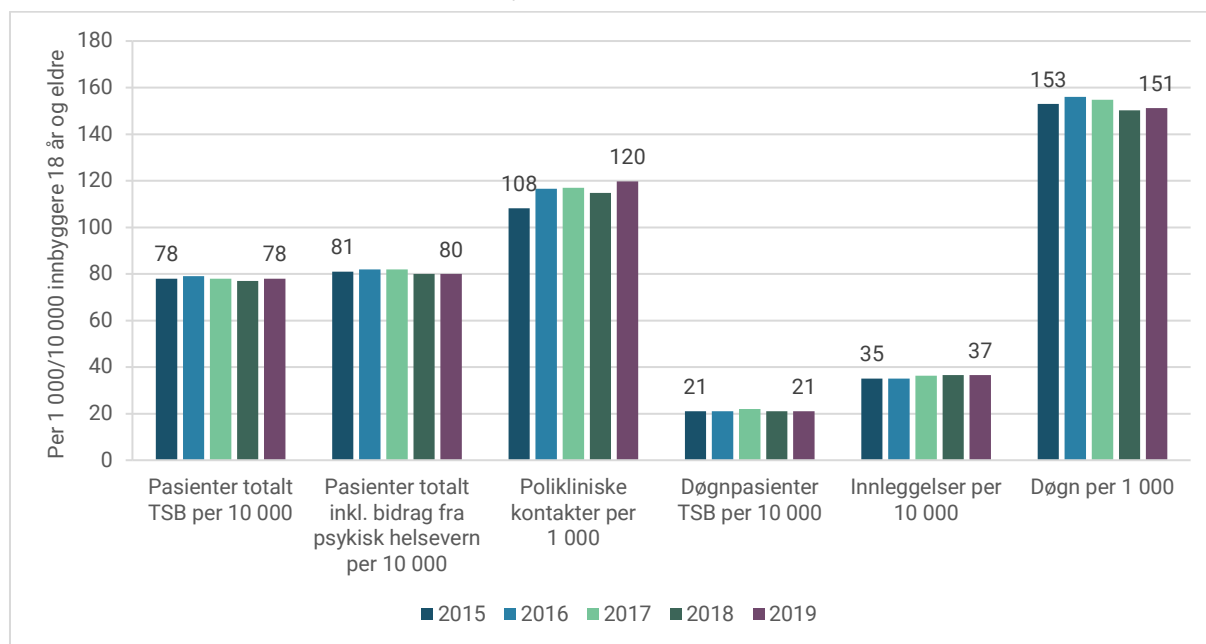
Innleggesraten holdt seg stabil fram til 2013. Den har senere økt noe, og lå i 2019 om lag 16 prosent over nivået i 2008. Konsultasjonsraten økte betydelig fram til 2016. Den har senere flatet ut. Raten ligger i 2019 130 prosent over nivået i 2008. Samlet pasientrate har fra 2012 til 2019 økt med om lag 7 prosent.

Figur 6.27 Dekningsrater for oppholdsdøgn, innleggelser, polikliniske konsultasjoner og pasienter i TSB over perioden 2008-2019.



Dekningsratene for pasienter i rusbehandling, var så å si uendret i perioden 2015-2019. Dekningsratene for oppholdsdøgn har blitt lavere, mens antall konsultasjoner per innbygger har økt i denne perioden. Utviklingen i dekningsrater de siste årene tyder på at nedgangen fra 2017-2018 er avløst av en økning siste år.

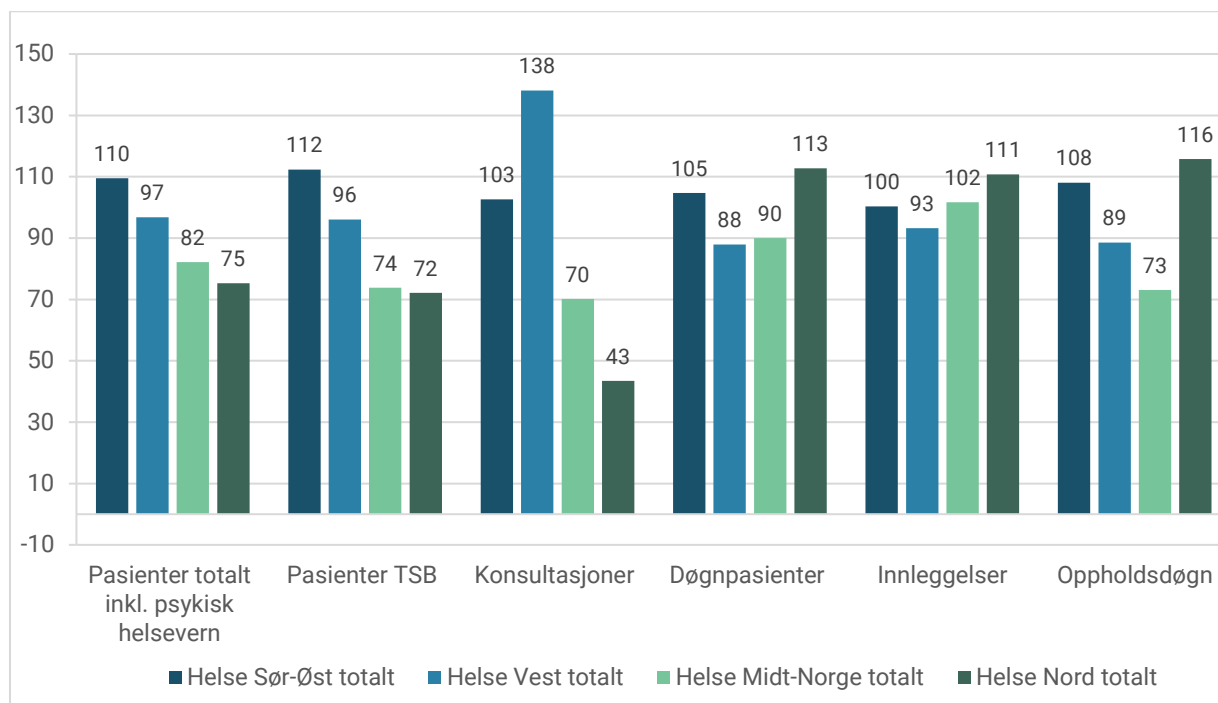
Figur 6.28 Pasienter og aktivitet per innbygger i TSB i perioden 2015-2019.



Regionale forskjeller

I figuren nedenfor er aktiviteten i 2019 brutt ned på bostedsregioner. For å få sammenlignbare tall, er rater per innbygger 18 år og eldre beregnet i prosent av landsgjennomsnittet.

Figur 6.29 Pasienter og aktivitet per innbygger i prosent av landsgjennomsnittet etter bostedsregion i 2019



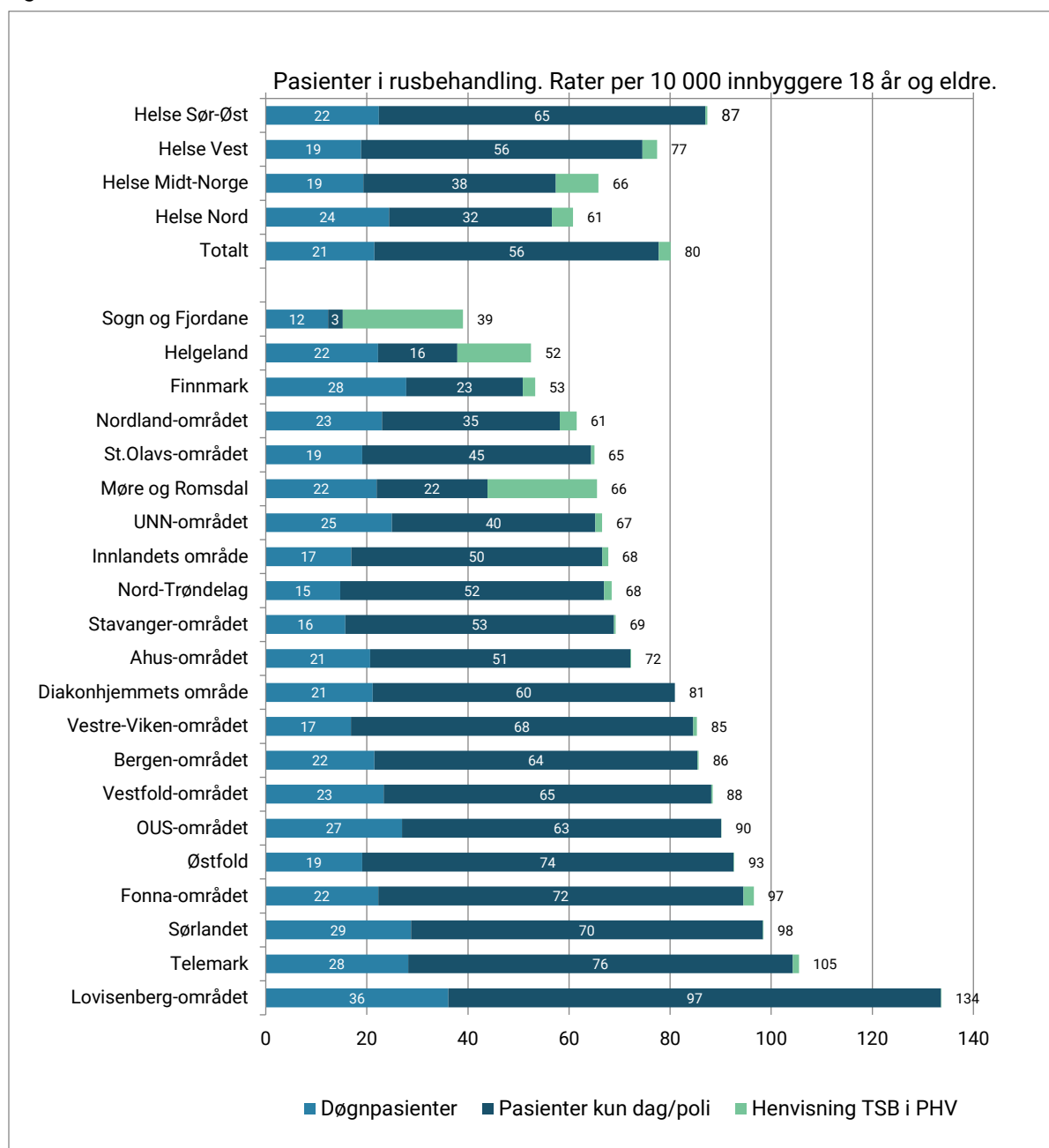
Når det gjelder pasienter totalt i rusbehandling har Helse Sør-Øst gjennomgående høyere rater og Helse Nord lavere rater sammenlignet med de øvrige regionene. For de polikliniske kontaktene har Helse Midt-Norge og Helse Nord de laveste ratene. Innen døgntilbudet har Helse Nord indikatorer

som ligger høyere enn de øvrige regionene. Helse Midt-Norge har få oppholdsdøgn, men når det gjelder innleggelser ligger regionen på landsgjennomsnittet.

Forskjeller mellom foretaksområdene

I figur 6.30 er pasientrater for 2019 presentert etter bostedsområdene. Pasientraten er oppdelt i tre gjensidig utelukkende grupper; døgnpasienter, pasienter med kun poliklinisk behandling og pasienter som kun er vurdert og utredet ved vurderingsinstanser organisert i psykisk helsevern. Kartene som er presentert i figur 6.31, viser de geografiske områdenes relative posisjonering sammenlignet med den nasjonale pasientraten.

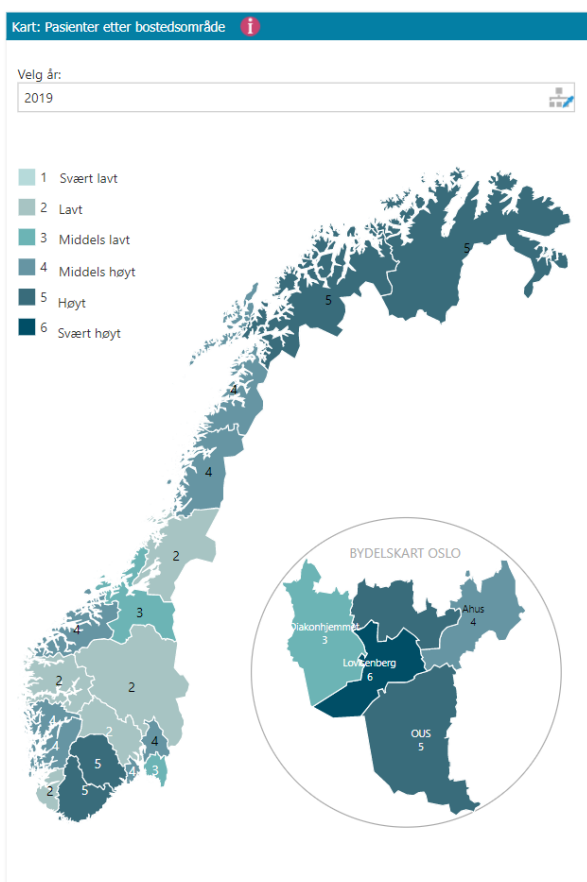
Figur 6.30 Pasienter i rusbehandling. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Bostedsregioner og helseforetaksområder 2019.



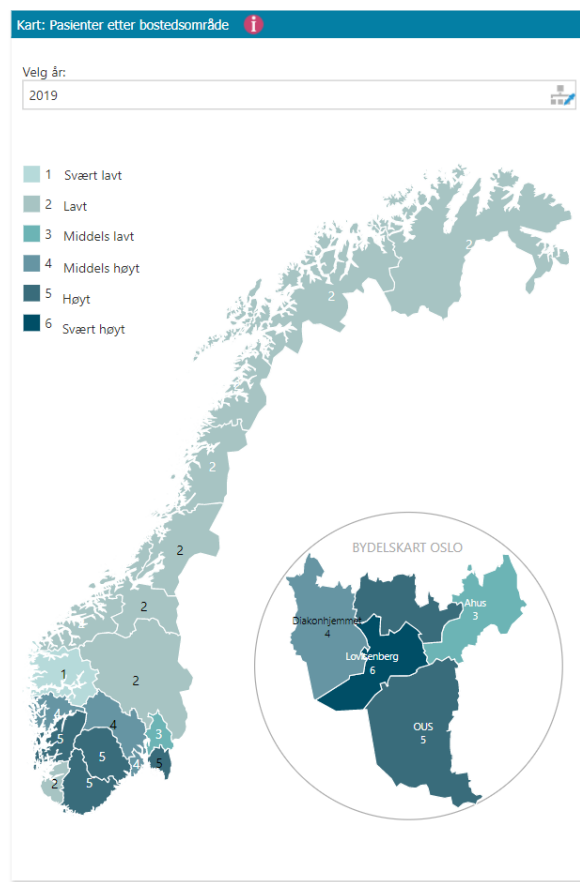
Figur 6.30 viser de faktiske pasientratene for pasienter i døgntilbud, pasienter i kun poliklinisk behandling samt bidraget fra psykisk helsevern. Diagrammet viser at det er små geografiske forskjeller med hensyn til døgntilbudstilbudet målt ved pasientrater. Når det gjelder innholdet i døgntilbudet er det eksempelvis forskjeller i bruken av øyeblikkelig hjelp og varigheten av døgntilbudet. Bruken av det private tilbudet er forskjellig i de ulike områdene og det påvirker i særlig grad bruken av og varigheten av planlagt døgntilbud. I mange områder er det en arbeidsdeling mellom helseforetakene og de private avtaleinstitusjonene og i tillegg har ordningen med fritt behandlingsvalg i TSB inkludert en ny gruppe private institusjoner i behandlingstilbudet. Går vi tilbake til pasientratene i figur 6.30, ser vi at det er forskjellene i det polikliniske tilbudet som særlig bidrar til ulikhetene mellom bostedsområdene. I Nord er det gjennomgående mindre poliklinisk behandlingstilbud innen TSB. I Midt-Norge er tilbudet i områdene på linje når bidraget fra psykisk helsevern inkluderes. Det er store forskjeller innad i Vest, hvor opptaksområdet til Helse Førde ligger lavt, mens opptaksområdet til Helse Fonna ligger høyt. I Sør-Øst er det stor forskjell mellom Lovisenberg, som har de høyeste pasientratene, og Innlandet som har de laveste pasientratene. I figur 6.31 illustreres de geografiske forskjellene for døgnpasienter og for pasienter totalt med tilbud om rusbehandling innen TSB.

Figur 6.31 Helseforetaksområdenes relative avstand fra landsraten med hensyn til antall døgnpasienter per voksne innbyggere og pasienter i TSB inklusive bidrag fra psykisk helsevern per voksne innbyggere i 2019.

Døgnpasienter



Pasienter totalt i TSB inklusive psykisk helsevern



7. Kontinuitet i oppfølgingen

Kontinuitet kan handle både om tid og relasjoner. Opprettholdelse av relasjoner i møte med helsepersonell er spesielt viktig når behandling og oppfølging er langvarig, både det å møte noen som kjenner deg og din historie og for å unngå fragmentert oppfølging/medisinsk ansvar. Fastlegeordningen er basert på slike prinsipper. Ifølge Spesialisthelsetjenesteloven har pasienter med en alvorlig sykdom, skade eller lidelse som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet, rett til å få oppnevnt kontaktlege i spesialisthelsetjenesten (se § 5-1 c). Det er lite tilgjengelig statistikk på bruken av denne ordningen.

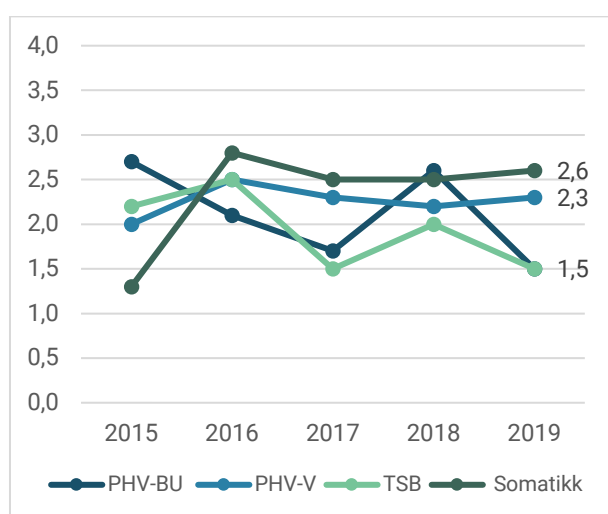
Kontinuitet handler også om *tid*, at ulike deler av oppfølgingen skjer i riktig rekkefølge og til riktig eller innen rimelig tid. Målet er best mulig resultatet for pasienten. Å sikre kontinuitet og rett-tidig oppfølging i pasientbehandlingen er en viktig oppgave for helseforetakene og RHF-ene. Kontinuitet handler i denne sammenhengen om at tiden mellom ulike steg i oppfølgingen ikke forsinkes unødige. Helseforetakene skal ha personellkapasitet og et administrativt og teknisk system som muliggjør god kvalitet og pasientflyt i oppfølgingen av hver pasient. Gjennom nasjonale faglige retningslinjer, helselovgivning og styringsbrev til RHF-ene er det på noen områder satt overordnede krav eller anbefalinger som setter ramme for dette arbeidet. I forlengelse av dette er det ofte etablert krav til registrering av informasjon som gjør det mulig for tjenestene selv og styrende organer å følge utviklingen. Et eksempel er jevnlige publiseringer av ventetider og forløpstider i pakkeforløpene. Samtidig er det viktig at generelle krav ikke er til hinder for berettiget variasjon i oppfølging av enkeltpasienter ut fra ulikhet i behov og prioriteringer. Dette gjelder innen alle tjenesteområder, men ikke minst innen psykisk helsevern.

I dette kapitlet tas det utgangspunkt i publiserte indikatorer fra Helsedirektoratet som belyser noen sider ved kontinuitet i oppfølgingen i spesialisthelsetjenesten. Noen av indikatorene brukes som underlag til å vurdere utvikling og variasjon i tiden tjenesten bruker på ulike steg i (henvisnings-) forløpet. Begrepet *Ventetid* brukes om tiden fra mottatt henvisning til første kontakt, som enten kan være utredning eller noen ganger behandling hvis pasienten allerede er utredet. *Tid til tjenestestart* måler tiden fra mottatt henvisning til en spesifikk utrednings eller behandlingsprosedyre gjennomføres (uavhengig av andre kontakter). *Pakkeforløpene* er diagnosespesifikke og kan variere med hensyn til om de følger pasientene gjennom utredning og fram til behandlingsstart (Pakkeforløp kreft) eller om de følger pasientene til avsluttet behandlingsforløp (henvisningsforløp) slik det er tilfelle for pakkeforløpene innen psykisk helse og pakkeforløp hjerneslag. I tillegg til *forløpstider* som presenteres i dette kapitlet (pakkeforløp kreft) er organisering av utredning og behandling, kommunikasjon/dialog med pasient og pårørende, samt ansvars plassering svært viktige dimensjoner i pakkeforløpene. Helsedirektoratet publiserer også andre tall som berører temaet kontinuitet, som tall for utsettelse av operasjoner og konsultasjoner/kontakter som ikke skjer etter planlagt/oppsatt tid og epikrisetid.

