

Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten

Kostnader, aktivitet og kontinuitet

SAMDATA spesialisthelsetjeneste 2020

Rapport
IS-3010



Innhold

Sammendrag	5
1 Bruk av spesialisthelsetjenester	6
2 Øyeblikkelig hjelp innleggelser og telefon- og videokontakter i 2020	7
3 Kontinuitet og samhandling	8
4 Gylne regel	10
5 Utvikling i kostnader og økonomisk situasjon	10
6 Utvikling i kostnad per DRG-poeng	11
Innledning	13
1. Bruk av spesialisthelsetjenester – status og utviklingstrekk	14
1.1 Innledning	14
1.2 Somatisk spesialisthelsetjeneste	15
1.3 Psykisk helsevern for voksne over 18 år	18
1.4 Psykisk helsevern for barn og unge 0-17 år	22
1.5 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	23
2. Øyeblikkelig hjelp og telefon- og videokontakter i 2020	26
2.1 Innledning	27
2.2 Somatisk spesialisthelsetjeneste	28
2.3 Psykisk helsevern for voksne	33
2.4 Psykisk helsevern for barn og unge	37
2.5 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	39
3. Kontinuitet og samhandling	42
3.1 Innledning	43
3.2 Planlagte henvisninger, ventetid og fristbrudd	43
3.3 Pakkeforløp kreft	49
3.4 Utskrivningsklare pasienter i somatisk spesialisthelsetjeneste	51
3.5 Reinnleggelser i somatisk spesialisthelsetjeneste	54
4. Gylne Regel	56
4.1 Innledning	56
4.2 Kostnader	57
4.3 Polikliniske kontakter	60
4.4 Ventetid	61
5. Utvikling i kostnader og økonomisk status	63

5.1	Innledning	63
5.2	Kostnadsutviklingen	64
5.3	Økonomisk situasjon	67
6.	Kostnad per DRG-poeng i somatisk spesialisthelsetjeneste	72
6.1	Innledning	72
6.2	Nasjonal utvikling 2016-2020	73
6.3	Regional utvikling 2019-2020	75
6.4	Relativ kostnad per DRG-poeng 2019-2020	76
6.5	Kompensasjon for bortfall av aktivitet i 2020	78
	Vedlegg: nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten	79

Sammendrag

Pandemien preget driften i spesialisthelsetjenesten i 2020. Økt beredskap, med tilhørende redusert normal aktivitet i sykehusene, påvirker indikatorene som presenteres og omtales i denne rapporten. 2020 er i så måte et unntaksår sammenlignet med de forutgående årene. For de kommende driftsårene vil det bli interessant å følge med på hvordan, om, og hvor raskt, aktivitetstilpasningene i 2020 justeres tilbake til mer normal drift.

Den målte aktiviteten i somatisk sektor ble mer berørt av pandemien enn aktiviteten i psykisk helsevern og rusbehandling (TSB). Både pasienttall, døgninnleggelser og polikliniske kontakter gikk mer ned i somatisk sektor i 2020, enn i psykisk helsevern og TSB. Ventetiden økte i somatisk sektor, mens den var stabil for psykisk helsevern – og gikk litt ned for TSB.

I psykisk helsevern og i rusbehandling ble antall polikliniske kontakter mellom behandler og pasient opprettholdt og økte fra 2019 til 2020. Dette kan knyttes til økt bruk av telefon- og videokontakter.

I denne rapporten gis det en bred beskrivelse av utvikling og status for spesialisthelsetjenesten i perioden 2016 til 2020. Rapporten utgjør sammen med andre rapporter og data presentert på web publikasjonen SAMDATA Spesialisthelsetjenesten ([SAMDATA spesialisthelsetjenesten - Helsedirektoratet](#)).

Denne rapporten inneholder 6 kapitler;

- 1) Bruk av spesialisthelsetjenester, status og utviklingstrekk 2016-2020. Kapitlet presenterer nasjonal utvikling for pasienter og aktivitet for ulike tjenestekområder, samt foretaksvis variasjoner i 2020.
- 2) Øyeblikkelig hjelp innleggelser og telefon- og videokontakter i 2020. Kapitlet fokuserer på endring i innleggelser som øyeblikkelig hjelp, og endring i bruk av telefon- og videokontakter i poliklinikkene. Formålet er å se nærmere på noen av tilpasninger i driften som følge av pandemien. Det fokuseres både på nasjonal utvikling og variasjoner mellom foretaksområdene.
- 3) Kontinuitet og samhandling. Indikatorene som omtales er utvikling i: i) ventetid, ventende og nyhenviste, ii) pasienter i pakkeforløp for kreftbehandling, iii) utskrivningsklare pasienter i sykehus og iv) reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp. Det fokuseres i hovedsak på nasjonal utvikling, men avsnittet om utskrivningsklare pasienter viser også regionale variasjoner.
- 4) Gylne regel. Den gylne regel er at veksten i psykisk helsevern og rusbehandling skal være sterkere enn i somatisk sektor, målt ved endring i kostnader, polikliniske kontakter og ventetid. Utviklingen presenteres på nasjonalt og regionalt nivå.

- 5) Utvikling i kostnader og økonomisk situasjon. For kostnadsutviklingen fokuseres det på realvekst i kostnader på kort og lang sikt, samt regionale variasjoner i kostnader per innbygger til spesialisthelsetjenester. Delen om økonomisk situasjon fokuserer på utvikling i i) resultat (overskudd/underskudd), ii) investeringer, iii) verdi på eiendeler, iv) gjeldsgrad.
- 6) Produktivitet i somatisk spesialisthelsetjeneste. Dette kapitlet belyser hvordan kostnadene til pasientbehandling har utviklet seg i forhold tilhørende aktivitet. Aktiviteten måles som DRG-poeng, og produktivitetsmålet som omtales er kostnad per DRG-poeng. Utviklingen presenteres på nasjonalt og regionalt nivå.

1 Bruk av spesialisthelsetjenester

Færre pasienter ble behandlet i somatisk sektor og i rusbehandling i 2020

Det ble behandlet færre pasienter i spesialisthelsetjenesten i 2020 sammenlignet med 2019. Når somatisk sektor, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling sees sammen, så var det 2,58 millioner pasienter innom spesialisthelsetjenesten i 2020 – og det var en nedgang på 1,7 prosent sammenlignet med 2019. I de forutgående årene, fra 2016 til 2019, var tallet på pasienter nokså stabilt, med en liten vekst på 1,3 prosent gjennom disse årene.

Nedgangen i pasienttallet fra 2019 til 2020 traff somatisk sektor og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Justert for befolkningsveksten var det 2,5 prosent færre pasienter i somatisk sektor og 2,3 prosent færre i TSB i 2020, sammenlignet med 2019. I det psykiske helsevernet var pasienttallet stabilt.

Sterk nedgang i døgnbehandlingen fra 2019 til 2020 - etter svak nedgang i forutgående år

Både i somatisk sektor og i det psykiske helsevernet for voksne over 18 år (PHV) har det vært nedgang i døgninnleggelser, og dreining mot mer poliklinisk behandling i hele perioden fra 2016 til 2020. Nedgangen var, som følge av pandemien, mye sterkere fra 2019 til 2020, enn i årene før. Justert for befolkningsvekst gikk tallet på døgninnleggelser per innbygger ned med 9 prosent i somatisk sektor og med 5 prosent i PHV siste år. Fra 2016 til 2019 gikk raten for døgninnleggelser ned med 1,5 til 2 prosent i somatisk sektor hvert år, og med om lag 0,5 prosent i PHV. Også i TSB gikk raten for døgninnleggelser markert ned med 8 prosent fra 2019 til 2020. I årene før var omfanget av innleggelser per innbygger stabilt.

Poliklinisk aktivitet økte i psykisk helsevern og rusbehandling, men gikk ned i somatisk sektor

I somatisk sektor gikk den polikliniske aktiviteten ned fra 2019 til 2020, etter jevn vekst årene før. Justert for befolkningsveksten gikk tallet på polikliniske kontakter ned med 5 prosent, og tallet på pasienter i poliklinikkene gikk ned med 2,7 prosent siste år¹. I det psykiske helsevernet, og i TSB, økte derimot den polikliniske aktiviteten fra 2019 til 2020. Raten for polikliniske kontakter økte med 2 prosent i TSB, nær 4 prosent for de over 18 år i psykisk helsevern, og med 8 prosent for aldersgruppen 0-17 år i psykisk helsevern. Pandemien traff i større grad den polikliniske aktiviteten i somatisk sektor, sammenlignet med psykisk helsevern og TSB.

¹ Tallene inkluderer avtalespesialister.

Flere polikliniske kontakter per pasient

Aktivitetsveksten på om lag 4 prosent for poliklinikkene i psykisk helsevern for de over 18 år har gått til både å gi flere pasienter et tilbud, og til flere kontakter per pasient. I helseforetakene gikk pasienttallet litt ned, og aktivitetsveksten siste år kom på grunn av flere kontakter per pasient. Hos avtalespesialistene økte tallet på pasienter, og i gjennomsnitt fikk hver pasient også flere kontakter i 2020 sammenlignet med 2019.

I psykisk helsevern for barn og unge under 18 år var det en sterk vekst på 8 prosent i raten for polikliniske kontakter siste år. Det var også vekst fra 2018 til 2019, men da mer moderat med 2 prosent. Sterk vekst på 8 prosent per innbygger for den polikliniske aktiviteten siste år knyttes i stor grad til flere kontakter per pasient, men pasientraten økte også med nær 2 prosent.

Færre pasienter i rusbehandling

600 færre pasienter ble behandlet i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2020 sammenlignet med 2019. Det tilsvarte 2,3 prosent nedgang i antall pasienter per innbygger. Nedgangen gjaldt både pasienter med og uten døgnerbehandling. Pasientraten i TSB var stabil i årene før. Det var en nedgang på 8 prosent i innleggelser per innbygger, noe som tilsvarte 950 færre innleggelser i 2020 sammenlignet med 2019. Befolkningens bruk av polikliniske kontakter økte samtidig med 2 prosent, og økningen gikk i gjennomsnitt til flere kontakter per pasient.

2 Øyeblikkelig hjelp innleggelser og telefon- og videokontakter i 2020

På grunn av pandemien måtte planlagt virksomhet utsettes til fordel for økt beredskap. Utsettelse av planlagt virksomhet, med påfølgende økt ventetid, var en forventet effekt av pandemiberedskapen. Men omfanget av øyeblikkelig hjelp innleggelser ble også påvirket og gikk ned omtrent like mye som de planlagte innleggelsene. Den polikliniske aktiviteten ble også berørt av pandemien. Polikliniske kontakter ved fysisk møte mellom behandler og pasient ble utsatt. Omfanget av telefon- og videokontakter, som erstatning for fysiske kontakter mellom behandler og pasient, økte i 2020. Her ser vi nærmere på hva som skjedde med øyeblikkelig hjelp innleggelsene og telefon- og videokontaktene i poliklinikkene.

Somatisk sektor

Nedgangen i øyeblikkelig hjelp innleggelser fra 2019 til 2020 berørte somatisk sektor sterkest, men også i psykisk helsevern for befolkningen over 18 år var det nedgang. Det var geografisk variasjon i nedgangen. Helse Sør-Øst hadde sterkest reduksjon i øyeblikkelig hjelp innleggelser i somatisk sektor. Det var også aldersmessige variasjoner, og øyeblikkelig hjelp innleggelsene gikk mest ned for de over 80 år.

Nedgangen i døgnopphold per innbygger på 9 prosent som ble vist i kapittel 1 fordelte seg på 24 prosent færre planlagte og 5 prosent færre som øyeblikkelig hjelp. Øyeblikkelig hjelp utgjør hovedtyngden av døgnbehandling i somatisk sektor. Det betyr at selv om den prosentvise nedgangen er mye mindre for øyeblikkelige hjelp enn for planlagte innleggelser, så var den absolutte nedgangen i antall innleggelser og oppholdsdøgn nokså lik. I 2020 var det 22 000 færre innleggelser og 175 000 færre oppholdsdøgn, som øyeblikkelig hjelp i somatisk sektor sammenlignet med 2019. Nedgangen for de planlagte innleggelsene og oppholdsdøgnene var omtrent i samme størrelsesorden.

For somatisk sektor gikk bruken av poliklinikk ned med 4,5² prosent i 2020. Bruk av telefon- og videokontakter erstattet ikke reduksjonen i øvrige kontakter. Andelen telefon- og videokontakter var 8,4 prosent i 2020. Det var utjevning av geografiske variasjoner i bruk av poliklinikk fra 2019 til 2020.

Psykisk helsevern for befolkningen over 18 år

I psykisk helsevern for voksne over 18 år ble øyeblikkelig hjelp innleggelser redusert med 2,3 prosent i 2020, og oppholdsdøgnene gikk ned med 4,7 prosent. Det var geografiske variasjoner i utviklingen. Fra 2019 til 2020 ble det noe mindre variasjon mellom foretaksområdene i bruk av øyeblikkelig hjelp.

Tallet på polikliniske kontakter per innbygger økte med 3,8 prosent i psykisk helsevern for voksne. Det tilsvarte en vekst på 110 000 kontakter, fordelt på 350 000 flere telefon- og videokontakter og 240 000 færre for de øvrige kontaktene. Andelen video- og telefonkontakter var på 30 prosent i 2020. Det var utjevning av geografiske forskjeller i bruk av video- og telefonkontakter, men for de polikliniske kontaktene samlet var de geografiske variasjonene stabile.

Psykisk helsevern for befolkningen i alderen 0-17 år

For det psykiske helsevernet for barn og unge under 18 år var det 68 000 flere polikliniske kontakter i 2020 sammenlignet med 2019. Veksten fordelte seg på 149 000 flere video- og telefonkontakter, og 81 000 færre for de øvrige kontaktene. Andelen video- og telefonkontakter var på 43 prosent i 2020. Veksten i telefon- og videokontakter var sterkere ved foretak i Midt-Norge, og svakere i Vest. Kapittel 1 viste at den økte aktiviteten i poliklinikken i stor grad gikk til å gi flere kontakter per pasient. I likhet med det psykiske helsevernet for voksne over 18 år, var det en utjevning i bruk av video- og telefonkontakter - men for de polikliniske kontaktene samlet var de geografiske variasjonene mellom foretaksområdene stabile.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

I TSB gikk døgnopphold som øyeblikkelig hjelp opp med 0,9 prosent per innbygger, i motsetning til reduksjon både i psykisk helsevern for voksne og i somatisk sektor. Tallet på øyeblikkelig hjelp oppholdsdøgn per innbygger gikk ned med 9 prosent – i tråd med utviklingen for de øvrige sektorene.

Andelen telefon- og videokontakter ved poliklinikkene i TSB var på 47 prosent i 2020, en vekst på 12 prosentpoeng fra 2019. Økningen i video- og telefonkontakter var sterkere i Midt-Norge sammenlignet med de andre tre regionene. Det var en utjevning i bruk av poliklinikk, men forskjellene mellom foretaksområdene var fortsatt store i 2020.

3 Kontinuitet og samhandling

Økt ventetid i somatisk sektor – stabilt i psykisk helsevern – nedgang for rusbehandlingen

Fra 2019 til 2020 økte ventetiden til behandling og utredning i somatisk sektor med 4,1 dager. Den gjennomsnittlige ventetiden i somatisk sektor var 65,4 dager i 2020. Ventetiden var stabil i det psykiske helsevernet, og det var en liten nedgang for ventetid til rusbehandling. Pandemien berørte dermed ventetiden i somatisk sektor mer enn for de øvrige sektorene. Dette er også i samsvar med kapittel 1 og 2, som viser at aktiviteten i somatisk sektor ble mest berørt i 2020.

² Avtalespesialister er ikke med her.

Det kan nevnes at det var sterk økning i henvisningene til psykisk helsevern for barn og unge fra 2019 til 2020, og at ventetiden økte med 1 dag fra 1. tertial 2020 til 1. tertial 2021.

I somatisk sektor økte andelen brudd på fristen for oppstart til individuell behandling/utredning til 7,2 prosent i 2020 - fra 2,4 prosent i 2019. Det må påpekes at fristene ble satt til side deler av våren 2020 på grunn av pandemien. Andelen fristbrudd økte også svakt fra 1,4 prosent til 2,4 prosent i årene fra 2016 til 2019.

I det psykiske helsevernet for barn og unge var den gjennomsnittlige ventetiden 44,1 dager i 2020, og det var en jevn nedgang i perioden fra 2016. Tallet på henvisninger økte med 12 prosent, hvor halvparten kom siste år i perioden. Ventetiden har økt til 45 dager i 1. tertial 2021.

Henvisningene til det psykiske helsevernet for voksne økte med 13 prosent fra 2016 til 2020. Ventetiden var stabil på 43,8 dager fra 2019 til 2020, etter nedgang årene før. Andelen brudd på fristen til individuell behandling/utredning økte til 3,9 prosent i 2020, fra 1,5 prosent i 2019.

Antall henvisninger til rus- og avhengighetsbehandling i spesialisthelsetjenesten ble redusert med 11 prosent i femårsperioden 2016-2020. Ventetiden var 31,7 dager i 2020, en nedgang på 1 dag fra 2019. Fra 2016 til 2020 har ventetiden gått ned med 3,5 dager.

Nedgang i utskrivningsklare pasienter i somatisk sektor

Omfanget av sykehusopphold med liggetid etter at pasienten var meldt utskrivningsklar gikk ned fra 2019 til 2020, etter mer stabile tall i årene før. Det var registrert 13 364 opphold med liggetid etter at pasienten var meldt utskrivningsklar i 2020, en nedgang på 5 150 sammenlignet med 2019. Nedgangen var sterkest for de over 80 år. Det var geografiske variasjoner i utviklingen. Omfanget av utskrivningsklare opphold gikk mest ned i Helse Sør-Øst og Helse Vest siste år, til tross for at disse to regionene i utgangspunktet hadde lavere nivå enn Helse Midt-Norge og Helse Nord. Dette kan indikere at pandemien ga enda større press på helsetjenesten i Helse Sør-Øst og i Helse Vest, sammenlignet med Helse Midt-Norge og Helse Nord. Helse Nord hadde i 2020 størst omfang med 4,4 utskrivningsklare opphold per 1 000 innbyggere, Helse Vest hadde lavest omfang med 1,8.

Høyere andel pakkeforløp for kreft gjennomført innen anbefalt tid

I 2020 ble 73 prosent av pakkeforløpene for kreft gjennomført innen anbefalt tid. Andelen var høyere enn i årene før.

Færre reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp

11,1 prosent av innleggelserne i somatisk sektor i 2020 var reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp. Andelen gikk ned med 0,3 prosentpoeng fra 2019. Fra 2016 til 2019 økte andelen reinnleggelser med om lag 0,2 – 0,3 prosentpoeng per år. Nedgangen siste år var sterkest for de eldste, hvor andelen reinnleggelser var på 15,8 prosent i 2020 – mot 16,8 prosent i 2019. Færre reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp i 2020 kan også sees i sammenheng med den generelle nedgangen i øyeblikkelig hjelp innleggelser som ble vist i kapittel 2.

4 Gylne regel

Kostnader

Fra 2019 til 2020 økte kostnadene til somatisk spesialisthelsetjeneste med 4,6 prosent, mot 3,3 – 4,0 prosent i det psykiske helsevernet (PH) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Den gylne regel ble dermed ikke oppfylt i 2020, når den vurderes i forhold til kostnadsvekst.

Ingen av regionene hadde måloppnåelse på den kostnadmessige delen av gylne regel i 2020. Men for noen delområder var målet oppfylt. Midt-Norge hadde sterkere vekst i psykisk helsevern for barn og unge (PHBU). I Nord var kostnadsveksten sterkere i TSB enn i somatikken. I Sør-Øst økte kostnadene til distriktpspsykiatriske senter (DPS) mer enn for somatikken.

I perioden 2016 til 2020 økte kostnadene i somatisk sektor og PHBU med 21 prosent, mens kostnadene til psykisk helsevern for voksne (PHV) og TSB økte svakere med 16 til 19 prosent.

Polikliniske kontakter

Målt ved vekst i antall polikliniske kontakter, så ble den gylne regel oppfylt på nasjonalt nivå i 2020. Det var en reduksjon på 4 prosent i somatisk sektor, mens veksten var på 2 til 8 prosent for TSB og PH. På regionalt nivå var ikke målet oppfylt for alle sektorene. I Nord var det nedgang på 6 prosent for TSB, mot 4 prosent i somatisk sektor.

Ventetid

Også målt ved reduksjon i ventetid ble den gylne regel oppfylt på nasjonalt nivå. Gjennomsnittlig ventetid økte med 7 prosent i somatisk sektor, gikk ned med 3 prosent i PHBU og TSB – og var omtrent uendret i PHV.

5 Utvikling i kostnader og økonomisk situasjon

Sterkere realvekst i kostnader fra 2019 til 2020

Helseforetakenes kostnader til spesialisthelsetjenester var 153,5 mrd. kr i 2020. Realveksten i kostnader var 3,3 prosent fra 2019 til 2020, og justert for befolkningsutviklingen var den på 2,9 prosent. Dermed var kostnadsveksten i 2020 sterkere enn for de forutgående årene i perioden. I perioden fra 2013 til 2020 var det en realvekst i kostnader til spesialisthelsetjenester som oversteg veksten i folketallet, mens i perioden fra 2008 til 2013 økte kostnadene og folketallet i takt.

De regionale forskjellene i nivået på kostnad per innbygger til spesialisthelsetjenester er små, når kostnadene korrigeres for regionale forskjeller i behov og strukturelle forhold. I 2020 varierer dette fra 3 prosent over gjennomsnittet i Helse Vest til 2 prosent under i Helse Midt-Norge.

Høyere overskudd og høyere investeringsnivå i 2020

I 2020 hadde helseforetakene et stort overskudd på 6,2 mrd. kr. Overskuddet var høyere enn tidligere år. Helseforetakene har hatt økonomiske overskudd alle år etter 2009, etter en periode med underskudd fra 2002 til 2008.

Investeringsnivået var høyt i 2020, og brutto investeringer var på 13,7 mrd. kr. Investeringene ble finansiert gjennom egenkapital og langsiktige lån. Gjeldsgraden for helseforetakene har økt fra 71 prosent

i 2016 til nær 78 prosent i 2020. Det er Helse Vest og Helse Sør-Øst som har økt gjeldsgraden i denne perioden, og disse to regionene har også samtidig sterkere vekst i investeringer.

6 Utvikling i kostnad per DRG-poeng

Vekst i kostnad per DRG-poeng fra 2019 til 2020

Kostnaden per DRG-poeng var 56 900 kroner i 2020, og økte med 13,1 prosent fra 2019. I årene fra 2016 til 2018 var kostnadsnivået stabilt, mens det økte med 1,3 prosent fra 2018 til 2019. Økningen på 13,1 prosent siste år skyldtes en vekst i kostnadene på 5 prosent, samtidig som DRG-poengene gikk ned med 7,1 prosent. Aktivitetsnedgangen skyldtes pandemien. Kapittel 1 og 2 viste at pandemien i stor grad berørte aktiviteten i somatisk sektor.

Hvis vi korrejerer DRG-poengene i 2020, med utgangspunkt i kompensasjonen for bortfallet av aktivitet (kompensasjonen for bortfall av innsatsstyrt finansiering), så beregnes en vekst i kostnad per DRG-poeng på 5,5 prosent. Kostnaden per DRG-poeng i 2020 blir da 53 100 kroner. Kostnadsutviklingen siste år blir den samme, mens nedgangen i DRG-poeng blir 0,4 prosent.

Regionale variasjoner

Alle regionene hadde økning i kostnad per DRG-poeng siste år, men det var regionale variasjoner. Helse Nord og Helse Sør-Øst hadde størst økning i kostnad per DRG-poeng, det vil si størst nedgang i produktiviteten. Aktiviteten i Sør-Øst gikk også mer ned enn i de andre regionene. Produktivitetsnedgangen var mindre for Helse Midt-Norge og Helse Vest. Helse Midt-Norge hadde mindre vekst i kostnadene enn de andre regionene.

Utviklingen i kostnad per DRG-poeng siste år har medført en relativ produktivitetsforbedring for Helse Midt-Norge, og en forverring for Helse Nord.

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 tjenestoområdene somatisk virksomhet, psykisk helsevern og rusbehandling (TSB). Enkelte år har SAMDATA også inkludert kvalitet som tema.

I løpet av de siste tiårene har det skjedd en gradvis dreining i innholdet for nasjonal styringsinformasjon om helsetjenesten, både i Norge og andre land. Tidligere var ressurser og aktivitetsendringer best dokumentert. Etter hvert har det blitt sterkere fokus på dokumentasjon av utvikling og variasjoner i praksis og kvalitet på tjenestene. Informasjon om helheten i tjenestetilbudet med utgangspunkt i perspektivet til pasienter/brukere har også fått en langt mer sentral plass. Denne utviklingen gjelder både her i Norge og internasjonalt. Teknologisk utvikling med bedre muligheter for rapportering og kobling av data, kombinert med større vektlegging av dokumentasjon på forløp og resultater har bidratt til denne utviklingen.³

I årets publikasjon har målet vært å gi en oppsummering av hovedresultater for spesialisthelsetjenesten basert på publiserte tematiske rapporter og data tilgjengeliggjort på web.

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>.

³ I kjølvannet av dette arbeides det også med å utvikle indikatorer for kostnadseffektivitet som inkluderer kliniske resultatmål, og ikke bare aktivitetsmål. Ofte omtalt som "Value based healthcare".

1. Bruk av spesialisthelsetjenester – status og utviklingstrekk

Det ble behandlet 2,45 millioner pasienter i den somatiske spesialisthelsetjenesten i 2020. Justert for befolkningsutviklingen var det 2,5 prosent færre pasienter sammenlignet med 2019. I årene før var pasientraten stabil. Tallet på døgnopphold per innbygger gikk ned med 9 prosent, og omfanget av polikliniske kontakter ble redusert med 5 prosent. Det ble gitt færre polikliniske konsultasjoner per pasient, og det var også en nedgang i antall døgnopphold per pasient.

I 2020 var det for somatisk sektor i gjennomsnitt 129 døgnopphold per 1 000 innbyggere. Raten varierte fra 115 til 155 mellom foretaksområdene. Geografiske områder med høyere bruk av døgnopphold var assosiert med lavere bruk av poliklinikk, og omvendt.

Tallet på pasienter per innbygger i det psykiske helsevernet for voksne over 18 år var stabilt fra 2019 til 2020, etter en liten nedgang i de forutgående årene. Bak en stabil pasientrate siste år var det nedgang for døgnbehandlingen (-5 prosent) og vekst hos avtalespesialistene (+4 prosent). I poliklinikkene fikk hver pasient flere kontakter i 2020 enn i 2019, og dette gjaldt både hos avtalespesialistene og i foretakene.

I det psykiske helsevernet for barn og unge i alderen 0-17 år økte tallet på pasienter per innbygger med 1,3 prosent i 2020, etter stabile pasienttall årene før. Veksten i pasientraten siste år kom i poliklinikkene, hvor det økte med 1,8 prosent. Omfanget av polikliniske kontakter per innbygger gikk opp med 8 prosent fra 2019 til 2020. Hver pasient fikk i gjennomsnitt flere kontakter. Tallet på innleggelser per innbygger økte med 5,5 prosent, og veksten kom av flere innleggelser per pasient.

600 færre pasienter ble behandlet i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2020 sammenlignet med 2019. Det tilsvarte 2,3 prosent nedgang i antall pasienter per innbygger. Nedgangen gjaldt både pasienter med og uten døgnbehandling. Pasientraten i TSB var stabil i de forutgående årene. Det var en nedgang på 8 prosent i innleggelser per innbygger, noe som tilsvarte 950 færre innleggelser i 2020 sammenlignet med 2019. Befolkningens bruk av polikliniske kontakter økte samtidig med 2 prosent, og økningen gikk til flere kontakter per pasient.

1.1 Innledning

I dette kapitlet ser vi på utviklingen i bruk av spesialisthelsetjenester for tjenestekområdene i) somatikk, ii) psykisk helsevern for voksne over 18 år, iii) psykisk helsevern for barn og unge i alderen 0-17 år og iv) tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - i perioden fra 2017 til 2020.

Aldersinndelingen for psykisk helsevern betyr for eksempel at ungdom over 18 år, behandlet i en barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, vil inngå i tallmaterialet under punkt ii), og omvendt for barn og unge under 18 år behandlet i en voksenpsykiatrisk enhet. Det vil da være konsistens mellom pasienttall og befolkningstall innenfor disse to aldersgruppene.

Utviklingen betraktes i et befolkningsperspektiv. Det vil si at det tas utgangspunkt i pasienter og aktivitet målt per innbygger. Pasienter og aktivitet målt per innbygger omtales som rater. Spørsmålene om utvikling som belyses, på nasjonalt nivå, er;

- 1) Hvordan har pasientraten utviklet seg gjennom perioden, med fokus på siste år? Har flere eller færre pasienter fått behandling i spesialisthelsetjenesten? Herunder ser vi nærmere på utvikling i døgnpasienter, polikliniske pasienter i sykehus, og polikliniske pasienter hos avtalespesialister.
- 2) Hvordan har døgnaktiviteten (innleggelser) utviklet seg gjennom perioden – med fokus på siste år? Er trenden med reduksjon i døgnbehandlingen, som er observert over tid, forsterket i 2020? I tillegg ser vi på om pasientraten og raten for døgnopphold utvikler seg i takt.
- 3) Hvordan har den polikliniske aktiviteten utviklet seg? Blir trenden med økt bruk av poliklinisk behandlingen, som er observert over tid, endret i 2020? I tillegg ser vi på om raten for polikliniske kontakter og polikliniske pasienter i utvikler seg i takt med hverandre.

Videre ser vi på geografiske variasjoner mellom foretaksområder i ratene for bruk av døgnbehandling og poliklinisk behandling – i 2020. For somatisk sektor er aktiviteten i foretaksområdene kjønns- og aldersstandardisert. Spørsmålene som belyses er:

- 4) Er det geografiske variasjoner i rater for døgnopphold? Herunder, har foretaksområder med høyere bruk av døgnopphold lavere bruk av polikliniske kontakter, og omvendt?
- 5) For somatisk sektor; Ser vi en utjevning av forbruksratene i poliklinikkene når aktivitet i foretak og hos avtalespesialister betraktes samlet?

Se [SAMDATA spesialisthelsetjenesten - Helsedirektoratet](#) for definisjoner av begreper som benyttes.

1.2 Somatisk spesialisthelsetjeneste

42 600 færre pasienter i 2020 sammenlignet med 2019

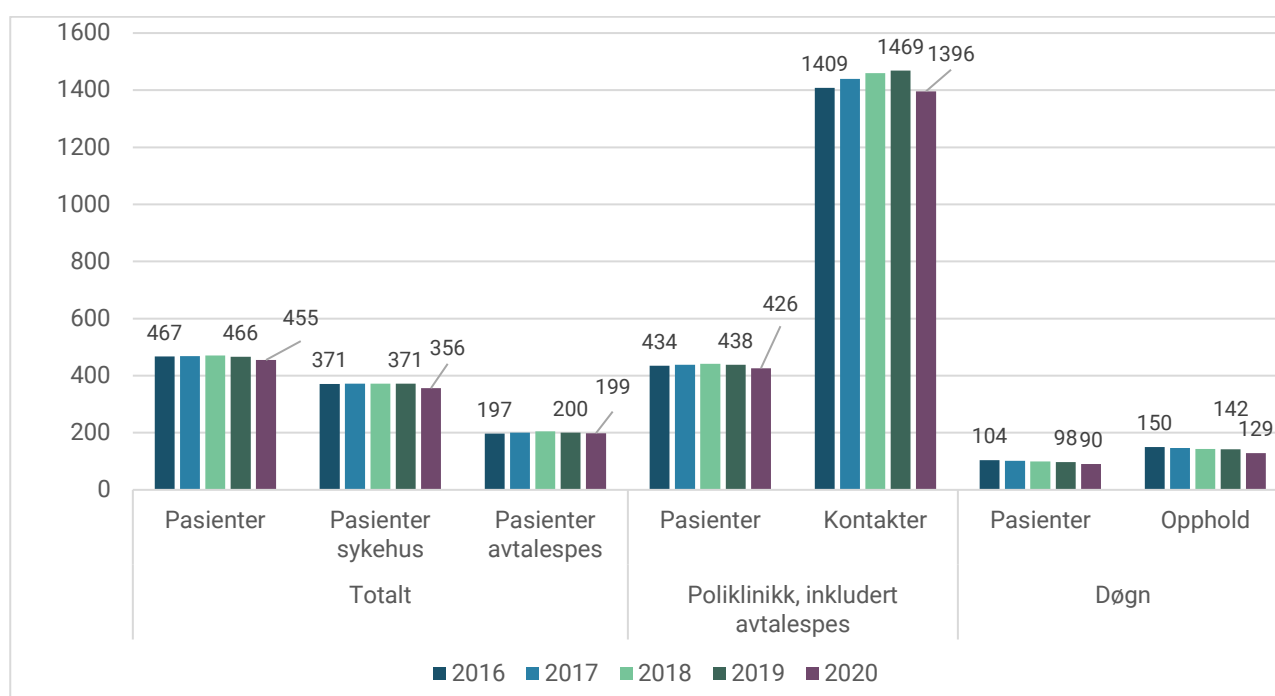
I 2020 var 2 454 066 pasienter i kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste. Målt per 1 000 innbyggere tilsvarte dette en pasientrate på 455. Antallet pasienter per innbygger gikk ned med 2,5 prosent fra 2019 til 2020, noe som tilsvarte 42 642 færre pasienter. I perioden fra 2016 til 2019 var pasientraten mer stabil.

Befolkningen hadde om lag 7,5 millioner polikliniske kontakter og nær 694 500 døgnopphold i den somatiske spesialisthelsetjenesten i 2020. Det var 5 prosent færre polikliniske kontakter, og 9 prosent færre døgnopphold, per innbygger, sammenlignet med 2019. Sterkere reduksjon i ratene for døgnopphold og konsultasjoner, sammenlignet med reduksjonen i pasientraten, skyldes både færre døgnopphold og færre polikliniske kontakter per pasient i 2020 enn i 2019.

175 000 færre kontakter og 11 500 færre døgnopphold i 2020 grunnet færre besøk per pasient

Gjennom perioden fra 2016 til 2019 gikk antall kontakter per pasient i poliklinikkene jevnt opp, med en liten vekst på om lag 0,03 flere konsultasjoner per pasient årlig. I 2019 fikk hver pasient i gjennomsnitt 3,35 polikliniske kontakter. En vekst på 0,03 flere kontakter per pasient per år tilsvarer en total vekst på om lag 65 000 kontakter årlig. I 2020 hadde derimot hver pasient 0,08 færre kontakter enn i 2019. Dette tilsvarte en nedgang på om lag 175 000 kontakter i 2020 grunnet færre kontakter for hver pasient.

Antall døgnopphold per pasient var relativt stabilt i årene fra 2016 til 2019, med i gjennomsnitt 1,45 døgnopphold for hver pasient. Det vil si at både antall døgnpasienter og antall døgnhold gikk ned i noenlunde samme takt disse årene. Fra 2019 til 2020 var det en nedgang på 0,024 døgnopphold per pasient. Dette tilsvarte om lag 11 500 færre døgnopphold i somatisk spesialisthelsetjeneste i 2020, som følge av færre døgnopphold per pasient.



Figur 1.1 Pasienter, døgnopphold og polikliniske kontakter i somatisk spesialisthelsetjeneste 2016-2020. Rater per 1 000 innbyggere

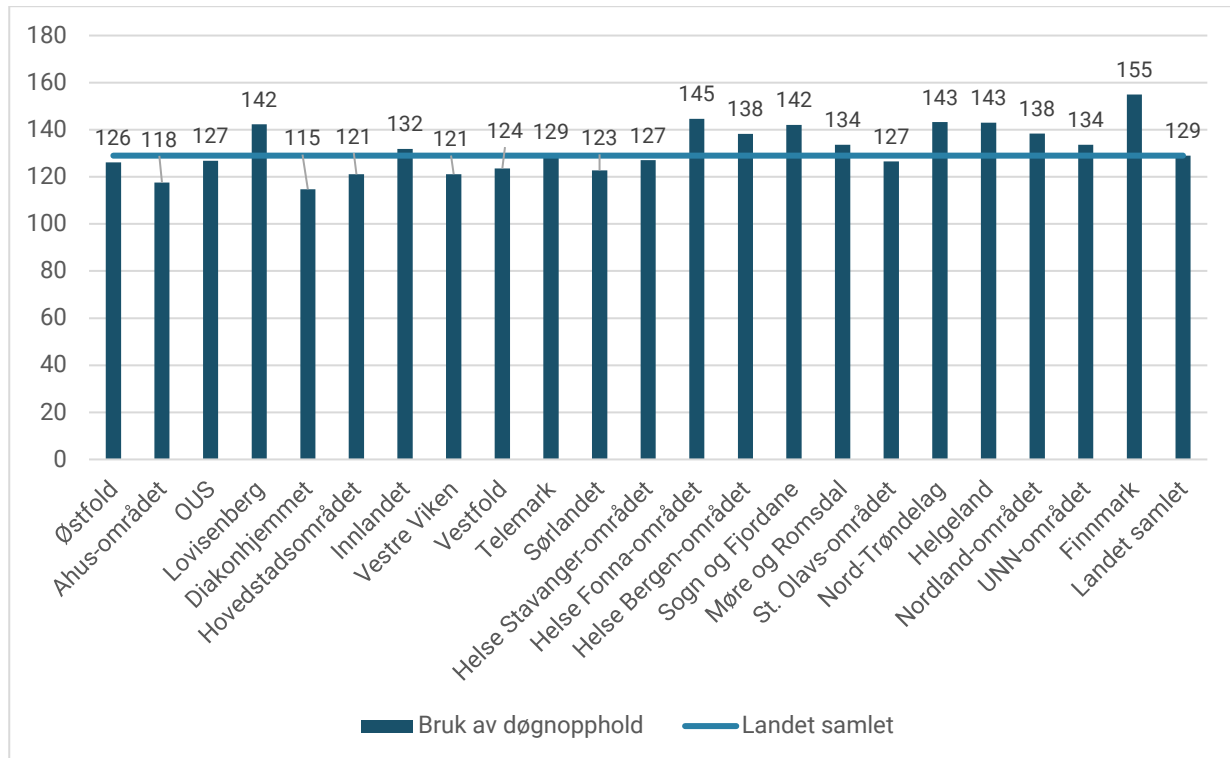
Høyere bruk av poliklinikk assosiert med lavere bruk av døgnopphold i tre av fire regioner

Målt per 1 000 innbyggere var det 129 døgnopphold i den somatiske spesialisthelsetjenesten i 2020, mot 142 i 2019 - og 150 i 2016 – se figur 1.1. I 2020 varierte raten varierte fra 121 for Hovedstadsområdet⁴ og Vestre Viken til 155 for Finnmark. Figur 1.2 viser at befolkningen i alle foretaksområdene i Nord, og de fleste i Vest, hadde flere døgnopphold per 1 000 innbyggere enn landet samlet. Sammenlignet med den nasjonale raten hadde de fleste områdene i Sør-Øst færre døgnopphold per innbygger.

Figur 1.3 viser at de fleste foretaksområdene i Nord og i Vest har lavere bruk av polikliniske kontakter enn landet samlet. Det vil si at geografiske områder med høyere bruk av døgnopphold var assosiert med

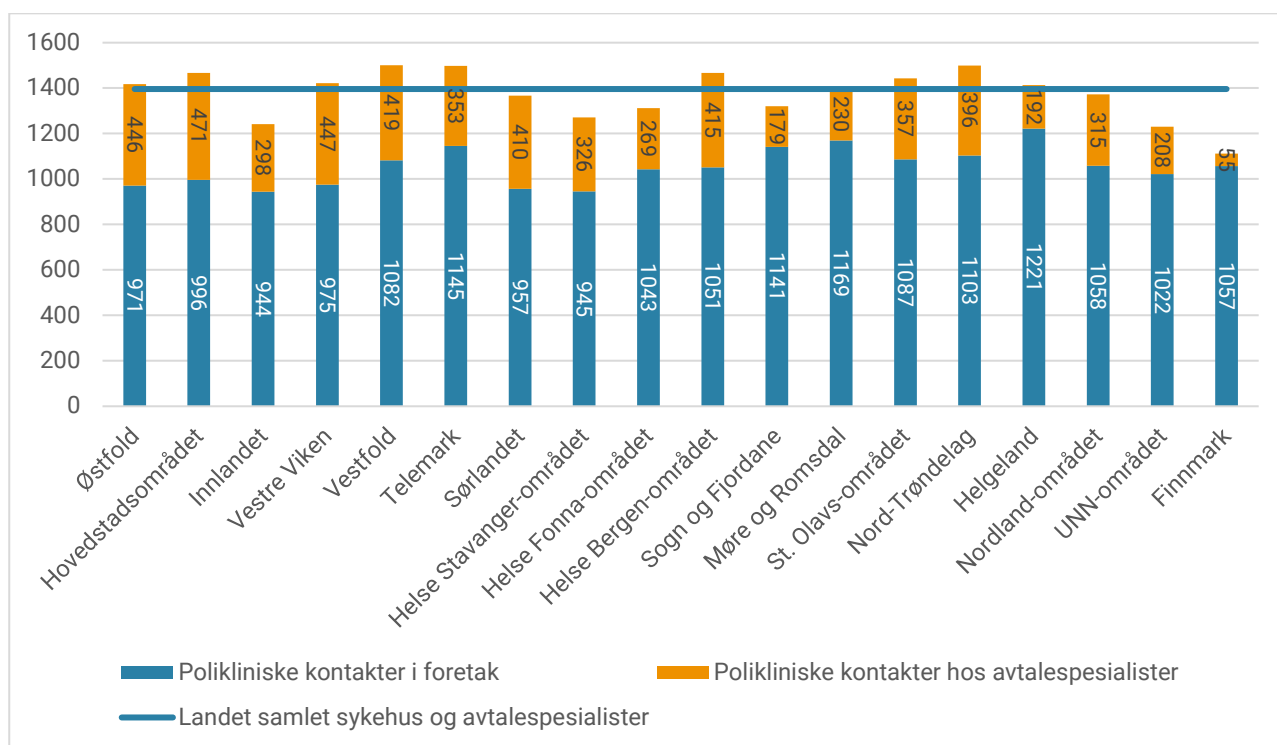
⁴ Diakonhjemmets område er en del av Hovedstadsområdet, og har en enda lavere rate for døgnopphold (115)

mindre bruk av polikliniske kontakter. I Sør-Øst hadde 5 av 7 større foretaksområder⁵ høyere bruk av poliklinikk, samtidig som regionen hadde lavere bruk av døgnopphold. Ved foretaksområdene i Midt-Norge var raten for poliklinikk på eller over gjennomsnittet for landet samlet, samtidig som døgnopphold også var på eller over gjennomsnittet. Det vil si at for Midt-Norge var ikke høyere bruk av poliklinikk assosiert med lavere forbruk av døgnopphold.



Figur 1.2: Geografiske variasjoner i bruk av døgnopphold i somatiske sykehus i 2020. Kønns- og aldersstandardiserte rater per 1 000 innbyggere. Foretaksområder og gjennomsnitt for landet.

⁵ I dette betraktes Hovedstadsområdet som ett område.



Figur 1.3: Geografiske variasjoner i bruk av polikliniske kontakter i somatiske sykehus og hos avtalespesialister i 2020. Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1 000 innbyggere. Foretaksområder og gjennomsnitt for landet.

Bruk av avtalespesialister gir ikke utjevning mellom foretaksområdene i 2020

Figur 1.3 gir visuelt et inntrykk av at de geografiske variasjonene i bruk av poliklinikk var relativt konstante, både når variasjonene betraktes med og uten avtalespesialister. Dette inntrykket bekreftes ved beregning av variasjonskoeffisienten. Variasjonskoeffisienten for forbruksratene var stabil på 8 prosent både når den beregnes for rater med og uten avtalespesialistene. Det vil si at bidragene fra avtalespesialistene ikke ga en utjevning i forbruket av poliklinikk i 2020. Beregninger av variasjonskoeffisienten for årene fra 2016 til 2019 ga mindre geografisk variasjon når avtalespesialistene ble inkludert. Da vi tidligere pekte på at områder med høyere bruk av poliklinikk har en lavere bruk av døgnopphold, så var avtalespesialistenes bidrag inkludert i poliklinikk tallene.

Områdene i Nord hadde samlet sett en rate under landsgjennomsnittet når bidrag fra avtalespesialistene inkluderes, mot en rate over landsgjennomsnittet uten avtalespesialister. Det motsatte var tilfellet for foretaksområdene i Sør-Øst.

1.3 Psykisk helsevern for voksne over 18 år

Omfanget av pasienter uendret fra 2019 til 2020, etter reduksjon i perioden fra 2017 til 2019

I 2020 var 199 344 pasienter i kontakt med det psykiske helsevernet for voksne. Målt per 1 000 innbyggere tilsvarte dette en pasientrate på 46,6. Tallet på pasienter per innbygger var tilnærmet stabilt fra 2019 til 2020, med en liten vekst på 0,3 prosent. Pasientraten gikk ned med 1,2 prosent i perioden fra 2017 til 2019. Tallgrunnlaget inkluderer avtalespesialister. Pasienter over 18 år som behandles i barne- og ungdomspsykiatriske enheter er også med i disse tallene.

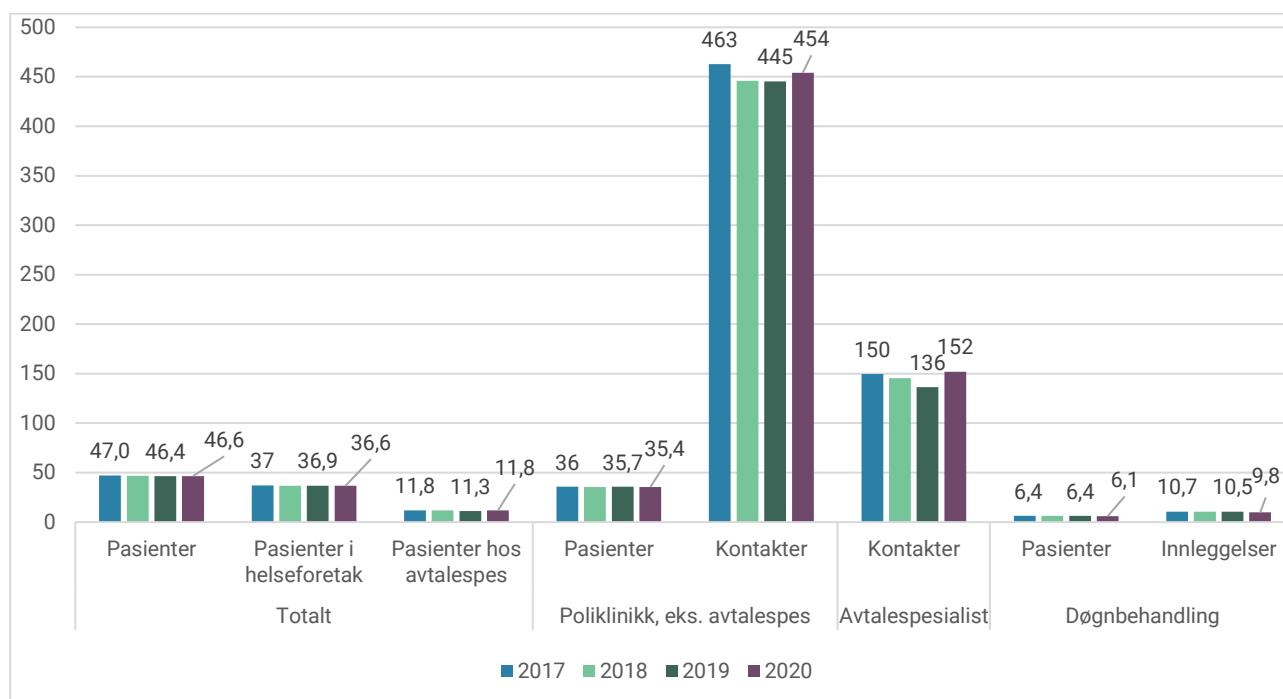
I 2020 fikk om lag 75 prosent av pasientene behandling i helseforetak, og om lag 25 prosent ble behandlet hos avtalespesialistene. Hvis helseforetakene betraktes isolert, så var det en reduksjon på 0,6 prosent i pasientraten fra 2019 til 2020. For avtalespesialistene økte pasientraten med 4 prosent. Avtalespesialistene behandlet 50 300 pasienter i 2020, og det var 2 350 flere enn året før. Tallet på pasienter i helseforetak var stabilt på om lag 156 700 fra 2019 til 2020. Når raten for pasienter behandlet i helseforetak gikk ned, så skyldtes det i hovedsak at folketallet økte.