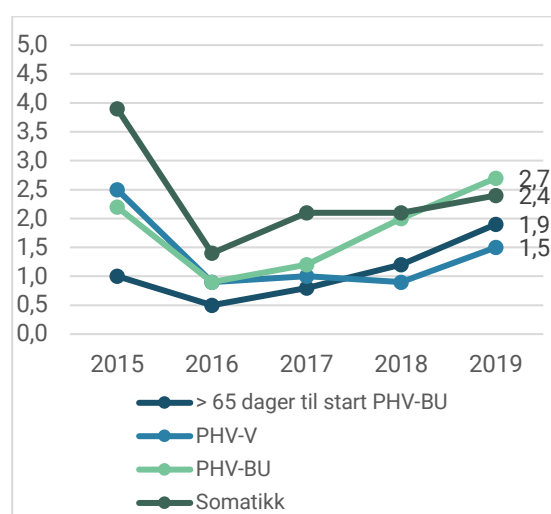
7.1 Vurderingsfrist og ventetid til oppstart utredning/behandling

Alle som henvises til spesialisthelsetjenesten skal få sin henvisning vurdert innen 10 dager fra den mottas av sykehuset eller annen type enhet. Deretter skal pasienten få en individuell frist for senest oppstart utredning/behandling. Fram til 1.november 2015 kunne pasienter uten prioritet settes på venteliste uten frist. Andel brudd på *vurderingsfristen* har vært relativt stabilt på nasjonalt nivå i årene 2016-2019. I somatikken og innen psykisk helsevern for voksne (PHV) har andelen brudd ligget rundt 2,5 prosent. Innen psykisk helsevern barn og unge (PHV-BU) og TSB har det variert litt, men begge tjenesteområdene lå rundt 1,5 prosent i 2019.

Figur 7.1 Andel brudd på vurderingsfrist etter tjenesteområde 2015-2019.



Figur 7.2 Andel brudd på frist oppstart utredning/ behandling etter tjenesteområde 2015-2019.



Andel *fristbrudd* knyttet til oppstart utredning/behandling har derimot økt litt i perioden 2016-2019, etter en reduksjon fra 2015-2016. Andelen varierer i 2019 fra 1,5 prosent innen PHV-V til 2,7 prosent innen PHV-BU. Omtrent halvparten av pasientene som opplevde fristbrudd i 2019 kom til utredning/behandling innen to uker etter fristen.

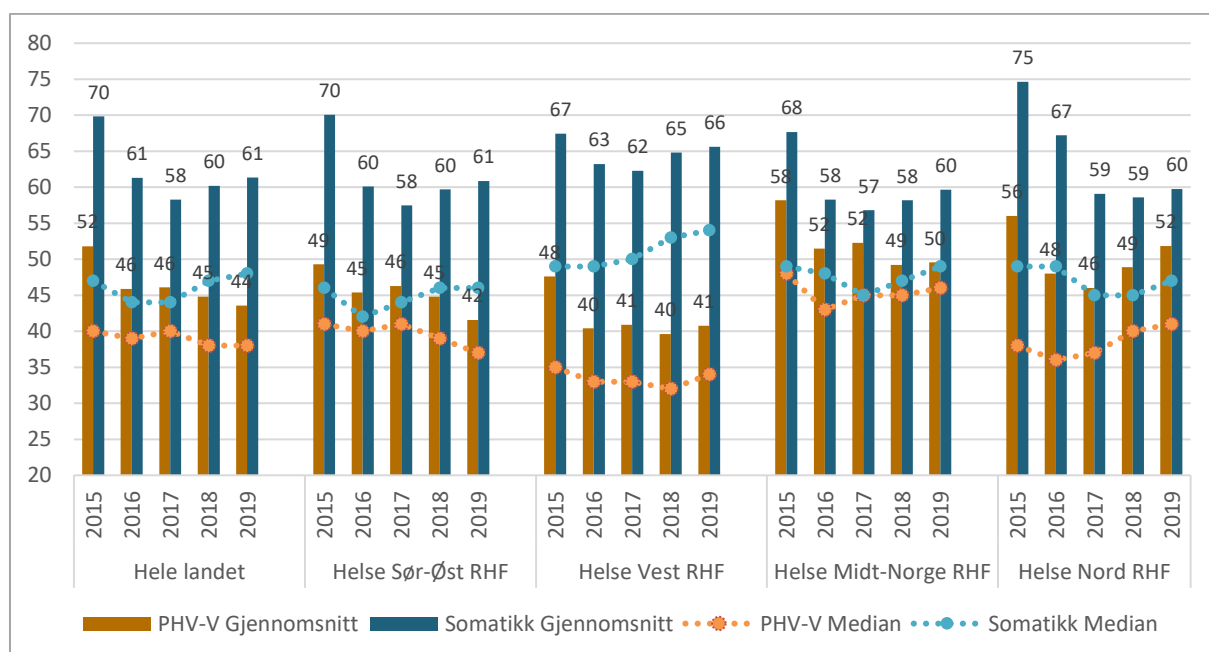
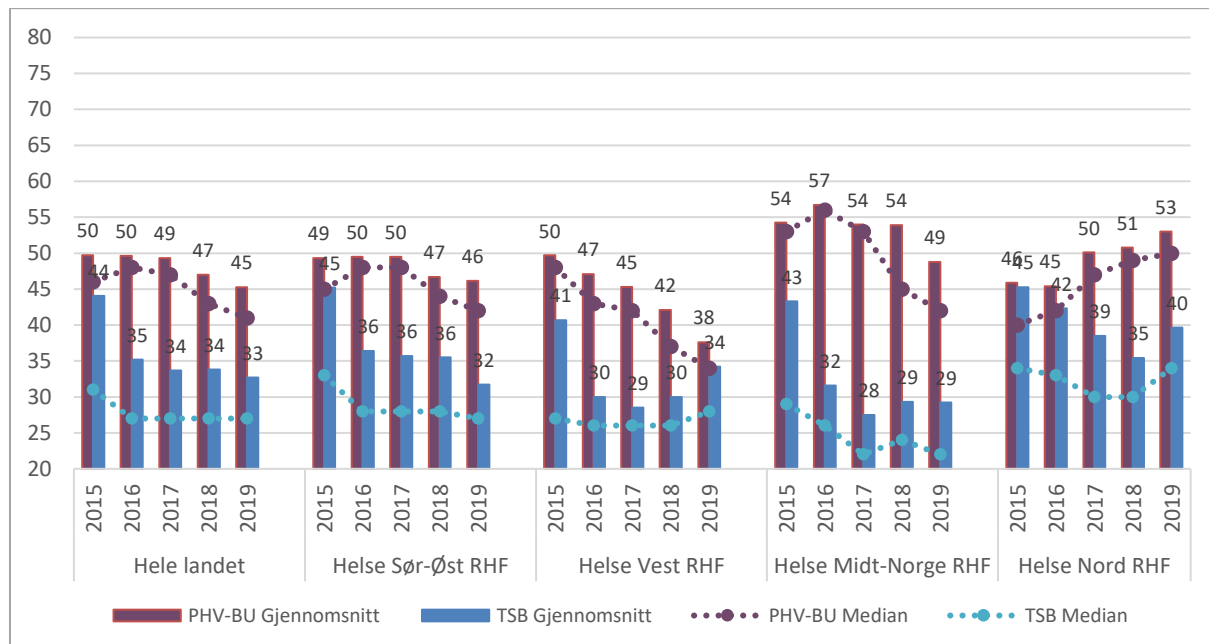
Ventetid - tid fra mottatt henvisning til første kontakt med tjenesten

Ventetiden fra henvisning til oppstart utredning/behandling har i gjennomsnitt blitt noe kortere de siste årene for barn og unge innen psykisk helsevern og for ruspasienter (TSB)(figur 7.3). Innen somatikken gikk ventetiden ned fra 2015 til 2017 (70 dg til 58 dager), men krøp litt oppover igjen i 2018 og 2019 (60, 61dg). Tall for 2020 viser at ventetidene har vært noe lengre utover dette året enn i 2019. Prioriteringer knyttet til pandemien har medført lavere omfang av planlagt aktivitet i sykehusene.

Det nasjonale utviklingsmønsteret i ventetid fra 2015-2019 gjenspeiles i alle regionene, men litt ulikt hvor store endringene var. Det kan nevnes at innføring av rett til individuell frist for alle som settes på venteliste fra 1 november 2015 kan antas å ha bidratt til færre med avvikende lang ventetid (ingen helt uprioriterte på venteliste som drar opp gjennomsnittet). En indikasjon er at

median ventetid har endret seg mindre enn gjennomsnittet (median= verdi der 50% ventet kortere/lengre).

Figur 7.3 Utvikling i ventetid til oppstart utredning/behandling målt ved gjennomsnitt og median. Etter sektor, regionalt helseforetak og nasjonalt 2015-2019.



Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI)

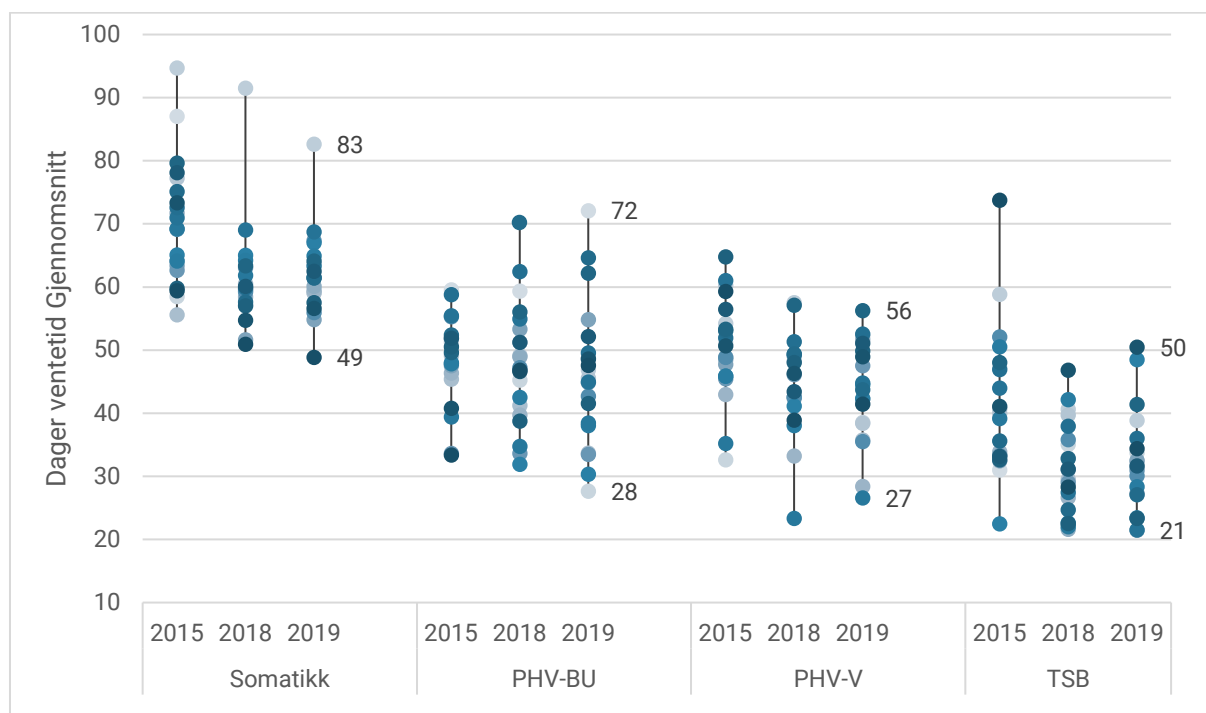
I 2019 hadde Helse Nord samlet sett noe lenger ventetid enn andre regioner innen psykisk helsevern barn og unge og TSB. Helse Nord hadde også lengst ventetid inne psykisk helsevern for voksne, men Midt-Norge lå høyere på median ventetid. I somatisk sektor hadde helseforetakene i Helse Vest samlet sett noe lenger gjennomsnittlig og median ventetid enn de andre regionene (ca. 5 dager lenger).

I styringsbrevet til RHF-ene ble det satt krav til at gjennomsnittlig ventetid skulle være lavere enn 45 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 40 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 35 dager for TSB i 2019. På nasjonalt nivå ble dette oppnådd i PHV og TSB, men på regionnivå er det som vist noe forskjell innen psykisk helsevern. Målet i somatikken er en gjennomsnittlig ventetid på 50 dager innen 2021. Per i dag har alle regionene over 60 dager i gjennomsnittstid.

Variasjon mellom helseforetak i ventetid

Det er ganske store forskjeller i gjennomsnittlig ventetid mellom helseforetakene innen alle tjenesteområder (se fig 7.4). I 2019 var det størst spredning innen psykisk helsevern barn og unge og variasjonen var noe større enn i 2015. I 2019 var det minst forskjeller mellom helseforetakene innen somatikken, men et sykehus (Lovisenberg Diakonale sykehus sykehus) hadde avvikende lang gjennomsnittlig ventetid. Noe av forskjellene mellom helseforetakene kan skyldes ulik pasientsammensetning og funksjoner. Det er ganske stor forskjell i ventetid for ulike fagområder, blant annet fordi innslaget av pasienter som skal utredes for potensiell livstruende sykdom (som kreft) varierer.

Figur 7.4 Spredning i gjennomsnittlig ventetid mellom helseforetak 2015 og 2019. Ordinært avviklede.



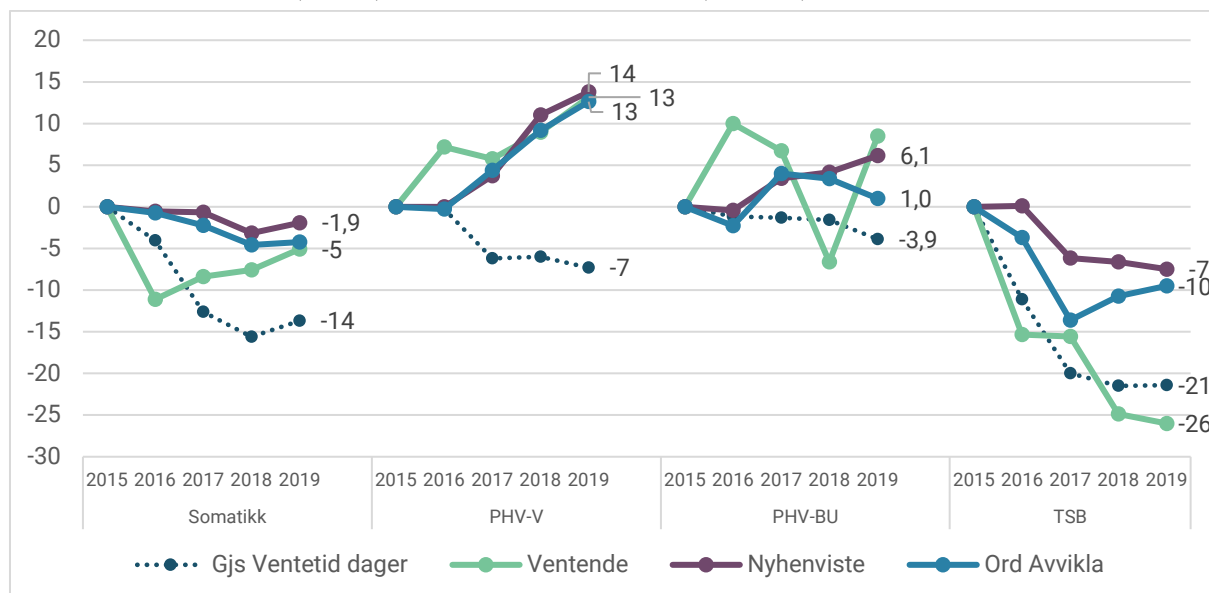
Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI)

Ventetid i relasjon til tilføring og avvikling av pasienter på venteliste

Ventetid til utredning eller behandling avhenger av hvor mange andre pasienter som venter på tilsvarende type helsehjelp og hvor raskt sykehuset klarer i tilby helsehjelpen de venter på (behandlingskapasiteten). I femårsperioden 2015-2019 ble de gjennomsnittlige ventetidene kortere innen alle tjenesteområdene, men utviklingen i nyhenviste og avviklede fra venteliste var

likevel svært ulik. Innen psykisk helsevern for voksne har det vært en overlappende og ganske betydelig vekst både i nye på venteliste og igangsetting av elektive forløp (avviklinger fra venteliste). Antall som står på venteliste (ventende på en angitt dag) har også økt, men p.g.a. større gjennomstrømming av pasienter har ventetiden likevel gått ned i psykisk helsevern for voksne. Ventetiden har også gått ned innen TSB, men skjedde samtidig med en *reduksjon* både av nye henvisninger og antall med igangsatte forløp (men økning i avviklede i 2018 og 2019). I somatikken har det vært noe reduksjon i både antall inn og ut av ventelistene samtidig med kortere ventetid i gjennomsnitt. Antall som avvikles fra venteliste vil i tillegg påvirkes av mange forhold, blant annet at sykehusene til enhver tid følger opp et stort antall pasienter som allerede er i et forløp og i tillegg må øyeblikkelig hjelp prioriteres. Antall innbyggere som har kontakt med spesialisthelsetjenesten (absolutte tall) hvert år har økt innen alle tjenesteområder de siste fem årene.

Figur 7.5 Endring dager gjennomsnittlig ventetid, og prosent endring i antall nyhenviste, ordinært avviklede og ventende (31/12) på venteliste 2015-2019 (2015=0).



Kilde: Norsk pasientregister

For mer informasjon om ventelistestatistikk, se Rapporten "Ventetider og pasientrettigheter 2019", Rapport 03/2019 IS-2890.

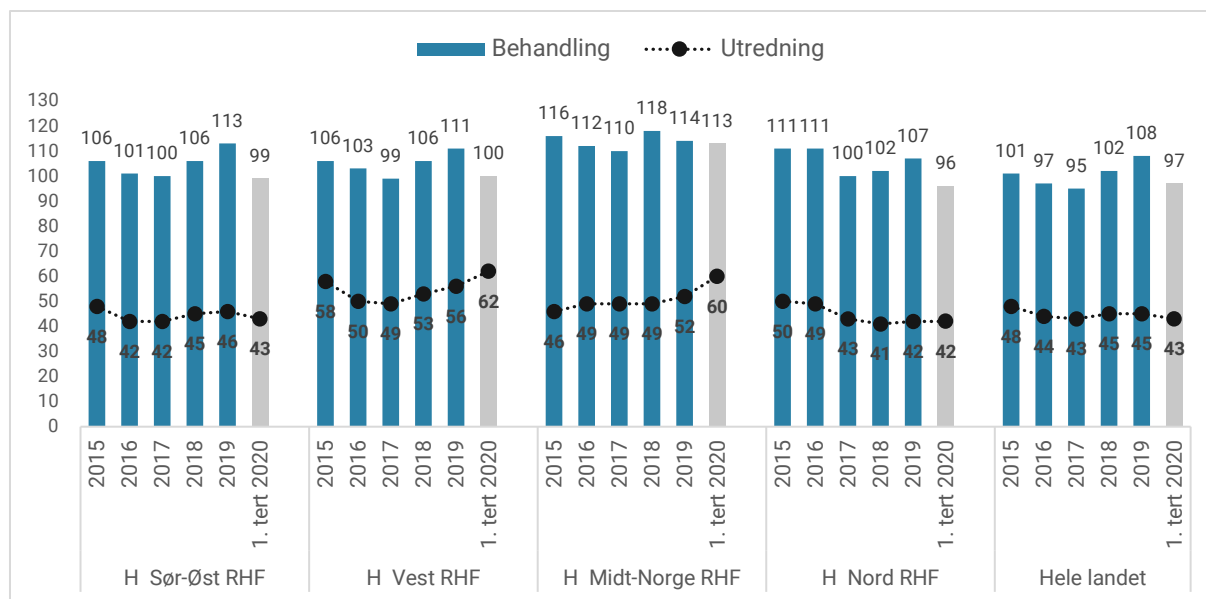
7.2 Tid til tjenestestart i somatikken

I tillegg til de ordinære ventetidsoversiktene som måler tiden fra mottatt henvisning til første kontakt i forløpet publiserer Norsk pasientregister også tall som viser tiden fra sykehuset har mottatt en henvisning til en konkret prosedyre er utført²⁸. Tallene inkluderer 19 utredningsprosedyrer og over 100 behandlingsprosedyrer. Det er knyttet nasjonale styringsmål til denne indikatoren. Målet i 2019 var å redusere median tid til tjenestestart fra 2018 til 2019. Det kan

²⁸ Timer utsatt av pasient, øyeblikkelig hjelp og aktivitet hos avtalespesialister er ikke inkludert. For mer informasjon om tid til tjenestestart, se <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-fra-npr/tid-til-tjenestestart>

være flere grunner til at det kan gå noe tid fra henvisning til en konkret undersøkelse eller operasjon (prosedyrer) utføres. For eksempel kan annen behandling prøves først eller at sykehuset avventer sykdommens utvikling før behandlingen startes. Dette gjør at det vil være en del naturlig spredning i målt tid til tjenestestart. Derfor brukes median heller enn gjennomsnitt som mål. Medianen påvirkes ikke av at noen pasienter avviker med svært lang tid til prosedyren utføres, noe som kan være medisinsk begrunnet.

Figur 7.6 Median tid fra henvisning til utførte utrednings eller behandlingsprosedyrer etter RHF for årene 2015-2019, samt 1. tertial 2020.



Kilde: Norsk pasientregister

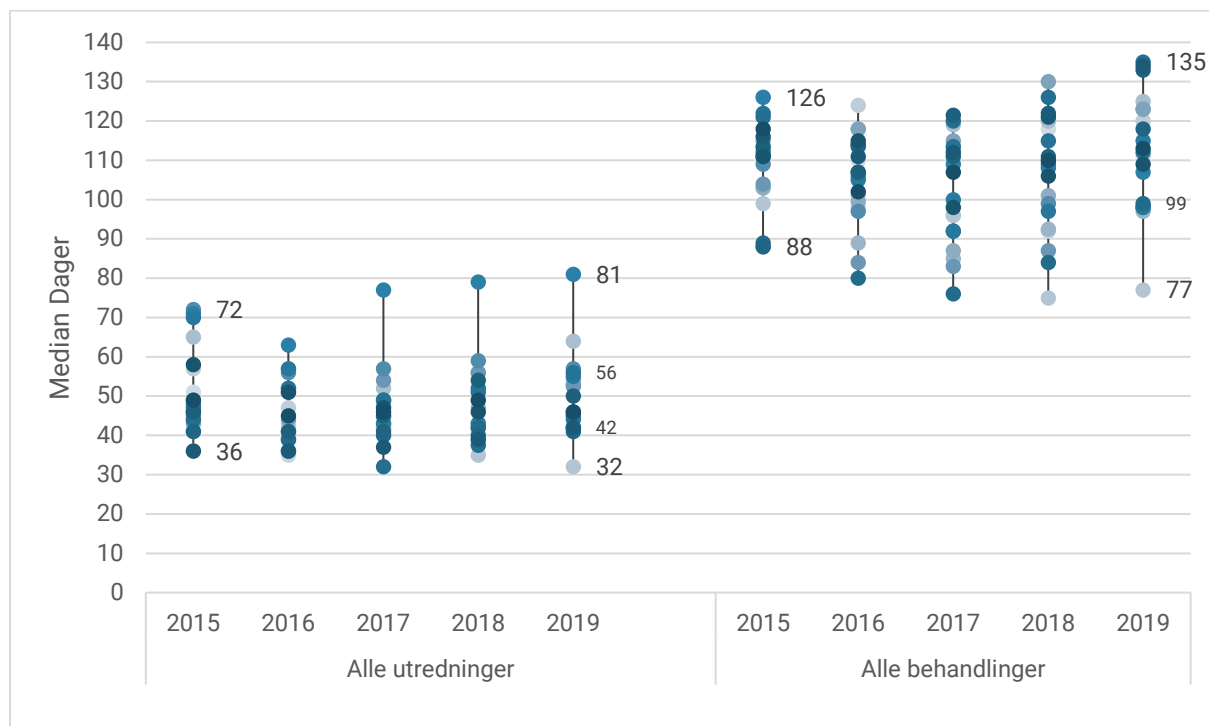
Median tid til utført utredningsprosedyre (første) ble redusert fra 48 dager i 2015 til 46 dager i 2019 (fig 7.6). Det vil si at halvparten hadde kortere og halvparten lengre tid til tjenestestart. Det var største reduksjon i Helse Nord (fra 50 til 42 dager), mens Helse Vest lå noe over de andre regionene alle årene. Median dager til tjenestestart for utredning i Helse Vest økte igjen til 56 dager etter noe nedgang i starten av femårsperioden. I 1. tertial 2020 var tid til tjenestestart noe lavere enn i 2019 og også sammenlignet med 1. tertial 2019 (ikke vist), men det var noe regional variasjon. Redusert inntak av pasienter på grunn av tiltak knyttet til pandemien kan ha gitt raskere forløp for andre pasienter. Dette gjelder spesielt Helse Sør-Øst.

Tid til tjenestestart for behandlingsprosedyrer ble også redusert for landet samlet fra 2015 -2017 (101 dg-> 95 dg), for så å øke til 108 dager i 2019. På regionalt nivå varierte median tid til utført behandlingsprosedyre fra 107 dager i Helse Nord til 114 dager i Midt-Norge i 2019. Som for utredningsprosedyrer var det indikasjon på kortere tid til behandlingsprosedyrer 1. tertial 2020, men skyldes antakelig reduksjon i aktivitet.

Figur 7.7 viser at variasjonen i tid til utført utredningsprosedyre på helseforetaksnivå ikke har endret seg veldig mye. Det er litt større konsentrasjon, men noen få HF avviker mer fra resten mot slutten av perioden. Forskjellene mellom helseforetak i tid til behandlingsprosedyre er utført er også mer

konsentrert, men på et litt høyere nivå, og noen (spesielt ett) helseforetak avviker fordi tid til tjenestestart ikke har økt. Forskjellen mellom helseforetak kan kanskje påvirkes noe av eventuelle forskjeller i sykehusenes funksjoner, for eksempel omfang av pasienter som utredes for potensielt alvorlige tilstander. Slike forskjeller vil imidlertid være ganske stabile.

Figur 7.7 Variasjon i tid fra henvisning til utførte utrednings eller behandlingsprosedyrer ved helseforetakene. Median tid for årene 2015- 2019.



Kilde: Norsk pasientregister

I fjorårets rapport²⁹ ble det vist at det var langt mindre variasjon og langt kortere tid til tjenestestart for eksempelvis utredning med koloskopi, gastroskopi og behandling av celleforandringer i livmorhalsen enn for planlagt operasjon med innsetting av hofteprotese, kneprotese eller behandling for urinlekkasje hos kvinner.

Tjenestene med kortest median tid til tjenestestart i 2019

- Koloskopi (27 dager)
- Spyttkjertel, vevsprøve (biopsi) (28 dager)
- Gastroskopi, poliklinisk undersøkelse (31 dager)
- Nevrofysiologisk måling av hodet, EEG (37 dager)

Tjenestene med lengst median tid til tjenestestart

- Cochleaimplantat, førstegangsoperasjon, voksne (375,5 dager)
- Brystrekonstruksjon med eget vev, kreft (308,5 dager)
- Brystrekonstruksjon med brystprotese, ikke kreft (289 dager)
- Sykelig overvekt, utredning og operasjon (281 dager)

(Kilde: Norsk pasientregister)

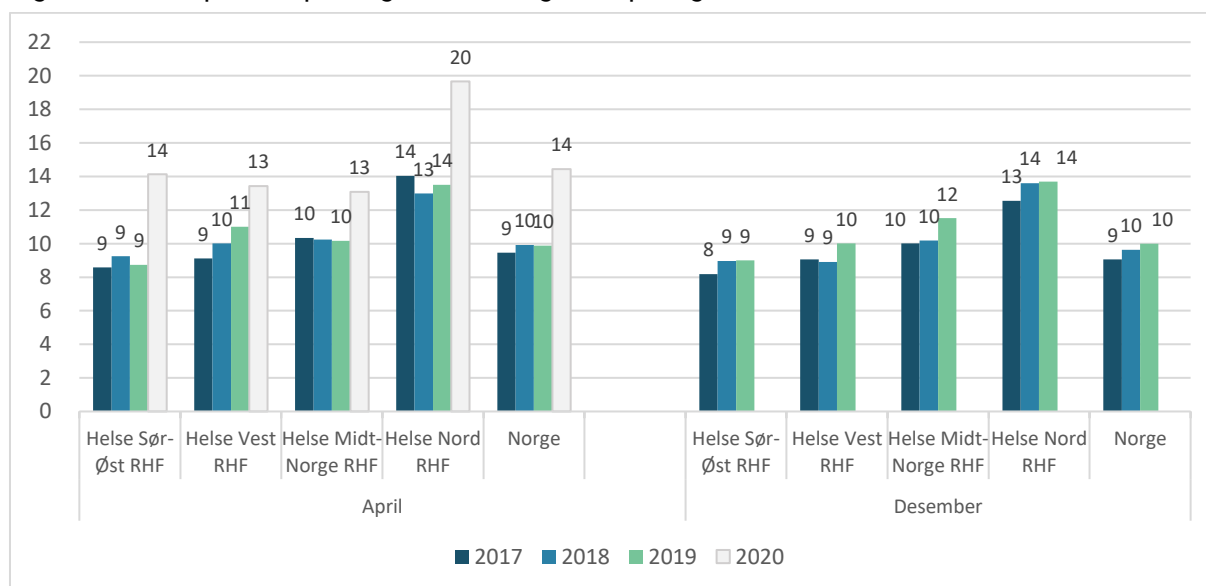
²⁹ Se rapport "Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten. Kostnader, aktivitet og kvalitet". SAMDATA spesialisthelsetjeneste 2018. Helsedirektoratet Rapport IS-2851

7.3 Gjennomføres avtalte kontakter som planlagt?

De regionale helseforetakene og Helsedirektoratet samarbeider om å definere og publisere relevante og oppdaterte tall som kan bidra i det kontinuerlige arbeidet med å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen i spesialisthelsetjenesten. Med utgangspunkt i dette arbeidet tilrettelegger og oppdaterer Norsk pasientregister utvalgte indikatorer. De fleste indikatorene er basert på pasientadministrative data rapportert direkte fra sykehusene til Helsedirektoratet. En av indikatorene som publiseres er "passert planlagt tid"³⁰. Datagrunnlaget for denne mottar imidlertid Helsedirektoratet fra de regionale helseforetakene, som henter ut tall fra sine egne pasientadministrative system. Tallene viser antall og andel pasientavtaler som er forsinket i forhold til tidspunkt registrert i det pasientadministrative systemet. Alle planlagte pasientkontakter skal være registrert med dato/klokkeslett for neste pasientavtale, eller unntaksvis -en tentativ måned/uke. Dette gjelder både nyhenviste pasienter og pasienter som allerede er i inne i et behandlingsforløp (utredning, behandling eller kontroll). Det kan være mange grunner til at avtaler ikke utføres til planlagt tid, men det er viktig for tjenesten å følge med på dette som grunnlag for vurdering av kapasitet og organisering av forløp. Samtidig er det viktig å understreke at vi ikke har informasjon om variasjoner i om oppsatt tid er i henhold til medisinskfaglige kriterier, for eksempel tidsrom til/mellom kontroller ved poliklinikken etter behandling. Pasientutsatte avtaler inngår ikke i tallene.

Det var en målsetting at regionene skulle overholde en større andel av pasientavtalene i 2019 sammenliknet med 2018 og målsettingen framover er å overholde minst 95 prosent av avtalene innen 2021. Figur 7.8 viser at 10 prosent av avtalene ikke ble gjennomført til planlagt tid i april og desember 2019, det samme som i 2018. 90 prosent blir dermed overholdt. Andelen har vært ganske stabil på nasjonalt nivå.

Figur 7.8 Andel passert planlagt tid etter region i april og desember 2017-2019/20.



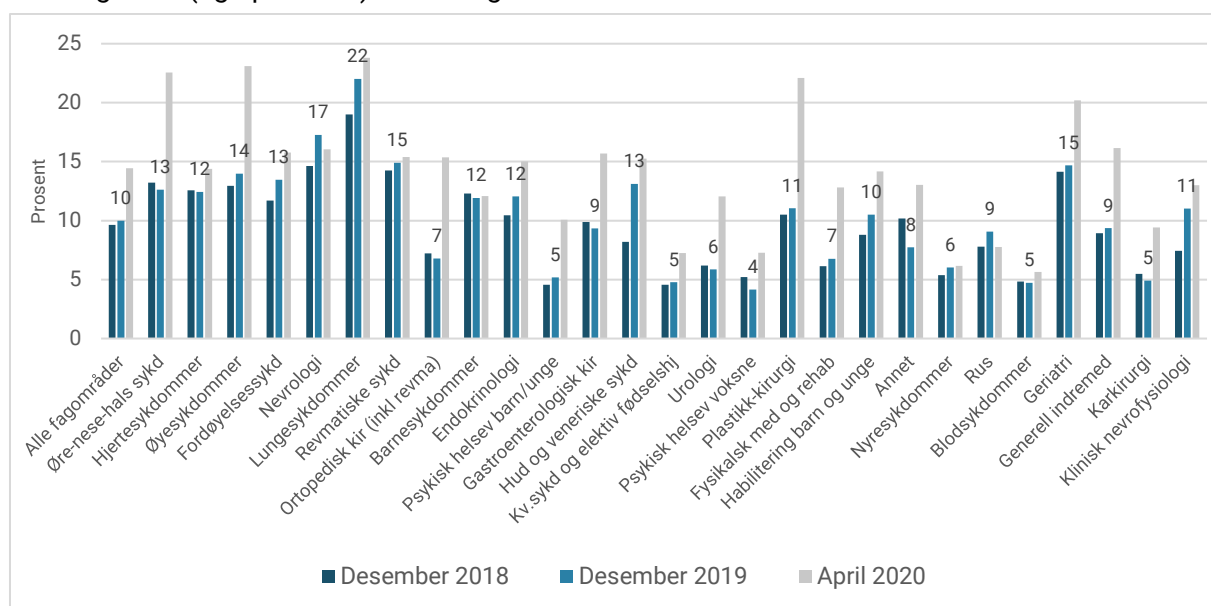
Kilde: Norsk pasientregister

³⁰ For mer informasjon se <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/nasjonale-styringsmal-for-spesialisthelsetjenesten/passert-planlagt-tid>

Helse Nord har gjennomgående litt høyere andel passert planlagt tid. Vi kjenner ikke til om dette gjenspeiler reelle ulikheter eller systemtekniske/metodiske forskjeller. I april 2020 var andelen tydelig høyere i alle regioner enn i april 2019. Dette er forventet ut fra effektene av smittevernstiltak som medførte redusert aktivitet i sykehusene. Det var også reduserte krav til opprettholdelse av individuelle frister for oppstart av utredning/behandling i deler av mars og i april (midlertidig endring i forskrift med hjemmel i koronaloven).

Andel avtaler som ikke gjennomføres til planlagt tid varierer mellom fagområder. Psykisk helsevern voksne, psykisk helsevern barn og unge og rusbehandling har lavest andel utsettelse. sammen med karkirurgi. Pasienter med lungesykdommer hadde flest kontakter med passert planlagt tid i desember 2019 (22 prosent), fulgt av nevrologi (17 pst.), geriatri (15 pst.) og revmatiske sykdommer (15 pst.). Fordelingen er ganske lik i desember begge år. Størst forskjell fra desember 2019 til april 2020 ser vi for plastikk-kirurgi, Øre-nese-hals, øyesykdommer og ortopedisk kirurgi (inkl revmakir).

Figur 7.9 Andel passert planlagt tid for de største fagområdene (over 1000 kontakter) i desember 2018 og 2019 (og april 2020). Verdi angitt for desember 2019.



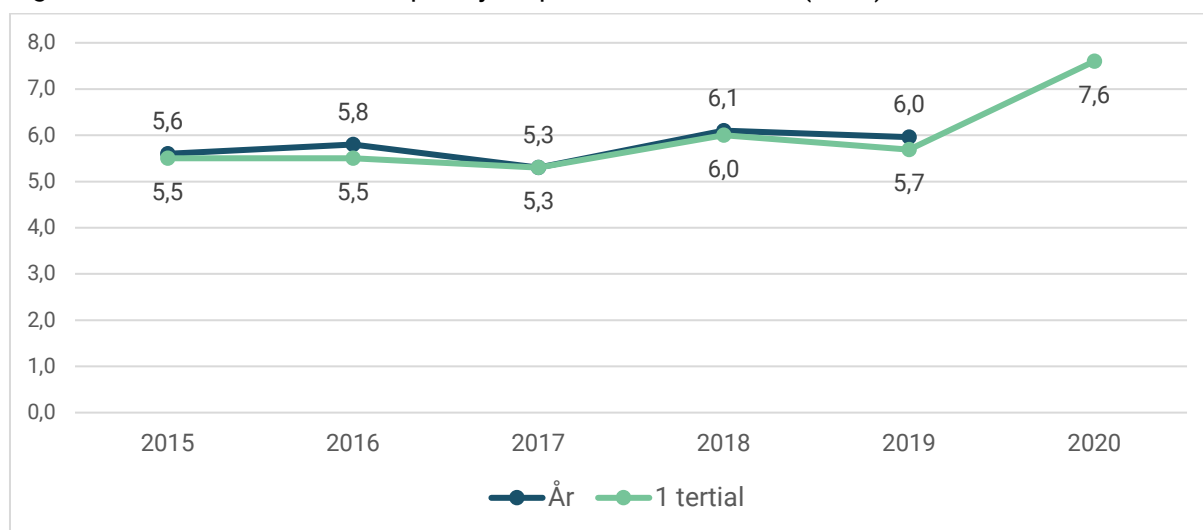
Kilde: Norsk pasientregister

7.4 Strykninger fra operasjonsprogrammet (NKI)

Når en pasient strykes fra operasjonsprogrammet forsinkes et planlagt behandlingsforløp. Utsettelse fra operasjonsprogrammet innebærer at en planlagt operasjon ikke blir gjennomført den dagen pasienten er satt opp på programmet. Utsettelse fra planlagt operasjonsprogram er en uønsket hendelse. Det kan være gode grunner til å utsette en operasjon, men et stort omfang av strykninger indikerer kapasitetsmessige utfordringer og for pasienten kan det oppleves svært belastende å få utsatt operasjonen, både fysisk og psykisk. Andel strykninger har ikke endret seg

vesentlig siden 2015 (5,6 prosent), selv om andelen er lite grann høyere i 2018 og 2019 (ca. 6 prosent). Andelen strykninger var litt høyere første tertial 2020 enn samme periode tidligere år.

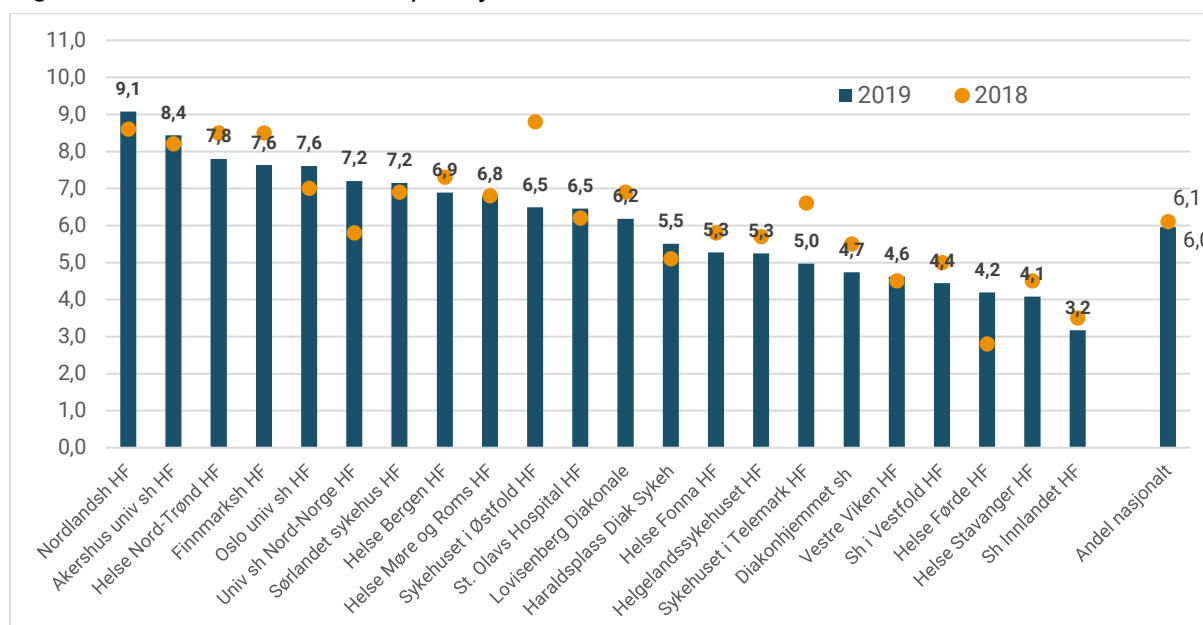
Figur 7.10 Andel utsettelse av operasjon i perioden 2015- 2019 (2020). Hele landet.



Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI)

I 2019 varierte andel strykninger fra 3,2 prosent ved sykehuset Innlandet til 9,1 prosent ved Nordlandssykehuset. Forskjellen mellom helseforetakene er med noen unntak relativt stabil. Fra 2018 til 2019 var endringene mellom 0-2 prosentpoeng opp eller ned ved foretakene.

Figur 7.11 Andel utsettelse av operasjon fordelt etter helseforetak 2018-2019.