Sammenlignet med somatisk sektor, som hadde en nedgang på 2,5 prosent i tallet på pasienter per innbygger fra 2019 til 2020, så fikk pasientene over 18 år i det psykiske helsevernet opprettholdt tilgangen til behandling i 2020.

Reduksjon for døgnbehandling i helseforetak, vekst i poliklinikkene hos avtalespesialistene

Det var 41 800 innleggelser i det psykiske helsevernet for voksne over 18 år i 2020. Døgnbehandlingen var kjennetegnet av stabile tall for pasienter og innleggelser per innbygger i årene fra 2017 til 2019 – se figur 1.4. Siste år i perioden gikk raten for døgnpasienter ned med nær 5 prosent, og raten for innleggelser gikk ned med 7 prosent.

Når pasienttallet var stabilt fra 2019 så kom det av flere pasienter i poliklinisk behandling. Veksten i poliklinisk behandling kom hos avtalespesialistene, hvor pasientraten økte med 4 prosent. Ved poliklinikkene i foretakene gikk pasientraten ned med 0,7 prosent.



Figur 1.4: Pasienter, innleggelser og polikliniske kontakter i det psykiske helsevernet for voksne over 18 år, 2017-2020. Rater per 1 000 innbyggere over 18 år.

Flere polikliniske kontakter per innbygger i 2020 gikk til flere kontakter per pasient

Omfanget av polikliniske kontakter per innbygger i helseforetakene økte fra 445 i 2019 til 454 i 2020, det vil si en vekst på 2 prosent. Når pasientratene samtidig gikk litt ned, så betyr det at veksten i omfanget av polikliniske kontakter har gått til flere kontakter for hver pasient. I 2019 fikk hver pasient i gjennomsnitt 12,5 kontakter, mot 12,8 i 2020. Det kan være nærliggende å knytte flere kontakter per pasient til økt bruk av telefon- og videokontakter i 2020 sammenlignet med 2019 – se kapittel 2. I perioden fra 2017 til 2019 gikk tallet på polikliniske kontakter per pasient gikk noe ned.

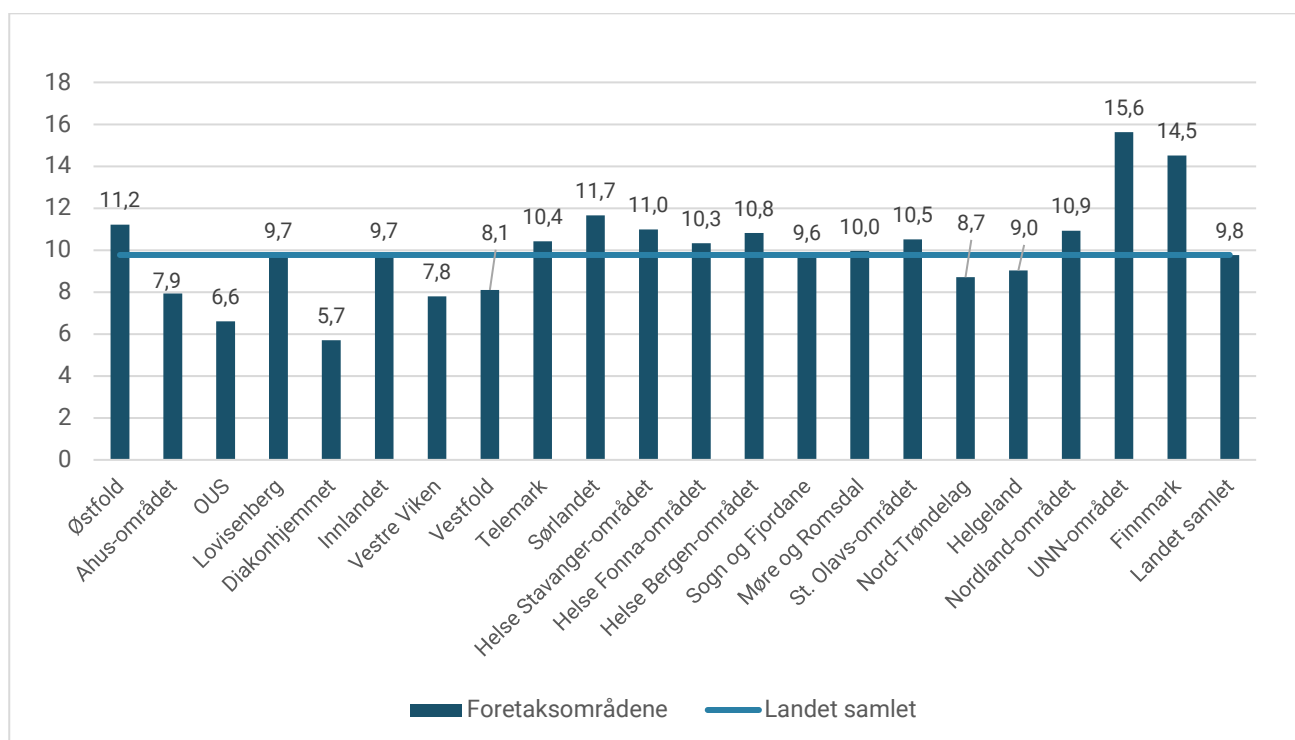
Hos avtalespesialistene økte også tallet på polikliniske kontakter per innbygger siste år i perioden som betraktes. Konsultasjonsraten var på 152 i 2020, mot 136 i 2019. Det tilsvarer en vekst på 11 prosent. Veksten siste år hos avtalespesialistene skyldes både flere pasienter (+ 4 prosent) , og flere kontakter per pasient. Hver pasient fikk i gjennomsnitt 12,9 konsultasjoner hos avtalespesialistene i 2020, mot 12,1 i 2019.

Høyere omfang av døgnopphold assosiert med lavere bruk av poliklinikk i 3 av 4 regioner

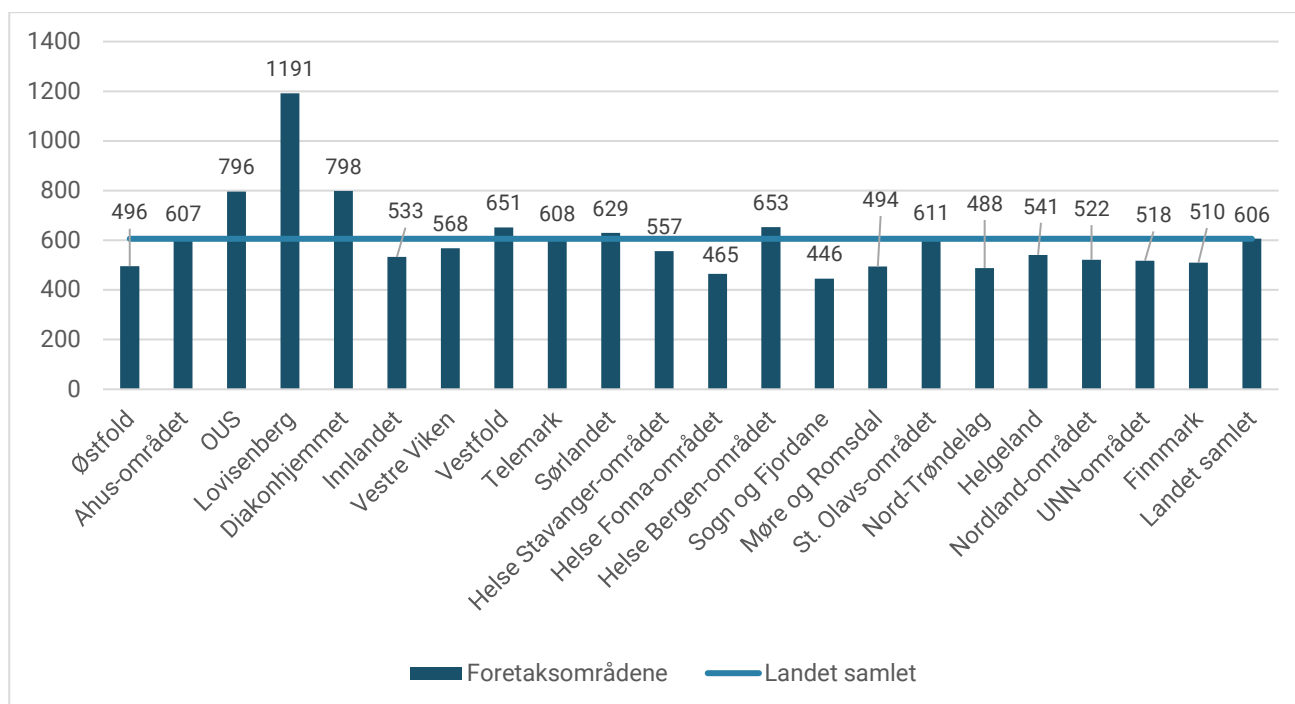
Figur 1.5 viser at store foretaksområder i Nord og Vest har en rate for innleggelser som er over gjennomsnittet, mens det motsatte er tilfellet i Sør-Øst. Det samme bildet gjelder for somatisk sektor. For den polikliniske virksomheten ser vi av figur 1.6 at regionene som har høyere rate for døgnopphold, det vil si Nord og Vest, har lavere bruk av polikliniske konsultasjoner. Det motsatte gjelder for Sør-Øst. Befolkningen i Midt-Norge har en rate for innleggelser som samlet er på gjennomsnittet for landet samlet.

Lavere bruk av poliklinikk i det psykiske helsevernet i Midt-Norge

For Midt-Norge ser vi av figur 1.6 at 2 av 3 foretaksområder har lavere bruk av polikliniske kontakter. Kapittel 5 viser at Midt-Norge hadde lavere kostnader per innbygger til psykisk helsevern, også når det blir korrigert for forskjeller i behov og struktur.



Figur 1.5: Geografiske variasjoner i bruk av innleggelser i psykisk helsevern for voksne over 18 år i 2020. Rater per 1 000 innbyggere. Foretaksområder og gjennomsnitt for landet samlet.



Figur 1.6: Geografiske variasjoner i forbruk av polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for voksne over 18 år i 2020. Helseforetak og avtalespesialister inkludert. Rater per 1 000 innbyggere. Foretaksområder og gjennomsnitt for landet samlet.

1.4 Psykisk helsevern for barn og unge 0-17 år

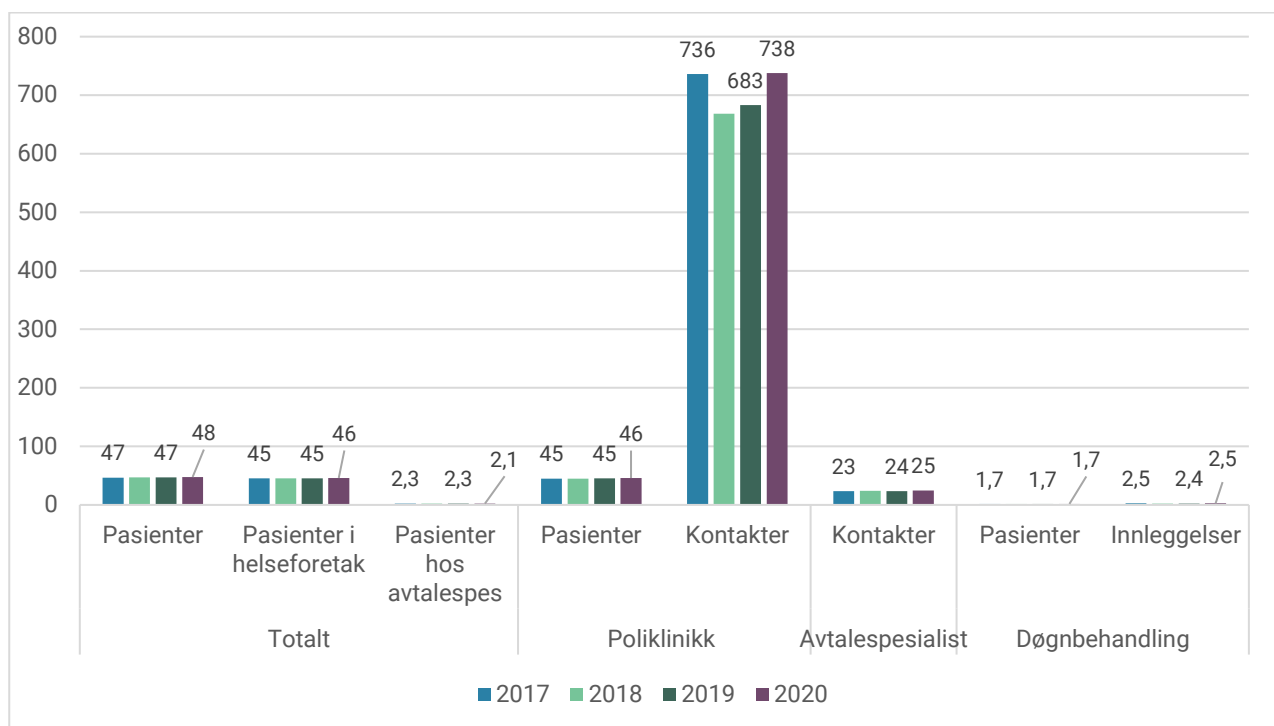
Flere pasienter i poliklinikkene i 2020

I 2020 var 53 000 pasienter i alderen 0-17 år i kontakt med det psykiske helsevernet. Målt per 1 000 innbyggere tilsvarte dette en pasientrate på 47,7. Tallet på pasienter per innbygger økte med 1,3 prosent fra 2019 til 2020, etter stabile pasientrater i perioden fra 2017 til 2019. Det ble i behandlet 1,8 prosent flere pasienter i poliklinikkene i 2020 sammenlignet med 2019, mens tallet på pasienter i døgntbehandling gikk ned med 0,6 prosent. Behandling hos avtalespesialistene inngår i tallene.

Sterk vekst i polikliniske kontakter per innbygger relateres til flere kontakter per pasient

De fleste pasientene i alderen 0 til 17 år behandles poliklinisk i det psykiske helsevernet. I 2020 var det 738 polikliniske kontakter per 1 000 innbyggere i helseforetakene. Det var en vekst på 8 prosent fra 2019. Raten for polikliniske kontakter økte også fra 2018 til 2019, men da svakere med 2 prosent.

Når tallet på kontakter per innbygger i poliklinikkene (+8 prosent) har økt mer enn tallet på pasienter (+1,8 prosent), så betyr det at hver pasient i gjennomsnitt har fått flere kontakter. I 2020 hadde hver pasient i gjennomsnitt 16,1 kontakter, mot 15,1 i 2019. Det er nærliggende å knytte veksten i omfanget av kontakter til økt bruk av video- og telefonkonsultasjoner (se kapittel 2).



Figur 1.7: Pasienter, utskrivinger og polikliniske kontakter i det psykiske helsevernet for barn og unge, 2017-2020. Rater per 1 000 innbyggere 0-17 år.

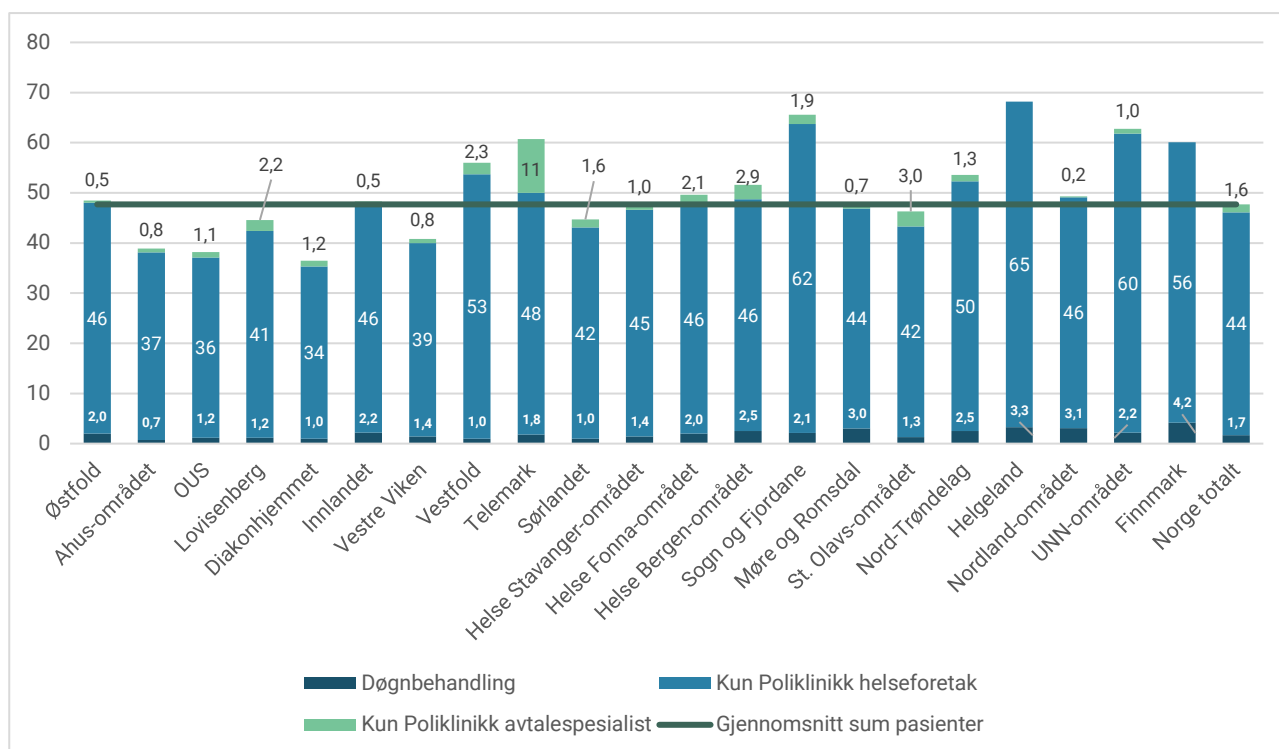
Flere innleggelser i 2020

Døgnavirksomheten i det psykiske helsevernet for barn og unge omfatter relativt få pasienter. I 2020 var det snakk om 1 900 pasienter og 2 760 innleggelser. Omfanget av døgnpasienter per innbygger gikk ned med 0,6 prosent fra 2019, mens tallet på innleggelser økte med 5,5 prosent.

Det betyr flere innleggelser per pasient i 2020 sammenlignet med 2019. Døgnvirksomheten omfatter relativt få pasienter, og dermed kan mindre og tilfeldige variasjoner i omfanget av innleggelser gi større prosentvise endringer. Grunnlagsdataene viser at det var 125 flere innleggelser i det psykiske helsevernet for barn og unge i alderen 0-17 år i 2020 sammenlignet med året før.

Flere pasienter i Nord og i Vest, færre i Sør-Øst

Omfanget av pasienter under 18 år som bruker det psykiske helsevernet varierte mellom foretaksområdene. I 2020 var pasientraten lavere i Sør-Øst, og høyest i Nord. For landet samlet var tallet på pasienter per 1000 innbyggere 47,7. I Sør-Øst hadde flere områder en rate som var under 40, og i Nord hadde flere områder en rate over 60. De fleste pasientene behandles poliklinisk, og forskjeller i bruk av poliklinisk behandling gir utslag som forskjeller i den samlede pasientraten.



Figur 1.8: Geografiske variasjoner i pasienter 0-17 år per 1 000 innbyggere. Foretaksområder og gjennomsnitt for landet samlet, 2020.

1.5 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

600 færre pasienter i TSB i 2020

I 2020 var 33 373 pasienter i kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Målt per 1 000 innbyggere så tilsvarte dette en pasientrate på 7,8. Antallet pasienter per innbygger gikk ned med 2,3 prosent fra 2019 til 2020. I absolutte tall tilsvarte dette 600 færre pasienter i TSB i 2020 sammenlignet med 2019. Pasientraten gikk også ned fra 2017 til 2019, men da med en reduksjon på om lag 0,5 prosent årlig. Det vil si at nedgangen i pasientraten var sterkere siste år i perioden som betraktes. Tallene inkluderer bidrag fra det psykiske helsevernet. Se figur 1.9.

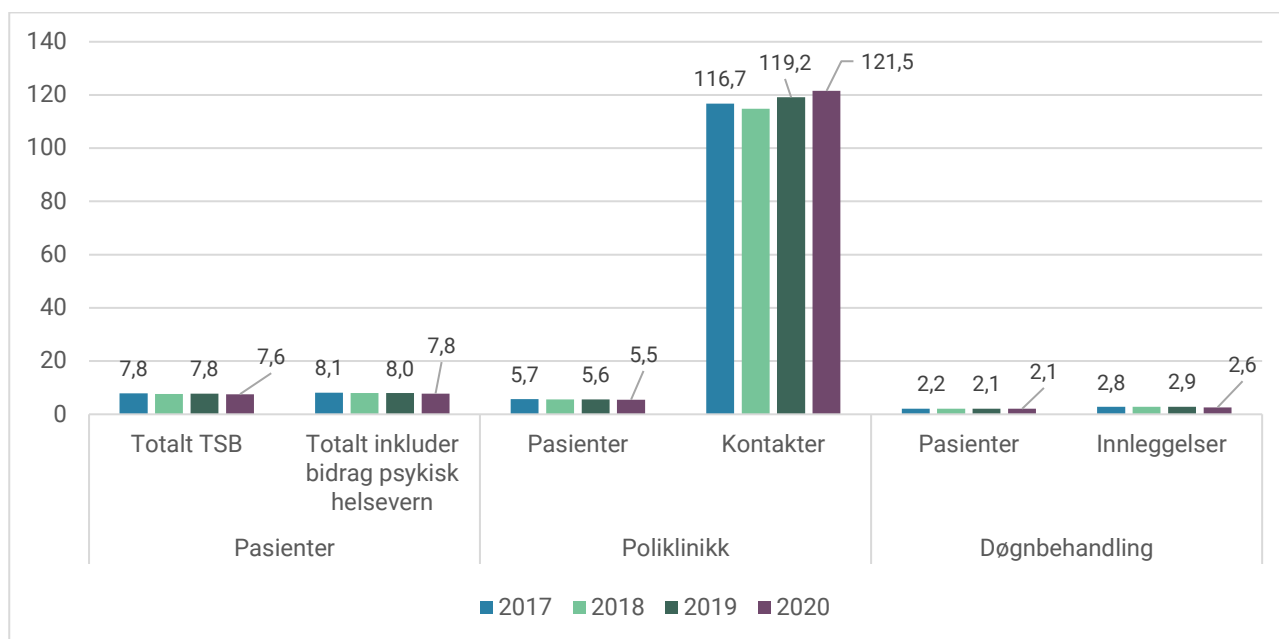
Pasientraten gikk ned både for døgnbehandlingen (-3,7 prosent), og for poliklinisk behandling (-2 prosent) siste år. For døgnbehandlingen var pasientraten stabil i årene før. For den polikliniske behandlingen var det litt også en liten nedgang i pasientraten fra 2017 til 2019.

8 prosent nedgang i tallet på innleggelser per innbygger fra 2019 til 2020

For døgnaktiviteten var det 11 255 innleggelser i 2020. Antallet innleggelser per innbygger gikk ned med 8 prosent fra 2019 til 2020. Grunnlagsdata viser om lag 950 færre innleggelser i TSB i 2020 sammenlignet med 2019. Antallet innleggelser var stabilt på om lag 12 000 i årene før.

Vekst i polikliniske kontakter gikk til flere kontakter per pasient i 2020

Det ble gitt 2 prosent flere polikliniske kontakter per innbygger i 2020 enn i 2019. Når pasientraten i poliklinikkene samtidig gikk ned, så betyr det at hver pasient fikk flere kontakter i 2020.



Figur 1.9: Pasienter, innleggelser og polikliniske kontakter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), 2017-2020. Rater per 1 000 innbyggere over 18 år.