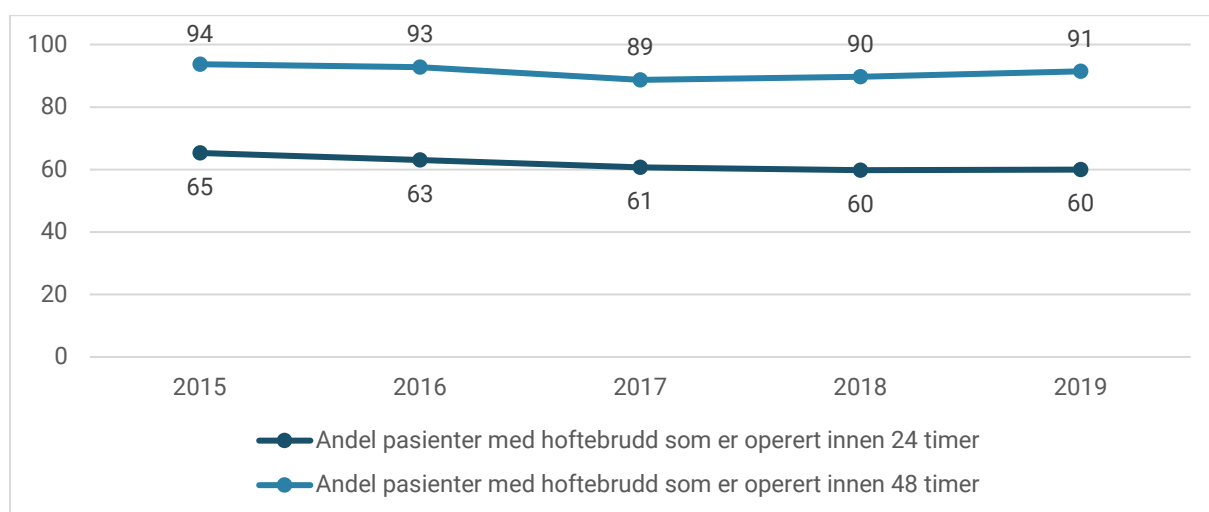
Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI)

7.5 Pasienter med hoftebrudd operert innen 24 og 48 timer

Tidligere ble det antatt at hoftebrudd skulle opereres 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 like viktig 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. Denne kvalitetsindikatoren viser derfor andelen pasienter som har blitt operert både innen 24 og 48 timer for pasienter over 65 år med hoftebrudd.

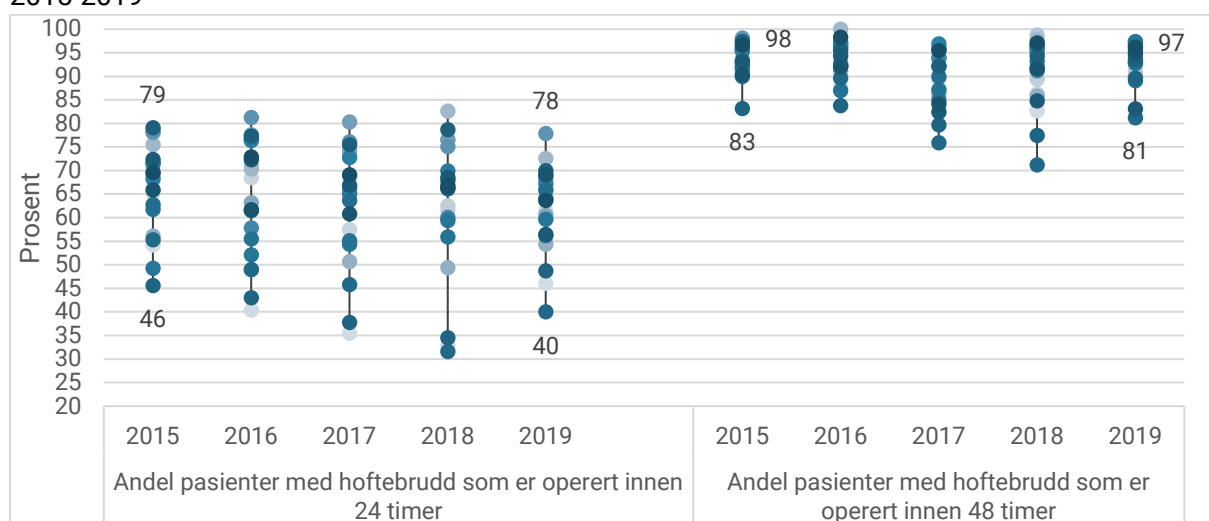
Andel operert innen 24 timer ble redusert fra 65 prosent 2015 til 60 prosent i 2019. Innen 48 timer var 91 prosent av pasientene operert i 2019, mot 94 prosent i 2015. Forskjellen mellom helseforetakene har også vært relativt stabil (fig 7.13).

Figur 7.12 Andel hoftebrudd operert innen 24 og 48 timer. Alder 65 år og eldre. 2015-2019



Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI)

Figur 7.13 Variasjon mellom helseforetak i andel hoftebrudd operert innen 24 og 48 timer. 2015-2019



Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI)

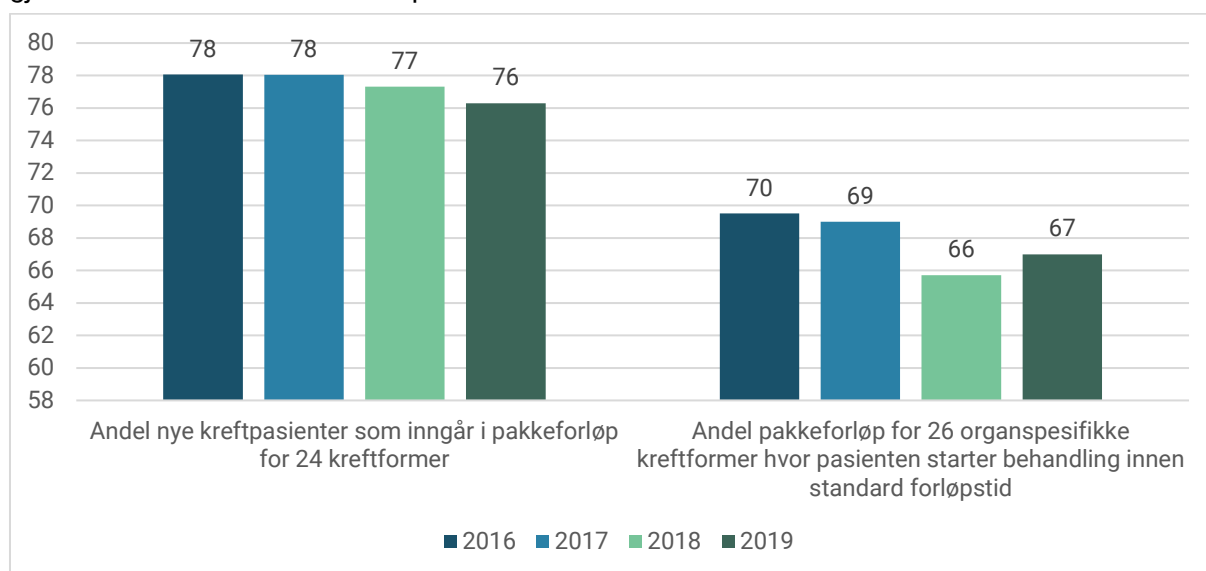
7.6 Pakkeforløp

Det er etablert pakkeforløp for ulike pasientgrupper. Pakkeforløpene skal blant annet bidra til å sikre god sammenheng og kontinuitet i forløpet til utredning er ferdig og eventuell behandling er igangsatt (kreft). For noen pakkeforløp følges pasienten helt fram til oppfølging i spesialisthelsetjenesten er ferdig og kommunene ved behov følger opp videre. Norsk pasientregister (NPR) i Helsedirektoratet fikk i oppdrag å etablere en monitoreringsløsning som beregner og publiserer forløpstids- og aktivitetsindikatorer for pakkeforløpene basert på innrapporterte pakkeforløpsregistreringer. Forløpsmålinger fra pakkeforløp kreft inngår som en del av det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet for spesialisthelsetjenesten.

Pakkeforløp kreft – Tid til oppstart utredning og behandling (NKI)

Mens tid til tjenestestart måler tiden fra henvisning til første prosedyre (spesifikke typer utredning eller behandling) er pakkeforløpene rettet mot spesifikke diagnosegrupper, for eksempel kreft. 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.

Figur 7.14 Andel nye pasienter hvor det mistenkes kreft som inngår i pakkeforløp og andel gjennomført innen anbefalt forløpstid 2016-2019.



Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI)

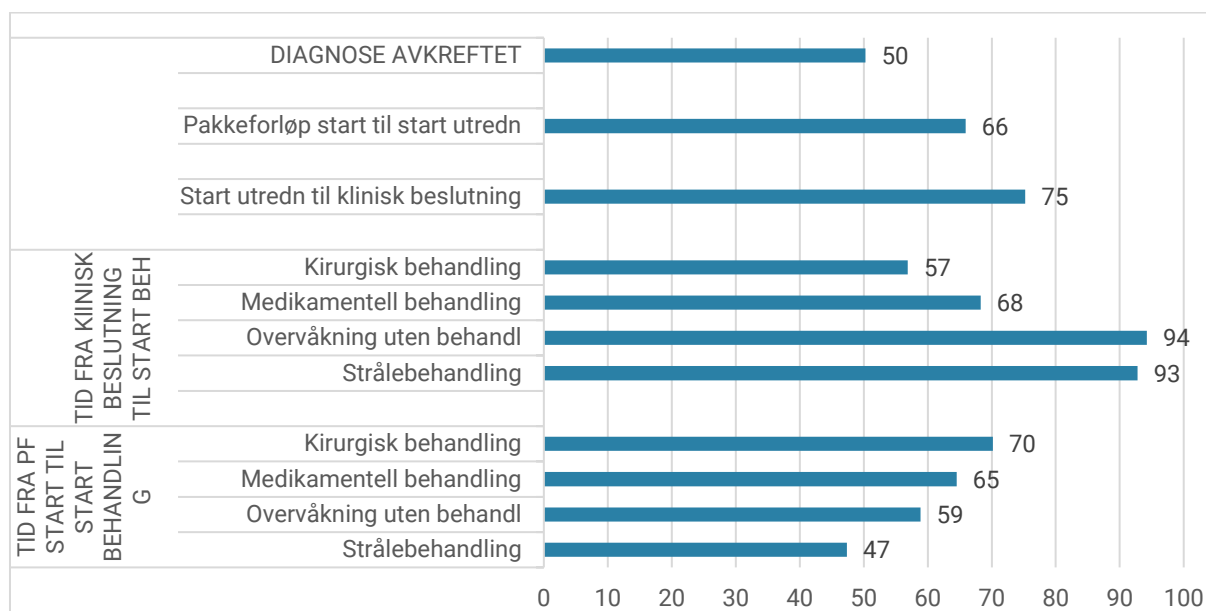
Den nasjonale målsettingen er at minst 70 prosent av pasientene har fått gjennomført utredning og deretter startet eventuell behandling innen anbefalt forløpstid. Ser vi på hele landet samlet ble 76 prosent av nye pasienter henvist med mistanke om kreft i 2019 inkludert i et pakkeforløp.

67 prosent av forløpene ble gjennomført innen anbefalt tid og det var omtrent samme andel som i 2018.

Basert på registrering i pakkeforløpet utarbeider Norsk pasientregister også mer detaljert tallgrunnlag slik at man kan dele opp forløpet i faser. Man kan se på tiden fra man inkluderes i et pakkeforløp fram til oppstart utredning. Dette er vanligvis det samme som når man måler ventetid til utredning. Utover dette kan man beregne hvor lang tid det går til det gjøres en klinisk beslutning om at utredning enten er slutt uten funn av kreft eller at behandling skal iverksettes. Omtrent halvparten av pasientene fikk i 2019 avkreftet at de har kreft etter utredning (fig 7.15), mens halvparten ble fulgt opp med videre behandling. Til slutt måler man tiden fram til man starter behandling, det vil si første kontakt for behandling.

Behandlingen kan starte med kirurgi, medikamentell behandling, strålebehandling eller man overvåker tilstanden uten behandling. Tid til overvåking uten behandling måles bare for kronisk lymfatisk leukemi, sarkom og tykk- og endetarmskreft. For 60 prosent av pasientene som skulle ha behandling startet denne med en kirurgisk prosedyre (operasjon). Litt over 20 prosent startet behandlingen med medikamentell behandling. En mindre andel startet behandlingen med strålebehandling eller at man bare fulgte med og kontrollerte utviklingen av tilstanden. Figur 7.15 viser at kun 57 prosent av pasientene som startet med kirurgisk behandling hadde første operasjon innen anbefalt tid etter klinisk beslutning om kirurgi. Samtidig hadde 70 prosent av pasientene (med kirurgi først) en samlet forløpstid til behandling innen anbefalt tid (fra inklusjon i pakkeforløpet til oppstart behandling).

Figur 7.15 Andel pasientforløp innenfor anbefalt forløpstid etter faser i forløpet og type oppfølging i 2019.

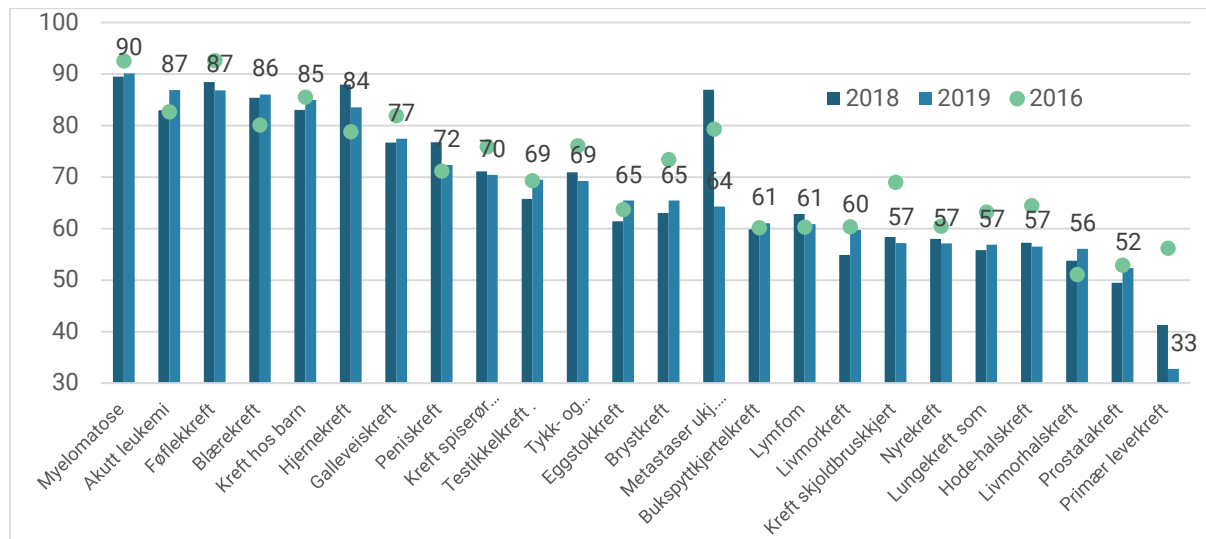


Kilde: Norsk pasientregister (NPR)

Det er utarbeidet anbefalte pakkeforløpstider for 26 organspesifikke kreftformer, samt for metastaser med ukjent utgangspunkt og diagnostisk pakkeforløp. Andel gjennomførte forløp innen

anbefalt tid varierte fra 33 til 90 prosent mellom ulike pakkeforløp for kreft i 2019 (se fig 7.16). Forskjellene mellom forløpene i andel var omtrent lik som i 2018.

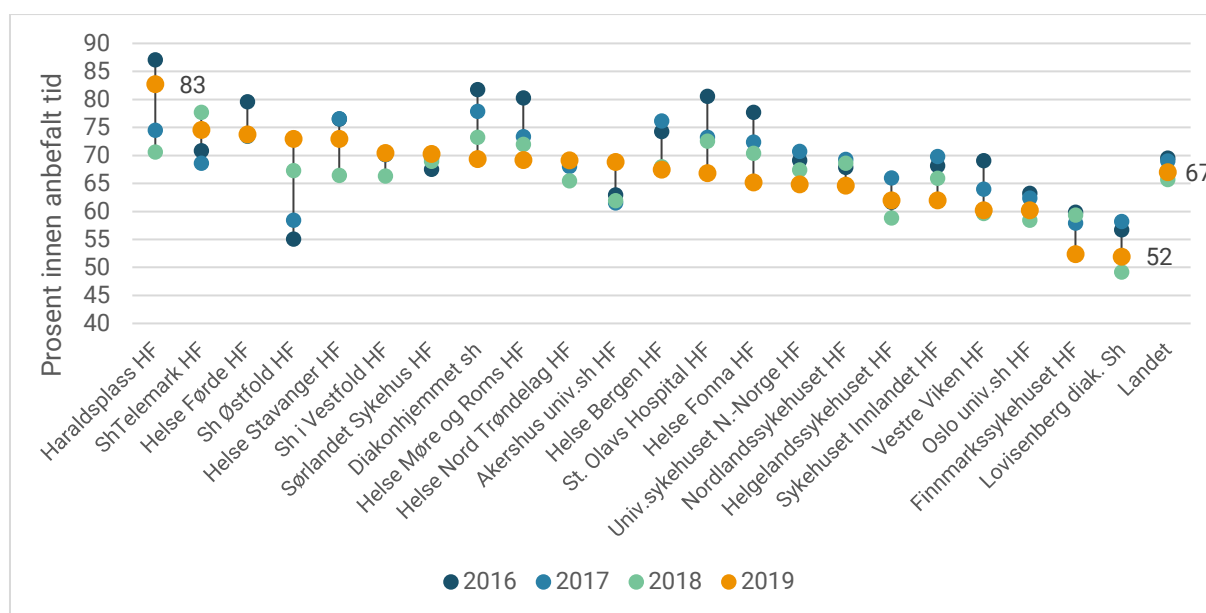
Figur 7.16 Andel pakkeforløp gjennomført innen anbefalt forløpstid fordelt på fagområder 2016, 2018 og 2019.



Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI)

På helseforetaksnivå varierer andelen gjennomført innen anbefalt tid fra 52 til 83 prosent i 2019. Med tanke på ulikheten mellom fagområdene i oppnåelse av anbefalt forløpstid kan det tenkes at noen forskjeller i faglige funksjoner kan påvirke måloppnåelse ved ulike helseforetak. Pasientsammensetningen (fagområder) ved universitetssykehusene kan for eksempel være noe annerledes på grunn av sentraliserte funksjoner. Det var likevel ikke noe gjennomgående mønster knyttet til typer sykehus/helseforetak i 2019.

Figur 7.17 Andel pakkeforløp gjennomført innen anbefalt forløpstid (26 kreftformer) fordelt på helseforetak 2016- 2019.



Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI)

Utvikling pakkeforløp kreft i 2020

Foreløpige tall for perioden januar-september 2020 indikerer at andelen nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp er på om lag tilsvarende nivå som for samme periode i 2019. Målet om at minst 70 prosent av nye kreftpasienter skal inn i pakkeforløp ligger dermed an for å oppnås også i 2020. Dette gjelder samlet sett og ikke for alle de organspesifikke kreftformene.

Andelen gjennomførte pakkeforløp innen standard forløpstid er, basert på foreløpige tall for januar-september 2020, noe høyere enn i tilsvarende periode i 2019. Dette bildet kan imidlertid endres når rapporteringene fra sykehusene oppdateres. Av erfaring så skjer det en del etterregistreringer som gjør at tallmaterialet og andelsberegningene endres.

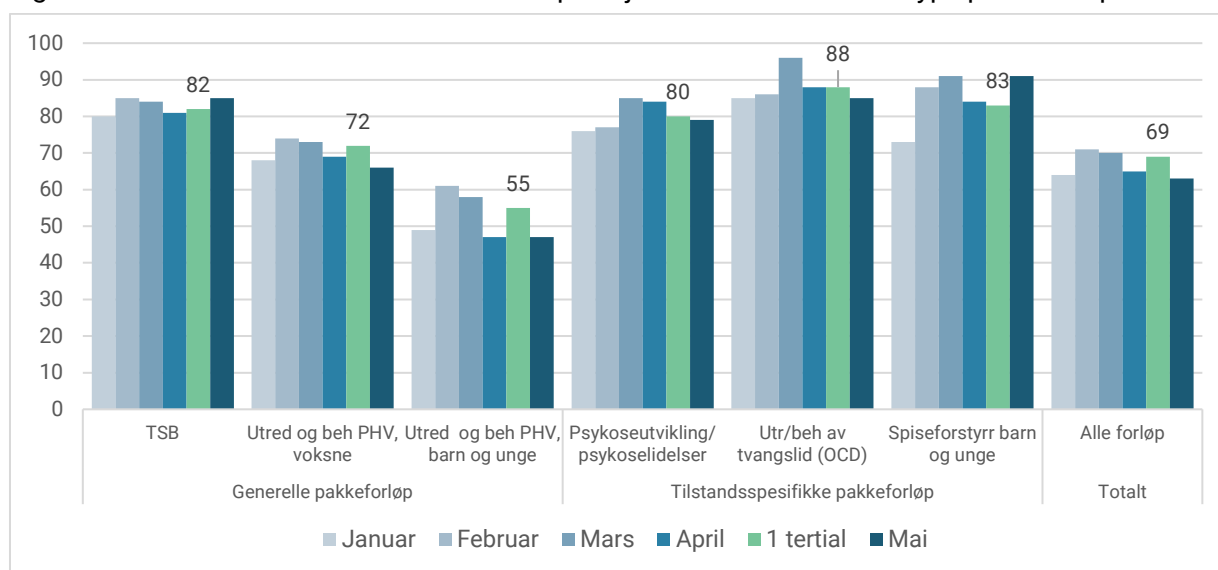
Pakkeforløp psykisk helse og rus

Forløpstider og unngåelse av uønskede tidsavbrudd står sentralt i pakkeforløp for kreft og også i pakkeforløp for hjerneslag. Innen psykisk helse og rus er rask igangsetting av utredning og behandling også viktig, men en helhetlig tilnærming med stor vekt på bl.a. brukerinvolvering, pårørendeinvolvering, brukertilfredshet, likeverdighet, koordinering og sammenheng i tjenestene og ivaretagelse av somatisk helse er svært sentralt. Følgende pakkeforløp er så langt etablert innen psykisk helsevern og rus:

- *Pakkeforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*
- *Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne*
- *Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern barn og unge (PHBU)*
- *Pakkeforløp ved mistanke om psykoseutvikling og psykoselidelser hos barn, unge og voksne*
- *Pakkeforløp for utredning og behandling av tvangslidelse (OCD) hos barn, unge og voksne*
- *Pakkeforløp for spiseforstyrrelser hos barn og unge*
- *Pakkeforløp for gravide som bruker/har brukt rusmidler (fra 1. jan 2020)*

Det er publisert tall for forløpstider for de fleste av disse fra og med januar 2020.

Figur 7.18 Andel utredet innen anbefalt forløpstid januar-mai 2020. Etter type pakkeforløp.



Kilde: Norsk pasientregister (NPR)

Forløpstidsindikatorer angir andelen av pakkeforløpene som blir gjennomført innenfor anbefalt forløpstid for definerte faser av pakkeforløpet (fra henvisning til start utredning, utredningstid, tid til evaluering av behandling i poliklinikk, tid fra avsluttet avrusing til påbegynt behandling innen TSB). Figur 7.18 viser at over 80 prosent av pasientene i pakkeforløp TSB ble utredet innen anbefalt forløpstid 1. tertial 2020 (jan-april). Innen psykisk helsevern for voksne var andelen over 70 prosent, mens det gjaldt bare litt over halvparten av barn og unge som inngikk i det generelle pakkeforløpet. Totalt for alle pakkeforløp innen psykisk helse og rus ble 69 prosent gjennomført innen anbefalt tid. I styringsbrevet til regionale helseforetak var det satt som mål at andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern skal være minst 80 prosent.

Anbefalt tid kan variere mellom ulike pakkeforløp, men er lik innenfor de generelle pakkeforløpene for psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge (anbefalt tid til utredning). For de diagnosespesifikke forløpene lå andel innen anbefalt tid mellom 80 og 90 prosent i 1. tertial 2020.

For mer informasjon om resultater 2020 for pakkeforløp Psykisk helse og rus, se rapport IS-2917: *Pakkeforløp psykisk helse og rus 1. tertial 2020* (Norsk pasientregister, Helsedirektoratet).

7.7 Kontakt etter utskriving i psykisk helsevern og TSB

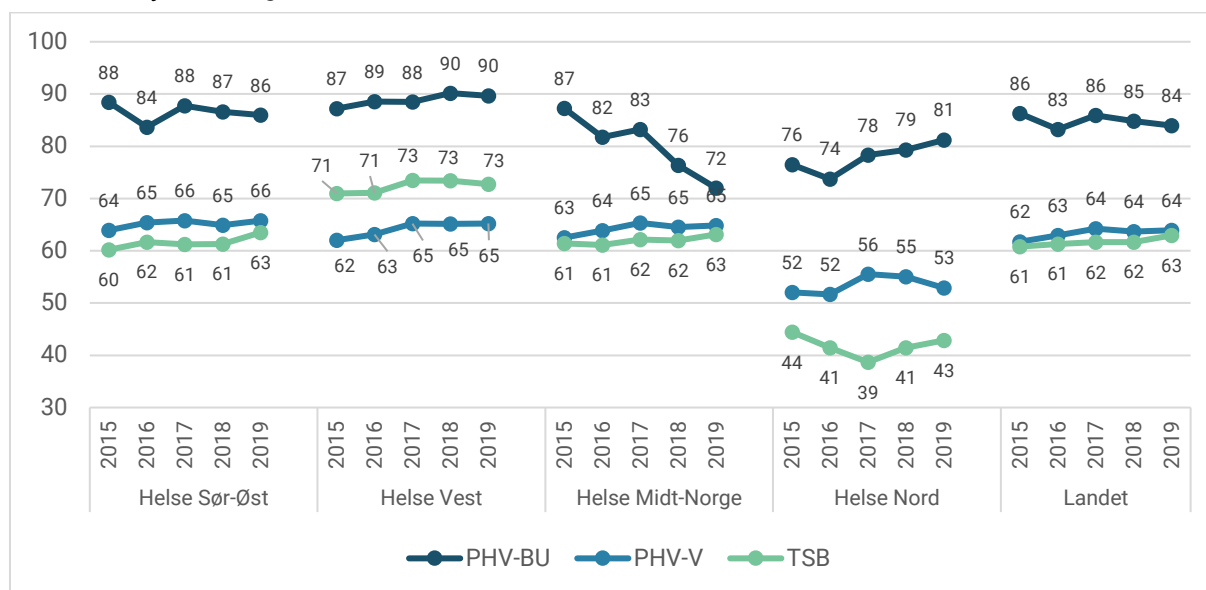
Både spesialisthelsetjenesten, kommunene og fastlegene har en rolle i oppfølgingen av personer med psykiske lidelser. Etter utskriving fra psykisk helsevern og spesialisert rusbehandling er det viktig at den enkelte får tilpasset oppfølging ved behov. Det kan være store individuelle variasjoner i behov og også i hvilken grad den enkelte ønsker kontakt med ulike tjenester.

Helsedirektoratet lager oversikter over kontakt med spesialisthelsetjenesten i tiden etter utskriving fra døgnopphold i psykisk helsevern (PHV) og spesialisert rus- og avhengighetsbehandling (TSB). Figur 7.19 viser at barn og unge i langt høyere grad har poliklinisk kontakt etter utskriving sammenlignet med voksne utskrevet fra psykisk helsevern (PHV-V) og rusbehandling (TSB).

Det er relativt få barn og unge som legges inn på psykiatriske avdeling. 84 prosent av de som ble innlagt var i 2019 registrert med minst en poliklinisk kontakt innen en måned etter utskriving. Dette var i hovedsak konsultasjoner hos BUP, men noen få hos TSB eller avtalespesialist. Det var litt forskjell mellom regionene. Endringer i det pasientadministrative systemet i BUP i Midt-Norge kan ha påvirket den registrerte utviklingen der.

Av de voksne utskrevet fra døgnavdeling i psykisk helsevern hadde seks av ti utskrevne (64 prosent) poliklinisk kontakt i løpet av 30 dager i 2019. Det var lite forskjell mellom tre av regionene, mens Helse Nord hadde en noe lavere andel (53 pst). Helse Nord har samtidig en høyere innleggelsesrate. Det kan derfor se ut til at Helse Nord i en del tilfeller benytter en ny (kortvarig) innleggelse som et alternativ til poliklinisk kontakt, kanskje pga. store reiseavstander.

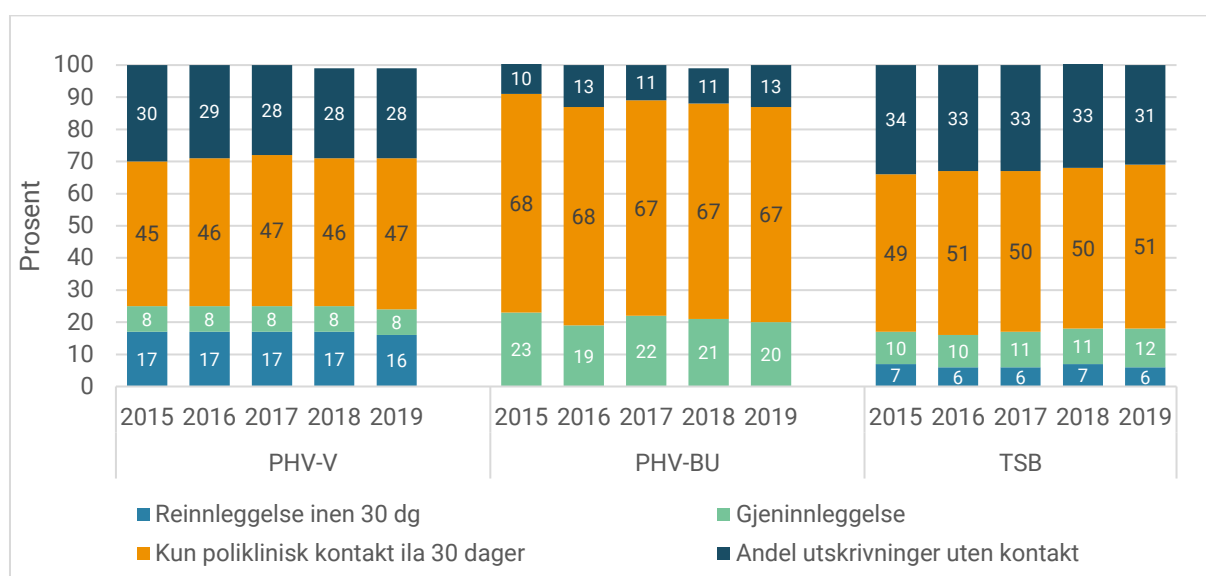
Figur 7.19 Andel pasienter med poliklinisk kontakt innen 30 dager etter utskriving i perioden 2015-2019. Per sykehusregion.



Andelen med poliklinisk kontakt etter utskriving innen TSB var omtrent på nivå med PHV-V samlet sett. Helse Nord avviker med over 20 prosentpoeng lavere andel enn landet totalt (43 pst), mens en klart høyere andel av pasientene i Helse Vest (73 pst) hadde polikliniske kontakt første måned etter utskriving i 2019.

En del personer utskrevet fra døgnbehandling blir innlagt på nytt innen 30 dager, og en del av dem igjen har også hatt poliklinisk kontakt som inngår i figur 7.19. Av figur 7.20 ser vi at 24 prosent av utskrivningene fra voksenpsykiatrisk avdeling resulterte i en ny innleggelse innen 30 dager, mens 47 prosent kun hadde poliklinisk kontakt.

Figur 7.20 Typer kontakt med spesialisthelsetjenesten innen 30 dager etter utskriving i perioden 2015-2019. Prosent.



*Reinnleggelser er ny innleggelse som øyeblikkelig hjelp

Basert på tallene i figur 7.19 og 7.20 kan vi derfor slutte at 17 prosent av pasientene innen PHV-V både hadde poliklinisk kontakt og ny innleggelse innen 30 dager etter utskriving i 2019. Innen psykisk helsevern barn og unge (PHV-BU) ble 20 prosent innlagt på nytt innen kort tid og 17 prosent hadde hatt kontakt med poliklinikken i tillegg til innleggelse. Av pasientene utskrevet fra rusbehandling (TSB) hadde 12 prosent både poliklinisk kontakt og ny innleggelse.

Rapporten fra Helsedirektoratet som dette tallgrunnlaget er hentet fra viste også at hele 57 prosent av pasientene innen PHV-V hadde minst en ny innleggelse i løpet av ett år etter utskriving i 2018. Tallene for PHV-BU og TSB var henholdsvis 47 og 45 prosent.

For mer informasjon om dette se rapport IS-2952 fra Helsedirektoratet, "Tjenester i psykisk helsevern og TSB 2015-2019". SAMDATA Spesialisthelsetjenesten.

7.8 Mer fleksibilitet i tjenestene kan understøtte kontinuitet og tilgjengelighet

Indirekte former for kontakt øker

Kontinuitet handler blant annet om å kunne gjennomføre planlagte kontakter til riktig tid og forhindre avbrudd i behandling/oppfølging som ikke er planlagt. I 2020 bidro Corona pandemien til at muligheten for fysiske konsultasjoner og behandling ble begrenset. For å opprettholde kontakt med flest mulig pasienter økte andre former for kontakt betydelig.

Norsk pasientregister har sett på Indirekte kontakter i 2020 sammenlignet med 2019. Indirekte kontakt inkluderer da telefonkonsultasjoner, e-post og videokonferanse, men også møter mellom fagpersoner³¹. Tallene viser at registrerte indirekte kontakter utgjorde en andel på 29 prosent av kontaktene innen psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU) i 2019. Tall til og med august 2020 indikerer en klar økning med en andel på 42 prosent. Innen TSB var andelene omtrent identiske som i PHV-BU. I tjenestene for voksne (PHV-V) var det tilsvarende 20 prosent i 2019 og 35 prosent i perioden januar -august 2020.

Variasjoner i registreringspraksis og regler for registrering gir usikkerhet i detaljerte utviklingstall for ulike typer av kontakt. Utviklingen i telefonkonsultasjoner påvirkes blant annet av nye koderegler i 2020³².

Gjennom arbeidet med ISF har Helsedirektoratet sett på utvikling i registrerte telefonkonsultasjoner og funnet en kraftig vekst både i somatikk og psykisk helsevern i 2020. Det må da understrekes at

³¹ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-fra-npr/Psykisk-helsevern-og-rus>

³² Rapporteringsreglene for telefonkonsultasjoner er endret fra 1. januar 2020. Særkoden utgår innen psykisk helsevern og erstattes med administrativ kode. Det stilles også krav om at telefonkonsultasjoner må oppfylle krav til egenandel. Fra 1. juli 2020 fikk telefonkonsultasjoner samme finansiering som ordinære konsultasjoner og dette kan også påvirke praksis.

2020 er første året telefonkonsultasjoner er inkludert i innsatsstyrt finansiering (ISF) for somatikk. Noe av veksten i 2020 skyldes derfor trolig omlegging i kontaktformer på grunn av pandemien. Innen psykisk helsevern har telefonkonsultasjoner tidligere også vært del av ISF, og andelen er større enn i somatikk.

Videokonsultasjoner har vært vanskelig å identifisere i datagrunnlagene og det er usikkert om det reelle omfanget fanges opp. Utviklingen kan derfor ikke beskrives godt. Det kommer nye rapporteringsregler fra 2021. I 2020 ser man samme trend som for telefonkonsultasjoner, mer bruk av video særlig i perioden mars-april-mai, som kan gjenspeile omlegging av aktivitet på grunn av pandemien.

Selv om vi ikke har presise tall for utvikling på alle former for kontakt indikerer eksemplene at alternativer til ordinære konsultasjoner/kontakter har bidratt til at mange til tross for store restriksjoner har kunnet opprettholde kontakten med tjenesten i 2020. Samtidig er det viktig å nevne at indirekte kontakt ikke alltid et godt eller mulig alternativ for alle pasienter.

Ambulante tjenester

Bruk av ambulante tjenester gjør det mulig å oppsøke og å ha kontakt med personer som ikke kan følge en vanlig behandling/oppfølging. Ulike forhold kan bidra til at ikke alle pasienter kan eller klarer å oppsøke eller opprettholde kontakten med helsetjenesten ved å møte personlig opp for eksempel på poliklinikken. I tillegg kan det være hensiktsmessig å gjennomføre noen konsultasjoner utenfor kontoret som en del av et planlagt behandlingsopplegg. Muligheten for ambulant kontakt og organisering av tjenester i ambulante team kan derfor gjøre ulike typer tilbud mer fleksible og tilgjengelige.

Også når det gjelder ambulante tjenester har det vært en utvikling i registrering og regelverk rundt koding. Det er derfor betydelig usikkerhet i utviklingstallene. Foreløpige analyser³³ indikerer likevel en økning i ambulante konsultasjoner fra 2019 til 2020 innen psykisk helsevern og rus, selv når det tas høyde for endringer i definisjon/koding.

I SAMDATA-rapport for tjenester innen psykisk helsevern i perioden 2015-2019 (IS-2952) har man sett nærmere på hvor stor andel av pasientene som var registrert med minst en ambulant kontakt og omfang an registrerte kontakter. Tallene viser at det blant de polikliniske pasientene i det psykiske helsevernet for barn og unge var en økende andel pasienter registrert med ambulant behandling siste femårsperiode (fra 30 til 38 prosent). Det var likevel bare en svak økning i andel ambulante kontakter i samme periode (fra åtte til ni prosent) i tjenestene til barn og unge. Ambulante kontakter er her definert som de polikliniske kontaktene som finner sted utenfor institusjonenes lokaler. Dette betyr imidlertid at definisjonen omfatter en rekke typer kontakter som naturlig finner sted i andre lokaler, eksempelvis møter med førstelinjetjenesten, med pårørende, med NAV i tillegg til de oppsøkende tjenestene som er etablert for å fange opp pasienter som uteblir fra avtalt behandling.

³³ Foreløpige tallgrunnlag knyttet til arbeid med ISF (Helsedirektoratet)

I det psykiske helsevernet for voksne hadde 17-19 prosent av de polikliniske pasientene mottatt ambulante tjenester. For de fleste av disse pasientene er det imidlertid få ambulante kontakter. De ambulante kontaktene utgjør bare 8-9 prosent av episodene totalt.

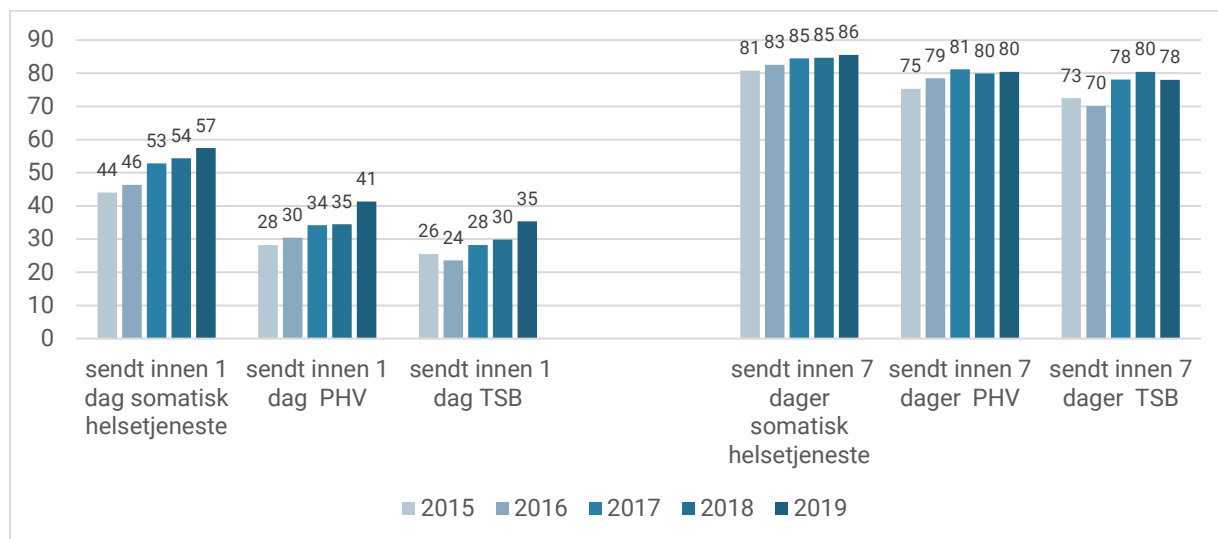
I TSB utgjorde den ambulante virksomheten i underkant av ti prosent av den dagbaserte og/eller polikliniske virksomheten. Om lag en tredjedel av pasientene var omfattet av en eller flere ambulante kontakter.

Så langt har tallgrunnlag for ambulant kontakt først og fremst vært knyttet til psykisk helsevern og rus. I somatikken ble det innført tillegg i finansieringen for ambulante konsultasjoner fra 2018. Utviklingen innen somatikk er ikke godt dokumentert, men det var en vekst i registreringen fra 2018 til 2019. Fra 2020 gis det også finansiering gjennom ISF for teambasert ambulant oppfølging i somatikk (noe tilsvarende ACT/FACT innen psykisk helse og rus).

7.9 Epikrisetid - tilbakemelding til fastlege/henviser etter utskriving

Etter avsluttet utredning/behandling i sykehus skal det sendes en oppsummerende tilbakemelding til fastlege/henvisende instans med opplysninger om oppholdet/behandlingen og viktig informasjon for eventuell videre oppfølging. I 2019 var det en nasjonal målsetting at 70 prosent av epikrisene innen somatiske fagområder skulle være sendt innen 1 dag etter utskriving fra døgnopphold. I psykisk helsevern og rus- og avhengighetsbehandling (TSB) var målsettingen at minst 50 prosent av epikrisene ble sendt innen én dag, og at alle skulle være sendt innen syv dager.

Figur 7.21: Andel epikriser sendt innen 1 dag og 7 dager etter utskriving fordelt på tjenesteområde og år.