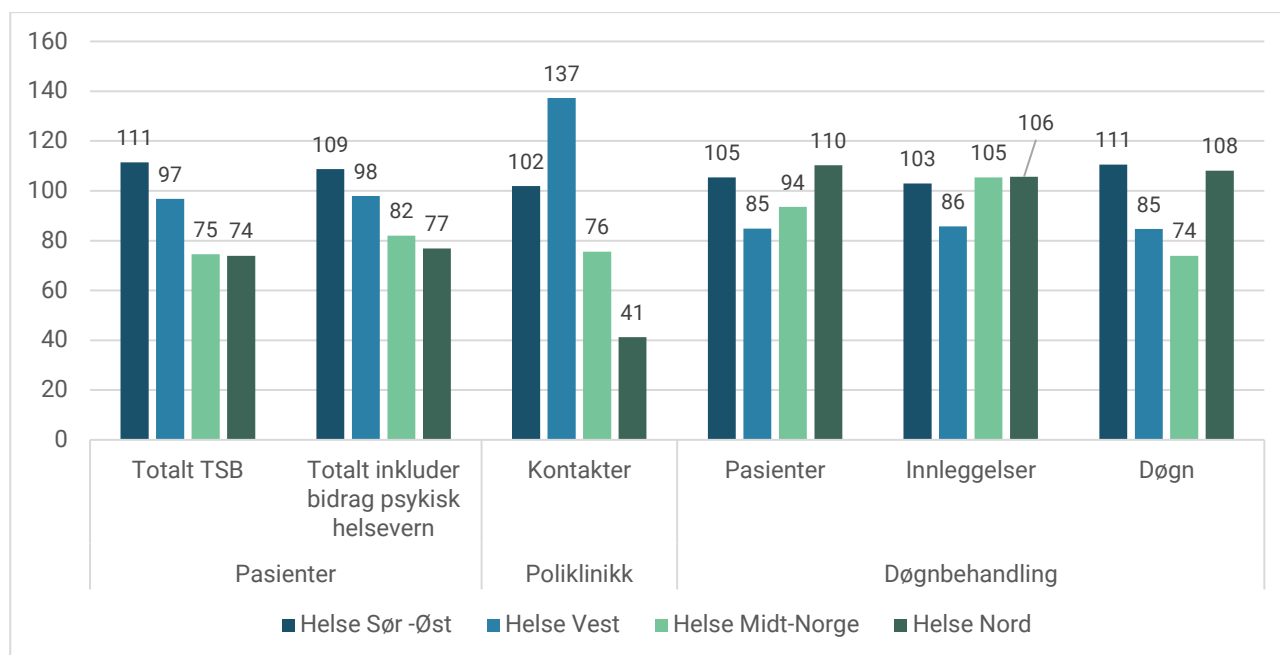
Ulikt omfang av pasienter i TSB, og ulik profil i behandlingen

Figur 1.10 viser at det var regionale variasjoner i omfanget av pasienter og aktivitet i TSB i 2020. Når bidraget fra det psykiske helsevernet inkluderes, hadde Sør-Øst en pasientrate som var 9 prosent over landsgjennomsnittet, mens i Nord og i Midt-Norge var pasientraten henholdsvis 23 og 18 prosent under gjennomsnittet for landet. I Vest var pasientraten nærmere landsgjennomsnittet, med et nivå som var 2 prosent under.

Lavere poliklinisk aktivitet korresponderer med lavere omfang av pasienter i Nord og i Midt-Norge

Høyere pasientrate i Sør-Øst var assosiert med flere døgnpasienter, og tilhørende flere innleggelser og oppholdsdøgn. I Vest var bildet at flere pasienter behandles poliklinisk, mens omfanget av pasienter og aktivitet i døgnbehandlingen var lavere enn landsgjennomsnittet. Midt-Norge hadde færre pasienter enn gjennomsnittet, men pasientene som var i TSB fikk flere og kortere opphold, og flere polikliniske kontakter pasient. Nord hadde lavest pasientrate i TSB i 2020 totalt sett, men flere pasienter enn

landsgjennomsnittet i døgnbehandling. Det vil si at befolkningen i Nord fikk mindre omfang av poliklinisk behandling.



Figur 1.10: Regionale variasjoner i pasientrater tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). 2020. Avvik fra gjennomsnitt = 100.

2. Øyeblikkelig hjelp og telefon- og videokontakter i 2020

I 2020 var det 22 000 færre døgnopphold, og 175 000 færre oppholdsdøgn, som øyeblikkelig hjelp i somatisk sektor sammenlignet med 2019. Relativt sett var reduksjonen sterkest for de eldste over 80 år. Nedgangen i bruk av øyeblikkelig hjelp var sterkere i Sør-Øst, og svakere i Vest.

For somatisk sektor gikk bruken av poliklinikk ned med 4,5 prosent i 2020. Økt bruk av telefon- og videokontakter erstattet ikke fullt ut reduksjonen i øvrige kontakter. Andelen telefon- og videokontakter var 8,4 prosent. Det var utjevning i de geografiske variasjonene i bruk av poliklinikk.

I det psykiske helsevernet for voksne ble øyeblikkelig hjelp døgnopphold redusert med 2,3 prosent i 2020, og oppholdsdøgnene gikk ned med 4,7 prosent. Det var geografiske variasjoner i utviklingen. Fra 2019 til 2020 gikk variasjonen mellom foretaksområdene i bruken av øyeblikkelig hjelp ned.

Tallet på polikliniske kontakter per innbygger økte med 3,8 prosent i det psykiske helsevernet for voksne. Det tilsvarte en vekst på 110 000 kontakter, fordelt på 350 000 flere telefon- og videokontakter og 240 000 færre for de øvrige. Andelen video- og telefonkontakter var på 30 prosent i 2020. Det var utjevning av geografiske forskjeller i bruk av video- og telefonkontakter, men for de polikliniske kontaktene samlet var de geografiske variasjonene stabile.

For det psykiske helsevernet for barn og unge var det 68 000 flere polikliniske kontakter i 2020 sammenlignet med 2019. Veksten fordelte seg på 149 000 flere video- og telefonkontakter, og 81 000 færre for de øvrige. Andelen video- og telefonkontakter var på 43 prosent i 2020. Veksten i telefon- og videokontakter var sterkere ved foretak i Midt-Norge, og svakere i Vest. I likhet med det psykiske helsevernet for voksne så var det utjevning i bruk av video- og telefonkontakter, men for de polikliniske kontaktene samlet var de geografiske variasjonene stabile.

I TSB gikk døgnopphold som øyeblikkelig hjelp opp med 0,9 prosent per innbygger, i motsetning til reduksjon både i psykisk helsevern for voksne og i somatisk sektor. Tallet på øyeblikkelig hjelp oppholdsdøgn per innbygger gikk ned med 9 prosent – i tråd med utviklingen for de øvrige sektorene.

Andelen telefon- og videokontakter ved poliklinikkene i TSB var på 47 prosent i 2020, en vekst på 12 prosentpoeng fra 2019. Økningen i video- og telefonkontakter var sterkere i Midt-Norge sammenlignet med de andre tre regionene. Det var en utjevning i bruk av poliklinikk, men forskjellene mellom foretaksområdene var fortsatt store i 2020 med en variasjonskoeffisient på 44,4 prosent.

2.1 Innledning

Pandemien preget driften i sykehusene i 2020. Planlagt virksomhet måtte utsettes til fordel for økt beredskap. Omfanget av øyeblikkelig hjelp innleggelser ble også påvirket og gikk ned. I dette kapitlet vil det fokuseres på endringen i øyeblikkelig hjelp.

Nedgangen i øyeblikkelig hjelp kan være knyttet til mindre omfang av akutt sykdom og skader som følge av nedstengningen. Men det kan også tenkes at strengere vurdering av hastegrad, samt begrenset inntak via øyeblikkelig hjelp som følge av smittevern hensyn, kan ha påvirket bruken av akutte innleggelser. Akuttvirksomheten utgjør en stor og ressurskrevende del av aktiviteten i spesialisthelsetjenesten. Informasjon om endringer i bruken av øyeblikkelig hjelp i 2020, som dels kan være motivert av covid-situasjonen, kan dermed gi et kunnskapsgrunnlag for videre utvikling og organisering av akuttvirksomheten i sykehus.

Spørsmålene om endring i øyeblikkelig hjelp innleggelser i 2020 som belyses er;

- i) Hvor mye gikk bruken av øyeblikkelig hjelp ned?
- ii) Var det geografiske variasjoner i utviklingen?
- iii) Var det aldersmessige variasjoner i utviklingen?
- iv) Var det en utjevning i bruken av øyeblikkelig hjelp?

Den polikliniske aktiviteten ble også berørt av pandemien. En del polikliniske kontakter ved fysisk møte mellom behandler og pasient ble utsatt. Omfanget av telefon- og videokontakter, som erstatning for fysiske kontakter mellom behandler og pasient, økte i 2020. For 2021 har Helse- og omsorgsdepartementet nedfelt et mål om at andelen video- og telefonkontakter i poliklinikkene skal være på over 15 prosent. Det er interessant å se hvordan helseforetakene ligger an i forhold til dette målet i 2020. Videre er en overgang til telefon- og videokontakter, interessant både i et ressursperspektiv, og også ut fra et mål om å utvikle en mest mulig likeverdig tilgang til spesialisthelsetjenester.

For den polikliniske aktiviteten ser vi nærmere på utviklingen i bruken av telefon- og videokontakter mellom behandler og pasient⁶. Polikliniske kontakter deles inn i telefon- og videokontakter og øvrige.

Spørsmålene om endring i bruk av poliklinikk i 2020 som belyses er:

- i) Hvor stor var endringen i bruk av poliklinikk – herunder hvor stor var endringen i bruk av telefon- og videokontakter?
- ii) Hvor stort var omfanget av telefon- og videokontakter i 2020, og hvordan har det endret seg fra 2019?
- iii) Var det geografiske variasjoner for utviklingen i bruk av poliklinikk?
- iv) Var det en utjevning i bruk av poliklinikk, herunder telefon- og videokontakter?

Det vises til Helsedirektoratet sine nettsider og øvrige publikasjoner for definisjoner av begreper [SAMDATA spesialisthelsetjenesten - Helsedirektoratet](#). Her finnes også et vedlegg med grunnlagstall for denne analysen. Vedlegget inneholder oversikter over forbruksrater på foretaksnivå. Dette gjelder

⁶ Telefon- og videokontakter mellom behandler og pasient er spesifisert som en del av de registrerte polikliniske kontaktene. Denne delmengden avgrenses som indirekte kontakter, hvorav telefonkonsultasjoner med egenandel utgjør en stor del. Samarbeidsmøter og telefon-/videosamtaler om pasienter inngår ikke. Ta kontakt med Helsedirektoratet for nærmere teknisk spesifisering av telefon- og videokontakter.

pasientopphold og oppholdsdøgn fordelt på øyeblikkelig hjelp og planlagte døgnopphold, og polikliniske kontakter fordelt på telefon- og videokontakter og øvrige kontakter.

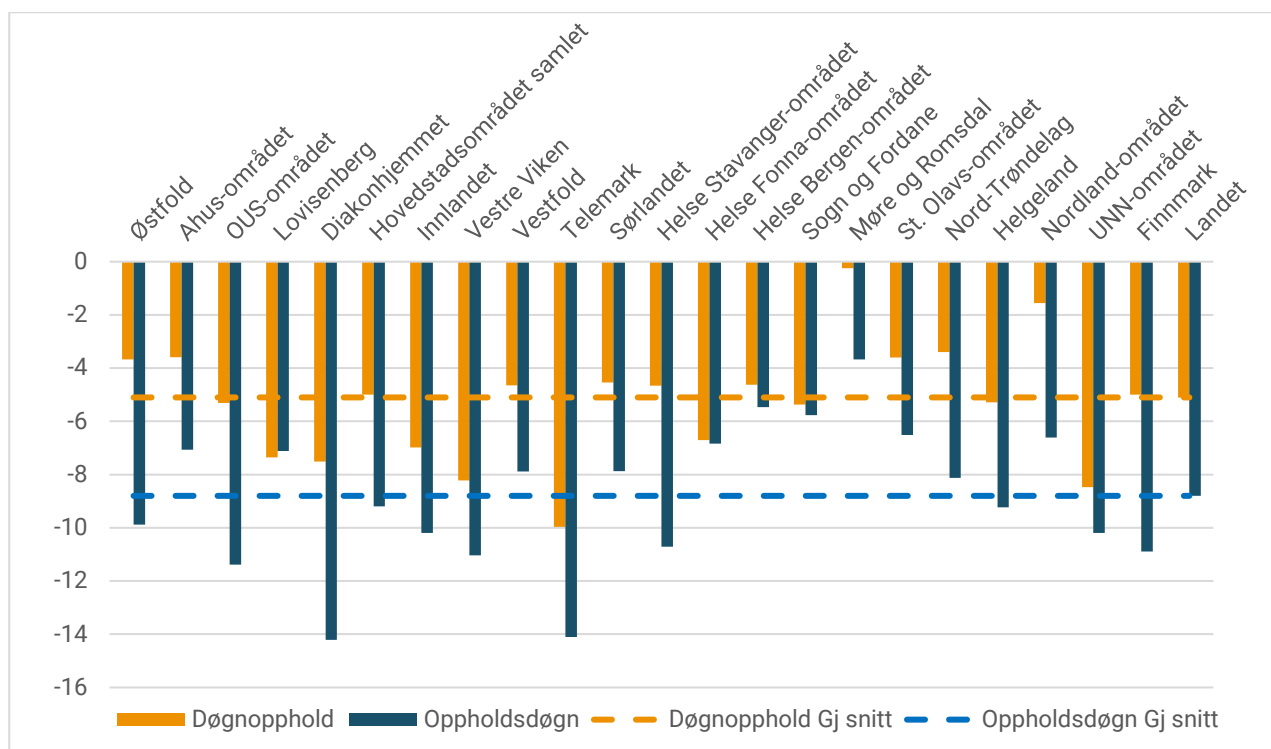
2.2 Somatisk spesialisthelsetjeneste

1 Døgnaktivitet og øyeblikkelig hjelp

22 000 færre døgnopphold som øyeblikkelig hjelp i 2020

Det var totalt 694 500 døgnopphold i somatisk sektor i 2020, en nedgang på 61 000 fra 2019. Målt per innbygger gikk antall døgnopphold ned med 10 prosent. Det var 129 døgnopphold per 1 000 innbyggere i 2020. Nedgangen var relativt sett sterkere for planlagte døgnopphold sammenlignet med øyeblikkelig hjelp. En betydelig nedgang i planlagte døgnopphold var forventet som følge av covid-19 situasjonen. Planlagte opphold per innbygger gikk ned med 24 prosent, og reduksjonen for øyeblikkelig hjelp var på 5 prosent.

Døgnopphold som øyeblikkelig hjelp utgjør en stor del av den totale døgnaktiviteten i somatisk sektor. I 2019 var 72 prosent av døgnoppholdene registrert som øyeblikkelig hjelp, og 28 prosent var planlagte. I 2020 steg andelen øyeblikkelig hjelp til 75 prosent. Det betyr at 5 prosent nedgang i raten for opphold som øyeblikkelig hjelp fra 2019 til 2020 utgjorde en vesentlig del av den totale nedgangen i døgnopphold. Nedgangen totalt på 61 000 døgnopphold fordelte seg på 39 000 færre planlagte og 22 000 færre som øyeblikkelig hjelp.



Figur 2.1: Prosent endring i antall døgnopphold og antall oppholdsdøgn per innbygger fra 2019 til 2020. Øyeblikkelig hjelp i somatisk sektor. Foretaksområder og gjennomsnitt for landet samlet.

Nedgangen i bruk av døgnopphold som øyeblikkelig hjelp i 2020 var mindre ventet enn nedgangen i planlagte døgnopphold som følge av covid-19. Dette er interessant både for å vise endringer i

befolkningens bruk av sykehustjenester som øyeblikkelig hjelp, men også som et mulig kunnskapsgrunnlag for å videreutvikle organiseringen av akutfunksjoner i sykehus.

Sør-Øst hadde mest nedgang i øyeblikkelig hjelp

Bak den nasjonale nedgangen på 5 prosent i bruken av øyeblikkelig hjelp døgnopphold var det regionale variasjoner. For befolkningen i Sør-Øst var det en nedgang på nær 6 prosent fra 2019 til 2020, mens det var en svakere nedgang på rundt 2,5 prosent for befolkningen i Midt-Norge. For befolkningen i Vest var nedgangen på 5 prosent, og dermed nærmest landsgjennomsnittet. I Nord var reduksjonen i øyeblikkelig hjelp på om lag 5,5 prosent. Se figur 2.1 som viser foretaksvise variasjoner for utviklingen i bruk av øyeblikkelig hjelp.

Befolkningen i Sør-Øst hadde lavest bruk av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i 2019, og dette gjaldt dermed også i 2020. Den høyeste bruken av øyeblikkelig hjelp døgnopphold var registrert for befolkningen i Vest. Kønns- og aldersstandardiserte forbruksrater ligger til grunn for denne statusen. Tabell 2.1 viser at de geografiske variasjonene i bruken av øyeblikkelig hjelp døgnopphold var stabile fra 2019 til 2020.

175 000 færre døgn registrert som øyeblikkelig hjelp

Det var om lag 2 845 000 oppholdsdøgn i den somatiske spesialisthelsetjenesten i 2020, 350 000 færre enn året før. Målt per innbygger gikk tallet på oppholdsdøgn ned med 12 prosent. Gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold gikk ned til 4,1 i 2020 fra 4,2 i 2019.

Reduksjonen på 12 prosent for oppholdsdøgn per innbygger var fordelt på 9 prosent for øyeblikkelig hjelp, og nær 23 prosent for planlagte opphold. Reduksjonen i oppholdsdøgn som samlet var på 350 000, ble fordelt på om lag 175 000 døgn for øyeblikkelig hjelp og 175 000 for planlagte døgnopphold. Oppholdstiden for øyeblikkelig hjelp gikk ned med 0,16 fra 2019 til 2020, mot 0,1 for døgnoppholdene samlet. I 2020 var gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold i form av øyeblikkelig hjelp 4,22 mot 4,38 i 2019.

Mindre variasjon mellom foretaksområder i oppholdsdøgn som øyeblikkelig hjelp i 2020

Målt per 1 000 innbygger så var det 409 oppholdsdøgn som øyeblikkelig hjelp i 2020, mot 448 i 2019, jamfør nedgangen på 12 prosent. I 2020 var det noe mindre variasjon mellom foretaksområdene i bruken av døgn som øyeblikkelig hjelp, sammenlignet med 2019. I 2019 var variasjonskoeffisienten 13,8 prosent mot 13,0 prosent i 2020. Forbruksratene som sammenlignes er kjønns- og aldersstandardiserte. Se tabell 2.1.

Tabell 2.1 viser også at raten for oppholdsdøgn varierer mer enn raten for opphold. Det betyr større variasjon i oppholdstid enn i rate for innleggelser, herunder også at potensialet for utjevning kan være større knyttet til oppholdstiden enn omfanget av innleggelser.

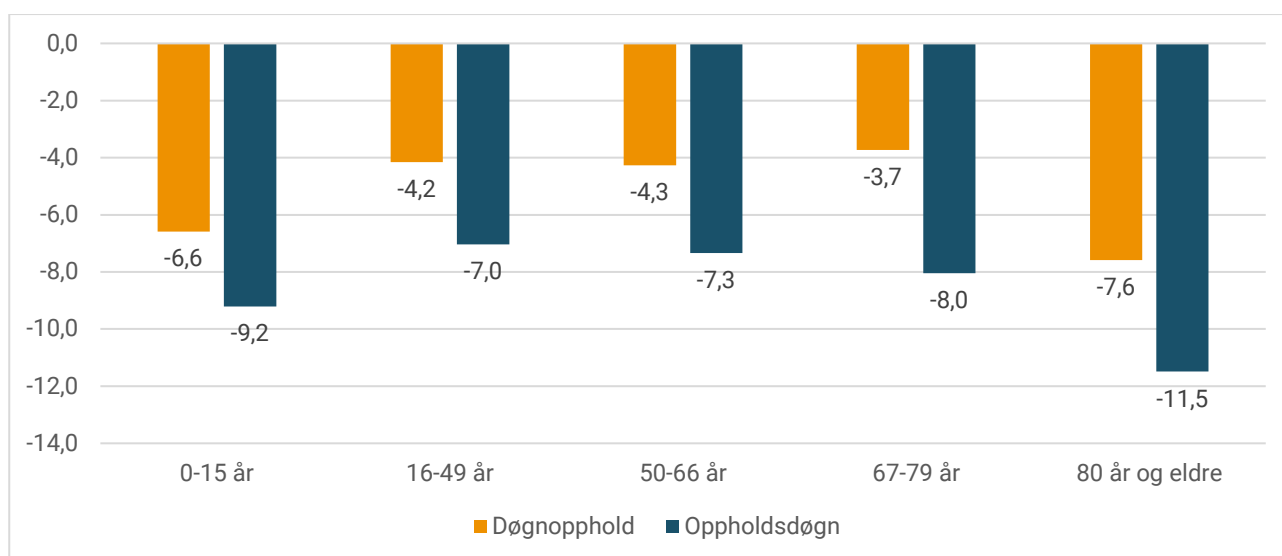
Tabell 2.1 Variasjon i rate for døgnopphold og oppholdsdøgn som øyeblikkelig hjelp, samt for polikliniske kontakter i sykehus, i 2019 og 2020.

Foretaksområde	Opphold		Oppholdsdøgn		Polikliniske kontakter	
	2020	2019	2020	2019	2020	2019
Variasjon (std avvik)	7,0	7,4	53,1	56,4	80,2	85,9
Gjennomsnitt foretakene samlet	97	102	409	448	1024	1072
Variasjonskoeffisient ⁷	0,073	0,072	0,130	0,138	0,078	0,080

De eldste fikk sterkere reduksjon i bruken øyeblikkelig hjelp i 2020

Når nedgangen siste år i bruken av døgnopphold som øyeblikkelig hjelp brytes ned på aldersgrupper, ser vi at nedgangen gjelder alle aldersgrupper. Nedgangen var relativt sett sterkere for de eldste over 80 år, samt for de aller yngste i gruppen 0-15 år. For aldersgruppene samlet gikk bruken av døgnopphold som øyeblikkelig hjelp ned med 5 prosent, mens den for de eldste var på 7 prosent. Tilsvarende var nedgangen i tallet på oppholdsdøgn som øyeblikkelig hjelp 9 prosent for alle aldersgrupper samlet, mot 11 prosent for de eldste. Se figur 2.2. Mer reduksjon i oppholdsdøgn enn i opphold betyr kortere oppholdstider.

De eldste i Sør-Øst hadde en sterkere nedgang enn de eldste i andre regioner, i bruk av sykehustjenester som øyeblikkelig hjelp.



Figur 2.2: Prosentvis endring fra 2019 til 2020 i døgnopphold, og oppholdsdøgn, som øyeblikkelig hjelp per innbygger, fordelt på aldersgrupper.

⁷ Variasjonskoeffisienten uttrykker standardavviket i forholdet til gjennomsnittet.

2 Poliklinisk aktivitet – telefon og videokontakter

Det ble utført om lag 7,5 millioner polikliniske kontakter i den somatiske spesialisthelsetjenesten i 2020. Det var 4,2 prosent færre enn i 2019. Tallgrunnlaget inkluderer både helseforetak og avtalespesialister.

Nedgang på 4,5 prosent i antall polikliniske kontakter i per innbygger

Korrigert for befolkningsveksten så var det 4,5 prosent færre polikliniske kontakter i helseforetak i 2020 sammenlignet med 2019. De aller fleste polikliniske kontakter er planlagte, og i 2020 var 93 prosent av kontaktene planlagte.

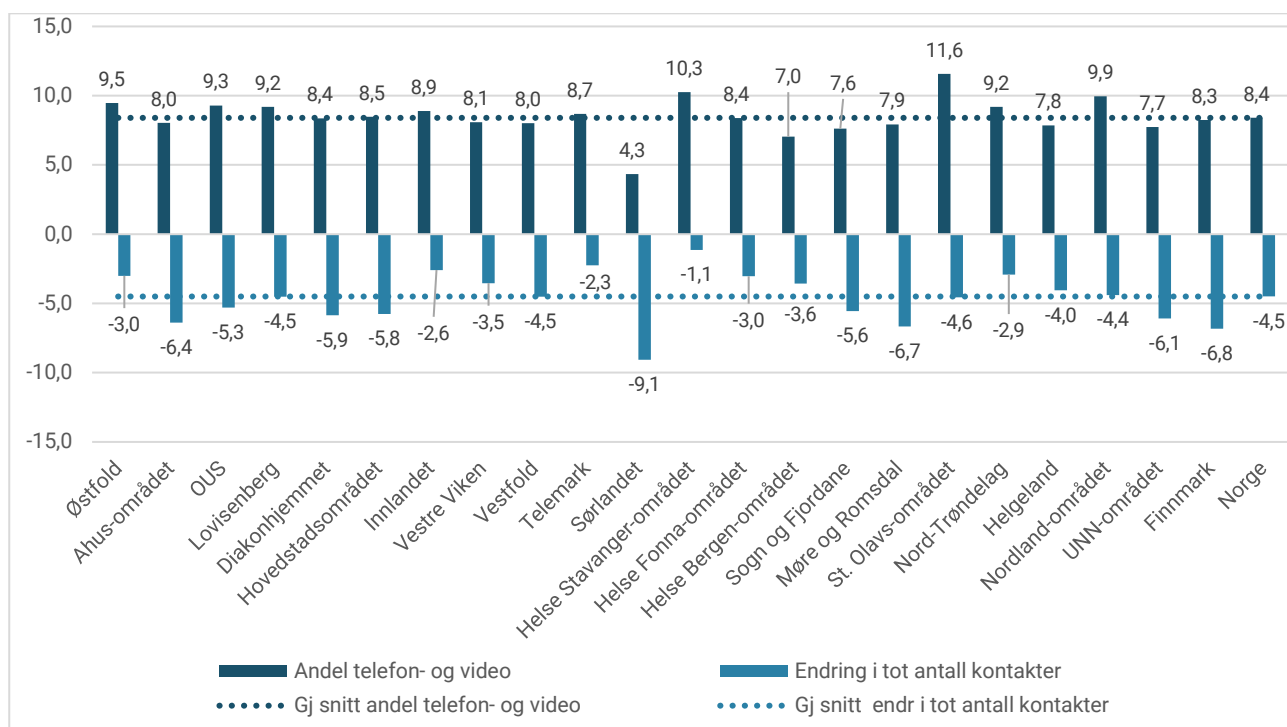
For den polikliniske virksomheten ble det planlagte tilbudet til befolkningen, i større grad enn for døgnaktiviteten, opprettholdt i 2020. Tallet på planlagte døgnopphold per innbygger gikk ned med drøyt 19 prosent, mens tallet på planlagte kontakter gikk ned med 3,4 prosent. Nedgangen i raten for planlagte kontakter tilsvarte ca. 228 000 færre i 2020 sammenlignet med 2019.

I det psykiske helsevernet for voksne økte tallet på polikliniske kontakter per innbygger med 3,8 prosent fra 2019 til 2020. Innslaget av telefon- og videokontakter var også større i det psykiske helsevernet for voksne sammenlignet med somatisk sektor både i 2019 og i 2020 - se figur 2.6 i avsnitt 2.3 som omhandler psykisk helsevern for voksne.

8,4 prosent av kontaktene ble utført ved video og telefon i 2020

En medvirkende faktor for at det polikliniske tilbudet til befolkningen, i større grad enn for døgnvirksomheten, ble opprettholdt, er bruken av video- og telefonkontakter i 2020. I de regionale helseforetakenes oppdragsdokumenter for 2021 er det nedfelt et mål om at andelen telefon- og videokontakter skal være over 15 prosent. Statusen for somatisk sektor i 2020 var at 8,4 prosent av de polikliniske kontaktene ble registrert som video- eller telefonkontakt. Det er usikkerhet knyttet til praksis og kvalitet for registrering av video- og telefonkontakter i 2020. Kvaliteten i registreringen forventes å bli bedre i 2021.

Andelen registrerte video- og telefonkontakter av totalt antall kontakter varierte mellom 4,3 og 11,6 når foretaksområdene sammenlignes. De fleste foretaksområdene hadde imidlertid en andel telefon- og videokontakter som ligger nær gjennomsnittet på 8,4 – se figur 2.3.



Figur 2.3: Prosentandel telefon- og videokontakter i 2020, og prosentvis endring i totalt antall kontakter per innbygger 2019-2020. Foretaksområder og nasjonale gjennomsnitt.

Høyest andel telefon- og videokontakter i Midt-Norge

Det var variasjoner mellom foretaksområdene i andelen telefon- og videokontakter i 2020. På regionalt nivå var andelen noe høyere enn gjennomsnittet for befolkningen i Midt-Norge, mens den var litt lavere for befolkningen i Sør-Øst. For befolkningen i Vest og Nord var andelen telefon- og videokontakter nær gjennomsnittet på 8,4.

I 2019 var omfanget av registrerte telefon- og videokontakter i somatisk spesialisthelsetjeneste nær 0, og dermed ser vi ikke på endring i omfanget fra 2019 til 2020.

Høyere andel telefon- og videokontakter korresponderer ikke med mindre nedgang i bruk av poliklinikk

På landsnivå gikk tallet på polikliniske kontakter per innbygger i sykehus ned med 4,5 prosent fra 2019 til 2020. Det var foretaksvis forskjeller i nivået på nedgangen, som varierte fra -1 til -9 prosent. Et spørsmål som kan stilles er om en svakere nedgang i totalt antall kontakter per innbygger korresponderer med høyere andel telefon- og videokontakter i 2020 – og omvendt. Figur 2.3 indikerer at det ikke er noen entydig sammenheng mellom lavere andel telefon- og videokontakter i 2020 og sterkere nedgang i totalt antall kontakter. For noen foretaksområder kan det se ut til at telefon- og videokontakter har erstattet øvrige, og at nedgangen i kontakter per innbygger er mindre, men det er ikke et gjennomgående inntrykk.

Liten utjevning i bruken av poliklinikk

I 2020 ble det i gjennomsnitt utført 1 024 polikliniske kontakter i sykehus per 1 000 innbyggere, når telefon- og videokontakter og øvrige kontakter telles samlet. Forbruksraten varierte noe mellom foretaksområdene. Målt ved variasjonskoeffisienten gikk variasjonen i bruk av poliklinikk litt ned fra 2019 til 2020. Variasjonskoeffisienten var på 8,0 prosent i 2019 og på 7,8 prosent i 2020 - se tabell 1.1. Økt

brukt av telefon- og videokontakter i somatisk sektor i 2020 korresponderer dermed med en liten utjevning mellom foretaksområdene i bruken av poliklinikk.

2.3 Psykisk helsevern for voksne

1 Døgnaktivitet og øyeblikkelig hjelp

I 2020 var det 41 811 døgnopphold i det psykiske helsevernet for voksne (PHV), og det var en nedgang på 2 951 opphold fra 2019. Målt per 1 000 innbyggere tilsvarte dette en nedgang på 7,3 prosent fra 2019. Nedgangen i raten for døgnopphold kom i hovedsak for planlagte døgnopphold, med nedgang på 17,7 prosent, mot en svakere reduksjon på 2,3 prosent for øyeblikkelig hjelp.

Om lag 71 prosent av døgnoppholdene i PHV startet som øyeblikkelig hjelp i 2020.

Mindre nedgang i øyeblikkelig hjelp opphold i PHV enn i somatisk sektor

Sammenlignet med somatisk sektor, så var nedgangen i raten for øyeblikkelig hjelp døgnopphold svakere. I somatisk sektor ble den redusert med 5 prosent, mot 2,3 prosent i PHV. For planlagte døgnopphold var utviklingen mer lik, med en nedgang i raten på nær 18 prosent i PHV og med 19 prosent i somatisk sektor.

Dette kan indikere at covid-19 situasjonen i 2020 i sterkere grad påvirket bruken av øyeblikkelig hjelp i somatisk sektor enn i det psykiske helsevernet for voksne.

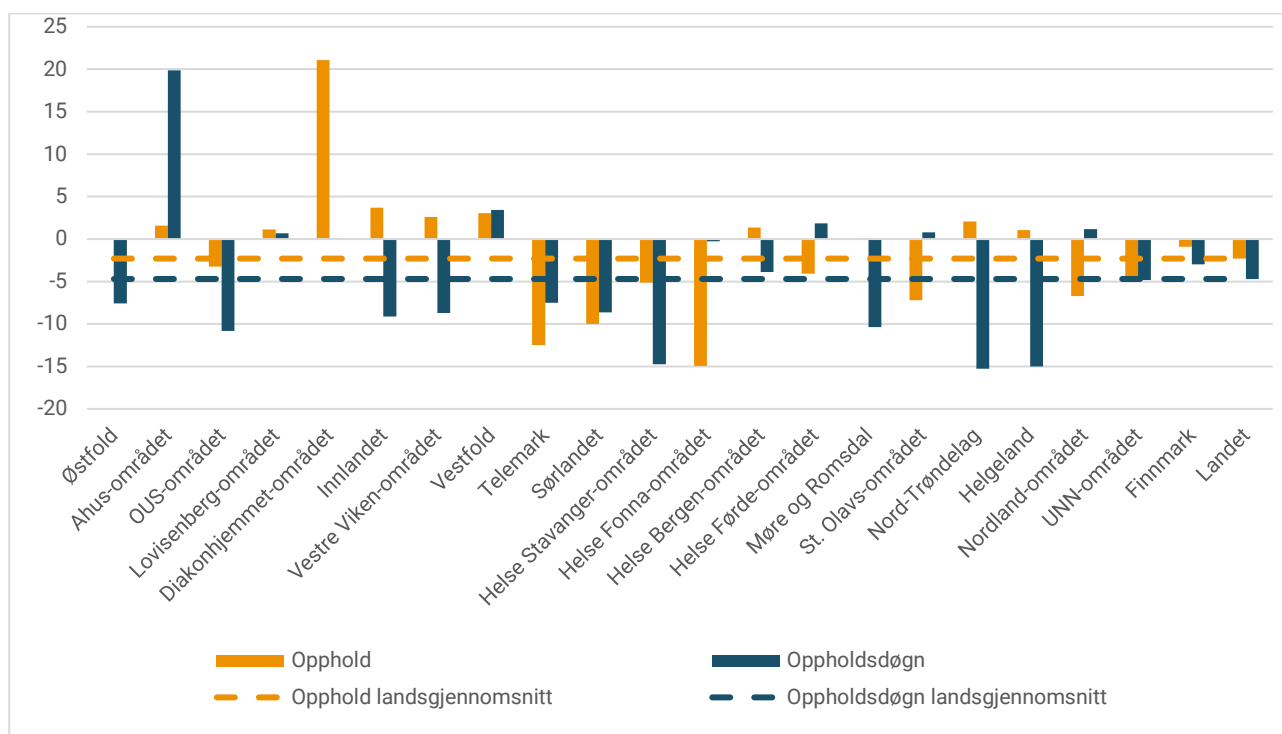
Utjevning i bruk av øyeblikkelig hjelp i PHV

Bak nedgangen på 2,3 prosent i raten for øyeblikkelig hjelp døgnopphold, var det variasjoner mellom foretaksområdene – se figur 2.4. I Sør-Øst hadde 6 av 10 foretaksområder flere øyeblikkelig hjelp opphold per innbygger i 2020 sammenlignet med 2019. Diakonhjemmets område skiller seg ut med stor vekst i opphold om øyeblikkelig hjelp, men det var ikke en tilsvarende vekst i oppholdsdøgnene.

Tabell 2.2 viser at variasjonen mellom foretaksområdene, når det gjelder bruk av øyeblikkelig hjelp døgnopphold, ble redusert i 2020. Variasjonskoeffisienten ble redusert med 4 prosentpoeng, og var på 20,2 prosent i 2020. Det vil si at ulik utvikling for foretaksområdene, har medført noe utjevning av opphold som starter med øyeblikkelig hjelp.

I det psykiske helsevernet for voksne var det om lag 524 000 oppholdsdøgn registrert som øyeblikkelig hjelp i 2020. Det var en nedgang på om lag 22 000 fra 2019. Målt per 1 000 innbyggere var det 122 døgn registrert som øyeblikkelig hjelp i 2020, og nedgangen fra 2019 var på 4,7 prosent.

Figur 2.4 viser at foretaksområdene hadde ulik utvikling i befolkningens bruk av akutte oppholdsdøgn fra 2019 til 2020. Akershus-området skiller seg ut med stor økning i tallet på oppholdsdøgn. Tabell 2.2 viser at forskjellene mellom foretaksområdenes bruk av akutte oppholdsdøgn, i likhet med bruken av øyeblikkelig hjelp døgnopphold, ble redusert i 2020. Variasjonskoeffisienten gikk ned med 2,9 prosentpoeng, var på 28,6 prosent i 2020. Ulik utvikling for foretaksområdene, når de gjelder bruk av akutte oppholdsdøgn, medførte utjevning av forbruksnivået.



Figur 2.4: Prosent endring i antall døgnopphold og antall oppholdsdøgn per innbygger fra 2019 til 2020. Øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet for voksne. Foretaksområder.

Tabell 2.2 Øyeblikkelig hjelp døgnopphold og oppholdsdøgn i 2019 og 2020. Psykisk helsevern for voksne. Rater per 10 000 innbyggere over 18 år, standardavvik og variasjonskoeffisient.

	Døgnopphold		Oppholdsdøgn	
	2020	2019	2020	2019
Variasjon (std avvik)	1,4	1,7	35,0	40,5
Gjennomsnitt	6,9	7,1	122,4	128,5
Variasjonskoeffisient	0,202	0,245	0,286	0,315

2 Poliklinisk aktivitet – telefon og videokontakter

Det var 2,5 millioner polikliniske kontakter i det psykiske helsevernet for voksne i 2020, og det var en vekst på om lag 4,5 prosent, eller om lag 110 000 kontakter, fra 2019. Målt per innbygger var det en vekst på 3,8 prosent. Tallgrunnlaget inkluderer både helseforetak og avtalespesialister.

Økt poliklinisk aktivitet ved vekst i telefon- og videokontakter

Bak veksten på 3,8 prosent i antall polikliniske kontakter per innbygger siste år, så var det en vekst på 84 prosent for telefon- og videokontakter, og en nedgang på 13 prosent for de øvrige. Det vil si om lag 350 000 flere telefon- og videokontakter, i 2020, og om lag 240 000 færre øvrige kontakter. Når vi ser en vekst i polikliniske kontakter per innbygger i 2020, kom det av at økningen i bruk av telefon- og videokontakter, oversteg nedgangen for de øvrige kontaktene i PHV. Se tabell 2.3.

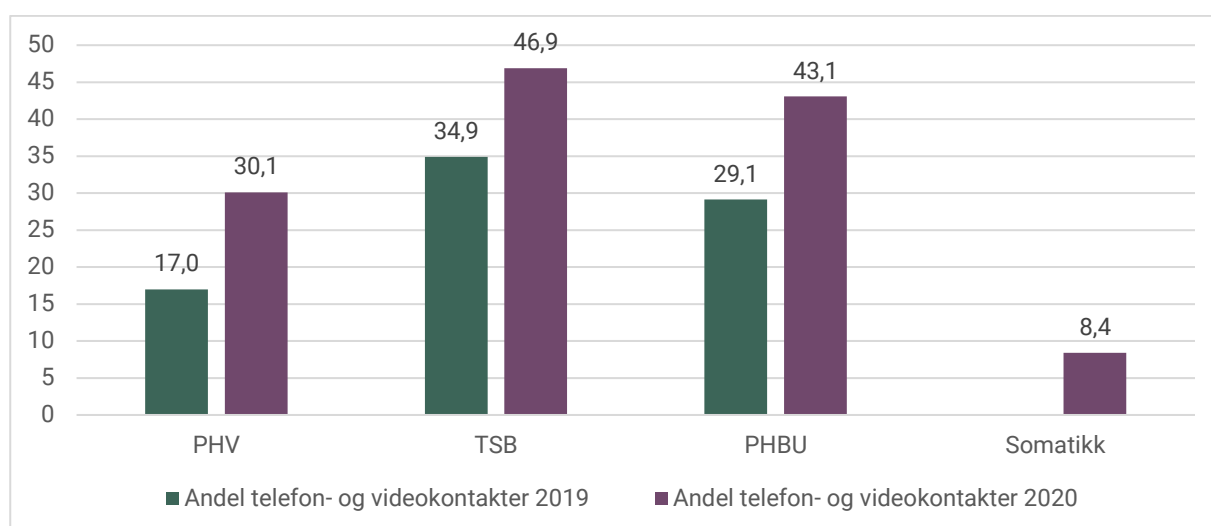
Andelen telefon- og videokontakter var på 30 prosent i 2020

I 2020 ble 30 prosent av kontaktene i PHV utført ved telefon eller video, mot 17 prosent i 2019. Samtidig vet vi at andelen telefon- og videokontakter var særlig høy i mars og i april. Det blir interessant å følge utviklingen i omfanget av telefon- og videokontakter, med tanke på hvor høy raten og andelen blir i 2021.

Tabell 2.3 Prosentvis vekst i antall polikliniske kontakter per innbygger fra 2019 til 2020.

Tjenesteområde	Totalt	Herav telefon og video	Herav øvrige
Psykisk helsevern for voksne	3,8	83,8	-12,6
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	1,9	36,9	-16,8
Psykisk helsevern for barn og unge	8,5	60,4	-12,8

Sammenlignet med somatisk sektor, som hadde en andel telefon- og videokontakter, på 8,4 prosent i 2020, så utføres en større del av kontaktene i PHV ved telefon eller video. Målet, som ble innført i RHF-ene sine oppdragsdokumenter for 2021, om at andelen telefon- og videokontakter, minst skal være på 15 prosent var dermed oppfylt for dette tjenesteområdet. Se figur 2.5 nedenfor for sammenligning av andel telefon- og videokontakter for ulike tjenesteområder.



Figur 2.5: Andel telefon- og videokontakter for ulike tjenesteområder. 2019 og 2020.

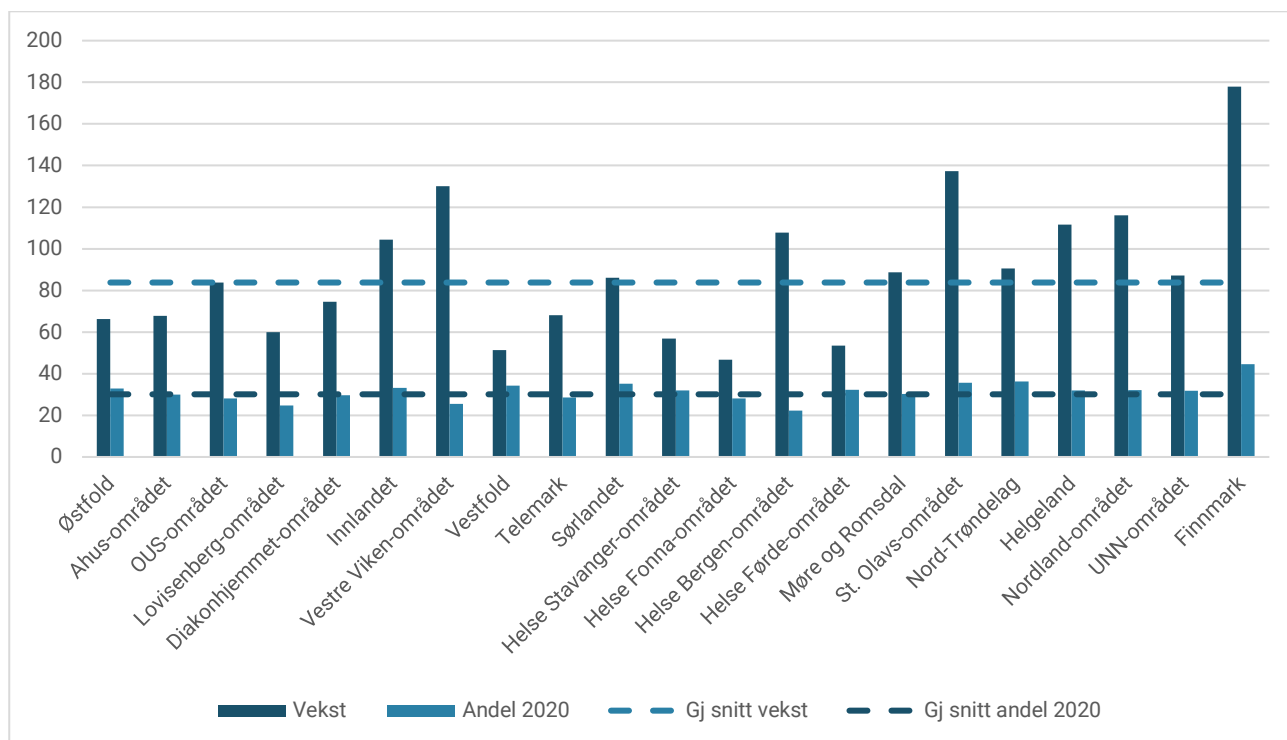
Sterkere vekst i telefon- og videokontakter i Midt-Norge og i Nord

Det var en relativt sterk vekst på 84 prosent tallet på telefon- og videokontakter per innbygger fra 2019 til 2020 i PHV. Den prosentvise veksten i raten for telefon- og videokontakter var gjennomgående over gjennomsnittet på 84 for befolkningen i alle foretaksområdene i Midt-Norge og i Nord. For befolkningen i Vest og Sør-Øst var det flere områder som hadde en vekst i raten for telefon- og videokontakter som var svakere enn gjennomsnittet på 84 prosent. Se figur 2.6.

Figur 2.6 viser også at andelen telefon- og videokontakter på 30 prosent var nokså lik for foretaksområdene i 2020. I Nord og Midt-Norge, hvor veksten i omfanget av telefon- og videokontakter, relativt sett var sterkere i 2020, hadde alle foretaksområdene en andel telefon- og videokontakter som var over gjennomsnittet på 30.

Stabile geografiske variasjoner i bruk av poliklinikk

Et spørsmål som kan stilles er om den relativt sterke veksten i telefon- og videokontakter er assosiert med en utjevning av det polikliniske tilbudet mellom foretaksområdene. Tabell 2.4 nedenfor viser at variasjonen i raten for telefon- og videokontakter målt ved variasjonskoeffisienten, gikk ned med 6,8 prosentpoeng fra 2019, og var på 22,5 prosent i 2020. Det har dermed vært en utjevning i forbruket av telefon- og videokontakter, i poliklinikkene i 2020. Men variasjonskoeffisienten for de øvrige kontaktene gikk opp fra 28,8 prosent i 2019 til 32,7 prosent i 2020. For kontaktene sett samlet var variasjonen relativt stabil mellom disse to årene.



Figur 2.6: Prosentvis vekst i antall telefon- og videokontakter per innbygger fra 2019 til 2020, og andel telefon- og videokontakter i 2020. Psykisk helsevern for voksne. Foretaksområder og gjennomsnitt for landet samlet.

Tabell 2.4: Variasjon i rate for polikliniske kontakter, samt i andel telefon- og videokontakter, i det psykiske helsevernet for voksne 2019 og 2020.

	Totalt		Øvrige		Telefon- og video		Andel telefon- og videokontakter	
	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019
Gjennomsnitt	588	567	411	470	177	96	30	17
Variasjon (std avvik)	165,1	157,5	134,5	135,2	39,9	28,2	4,7	2,9
Variasjonskoeffisient	0,281	0,278	0,327	0,288	0,225	0,294	0,156	0,173

2.4 Psykisk helsevern for barn og unge

Poliklinisk aktivitet – telefon og videokontakter

8,5 prosent flere polikliniske kontakter per innbygger i 2020

Det var om lag 928 500 polikliniske kontakter i det psykiske helsevernet for barn og unge (PHBU) i 2020, en vekst på om lag 68 000 kontakter fra 2019. Målt per innbygger, økte tallet på polikliniske kontakter med 8,5 prosent i 2020. Tallgrunnlaget inkluderer både helseforetak og avtalespesialister.