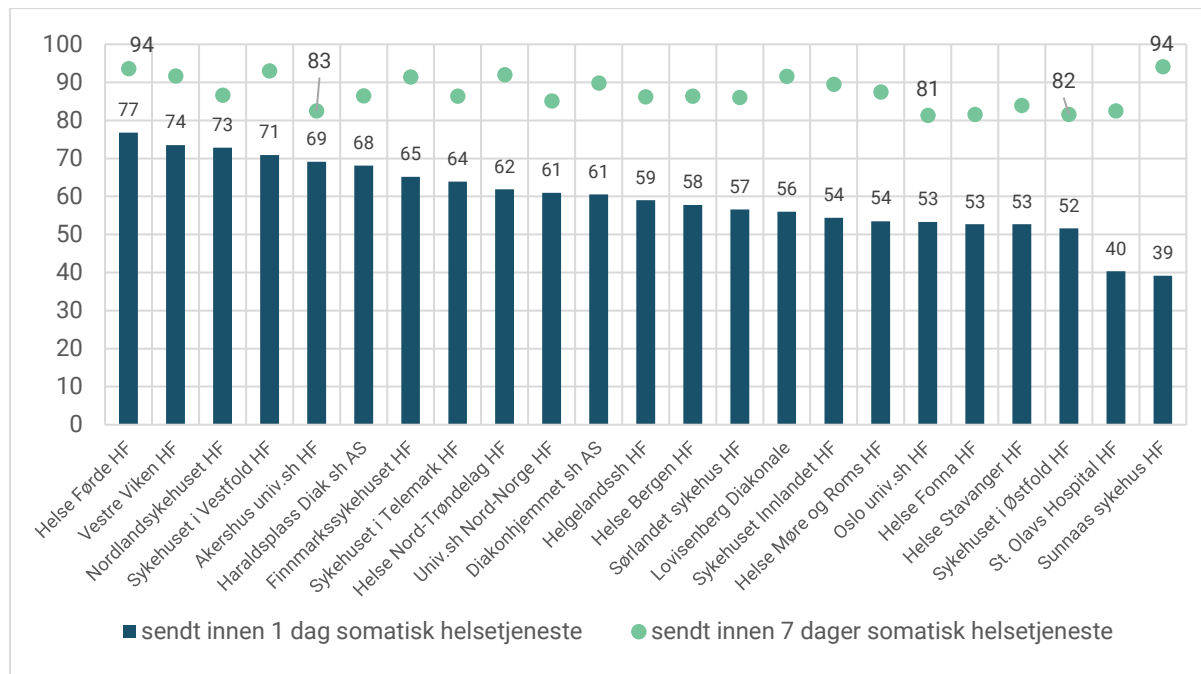


Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI)

Figur 7.21 viser at det har vært en positiv utvikling for alle tjenesteområder, men det er fortsatt et stykke igjen til målene er nådd.

Forskjellene mellom helseforetak er ganske store i somatisk sektor. Andelen sendt innen en dag varierte fra omkring 40 til 80 prosent. Det var langt mindre forskjell i andel sendt innen sju dager, med 81 prosent som laveste og 94 prosent som høyeste andel.

Figur 7.22 Andel epikriser sendt innen 1 dag og 7 dager etter utskriving i somatisk sektor 2019.



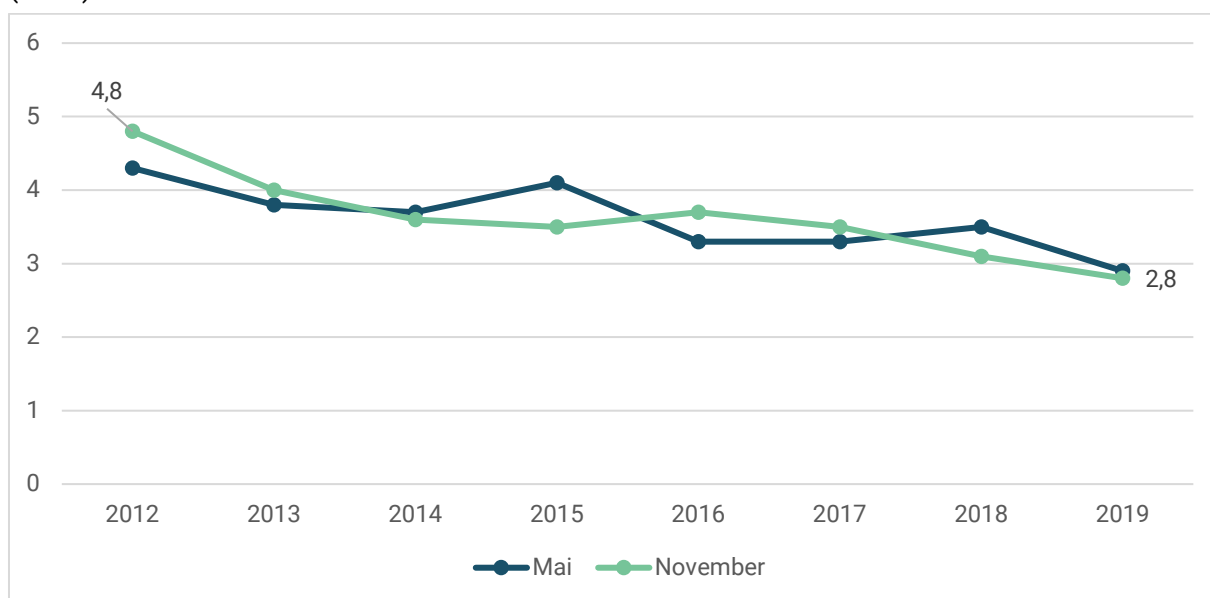
Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI)

8. Utvalgte nasjonale kvalitetsindikatorer knyttet til behandling

8.1 Prevalens av infeksjoner i sykehus

Helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) er fryktede komplikasjoner som følge av alle typer sykehusinnleggelser. Slike infeksjoner påfører pasienter ekstra lidelser og har stor ressursmessig betydning for sykehusdrift. To ganger i året, på en bestemt dag i mai og november, registreres forekomsten av de fire vanligste typene HAI i sykehusene. Dette gir et øyeblikksbilde og det kan være tilfeldige variasjoner fra gang til gang på sykehusene. De fire hyppigst forekommende typer HAI omfatter: urinveisinfeksjon, nedre luftveisinfeksjon, postoperative infeksjoner og blodbaneinfeksjoner (sepsis). Kun infeksjoner oppstått i eget sykehus skal tas med.

Figur 8.1 Andel helsetjenesteassosierte infeksjoner i sykehus, november hvert år. NKI
Datakilde: Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS)

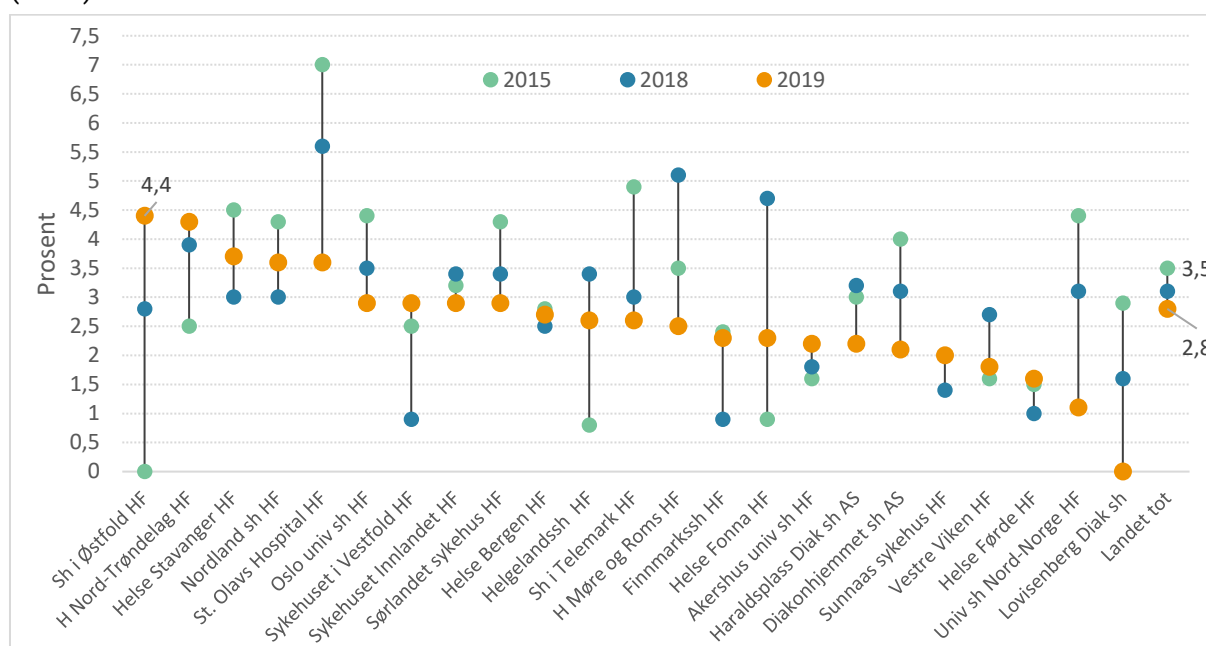


Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI)

Andelen helsetjenesteassosierte infeksjoner blant pasienter på sykehus var på landsbasis 2,8 prosent i november 2019. Det er den laveste andelen som har blitt målt i perioden mai 2017 – november 2019. Figur 8.2 viser andelen registrerte infeksjoner etter helseforetak målt i november angitte år. På telletidspunktet i 2019 varierte andelen helsetjenesteassosierte infeksjoner fra under

en prosent til litt over fire prosent ved helseforetakene. Sammenlignet med 2018 var andelen infeksjoner lavere ved 14 av 23 av HF/sykehus i november 2019. De fleste helseforetak har hatt en reduksjon over tid, men vi må minne om at dette er små andeler som lett påvirkes av små endringer. Det er derfor viktig å se på utviklingen over tid og ikke bare se på enkeltmålinger. Vi ser at det over årene er færre helseforetak med svært avvikende andel infeksjoner. Variasjonen er redusert samtidig som andelen har gått litt ned.

Figur 8.2 Andel helsetjenesteassosierte infeksjoner i sykehus, november hvert år. Datakilde: Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS)

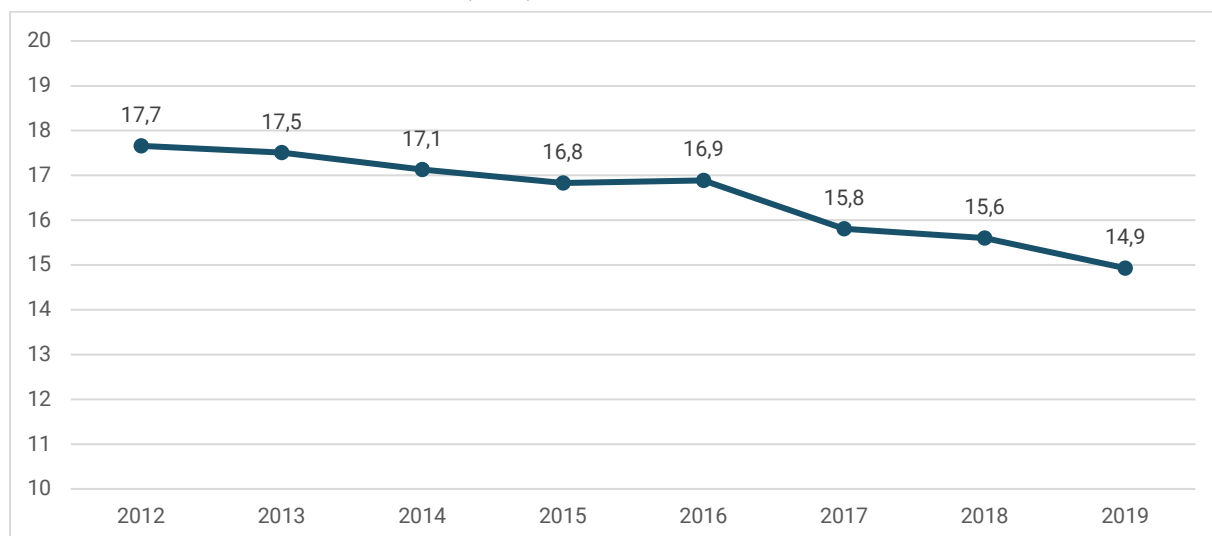


Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI)

8.2 Bruk av antibiotika

Økt utbredelse av antibiotikaresistens er en alvorlig trussel mot effektiv behandling av alvorlige infeksjonssykdommer. I nasjonal handlingsplan mot antibiotikaresistens var det satt et mål om å redusere bruken av bredspektret antibiotika med 30 prosent fra 2010 til utgangen av 2020. Forbruket av bredspektret antibiotika i sykehus i 2012 var på 17,7 definerte døgndoser (DDD) per 100 liggedøgn. I 2019 var det samlede forbruket på 14,9 DDD per 100 liggedøgn. Dette er en reduksjon på 15,8 prosent fra 2012. Målet for 2020 er 12,3 DDD per 100 liggedøgn.

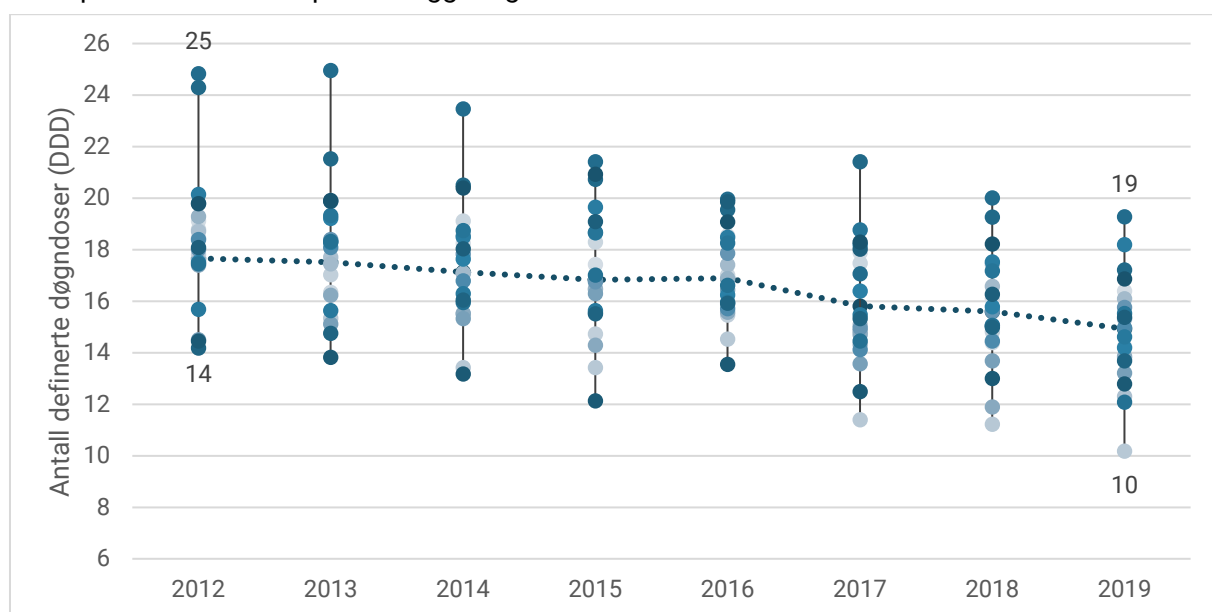
Figur 8.3 Antall definerte døgndoser (DDD) av utvalgte bredspektret antibiotika per 100 liggedøgn.



Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI)

Variasjonen mellom helseforetakene har ikke endret seg så mye, men 15 av 22 foretak/sykehus hadde lavere infeksjonsandel i 2019 enn i 2017, alle unntatt ett helseforetak hadde lavere nivå i 2019 enn i 2015 og alle har hatt reduksjon siden 2012.

Figur 8.4 Variasjon mellom helseforetak i Antall definerte døgndoser (DDD) av utvalgte bredspektret antibiotika per 100 liggedøgn 2012-2019.



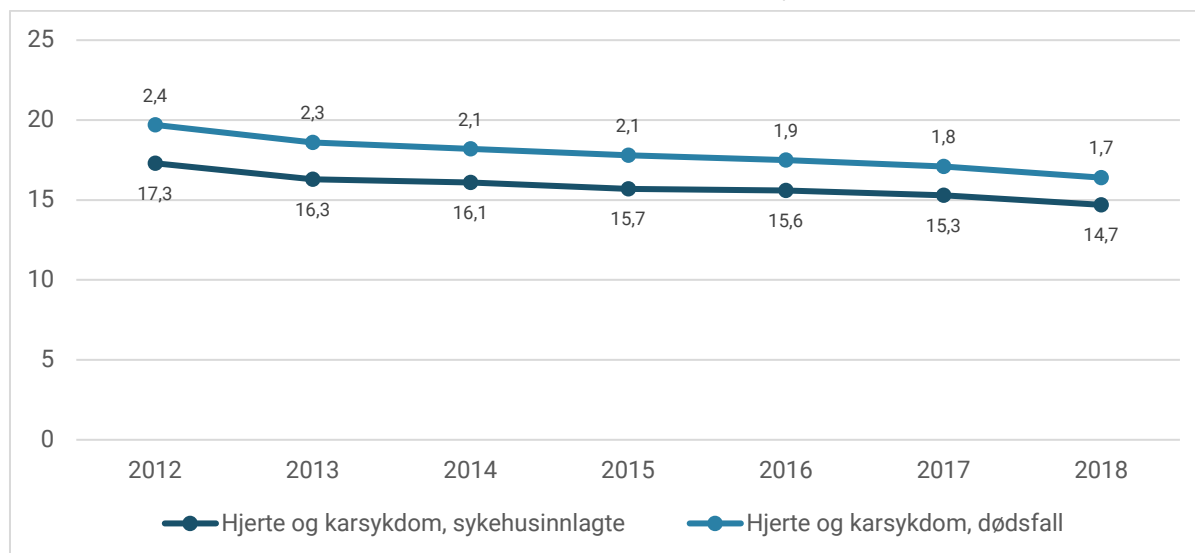
Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI)

Tall fra reseptregisteret publisert i NKI viser at det også vært en betydelig nedgang i bruk av antibiotika utenfor sykehus. På landsbasis var nedgangen i uthenting av reseptbelagt antibiotika på 26,7 prosent i perioden fra 2012 til 2018.

8.3 Kvalitetsindikatorer knyttet til hjerte-karsykdom

Hjerte-karsykdommer er en viktig årsak til tidlig død i befolkningen. Derfor er både primær forebygging og god behandling ved sykdom viktige tiltak. Antall per innbygger som legges inn i sykehus og dødelighet av hjerte-karsykdom har blitt redusert over lang tid. Tall fra 2012-2018 viser at det er litt nedgang hvert år.

Figur 8.5 Utvikling i antall innlagte og dødelighet per 1000 innbyggere, standardisert 2010-2018.



Kilde: FHI

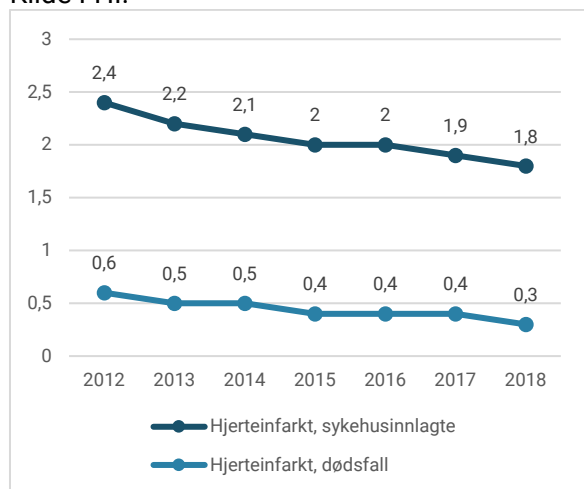
I de nasjonale kvalitetsindikatorene (NKI) inngår en rekke indikatorer som omhandler behandling av hjerte-karsykdom i spesialisthelsetjenesten, blant annet hjerteinfarkt, hjertesvikt og hjerneslag. Datagrunnlaget er hentet fra Hjerte-kar-registeret og Norsk hjerneslagregister, og utarbeidet av Folkehelseinstituttet (FHI). Ikke alle tall er oppdatert fram til 2019.

Hjerteinfarkt: Overlevelse og behandling

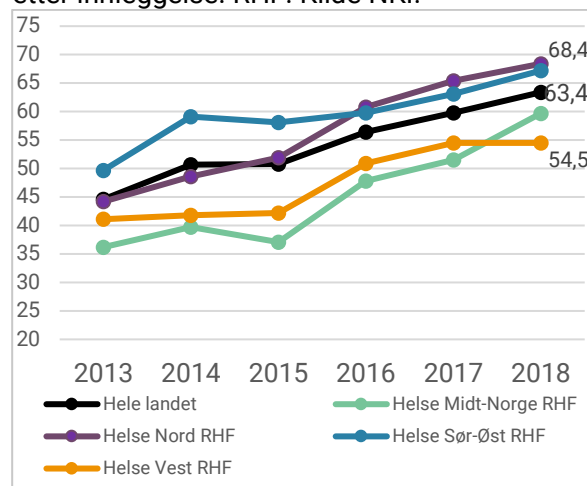
Antall i befolkningen som legges inn i sykehus for hjerteinfarkt går stadig nedover i Norge (fig 8.6), og det er færre dødsfall som følge av infarkt. Sannsynligheten for å være i live 30 dager etter innleggelse i sykehus for førstegangs hjerteinfarkt har økt i alle regioner og forskjellen mellom regionene er svært små (fig 8.7).

Ved mistanke om fare for hjerteinfarkt er det viktig å få utredet og behandlet innsnevninger i kransårene rundt hjertet for å redusere faren for død og unngå varige skader på hjertemuskelen. Innsnevninger i hjertets kransårer påvises som hovedregel ved kransårerøntgen. Figur 8.8 viser andel pasienter under 85 år innlagt med hjerteinfarkt uten ST-elevasjon i EKG (NSTEMI) som utredes med kransårerøntgen innen 72 timer etter innleggelse. Pasienter med NSTEMI utgjør omtrent 70 prosent av alle hjerteinfarkt. Andelen som utredes med kransårerøntgen økte nasjonalt fra 45 til 63 prosent i perioden 2013-2018. Økningen skjedde ved sykehusene i alle regioner, men det var omtrent 14 prosent forskjell mellom Helse Vest (lavest andel) og Helse Nord (høyest andel). Kransårerøntgen utføres ved universitetssykehusene og Sørlandet sykehus HF.