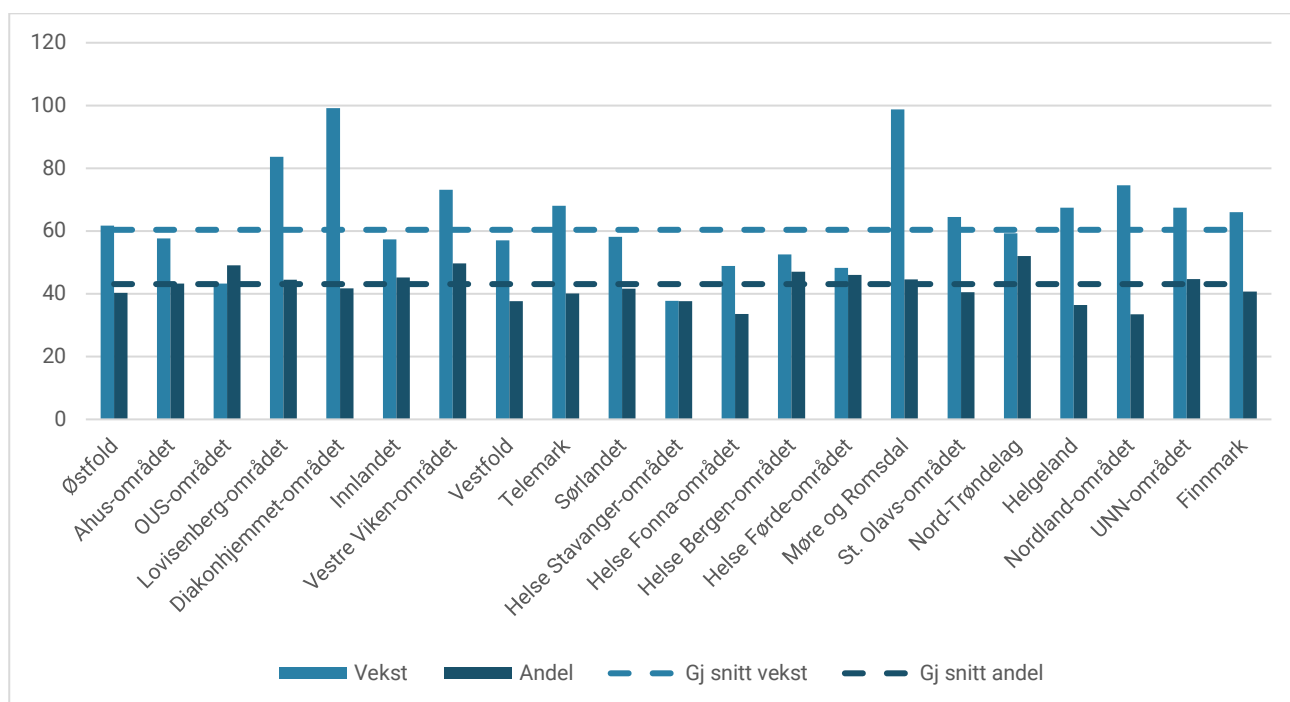
Andelen telefon- og videokontakter var på 43 prosent i 2020

Bak veksten på 8,5 prosent i tallet på polikliniske kontakter i 2020, så var det en vekst på 60 prosent for telefon- og videokontakter, og en nedgang på 13 prosent for de øvrige. Veksten for telefon- og videokontakter tilsvarte om lag 149 000 flere, og reduksjonen i øvrige kontakter tilsvarte om lag 81 000 færre. Dreiningen mot flere telefon- og videokontakter var i tråd med utviklingen i det psykiske helsevernet for voksne – se tabell 2.3.

43 prosent av kontaktene i PHBU ble utført via telefon eller video i 2020, mot 29 prosent i 2019. Sammenlignet med det psykiske helsevernet for voksne, så utføres en større del av kontaktene via telefon eller video – se figur 2.6. Målet om at minst 15 prosent av kontaktene skal utføres via telefon eller video, som innføres fra 2021, var dermed oppnådd i denne sektoren.

Sterkere vekst for telefon- og videokontakter i Nord og Midt-Norge, svakere i Vest

Veksten i telefon- og videokontakter var jevnt over sterkere enn gjennomsnittet på 60 prosent ved foretakene i Nord og i Midt-Norge. For foretakene i Vest var veksten jevnt over svakere enn 60 prosent – se figur 2.7. Figur 2.7 viser også at andelen telefon- og videokontakter var relativt lik for foretaksområdene i 2020. Andelen varierte fra 33 til 52, men mange områder hadde en andel nær gjennomsnittet på 43.



Figur 2.7: Prosentvis vekst i antall telefon- og videokontakter per innbygger fra 2019 til 2020, og andel telefon- og videokontakter i 2020. Psykisk helsevern for barn og unge.

Stabile geografiske variasjoner i bruk av polikliniske kontakter

Tabell 2.5 viser at variasjonen mellom foretaksområdene i bruk av telefon- og videokontakter, målt ved variasjonskoeffisienten, gikk ned med 2,3 prosentpoeng og var 17,9 prosent i 2020. På den andre siden gikk variasjonskoeffisienten for de øvrige kontaktene noe opp med 1,1 prosentpoeng, og var på 21,3 prosent i 2020. For konsultasjonene totalt sett så var variasjonen relativt stabil mellom disse to årene, men en liten nedgang på 0,5 prosentpoeng for variasjonskoeffisienten.

Tabell 2.5: Variasjon i rate for polikliniske kontakter, samt andel telefon- og videokontakter, i det psykiske helsevernet for barn og unge 2019 og 2020.

	Totalt		Øvrige		Telefon og video		Andel telefon og video	
	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019
Gjennomsnitt	836	770	476	545	360	224	43	29
Variasjon (std avvik)	138,3	131,1	101,5	110,0	60,8	43,2	5,0	4,5
Variasjonskoeffisient	0,165	0,170	0,213	0,202	0,169	0,193	0,117	0,153

2.5 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

1 Døgnaktivitet og øyeblikkelig hjelp

Øyeblikkelig hjelp er en mindre del av døgnbehandlingen i den tverrfaglig spesialiserte rusbehandlingen i (TSB), sammenlignet med det psykiske helsevernet for voksne. Øyeblikkelig hjelp utgjorde om lag 22 prosent av døgnoppholdene, og 4,4 prosent av oppholdsdoegnene, i 2020. TSB er volummessig en relativt liten sektor i spesialisthelsetjenesten. Det var 11 250 innleggelser i 2020, og 2 460 av disse var øyeblikkelig hjelp. Det betyr at små endringer kan gi relativt sett store utslag på foretaksnivå, som videre kan være uttrykk for tilfeldige variasjoner. I dette avsnittet vil utviklingen i 2020 for døgnbehandling i TSB kun kort bli kommentert på nasjonalt nivå.

Stabilt nivå på øyeblikkelig hjelp innleggelser

Tallet på døgnopphold per innbygger gikk ned med 8,4 prosent fra 2019 til 2020. Reduksjonen på 8,4 prosent var dekomponert i en nedgang på - 10,8 prosent for planlagte døgnopphold, og en vekst på 0,9 prosent for øyeblikkelig hjelp. TSB har dermed, i motsetning til både det psykiske helsevernet for voksne og somatisk sektor, en stabil bruk av døgnopphold som øyeblikkelig hjelp i 2020. De andre sektorene hadde redusert bruk av øyeblikkelig hjelp.

Reduksjon på 9 prosent i tallet på øyeblikkelig hjelp døgn per innbygger

Tallet på oppholdsdoegn per innbygger gikk ned 4,5 prosent, når både planlagte opphold og øyeblikkelig hjelp sees sammen. Raten for døgn som øyeblikkelig hjelp gikk ned med 9 prosent, og raten for planlagte døgn gikk ned med 4,2 prosent. Sett i forhold til innbyggertallet, så gikk dermed døgn for øyeblikkelig hjelp ned, samtidig som tallet på innleggelser som øyeblikkelig hjelp var stabilt. Dette kan indikere at varigheten av episodene registrert som øyeblikkelig hjelp har gått ned.

2 Poliklinisk aktivitet – telefon og videokontakter

1,9 prosent flere kontakter per innbygger i 2020

Det var 522 100 polikliniske kontakter i TSB i 2020, noe som var 13 500 flere enn i 2019. Målt per innbygger over 18 år var det en vekst på 1,9 prosent.

Andelen telefon- og videokontakter var 47 prosent i 2020

Bak veksten på 1,9 prosent i polikliniske kontakter i 2020, var det en vekst på 37 prosent for telefon- og videokontakter, og en nedgang på 17 prosent for de øvrige. Dette bildet er i tråd med utviklingen i det psykiske helsevernet – se også tabell 2.3.

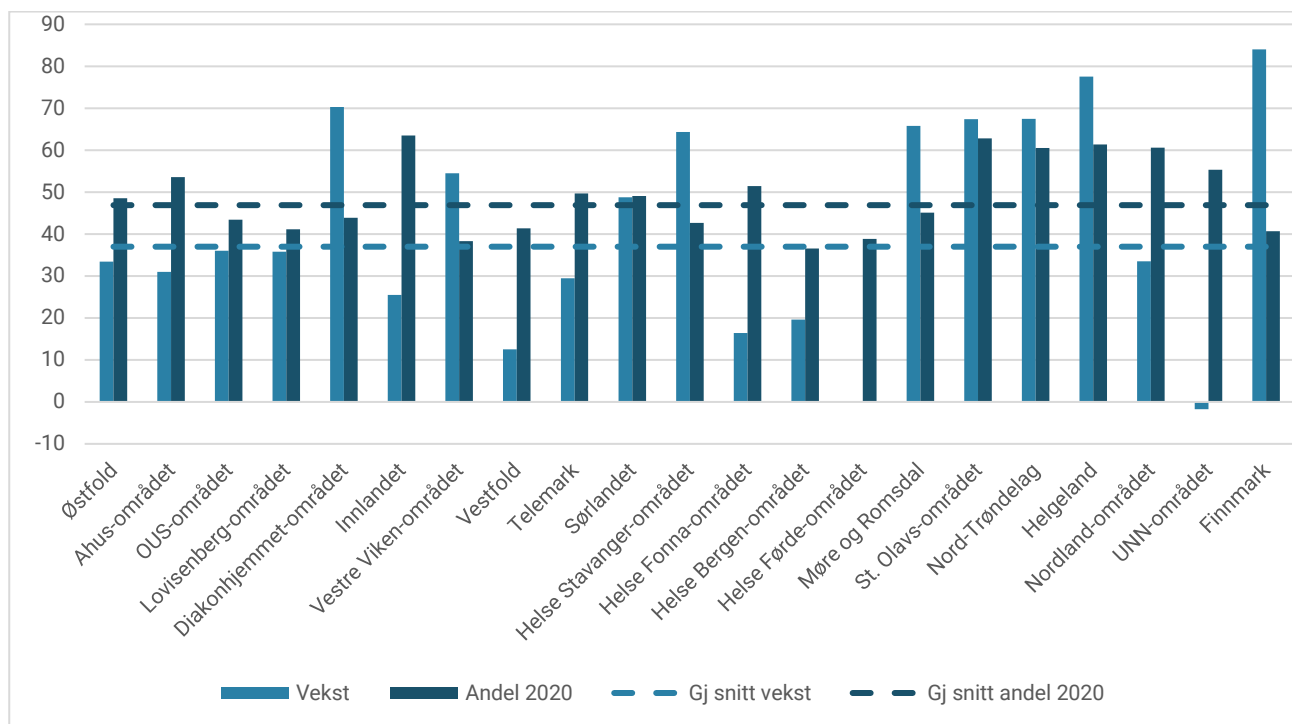
47 prosent av kontaktene i TSB ble utført via telefon eller video i 2020, mot 35 prosent i 2019. Sammenlignet med det psykiske helsevernet for voksne, så utføres en større del av kontaktene via telefon eller video i TSB. Målet om at minst 15 prosent av kontaktene skal være via telefon eller video, som innføres fra 2021, var dermed oppnådd for TSB.

Sterkere vekst i, og høyere andel av, telefon- og videokontakter i Midt-Norge

Den prosentvise veksten fra 2019 til 2020 for telefon- og videokontakter, var jevnt over sterkere enn gjennomsnittet på 37 prosent ved foretakene i Midt-Norge. For foretakene i de øvrige regionene varierte

veksten mellom foretaksområdene - se figur 2.8. UNN-området utmerker seg med en nedgang i raten for telefon- og videokontakter.

Figur 2.8 viser også at andelen telefon- og videokontakter, i 2020 jevnt over var noe høyere for foretaksområdene i Midt-Norge og i Nord, sammenlignet med områdene i Vest og Sør-Øst. I Midt-Norge varierte andelen fra 45 til 63, og i Vest varierte den fra 37 til 51.



Figur 2.8: Prosentvis vekst i antall telefon- og videokontakter per innbygger fra 2019 til 2020, og andel telefon- og videokontakter i 2020. TSB. Foretaksområder og gjennomsnitt for landet samlet.

Geografiske variasjoner i andelen telefon- og videokontakter

Sammenlignet med det psykiske helsevernet, så varierte andelen telefon- og videokontakter noe mer mellom foretaksområdene. I TSB var variasjonskoeffisienten mellom foretaksområdene for andel telefon- og videokontakter 18,9 prosent – mot 11,7 prosent i PHBU og 15,6 prosent i PHV. Se tabellene 2.4, 2.5 og 2.6.

Utjevning i bruk av poliklinikkene, men fortsatt stor geografisk variasjon

Tabell 2.6 viser også at det har vært en utjevning mellom foretaksområdene i bruk av telefon- og videokontakter. Variasjonskoeffisienten ble redusert fra 43,7 prosent i 2019 til 40,2 prosent i 2020. Når telefon- og video og øvrige kontakter sees samlet, så var det også en liten utjevning mellom foretaksområdene. Variasjonskoeffisienten ble redusert til 44,4 prosent i 2020 fra 46,8 prosent i 2019. Dermed er det indikasjon på utjevning i befolkningens bruk av poliklinikk i TSB i 2020. TSB var dermed den eneste sektoren hvor det var en utjevning, når telefon- og videokontakter og øvrige konsultasjoner sees sammen. Men variasjonen i bruk av poliklinikk var høyere for TSB enn for de øvrige sektorene.

Tabell 2.6: Variasjon i rate for polikliniske konsultasjoner, samt andel telefon- og videokontakter, i TSB 2019 og 2020.

	Totalt		Øvrige		Telefon og video		Andel telefon og video	
	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019
Gjennomsnitt	122	120	65	78	57	42	47	35
Variasjon (std avvik)	54,2	56,2	33,9	40,2	22,9	18,4	8,8	7,9
Variasjonskoeffisient	0,444	0,468	0,522	0,516	0,402	0,437	0,189	0,226

3. Kontinuitet og samhandling

Pandemien preget sykehusaktiviteten i 2020, og utviklingen som omtales her må tolkes i lys av dette.

Gjennomsnittlig ventetid til utredning og behandling i somatisk sektor var 65,4 dager i 2020. Det var en økning på 4,1 dager fra 2019. Ventetiden var mer stabil i årene før. Andelen brudd på fristen for oppstart til individuell behandling/utredning økte til 7,2 prosent i 2020 - fra 2,4 prosent i 2019. Andelen fristbrudd økte også svakt fra 1,4 prosent til 2,4 prosent i årene fra 2016 til 2019.

I 2020 ble 73 prosent av pakkeforløpene for kreft gjennomført innen anbefalt tid. Andelen var høyere enn i forutgående år, og særlig for kreft i kjønnsorganer både hos kvinner og menn.

Det var registrert 13 364 opphold med liggetid etter at pasienten var meldt utskrivningsklar i 2020, en nedgang på 5 150 sammenlignet med 2019. Nedgangen var sterkest for de over 80 år. Omfanget av utskrivningsklare opphold var mer stabilt i perioden 2016 til 2019. Helse Nord hadde i 2020 størst omfang med 4,4 utskrivningsklare opphold per 1 000 innbyggere, og Helse Vest hadde lavest omfang med 1,8.

11,1 prosent av innleggelsene i somatisk sektor i 2020 var en reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp, og andelen gikk ned med 0,3 prosentpoeng fra 2019. Fra 2016 til 2019 økte andelen reinnleggelser med om lag 0,2 – 0,3 prosentpoeng per år. Nedgangen siste år var sterkest for de eldste, andelen reinnleggelser var på 15,8 prosent – mot 16,8 prosent i 2019.

I det psykiske helsevernet for barn og unge var den gjennomsnittlige ventetiden 44,1 dager i 2020, og det var en jevn nedgang i perioden fra 2016. Tallet på henvisninger økte med 12 prosent, hvor halvparten kom siste år i perioden. Ventetiden har økt til 45 dager i 1. tertial 2021.

Henvisningene til det psykiske helsevernet for voksne økte med 13 prosent fra 2016 til 2020. Ventetiden var stabil på 43,8 dager fra 2019 til 2020, etter nedgang årene før. Andelen brudd på fristen til individuell behandling/utredning økte til 3,9 prosent i 2020, fra 1,5 prosent i 2019.

Antall henvisninger til rus- og avhengighetsbehandling i spesialisthelsetjenesten ble redusert med 11 prosent i femårsperioden 2016-2020. Ventetiden var 31,7 dager i 2020, en nedgang på 1 dag fra 2019. Fra 2016 til 2020 gikk ventetiden ned med 3,5 dager.

3.1 Innledning

I de overordnede føringene som Helse- og omsorgsdepartementet gir i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene står det at de skal innrette sin virksomhet med sikte på å: i) redusere unødig venting, ii) ha god kapasitetsutnyttelse, og iii) sikre helhetlige, effektive og sammenhengende tjenester. I dette kapitlet vil vi se nærmere på utviklingen for utvalgte indikatorer som kan knyttes til disse målene.

Med utgangspunkt i indikatorer basert på ventelistestatistikk for a) somatisk sektor, b) psykisk helsevern for voksne og for c) barn og unge, samt d) tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), vil følgende spørsmål belyses:

- 1) Hvordan har ventetiden til utredning og behandling utviklet seg i perioden 2016 til 2020, med fokus på siste år?
- 2) Hvordan har omfanget av fristbrudd utviklet seg i perioden 2016 til 2020, med fokus på siste år?

For somatisk sektor vil vi i tillegg se nærmere på utviklingen i antall og andel pasienter som får tilbud, og som gjennomfører, pakkeforløp for kreftbehandling. Videre ser vi på utviklingen i utskrivningsklare pasienter i sykehus, samt reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp. Spørsmålene som belyses er:

- 3) Hvordan har utviklingen vært i perioden 2016 til 2020 i a) andel pasienter som inngår i pakkeforløp, og b) andel pasienter i pakkeforløp som får gjennomført behandling innen anbefalt tid?
- 4) Hvordan har utviklingen i omfanget av utskrivningsklare opphold og oppholdsdøgn vært i perioden 2016 til 2020?⁸
- 5) Hvordan har utviklingen i omfanget av reinnleggelser⁹ som øyeblikkelig hjelp innen 30 døgn vært i perioden 2016 til 2020?

3.2 Planlagte henvisninger, ventetid og fristbrudd¹⁰

Spesialisthelsetjenesten mottok omtrent 1,3 millioner nye henvisninger til planlagt utredning og/eller behandling i 2020. Alle som henvises skal få sin henvisning vurdert innen 10 dager fra den mottas av sykehuset eller annen type enhet. Omtrent 6 prosent av henvisningene ble vurdert til at personen ikke hadde behov for videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten i 2020 (ca. 82 000), og andelen har vært stabil de siste årene¹¹.

⁸ Se (Dashboard - Somatikk - bruk av tjenester med kart - Copy - Copy (helsedirektoratet.no)) for definisjoner knyttet til utskrivningsklare pasienter, opphold og oppholdsdøgn.

⁹ Se (Dashboard - Somatikk - bruk av tjenester med kart - Copy - Copy (helsedirektoratet.no)) for definisjoner knyttet til reinnleggelse som øyeblikkelig hjelp. I denne analysen inngår alle døgnopphold i somatisk spesialisthelsetjeneste.

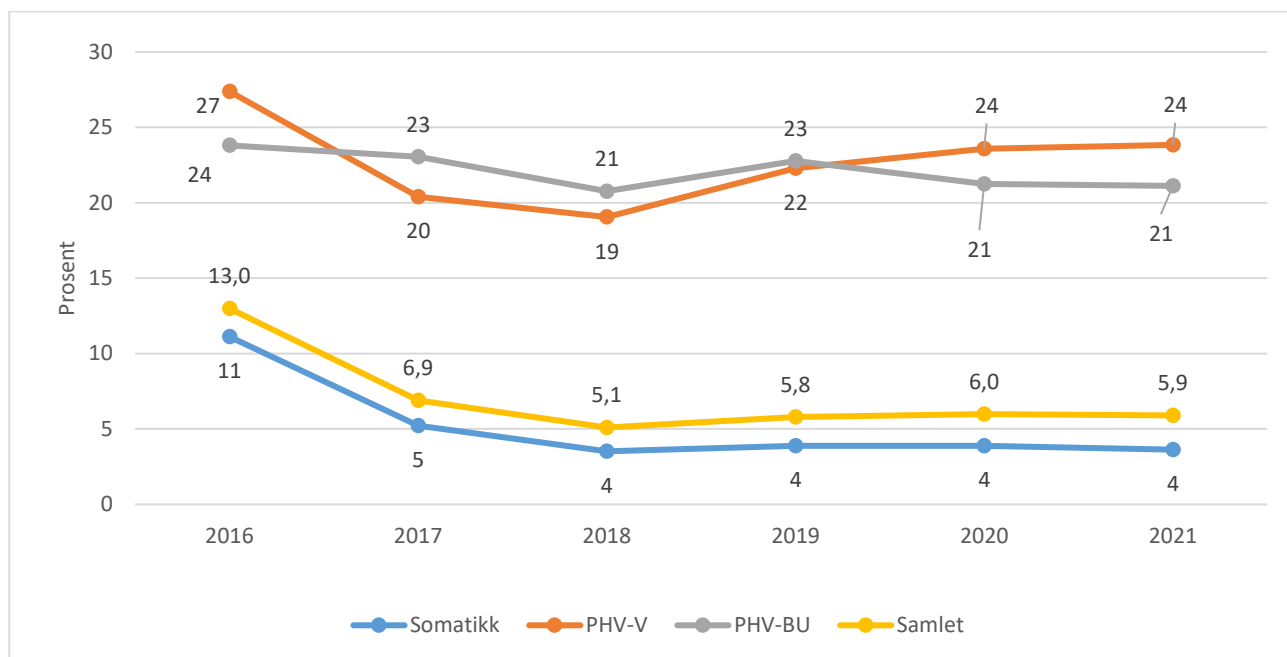
¹⁰ Begrepsforklaringer: Ventetid avviklede er tid fra mottatt henvisning til pasientens første kontakt med tjenesten. Ventende er antall pasienter registrert på venteliste en gitt dag (ofte siste dag i perioden).

Avviklede fra venteliste: antall pasienter som i en periode startet sin utredning og behandling og står ikke lenger på venteliste. Nyhenviste: Nye planlagte henvisninger til spesialisthelsetjenesten (elektive pasienter).

¹¹ Helsedirektoratet 2021: Ventetider og pasientrettigheter 2020 Rapport, IS-2982.

1 av 4 henvisninger til psykisk helsevern blir avvist

Somatikken står for en svært stor andel av henvisningene totalt. Figuren nedenfor viser andelen henviste som ikke kom inn på venteliste fordelt på tjenesteområdene somatikk og psykisk helsevern barn/unge og voksne¹². Innen psykisk helsevern for voksne indikerer beregninger at nesten 1 av fire henvisninger ikke ga rett til helsehjelp de siste årene¹³, og andelen for psykisk helsevern for barn og unge nesten på samme nivå (omtrent 1 av 5). For somatikken alene har andelen ligget stabilt på rundt 4 prosent i mange år. De private avtalespesialistene med avtale inngår ikke i disse tallene eller i ventelistestatistikken for øvrig.



Figur 3.1: Andel henvisninger ikke vurdert til å ha behov for utredning/behandling i spesialisthelsetjenesten i perioden 2016-2020. Kilde: Norsk pasientregister

Tallene videre i dette delkapitlet omfatter pasienter som har fått sin henvisning vurdert, fått rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og satt på venteliste. Vi ser på årlig utvikling i nyhenviste satt på venteliste, punktmålinger for ventende ved årsslutt og helårstall for avviklede fra venteliste på nasjonalt nivå. Dette ses i sammenheng med utvikling i ventetid fra henvisning til oppstart behandling samt om nasjonale frister for vurdering og oppstart helsehjelp brytes. Forskriften for fristbrudd var ikke gjeldende under nedstengningen våren 2020, og resultatene må også sees i lys av dette.

Nasjonale utviklingstall for alle tjenesteområdene er vist samlet i figurene 3.2 til figur 3.6.

PHV Barn og unge – Jevn reduksjon i ventetid, men økning i henvisninger gir økt press på kapasitet

Antall nyhenviste som ble satt på venteliste innen PHV-BU økte med 12 prosent fra 2016 til 2020 (over 3000 flere), og halvparten av denne veksten kom i 2020. Tjenestene klarte å øke inntaket fra venteliste

¹² For å kunne skille avviste henvisninger etter tjenesteområde må avdelingskodeverk brukes. Dette er antakelig noe upresist, men gir en god indikasjon på nasjonalt nivå. Rusenheter er holdt utenfor PHV-V så langt det lar seg gjøre. Vi velger å ikke presentere tall for TSB (rusbehandling) da avgrensingen er vanskelig og andelen kan lettere påvirkes av at enheter ikke er identifisert.

¹³ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/nasjonale-styringsmal-for-spesialisthelsetjenesten>

så mye at den prosentvise endringen i antall pasienter med oppstart utredning og behandling økte like mye som nyhenviste satt på venteliste. Men dette var likevel ikke nok til hindre at det var 770 flere pasienter på venteliste ved årsskiftet 2020/2021 enn ett år før (+ 20 prosent.).

Økt inntak fra venteliste har i stor grad forhindret at økningen i henviste barn og unge innen psykisk helsevern har gitt økt ventetid eller omfang av fristbrudd. Andel brudd på vurderingsfristen (10 dager) økte litt fra 2019 til 2020 (økning 0,4 prosentpoeng), men andelen brudd var lavere enn i 2016 og 2018. Det har imidlertid vært noe økning i andel brudd på frist for ventetid til oppstart utredning/behandling i femårsperioden (0,9- 2,6 pst), men ikke fra 2019 til 2020. Avsluttet ventetid (avviklet) har i gjennomsnitt gått litt ned hvert år i hele perioden og var på 44,1 dager i 2020. Den gjennomsnittlige ventetiden var dog høyere enn målet på 35 dager i oppdragsdokumentene.

Den observerte økningen i antall ventende gjennom 2020 kunne imidlertid forventes å gi økte fristbrudd og ventetider for pasienter avviklet fra venteliste i 2021. Tall for 1 tertial kan indikere at dette er tilfelle. Vi ser vekst i andel fristbrudd (både til vurdering og oppstart utredning/behandling) sammenlignet med samme tertial i årene før. Gjennomsnittlig ventetid til oppstart utredning/behandling var også litt høyere 1 tertial 2021 enn 1 tertial de to foregående årene, og også sammenlignet med hele 2020. Det er vanligvis gjentakende svingninger gjennom året, slik at det kan bli noe misvisende å sammenligne tallene for hele 2020 med 1.tertial 2021. Tertialtall vil derfor ofte være mer sammenlignbare når de sees i forhold til tall for samme tertial i årene før. Tall for nyhenviste som kom inn på venteliste fortsatte å øke 1 tertial 2021.

PHV-Voksne - Vekst i henvisninger og litt kortere ventetid så langt

Innen psykisk helsevern for voksne har det vært en jevn vekst i nye henvisninger gjennom hele femårsperioden (totalt 13 prosent). Samtidig har inntaket fra venteliste økt omtrent like mye i prosent (antall avviklet). Som for barn og unge har det likevel vært en vekst i antall ventende målt ved hvert årsskifte, men veksten har vært mer jevn i tjenestene for voksne.

Endring i brudd på vurderingsfristen har ikke vært særlig stor, men andel med "fristbrudd" knyttet til oppstart utredning/behandling økte fra 1,5 til 3,9 prosent fra 2019 til 2020. Det må minnes om at forskriften om fristbrudd ikke var gjeldene under nedstengningen våren 2020. Ventetiden til oppstart utredning eller behandling gikk imidlertid ikke opp fra 2019 til 2020, og gjennomsnittet var på 43,8 dager. Målet satt i oppdragsdokumentene var 40 dager. Median ventetid gikk litt ned - fra 38 til 36 dager. Tall for 1. tertial 2021 viser ikke noen samlet økning i andel fristbrudd eller ventetid sammenlignet med samme tertial 2020, heller litt reduksjon.

Rusbehandling (TSB)- Reduksjon i henvisninger og litt nedgang i gjennomsnittlig ventetid

Antall nyhenviste til rus- og avhengighetsbehandling i spesialisthelsetjenesten ble noe redusert i femårsperioden 2016-2020 (-11 prosent.). Etter en registrert nedgang fra 2016 til 2017 økte det litt fram til 2019, for så å reduseres litt igjen i 2020. Inntaket av pasienter til utredning/behandling (avviklede fra venteliste) endres omtrent like mye som antall nye på venteliste (nyhenviste) målt i prosent.

Antall på venteliste ved årsslutt (ventende) var også 11 prosent lavere i 2020 enn i 2016 og har vært relativt stabilt de siste årene. Andelen fristbrudd for oppstart utredning/behandling økte fra 1,7 til 2,5 prosent fra 2019 til 2020, mens den gjennomsnittlige ventetiden på nasjonalt nivå har gått ned med

1 dag til 31,7 dager i 2020. Den gjennomsnittlige ventetiden var dermed nær målet på 30 dager satt i oppdragsdokumentene for 2020. I 2016 var ventetiden 35,2 dager i gjennomsnitt.

Somatikk - Sterk reduksjon i henvisninger og økt ventetid i 2020

Antall nyhenviste satt på venteliste innen somatikken var relativt stabil i perioden 2016 til 2019 (-1,5 pst), for så å reduseres med omtrent 8 prosent fra 2019 til 2020. Antall avviklede fra venteliste (startet utredning/behandling) endret seg omtrent i takt med nyhenviste målt i prosent, men ikke i antall. Ventelisten målt ved hvert årsskifte (registrert antall ventende) økte med 7 prosent i femårsperioden, men det var stabilt fra 2019 til 2020.

Andel brudd på vurderingsfristen har gått litt ned innen somatikken, mens brudd på den individuelle fristen til første kontakt har økt vesentlig fra 2019 til 2020 (fra 2,4 til 7,7 prosent). Den gjennomsnittlige ventetiden økte også fra 61,3 til 65,4 dager samme periode. Målet om gjennomsnittlig ventetid på under 50 dager var dermed ikke oppnådd i somatisk sektor. Median ventetid gikk imidlertid litt ned. Dette indikerer at for noen pasientgrupper gikk ventetiden ned, mens noen pasienter måtte vente lengre enn vanlig. Samtidig må vi huske at stor nedgang i henvisninger og færre avviklet fra ventelisten kan endre sammensetningen av pasientene som tas av ventelisten, på grunn av lavere aktivitetsnivå under pandemien.

Tall for 1. tertial 2021 viser samme utvikling, med litt økning i gjennomsnittlig og reduksjon i median ventetid sammenlignet med 1. tertial de to foregående årene.

Det kan påpekes at det er ganske stor variasjon i ventetid ut fra hastegrad og kapasitet innen og mellom fagområder¹⁴.

Det samlede bildet

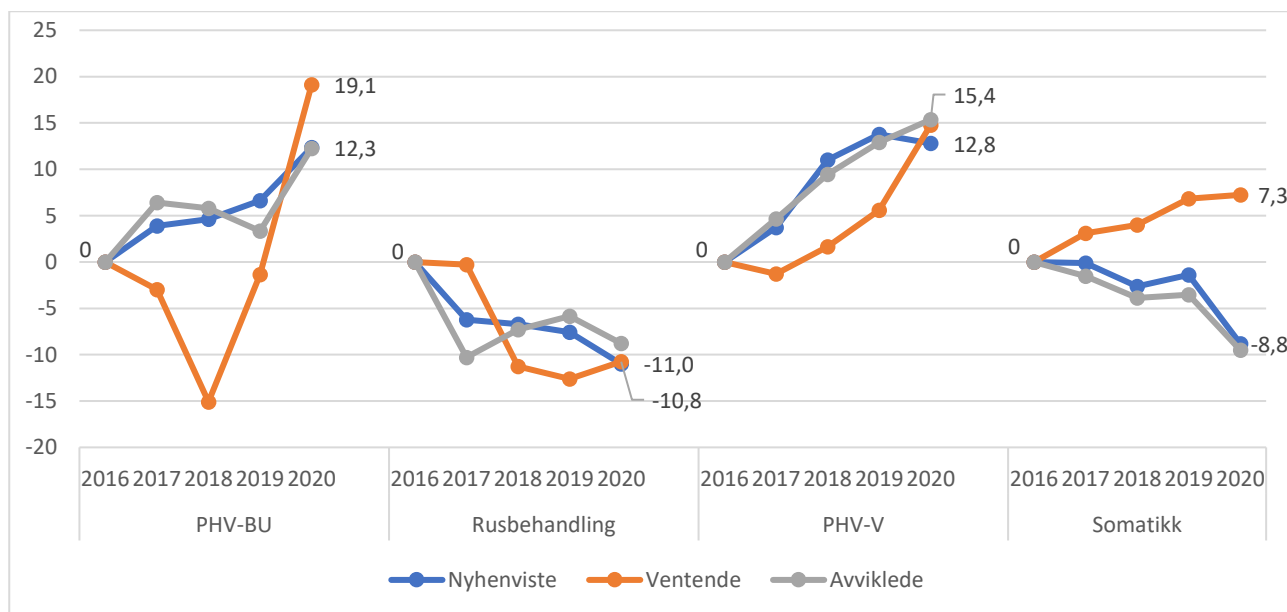
Oppsummert viser tallene nasjonalt noe ulik utvikling mellom tjenesteområdene gjennom femårsperioden. Innen psykisk helsevern har man i stor grad klart å møte et økende henvisningsvolum fram til 2020 med økt antall igangsatte forløp samtidig som ventetiden i snitt har gått ned. Mer bruk av digital kontakt under pandemien kan ha bidratt til dette. Vi ser imidlertid at antall som står på venteliste har økt og antall nyhenviste pasienter fortsetter å øke inn i 2021, så det blir viktig å se om kapasiteten er tilstrekkelig til å møte ytterligere vekst, spesielt innen psykisk helsevern for barn og unge. Det er også et spørsmål om veksten i inntak har hatt betydning for innholdet og kvaliteten på tilbudet til de som tas inn.

I somatikken er spørsmålet om redusert antall henvisninger og redusert inntak fra venteliste på grunn av nødvendige prioriteringer i 2020, og i snitt lengre ventetid, har hatt negative konsekvenser for tilgjengelighet og kvalitet for befolkningen med behov for oppfølging i spesialisthelsetjenesten. *Vi minner om at kravene til helseforetakene knyttet til fristbrudd var opphevet i deler av 2020.*

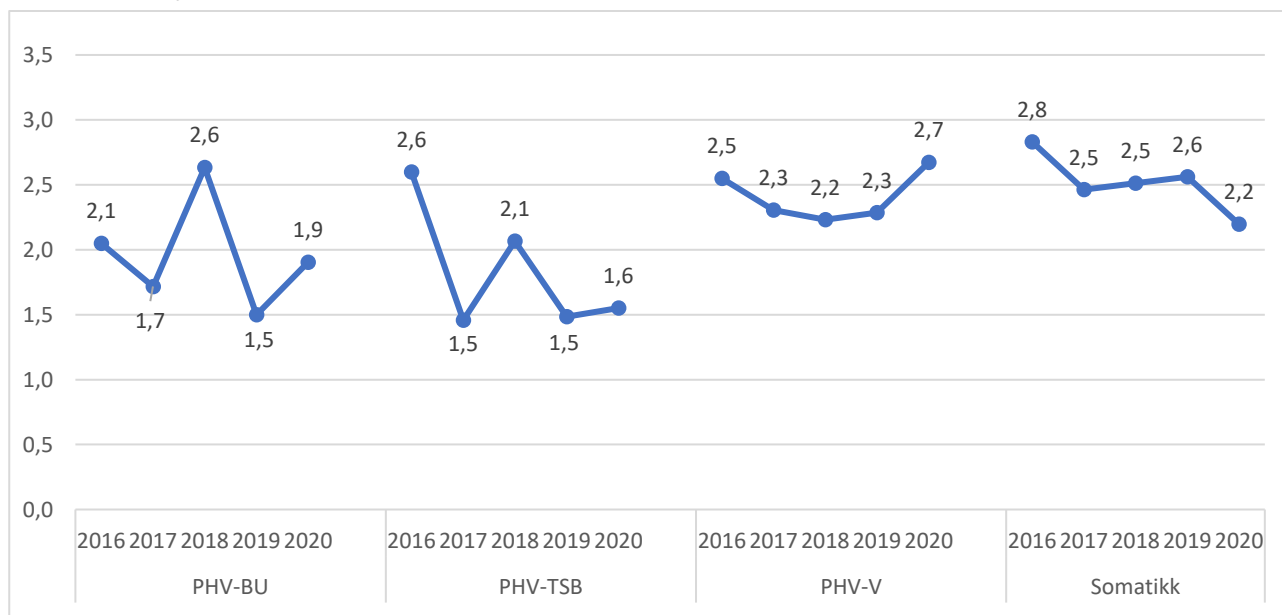
Det er i gjennomsnitt kortest ventetid til utredning/behandling for rus- og avhengighetsproblemer og lengst for somatiske tilstander. Somatikken er svært stor og består av mange fagområder og

¹⁴ Helsedirektoratet 2021: Ventetider og pasientrettigheter 2020 Rapport, IS-2982.

pasientgrupper hvor ventetiden varierer mye¹⁵. Hva som er forsvarlig ventetid for den enkelte pasient vil innen alle fagområder avhenge av hastegraden for å oppnå et godt resultat. Maksimal ventetid på gruppenivå framgår av retningslinjer gitt i nasjonale prioriteringsveiledere¹⁶. Kort ventetid er likevel ønskelig for alle pasienter. Øre-nese-hals, øye og ortopedisk kirurgi er store fagområder i somatikken med relativt sett lang gjennomsnittlig ventetid og som har mindre innslag av for eksempel pasienter som bør utredes og behandles svært raskt.



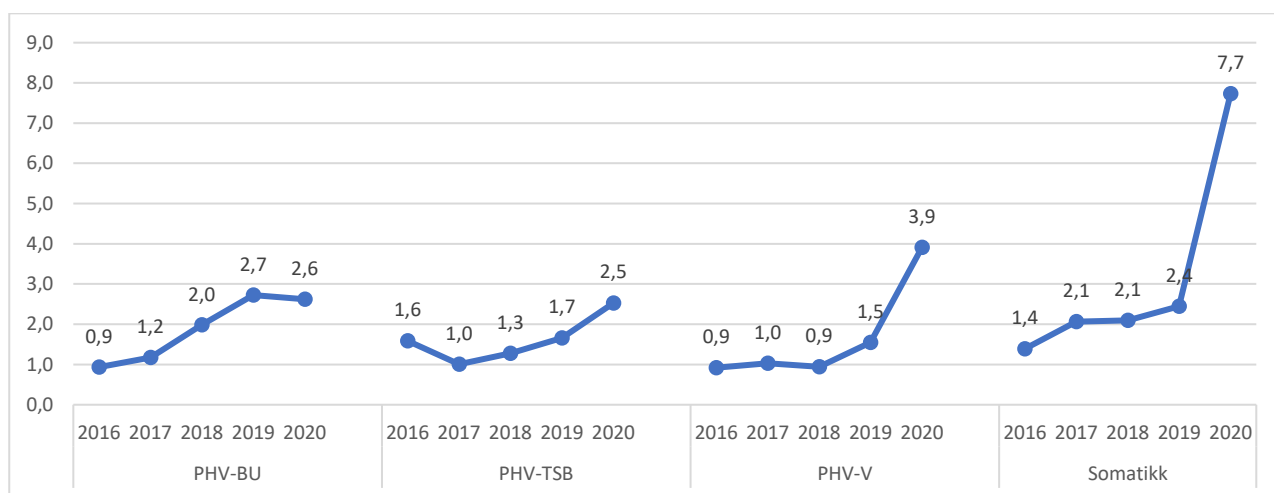
Figur 3.2: Prosent endring i antall nyhenviste, avviklede fra venteliste og ventende ved slutten av året. Fordelt etter tjenesteområde og år. 2016-2020.



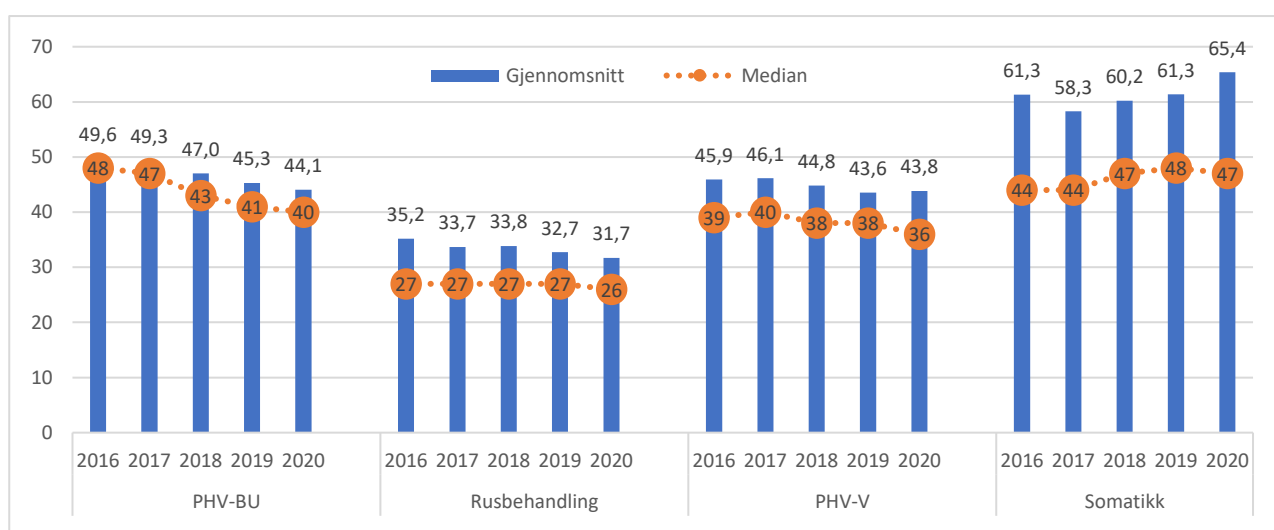
Figur 3.3: Andel brudd på vurderingsfristen etter tjenesteområde og år.

¹⁵ Se forrige fotnote.

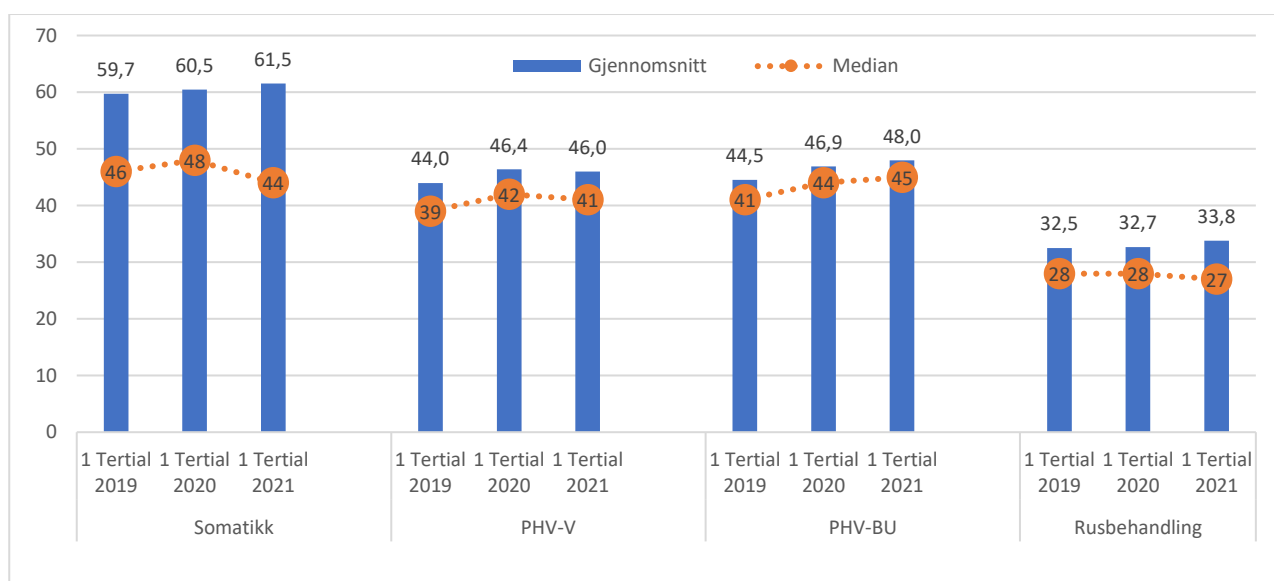
¹⁶ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/henvissningsveileder/innhold-spesifisert-pa-tilstandertjenester/prioriteringsveiledere-for-33-fagomrader-i-spesialisthelsetjenesten>



Figur 3.4: Andel brudd på individuell frist til første kontakt for utredning/behandling fordelt etter tjenesteområde og år.



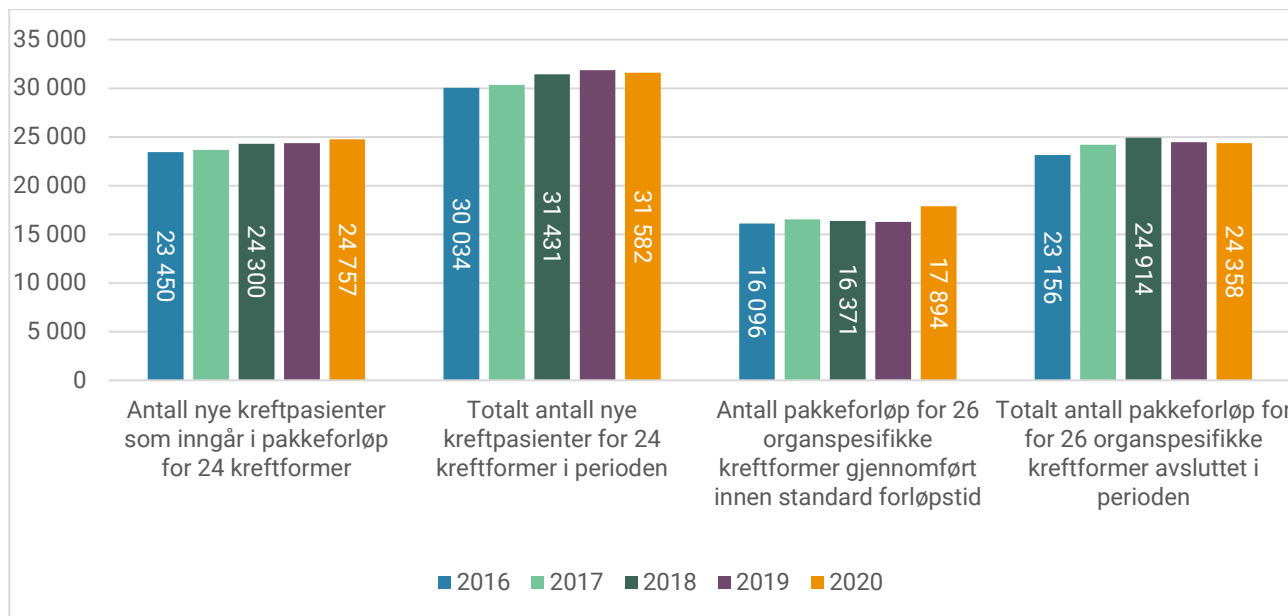
Figur 3.5: Utvikling i gjennomsnittlig og median ventetid etter tjenesteområde og år.



Figur 3.6: Utvikling i gjennomsnittlig og median ventetid 1.tertial 2019 til 2021.

3.3 Pakkeforløp 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.

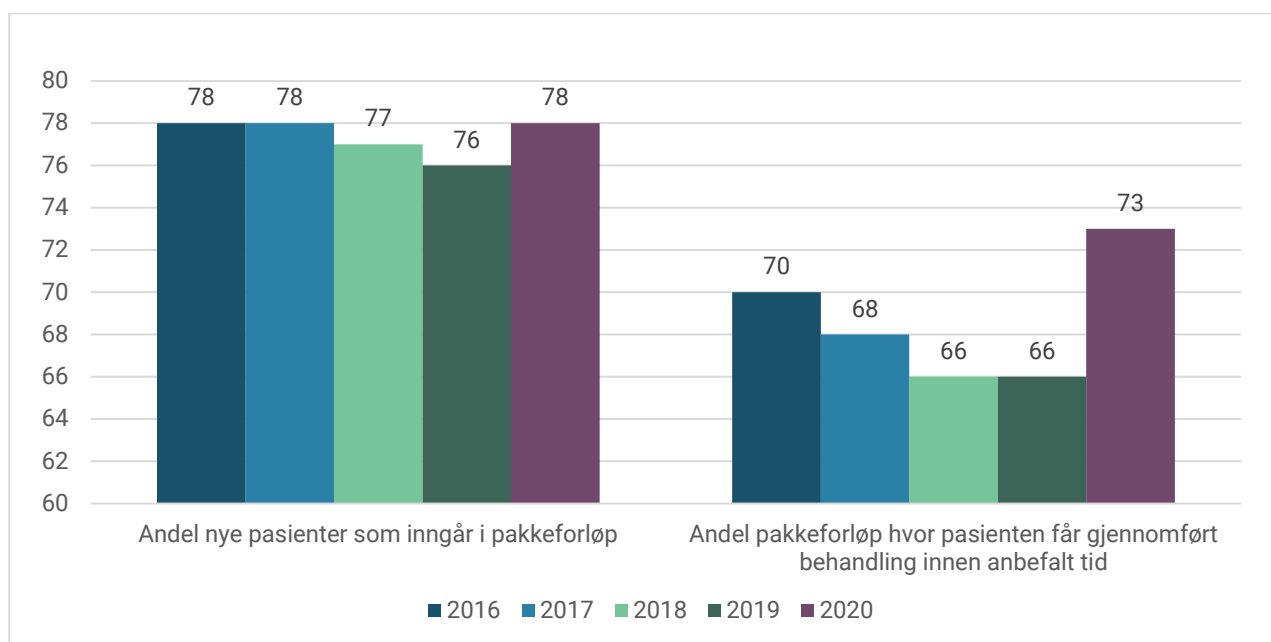


Figur 3.7: Antall nye kreftpasienter, antall nye i pakkeforløp, antall avsluttede pakkeforløp og antall avsluttede innen standard forløpstid. 2016 til 2020.