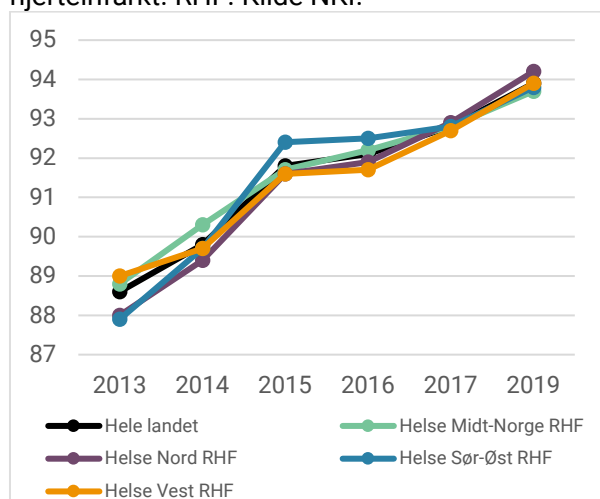
Figur 8.6 Innlagte og dødelighet ved hjerteinfarkt. Standardisert rate per innbygger. Kilde FHI.



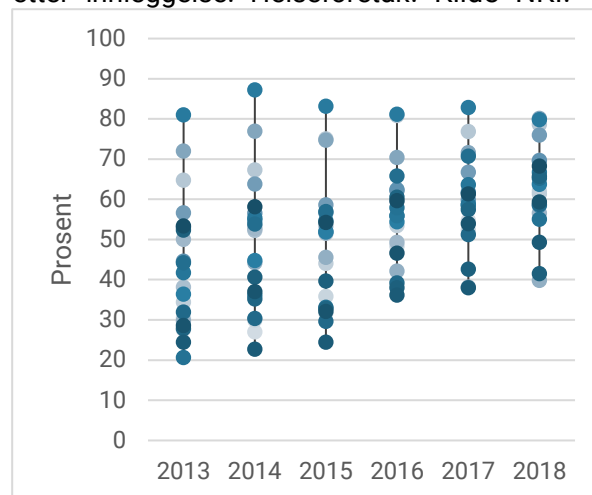
Figur 8.8 Andel pasienter med NSTEMI som utredes med kransårerøntgen innen 72 timer etter innleggelse. RHF. Kilde NKI.



Figur 8.7 Sannsynlighet for 30 dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse ved hjerteinfarkt. RHF. Kilde NKI.

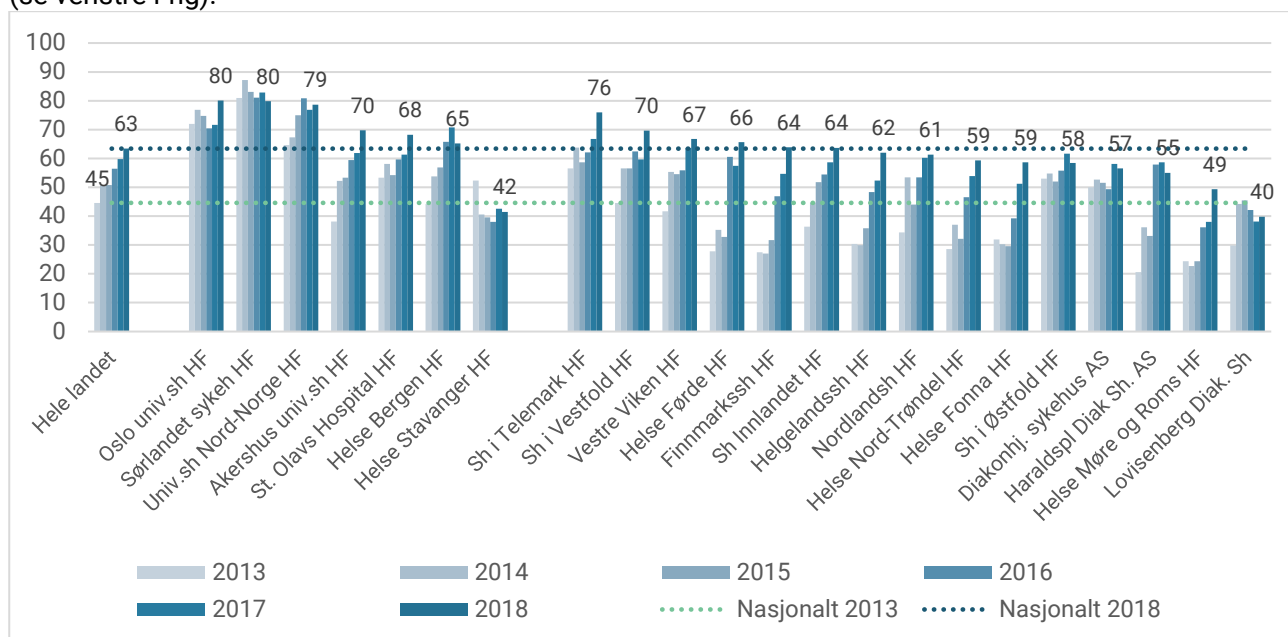


Figur 8.9 Andel pasienter med NSTEMI som utredes med kransårerøntgen innen 72 timer etter innleggelse. Helseforetak. Kilde NKI.



Ved overføring fra annet sykehus registreres pasienten ved det første sykehuset. På helseforetaksnivå ser man at andelen som i 2018 kom til utredning innen 72 timer ofte var litt lavere for pasienter som hadde vært innom et annet sykehus først (fig 8.10). Antall kan variere i ulike områder og forskjeller i hastegrad eller andre forhold kan påvirke hvem som kommer direkte versus indirekte til sykehus som utfører kransårerøntgen. Variasjonen mellom helseforetakene har imidlertid blitt betydelig redusert de siste årene (fig 8.9). Det er imidlertid ganske stor variasjon også mellom helseforetak som utfører prosedyren.

Figur 8.10 Andel pasienter som utredes med kransårerøntgen innen 72 timer (NSTEMI). Etter hvilket helseforetak pasienten først kommer til. Utføres ved universitetssykehus og Sørlandet sykehus HF (se venstre i fig).



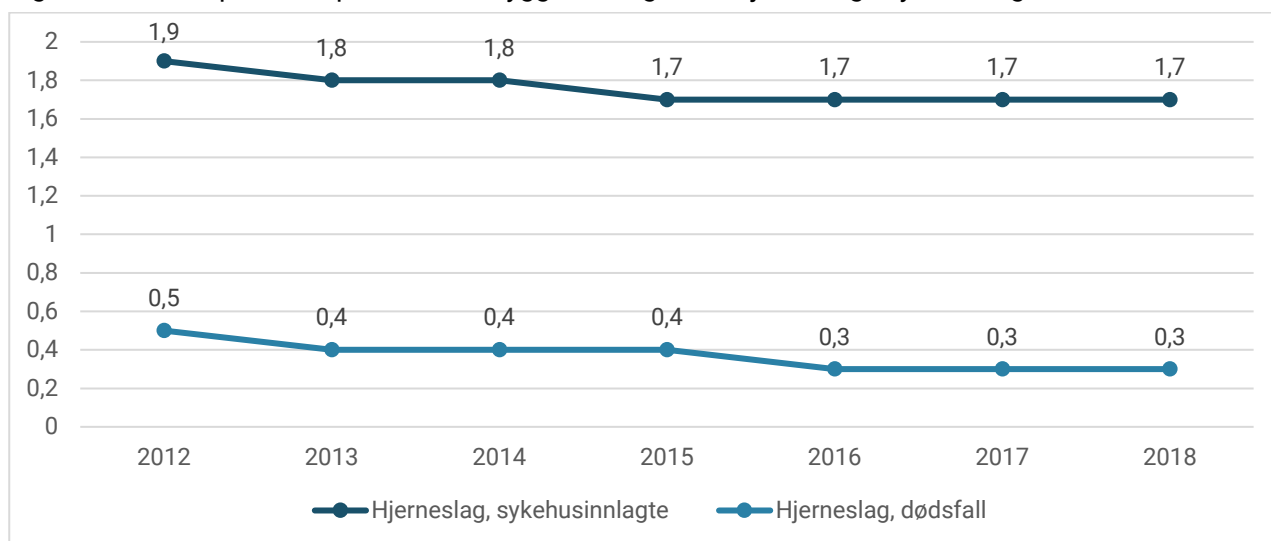
Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI)

Hjerneslag: overlevelse og behandling

Ifølge norsk hjerneslagregister blir 10 000 - 11 000 personer innlagt med hjerneslag i norske sykehus hvert år. Hjerneslag er en hyppig dødsårsak og kan føre til alvorlig funksjonshemming for den enkelte. Det er viktig å forebygge omfanget av hjerneslag og sikre god behandling som bidrar til høy overlevelse og minst mulig funksjonsnedsettelse. Omfanget av hjerneslag forventes å øke som følge av et voksende antall eldre i befolkningen.

Målt per innbygger har det over tid vært noe reduksjon i antall innleggelser registrert med hjerneslag som diagnose, og det er færre som dør av hjerneslag slik figur 8.11 viser.

Figur 8.11 Antall personer per 1000 innbygger innlagt med hjerneslag i sykehus og antall som dør.

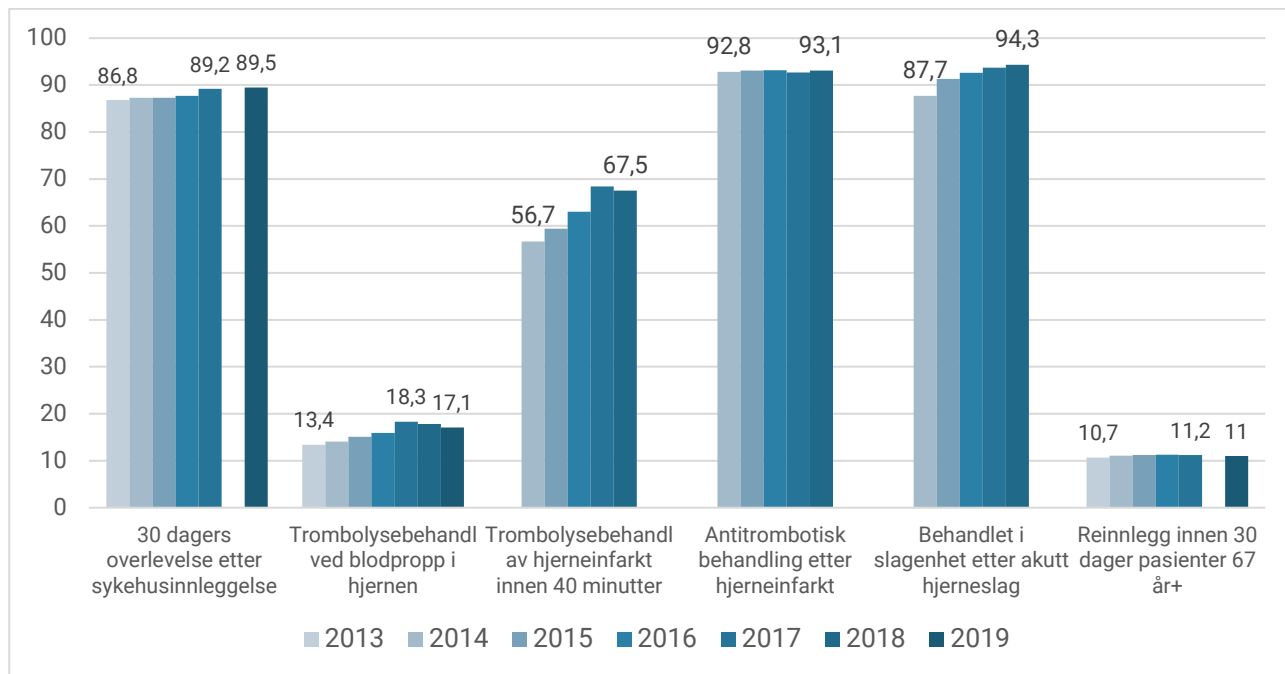


Kilde: Folkehelseinstituttet

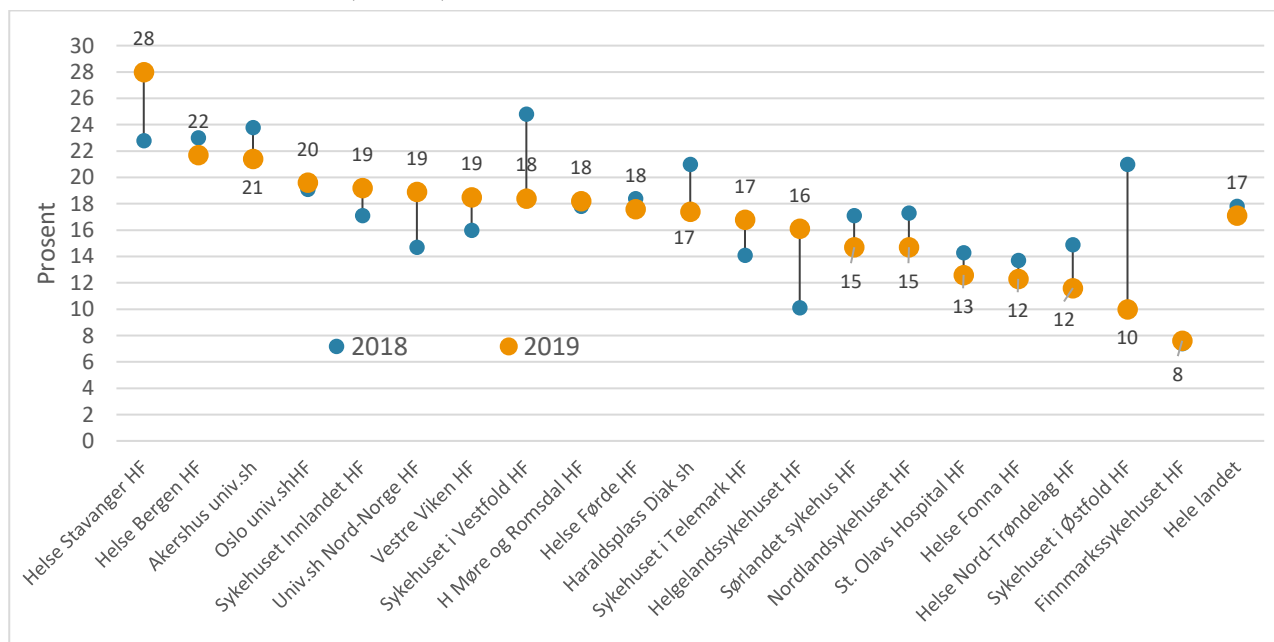
Tall utarbeidet av FHI og publisert som en del av de nasjonale kvalitetsindikatorene viser sannsynligheten for å være i live 30 dager etter innleggelse i sykehus for hjerneslag (fig 8.12). Siden 2013 har sannsynligheten nasjonalt økt fra cirka 87 til 90 prosent. Selv om det er små endringer per år, er trenden positiv, og sannsynligheten høy.

Figur 8.12 Nasjonale utviklingstall for overlevelse og behandling av hjerneslag 2013-2019.

Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI)



Figur 8.13 Variasjon mellom helseforetak i andel pasienter med hjerneinfarkt som har fått trombolytisk behandling i 2018 og 2019 (18 år +)



Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI)

Omtrent 17 prosent av pasientene innlagt med blodpropp i hjernen fikk trombolytisk behandling i 2019. Målsettingen er 20 prosent. Dersom tiden fra symptomdebut overstiger 4,5 timer, gis det som hovedregel

ikke trombolysbehandling. Andelen som fikk trombolytisk behandling økte med fire prosentpoeng siden 2013, men var ganske stabil i perioden 2017-2019 (marginal reduksjon i 2018 og 2019). På helseforetaksnivå varierte andelen av pasienter som fikk trombolys fra 8 til 28 prosent i 2019. Både reisetid og pasientsammensetning kan tenkes å påvirke forskjeller mellom sykehus.

Samtidig fikk mange pasienter trombolysbehandling raskere i 2017 og 2018 enn i 2014 (innen 40 min). For 2018 var det satt som mål at minst 50 prosent av pasienter med hjerneinfarkt skulle være behandlet med trombolys, får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse. For 2019 var dette hevet til 60 prosent. På nasjonalt nivå har andelen ligget over dette målet siden 2016. Tall for 2019 er ikke publisert ennå.

Andelen som fikk antitrombotisk behandling etter hjerneinfarkt lå stabilt rundt 93 prosent i perioden 2014-2018 (fig 8.12). Publiserte tall fra NKI viser også at en økende andel av pasienter med hjerneslag utskrives med medikamentell behandling i henhold til nasjonale retningslinjer (statiner/lipidsenkende behandling og blodfortynnende behandling for hjerneslagpasienter som har atrieflimmer).

Pakkeforløp hjerneslag

Man kan skille mellom to faser i forløpet ved hjerneslag; den akutte fasen og behandling i slagenhet, og oppfølgings-/rehabiliteringsfasen etter utskriving fra slagenhet. I februar 2018 ble *"Pakkeforløp hjerneslag fase1"* etablert og inkluderte målepunkt fram til ankomst slagenheten og eventuell henvisning til spesialisert rehabilitering. Fase to av pakkeforløp hjerneslag innebærer et mer komplett pakkeforløp som starter ved debut av hjerneslaget og følger forløpet både i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten med registrering av sentrale målepunkt fram til 3 måneder etter hjerneslaget. Formålet er å definere de aktuelle aktørers oppgaver og ansvarsområder og å forhindre uønskede tidsavbrudd, og derved sikre at pasienten(e) får adekvat diagnostikk, behandling og rehabilitering til rett tid og på rett sted. Norsk hjerneslagregister publiserer tall og indikatorer knyttet til akuttfasen. Noen av disse indikatorene inngår også i de nasjonale kvalitetsindikatorene og er vist ovenfor. Det er foreløpig ikke publisert tall relatert til oppfølgings-/rehabiliteringsfasen av pakkeforløpet.

8.4 Resultat for andre utvalgte kvalitetsindikatorer

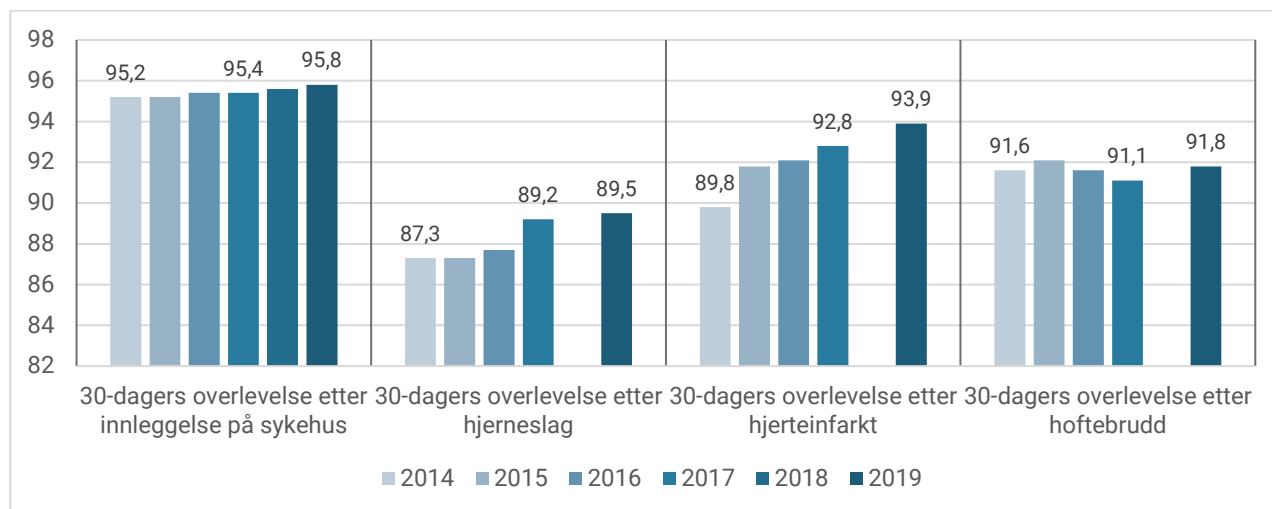
Økt overlevelse etter alvorlig sykdom

Sannsynligheten for å overleve etter behandling av alvorlig sykdom er økende, også når vi ser på en relativt kort tidsperiode som her. Vi har tidligere vist dette for hjerneslag og hjerteinfarkt. I figurene 8.14 og 8.15 nedenfor kan vi også se økt overlevelse 5 år etter behandling for brystkreft, lungekreft, endetarmskreft og tykktarmskreft. Overlevelse innen 30 dager etter hoftebrudd for eldre pasienter og 5-års overlevelse etter behandling for høyrisiko prostatakreft har vært ganske stabil de siste årene. Tall for 2019 på 5 års overlevelse etter kreft blir publisert i de nasjonale kvalitetsindikatorene i slutten av dette året. En ny nordisk sammenligning³⁴ viser betydelig bedring i 5 års overlevelse etter kreft i de Nordiske

³⁴ "Trends in cancer survival in the Nordic countries 1990-2016: the NORDCAN survival studies". Frida E Lundberg, Therese M-L Andersson, Mats Lambe, Gerda Engholm, Lina Steinrud Mørch, Tom Børge Johannesen, Anni Virtanen, David Pettersson, Elínborg J

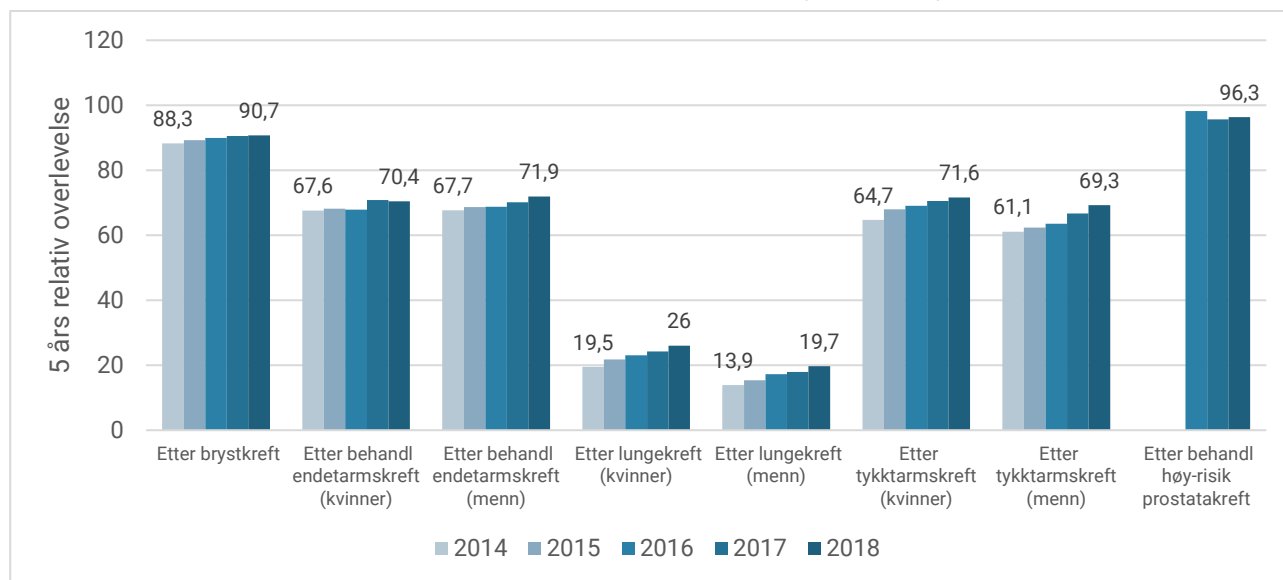
landene. Studien så på kreftoverlevelse i årene 1990-2016 basert på databasen NORDCAN med data fra de nordiske kreftregistrene og omfattet over to millioner kreftpasienter. Man så på andelen pasienter som overlevde i ett og fem år etter diagnose med kreft i tykktarm, rektum, lunge, nyre, bryst, livmor, eggstokker og prostata, samt malignt melanom i huden. Resultatene viste at femårs overlevelse etter kreft er forbedret i alle land og at forskjellene mellom landene har blitt mindre.

Figur 8.14 Sannsynlighet for overlevelse 30 dager etter innleggelse i sykehus for perioden 2014-2019. Totalt og for tre utvalgte pasientgrupper.



Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI)

Figur 8.15 5-års relativ overlevelse etter behandling for utvalgte typer kreftsykdom i perioden 2014-2018.



Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI)

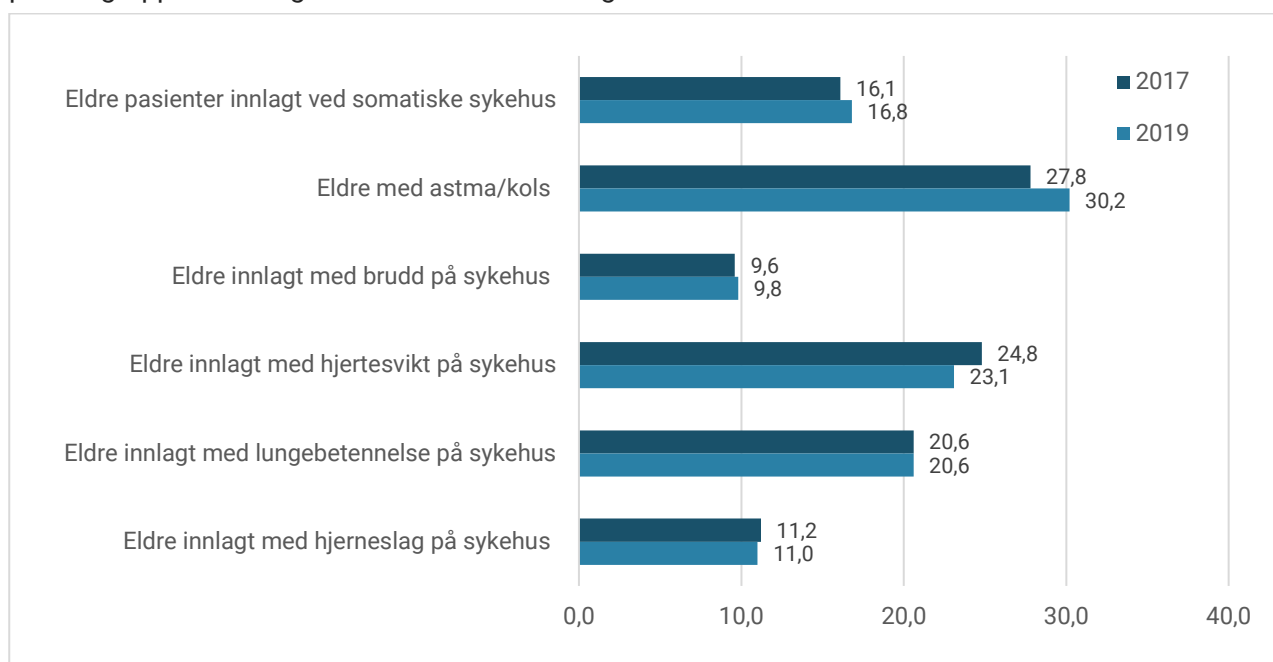
Sannsynligheten for reinnleggelse innen 30 dager etter utskriving

Den generelle indikatoren (søylen øverst i figur 8.16) måler sannsynligheten for akutt reinnleggelse i sykehus innen 30 dager for pasienter 67 år og eldre, som tidligere er utskrevet fra sykehus.

Sannsynligheten for en reinnleggelse i den generelle indikatoren inkluderer 11 diagnosegrupper (astma/kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), urinveisinfeksjon, brudd, dehydrering, forstoppelse, gastroenteritt, gikt, hjertesvikt, mangelanemier, lungebetennelse og hjerneslag, med unntak for bl.a. skader) samlet. Det er hoveddiagnosen fra det primære innleggesforløpet som benyttes for å bestemme hvilken diagnosegruppe pasientene plasseres i.

Søylene under viser sannsynlighet for reinnleggelse for utvalgte diagnosegrupper. Av disse var sannsynligheten for reinnleggelse størst for eldre med astma/kols, hvor nesten en av tre ble lagt inn på nytt innen 30 dager. Cirka hver femte eldre pasient med innleggelse for hjertesvikt eller lungebetennelse ble reinnlagt i 2019, mens omkring hver tiende pasient utskrevet etter hjerneslag eller brudd ble reinnlagt kort tid etter utskriving.

Figur 8.16 Sannsynligheten for reinnleggelse innen 30 dager etter utskriving. Totalt og for utvalgte pasientgrupper 2017 og 2019. Pasienter 67 år og eldre.



Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI)

Del C

Hovedtall for spesialisthelsetjenesten 2015-2019

Tabell V1 Hovedtall for spesialisthelsetjenesten for perioden 2015 til 2019.

Nøkkeltall:	2015	2016	2017	2018	2019	Pst endr. 2018-19	Pst endr. 2015-19
Sum unike pasienter inkl. avtalespes. ¹	2 494 983	2 595 459	2 595 455	2 625 866	2 629 886	0,2	5,4
Aktivitet somatisk behandling							
Pasienter totalt, sykehus og avtalespes. ²	2 372 999	2 430 881	2 462 667	2 496 858	2 496 374	1,0	5,2
Pasienter totalt, sykehus ²	1 893 499	1 929 064	1 951 840	1 967 760	1 987 153	1,0	4,9
Pasienter totalt, avtalespesialister ^{2,3}		1 018 370	1 045 784	1 081 341	1 070 976	-1,0	
Pasienter innlagte ²	588 060	585 470	578 598	572 517	568 163	-0,8	-3,4
Pasienter poliklinikk ²	1 745 941	1 787 218	1 815 193	1 834 041	1 858 352	1,3	6,4
Døgnopphold ^{2,4}	766 889	768 785	760 618	755 576	754 822	-0,1	-1,6
Innleggelser 0 liggedager (ikke-kir.) ²	132 251	122 092	114 959	113 948	111 939	-1,8	-15,4
Dagbehandling kirurgi ²	216 347	218 927	222 603	224 779	228 346	1,6	5,5
Poli. kontakter totalt, sykehus ²		5 933 249	6 103 845	6 200 541	6 356 944	2,5	
-herav stråleterapi ²		187 338	186 807	184 959	185 409	0,2	
-herav kjemoterapi ²		143 816	153 037	160 552	174 108	8,4	
-herav dialyse ²		174 314	180 578	186 990	188 625	0,9	
Poli. kontakter, avtalespesialister ^{2,3}		1 932 439	2 017 272	2 107 604	2 108 006	0,0	
Kirurgi, avtalespesialister ^{2,3}		71 548	68 818	77 031	81 621	6,2	
Sum DRG-poeng ⁷		1 505 950	1 515 934	1 519 268	1 539 771	1,3	
Liggedøgn døgnopphold (sum) ^{2,4}	3 288 143	3 342 584	3 259 848	3 207 424	3 185 611	-0,7	-4,7
Gj.sn. liggetid døgnopphold ^{2,4}	4,42	4,35	4,29	4,25	4,22	-0,6	-2,9
Aktivitet psykisk helsevern							
PHV-V Polikliniske konsultasjoner ⁸	1 525 223	1 595 304	1 744 119				
PHV-V Polikliniske kontakter totalt	1 762 705	1 823 459	1 841 648	1 800 993	1 824 205	1,3	3,5
PHV-V Polikliniske kons. priv. avtalespes. (registrert)	639 288	661 887	627 490	615 230	583 810	-5,1	-8,7
PHV-V Utskrivninger	52 515	53 401	53 883	54 418	55 347	1,7	5,4
PHV-V Oppholdsdøgn	1 088 494	1 083 938	1 060 473	1 060 219	1 040 469	-1,9	-4,4
PHV-V Pasienter off. inst.	143 801	147 932	150 749	150 803	153 900	2,1	7,0
PHV-V Pas. priv. avtalespes. Registrert	51 566	52 882	49 548	50 012	48 302	-3,4	-6,3
PHV-V Pas. totalt Registrert	188 280	193 093	193 039	193 694	195 070	0,7	3,6

PHV-BU Polikliniske kons. m/refusjon ⁸	817 529	821 669	840 569				
PHV-BU Polikliniske kontakter ⁹	954 644	919 856	918 764	828 142	837 469	1,1	-12,3
PHV-BU Polikliniske kons. avtalespes. (registrert)	28 441	28 616	26 658	27 530	26 804	-2,6	-5,8
PHV-BU Pasienter offentlige institusjoner ⁹	56 162	55 527	57 252	56 679	56 378	-0,5	0,4
PHV-BU Pas. avtalespes. (registrert)	2 865	2 691	2 563	2 664	2 620	-1,7	-8,6
PHV-BU Pas. totalt (registrert) ⁹	58 125	57 507	59 085	58 600	58 304	-0,5	0,3
Aktivitet rusbehandling (TSB)							
Pasienter TSB ¹⁰	32 063	32 821	32 865	32 649	33 255	1,9	3,7
Innleggelser TSB	14 392	14 433	15 104	15 367	15 522	1,0	7,9
Oppholdsdøgn TSB	627 118	644 576	645 023	631 777	642 374	1,7	2,4
Polikliniske konsultasjoner	442 124	481 270	487 604	482 649	508 578	5,4	15,0
Avtalte årsverk ekskl lange fravær⁹							
Årsverk spesialisthelsetjenesten totalt ¹¹	109 692	110 922	112 063	113 680	114 905	1,1	4,8
Årsverk poliklinikk og ambulant PHV-V ¹²	4 032	4 194	4 261	4 320	ikke beregnet		
Årsverk poliklinikk og ambulant PHV-BU ¹²	2 481	2 521	2 488	2 501	ikke beregnet		
Årsverk poliklinikk og ambulant TSB ¹²	1 122	1 105	1 101	1 097	ikke beregnet		
Senger/døgnplasser							
Effektive senger somatikk	10 709	10 559	10 395	10 254	10 078	-1,7	-5,9
Døgnplasser PHV-V	3 664	3 541	3 444	3 390	3 348	-1,2	-8,6
Døgnplasser PHV-BU	303	306	310	310	301	-2,9	-0,7
Døgnplasser TSB	1 947	1 917	1 902	1 889	1 883	-0,3	-3,3
Økonomisk resultat							
Regnskapsmessig resultat korr for eiers styringskrav (mill kr)	2 736	2 973	2 282	3 242	3 382		
Verdiendr varige og immatr eiendeler (mill kr)	2 073	1 655	707	1 804	4 472		
Gjeldsgrad (gjeld/egenkapital) (prosent)	72	71	64	66	72		
Langsiktig gjeld hos HOD (mill kr)	17 026	17 200	18 314	20 004	20 180		
Kostnader (millioner kr, løpende priser, inkl. mva 2015-2016)¹³							
Somatikk	98 399	99 350	98 584	101 830	108 559	6,6	
PHV-V	19 205	18 758	18 850	19 283	20 292	5,2	
PHV-BU	4 404	4 358	4 422	4 561	4 835	6,0	
TSB	5 190	5 320	5 196	5 346	5 515	3,2	
Ambulanse	5 982	6 012	6 059	6 409	6 955	8,5	
Pasienttransport	3 279	3 307	3 140	3 156	3 307	4,8	
Personalpolitiske tiltak	302	294	279	300	306	2,1	
RHF-administrasjon	1 488	1 715	1 682	1 655	1 812	9,5	
Spesialisthelsetjenesten totalt 23	138 248	139 114	138 213	142 541	151 581	6,3	
-herav pensjonskostnader	18 676	14 165	13 267	11 799	13 790	16,9	
-herav kapitalkostnader	4 978	5 311	5 327	5 490	5 599	2,0	
-herav nye legemidler	300	1 200	584	841	1 140	35,6	

Kostnader (millioner kr, faste priser, inkl. mva 2015-2016) ^{13,14}							
Deflator SSB (akkumulert)	1,057	1,092	1,070	1,049	1,000		
Deflator benyttet i statsbudsj (akkumulert)	1,114	1,084	1,057	1,029	1,000		
Somatikk	103 975	108 441	105 485	106 818	108 559	1,6	
PHV-V	20 293	20 475	20 170	20 228	20 292	0,3	
PHV-BU	4 654	4 757	4 732	4 785	4 835	1,0	
TSB	5 484	5 807	5 560	5 608	5 515	-1,7	
Ambulanse	6 321	6 563	6 483	6 723	6 955	3,4	
Pasienttransport	3 465	3 609	3 360	3 310	3 307	-0,1	
Personalpolitiske tiltak	319	321	298	315	306	-2,7	
RHF-administrasjon	1 572	1 871	1 800	1 736	1 812	4,4	
Spesialisthelsetjenesten totalt	146 082	151 844	147 887	149 522	151 581	1,4	
Produktivitet somatikk (DRG-virksomhet)¹⁵							
Driftskostnad per DRG-poeng	53 973	54 171	51 425	51 552	51 796	0,5	
Driftskostnad per liggedag	17 693	18 201	17 596	17 791	18 175	2,2	

Tabellnoter

¹ Når det basert på NPR aggregeres sum pasienter på tvers av institusjoner og sektorer (SOM, PHV, TSB og private avtalespesialister) vil mangel på personidentifiserbar informasjon kunne medføre at en pasient telles flere ganger. I 2019 var andel pasienter der aktivitet kunne kobles til et gyldig fødselsnummer 99,7 prosent for somatiske sykehusdata, 99,9 prosent for PHV og 100 prosent for TSB, 99,9 prosent for PHBU, 99,5 prosent for avtalespesialister somatikk og 99,4 prosent for avtalespesialister psykisk helsevern.

² Eksklusive pasienter som ikke hadde gyldig bostedstilhørighet i det innværende året.

³ Dataene for aktivitet hos avtalespesialisert har ulik grad av kompletthet for de enkelte årene. For 2019 var det omtrent 95 prosent av de rapporteringspliktige spesialistene innen somatiske fagområder som rapporterte inn sin aktivitet. I 2016, 2017 og 2018 var komplettheten henholdsvis 96 prosent, 95 prosent og 96 prosent. I aktivitetsdata for avtalespesialistene er det noe manglende registrering av blant annet takst og kommunenummer. Endringer mellom år kan delvis skyldes dette.

⁴ I døgnoppholdene inngår ikke opphold med 0 liggedøgn eller opphold for pasienter som er innlagt for dagbehandling eller rehabilitering. Døgnopphold defineres som avsluttede sykehusopphold (utskrivinger) hvor pasienten er på sykehuset over døgnskillet. Dersom en pasient har flere opphold på samme dag, f.eks. ved overføring fra et helseforetak til et annet, er oppholdene slått sammen (aggregert) til ett opphold.

⁵ 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.

⁶ For polikliniske kontakter hos avtalespesialist er følgende ekskludert: manglende takst, enkle kontakter (1ad, 1ad2, 1ak, 1be, 1be, 1bk, 1e, 1f, 1g, 1h, 1i og 1j) samt kirurgi (k01a, k01b, k01e, k02a, k02b, k02c, k02d, k02e, k02f, k02h, k02h, k0fa, k05b, k05c, 130g, 124a, 124b, 124c, 124d, 124e, 124f, 127e, 138, 129a, 139b, 140a, 140b, 140c, 140d, 140e, 140f, 140g, 140h, 140i, 140j, 140k, 140l, 141a, 141c, 141d, 142c, 143a, 143c, 143e, 143e, 143f, 143g, 145b og 148).

⁷ DRG-poengene er korrigert 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 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.

⁹ På grunn av manglende data fra NKS Østbytnet behandlingssenter AS for årene 2018 og 2019, er 2017-tall for institusjonen benyttet i 2018 og 2019-tallene.

Sektoren har de siste årene gradvis er 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 har gått ned, spesielt året etter innføring av nytt system for noen foretak. 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:

- 2015: Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset Innlandet HF
- 2016: Sykehuset i Vestfold HF

¹⁰ Antall pasienter er beregnet på grunnlag av pasientdata innrapportert til Norsk pasientregister. I den forbindelse er det forhold vedrørende identifisering av rusbehandlingsenheter 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: Etterverns plassene 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.
- Skjelfoss psykiatriske senter TSB mangler i 2019.
- Manifestsentrer TSB mangler i 2019.

¹¹ 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.

¹² Årsverk for poliklinisk og ambulant personell er basert på en rapportering som Helsedirektoratet gjør i egen regi.

¹³ Ordningen med nøytral merverdiavgift for helseforetakene ble innført i 2017. Kostnadstall for 2015 og 2016 er derfor inklusive merverdiavgift, mens kostnadstall fra og med 2017 er eksklusive merverdiavgift. Kostnadstall for 2015 og 2016 er derfor ikke direkte sammenlignbare med kostnadstall etter 2017.

¹⁴ Kostnadene er deflatert med prisindeks for arbeids- og produktinnsats for statlige helsetjenester (SSB). Akkumulert prisvekst er beregnet til 5,7 prosent fra 2015 til 2019. Kostnadene er korrigert for finansieringsansvar knyttet nye legemidler.

¹⁵ Tallene for 2015-2016 inkluderer merverdiavgift, mens 2017-2019 er eksklusiv merverdiavgift. Tallene er derfor ikke sammenlignbare i hele perioden.

Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten

Utgitt

November 2020

Publikasjonsnummer:

IS-2957

Utgitt av

Helsedirektoratet

Telefon: 47 47 20 20

(fra utlandet: +47 477 06 366)

Oslo

Helsedirektoratet

Postadresse

Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo

Besøksadresse

Vitaminveien 4, 0483 Oslo

Trondheim

Helsedirektoratet

avd. Helseregistre

avd. Komparativ statistikk og

styringsinformasjon

Postboks 6173, Torgarden

7435 Trondheim

Besøksadresse

Forfattere:

Birgitte Kalseth (red)

Lars Rønningen (red)

Per B. Pedersen

Solfrid E. Lilleeng

Marit Sitter

Tone Rian Myrli

Silje Mortensen

Forsidefoto

© Robert Kneschke/Mostphotos

(illustrasjonsbilde)

Design

Itera as

www.helsedirektoratet.no