Andel pakkeforløp gjennomført innen anbefalt tid var på 73 prosent i 2020

Det er en målsetting at 70 prosent av pasienter som blir diagnostisert skal inkluderes i et pakkeforløp. Målsettingen har vært den samme hele perioden 2016-2020. Antall og andel nye pasienter som inngår har vært relativt stabil i perioden.

Andel pasienter som får gjennomført utredning/behandling innen anbefalt tid gikk hvert litt nedover fra 2016 og var 66 prosent i 2019. Andelen økte til 73 prosent i 2020 og var dermed innenfor målet på nasjonalt nivå.



Figur 3.8: Andel nye pasienter som inngår i pakkeforløp og andel gjennomført innen anbefalt forløpstid

Pakkeforløp med oppstart innenfor kirurgi har hvert år i perioden vært på over 70 prosent. Andelene innen medikamentellbehandling og strålebehandling har i samme periode vært på under 70 prosent. Andelen er lavest for strålebehandling (Kilde NKI-nettside¹⁷).

Høyere andel med kreft i kjønnsorganer behandlet innenfor anbefalt tid i 2020

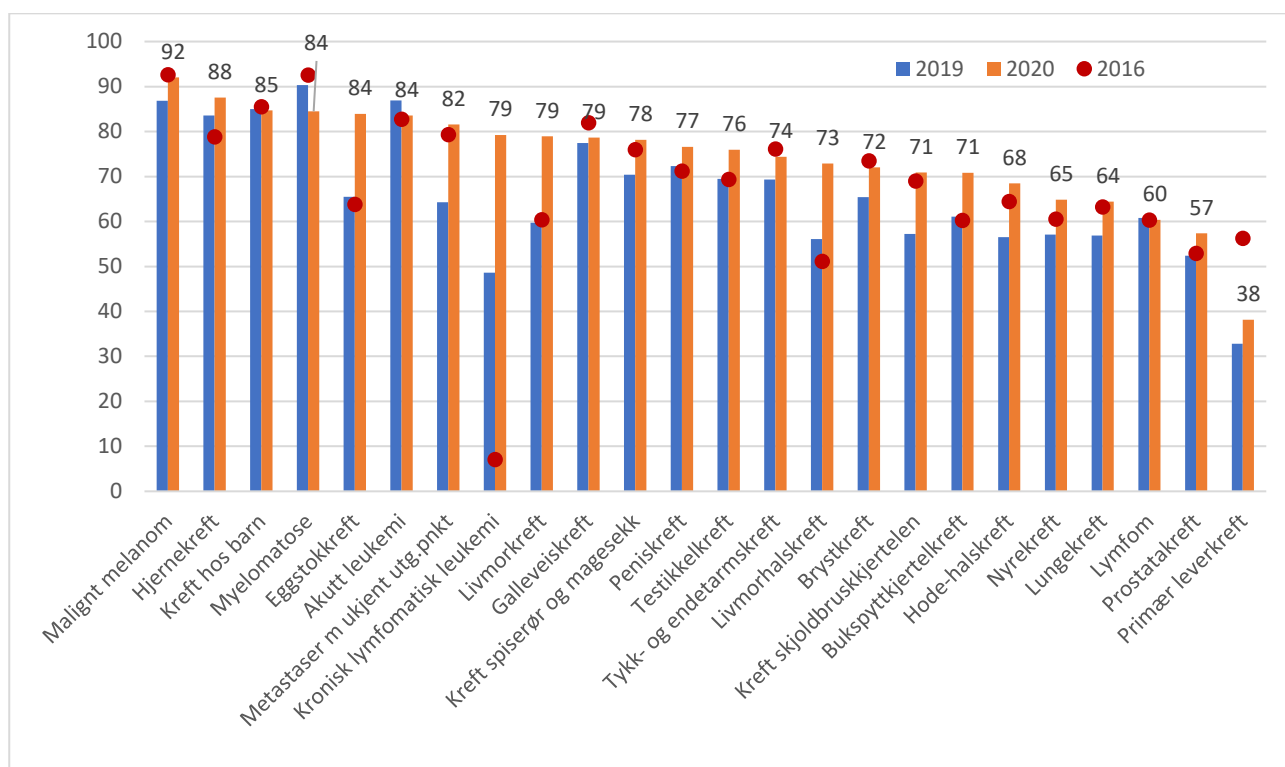
Det er utarbeidet anbefalte pakkeforløpstider for 26 organspesifikke kreftformer, samt for metastaser med ukjent utgangspunkt og diagnostisk pakkeforløp. Andel gjennomførte forløp innen anbefalt tid varierte fra 38 til 92 prosent mellom ulike pakkeforløp for kreft i 2020.

Økning i andel gjennomført til anbefalt tid fra 2019 til 2020 knyttes særlig til kreft i kjønnsorganer (kreft i livmor, livmorhals, eggstokk, testikkel og penis), men også bukspyttkjertel. Lavest andel gjennomført innen anbefalt tid gjelder primær leverkreft, prostatakreft og lymfom.

Vi gjør oppmerksom på følgende forhold¹⁸. Det er kun første behandling som gis til pasienten som registreres, og ikke senere behandlinger. For eksempel dersom en pasient først får medikamentell behandling og senere kirurgiskbehandling så er det medikamentell behandling og dets forløpstid som registreres og beregnes. Et annet forhold som kan påvirke målingene er at kreftsykdommen i flere pakkeforløp ofte diagnostiseres ved et lokalsykehus, mens eventuell videre utredning og behandling gjennomføres ved et annet sykehus, ofte et universitetssykehus. I disse tilfeller vil forløpstiden kunne påvirkes. Pasienten blir i beregningen av andel, knyttet til det sykehuset som startet pakkeforløpet, selv om pasienten får behandling ved et eller flere andre sykehus underveis i pakkeforløpet.

¹⁷ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kreft-pakkeforlop>

¹⁸ Se forrige fotnote.



Figur 3.9: Andel pakkforløp gjennomført innen anbefalt forløpstid fordelt på kreftformer. Verdier angitt for 2020.

3.4 Utskrivningsklare pasienter i somatisk spesialisthelsetjeneste

En utskrivningsklar pasient er en pasient som trenger oppfølging i kommunehelsetjenesten etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Betegnelsen utskrivningsklar innebærer at sykehuset ikke kan skrive ut pasienten før kommunen kan gi vedkommende de nødvendige tjenestene pasienten har behov for. Det er eldre som i størst grad trenger oppfølging i kommunehelsetjenesten etter opphold i sykehus. Pasienter over 80 år står for 57 prosent av de utskrivningsklare oppholdene.

Det er en målsetting å ha et så lavt som mulig omfang av utskrivningsklare pasienter i sykehus. Kommunene har plikt til å ta imot pasienter som meldes utskrivningsklare innen 24 timer. Bakgrunnen for det er både at helsetjenesten vil oppleves som mer sømløs og kontinuerlig for pasienten. Det er heller ikke effektiv ressursbruk at ferdigbehandlede pasienter er innlagte i sykehus.

Alle pasientene som trenger oppfølging fra kommunen skal registreres som utskrivningsklar, selv om de skrives ut samme dag som de meldes utskrivningsklare. Se også forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter [Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter - Lovdata](#). De fleste utskrivningsklare pasientene har ikke oppholdstid i sykehuset, og i 2020 gjelder dette 89 prosent av de 121 160 sykehusoppholdene med status utskrivningsklar. Disse inngår ikke i tallene som vises her.

I dette avsnittet ser vi nærmere på utskrivningsklare opphold hvor pasienten ble liggende i sykehuset etter registrert status som utskrivningsklar. I 2020 gjaldt dette 11 prosent av de 121 160 utskrivningsklare oppholdene. Liggedøgn etter at pasienten er meldt utskrivningsklar utløser betalingsplikt for pasientens hjemkommune. Det er disse oppholdsdøgnene som legger beslag på kapasitet i sykehusene, og kan være

til hinder for å ta imot nye pasienter. Når utskrivningsklare opphold omtales i dette avsnittet, så gjelder det kun oppholdene med døgn som utskrivningsklar.

5 150 færre utskrivningsklare opphold i 2020

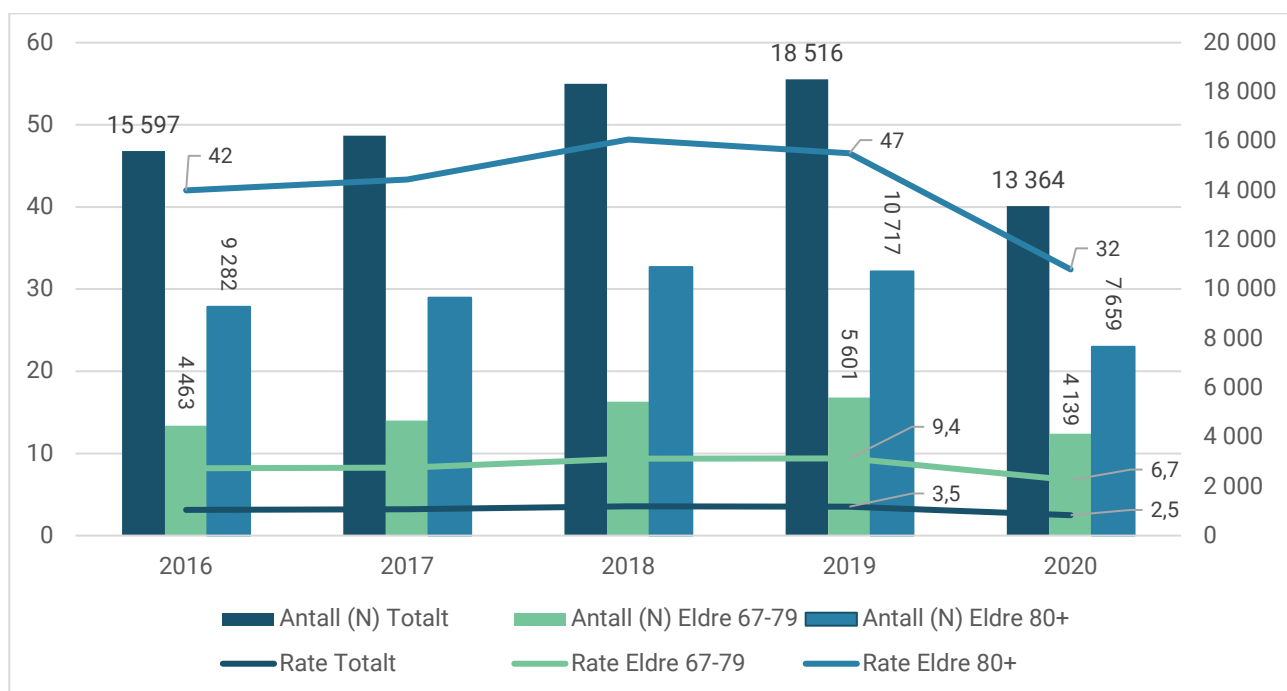
I 2020 var det 13 364 opphold med utskrivningsklare oppholdsdøgn. Det var 5 150 færre enn året før. Nedgangen tilsvarte nær 30 prosent færre opphold per innbygger i 2020 sammenlignet med 2019. I 2020 var det totalt 2,5 utskrivningsklare opphold per 1000 innbyggere i 2020, mot 3,5 i 2019 – se figur 3.10. I de forutgående årene var raten for utskrivningsklare opphold mer stabil. Raten for utskrivningsklare oppholdsdøgn fulgte i hovedsak samme mønster gjennom perioden som betraktes – se figur 3.11.

Mest nedgang i utskrivningsklare opphold for eldre over 80 år

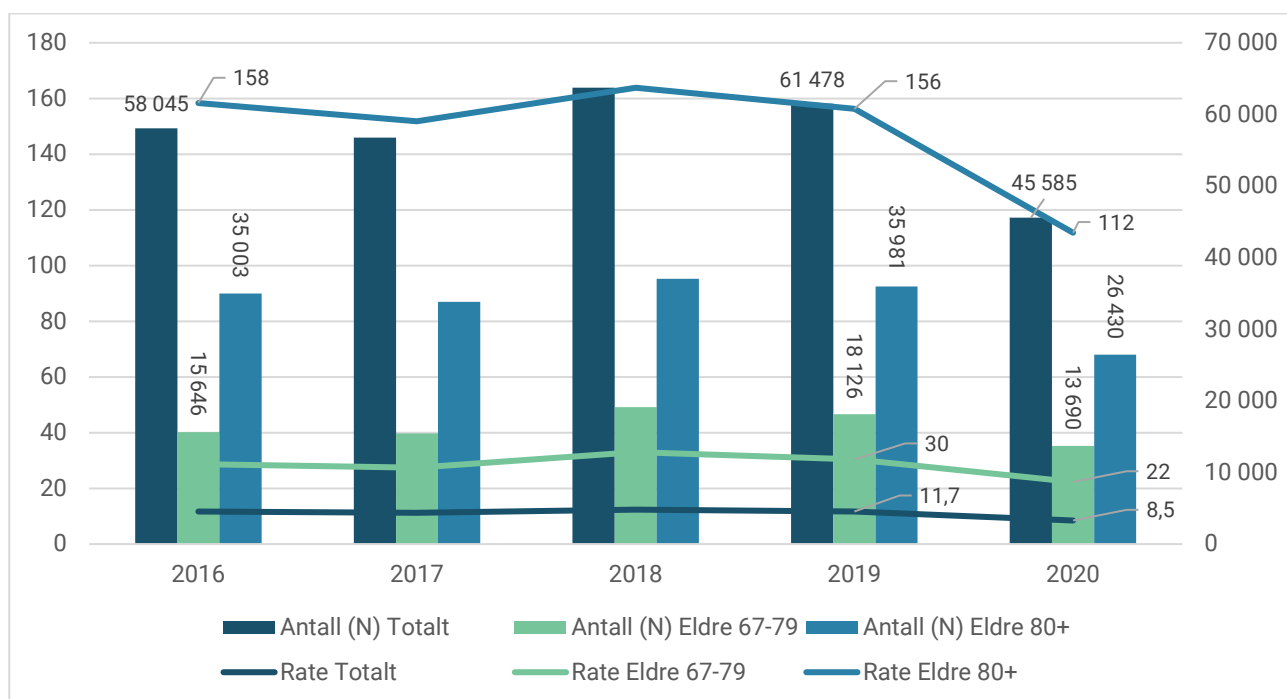
Nedgangen på 5 150 utskrivningsklare opphold fra 2019 til 2020 fordelte seg på i) 3 058 færre for de eldste over 80 år, ii) 1 462 færre for aldersgruppen 67-79 år og dermed iii) 630 færre for aldersgruppen 0-66 år. Nedgangen var litt sterkere for de eldste over 80 år (-28,5 prosent) sammenlignet med nedgangen for aldersgruppen 67-79 år (-26,1 prosent).

Dette indikerer at kommunene i 2020 tok imot utskrivningsklare pasienter raskere enn i de forutgående årene. Covid-19 situasjonen i 2020 kan antakelig forklare mindre omfang av utskrivningsklare pasienter i sykehus, fordi sykehusene måtte ha nok kapasitet til beredskap. Kapittel 2, om øyeblikkelig hjelp i sykehusene i 2020, viste også en sterk nedgang i antall øyeblikkelig hjelp oppholdsdøgn for eldre over 80 år. En konsekvens av dette kan være at kommunene hadde mer press på helsetjenestene for eldre i 2020.

Antallet utskrivningsklare oppholdsdøgn gikk ned til 45 585 i 2020, fra 61 478 i 2019. Nedgangen var på nær 26 prosent. Nedgangen i oppholdsdøgn var litt mindre enn reduksjonen i opphold (-30 prosent). Dette betyr at oppholdstiden som utskrivningsklar for de 13 364 utskrivningsklare oppholdene i 2020 i gjennomsnitt var litt lengre enn i 2019.



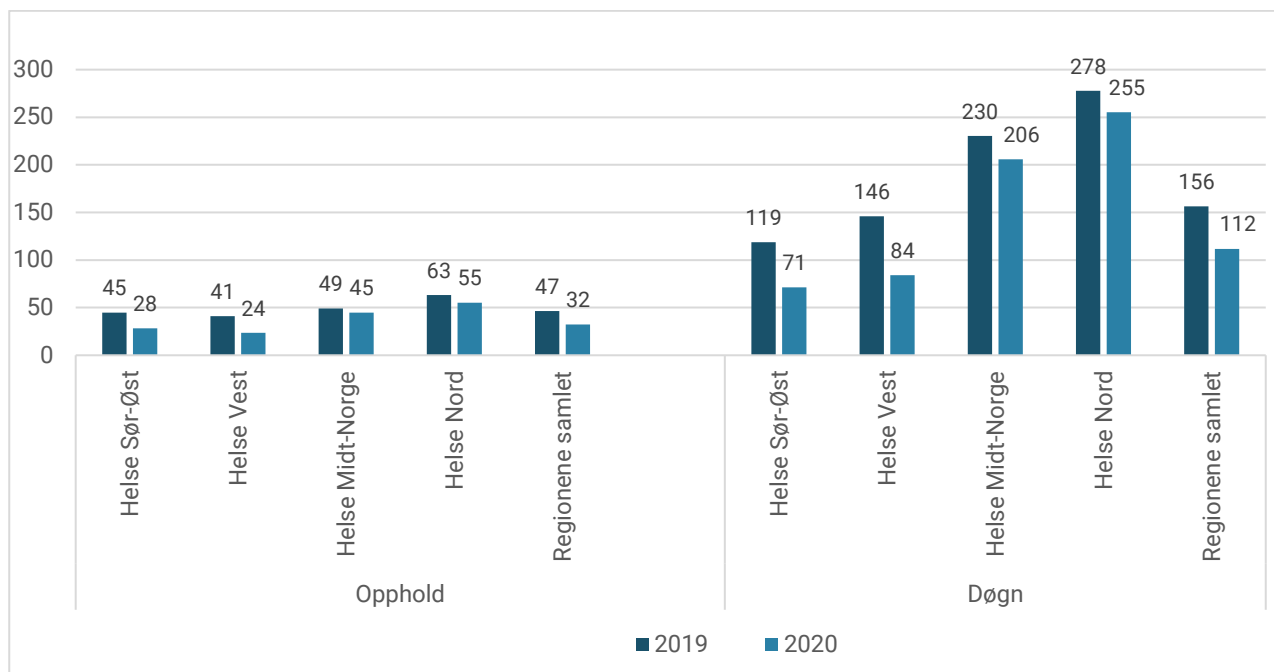
Figur 3.10: Utskrivningsklare opphold. Antall (N) og rate per 1 000 innbyggere 2016-2020.



Figur 3.11: Utskrivningsklare oppholdsdøgn. Antall (N) og rate per 1 000 innbyggere 2016-2020.

Større nedgang i utskrivningsklare opphold og døgn i Helse Sør-Øst og Helse Vest

Det var regionale variasjoner i ratene for utskrivningsklare opphold og utskrivningsklare oppholdsdøgn – se figur 3.12.



Figur 3.12 Utskrivningsklare opphold og oppholdsdøgn. Rate per 1 000 innbyggere 2019 og 2020. Helseregioner.

Helse Sør-Øst og Helse Vest hadde både i 2019 og 2020 et omfang som var lavere enn landsgjennomsnittet, mens det motsatte var tilfellet for Helse Midt-Norge og Helse Nord. Figur 3.12 viser også at Helse Sør-Øst og Helse Vest hadde mer nedgang i ratene for utskrivningsklare opphold og døgn fra 2019 til 2020, sammenlignet med Helse Midt-Norge og Helse Nord, til tross for lavere omfang i utgangspunktet. Ulik omfang av covid-19 kan forklare ulik utvikling for regionene. Dette betyr at de regionale variasjonene i omfanget av utskrivningsklare pasienter i sykehus var større i 2020 enn i 2019.

3.5 Reinnleggelser i somatisk spesialisthelsetjeneste

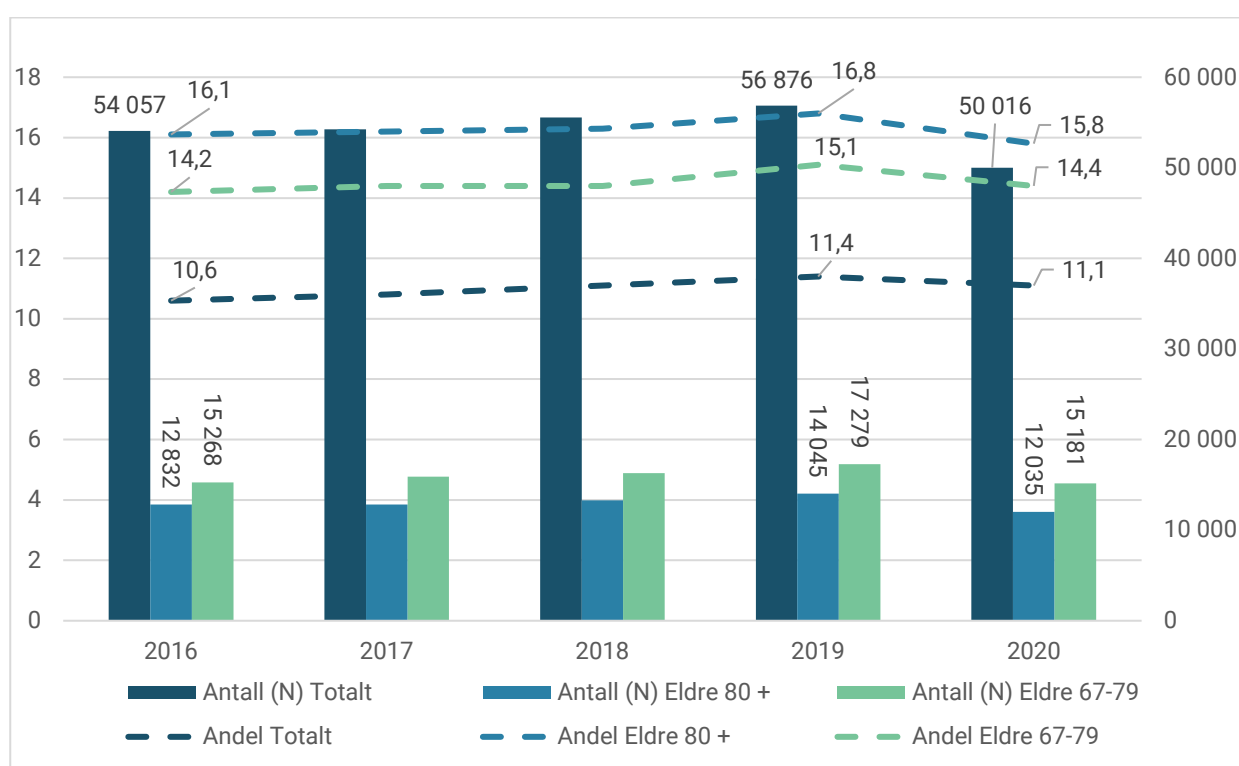
En reinnleggelse er definert som et døgnopphold for øyeblikkelig hjelp mellom 1 til 30 dager etter forrige døgnopphold. Et uplanlagt sykehusopphold mindre enn 30 dager etter forrige døgnopphold kan være en indikasjon på for svak oppfølging av pasienten etter primæroppholdet. Andel reinnleggelser benyttes som indikator på omfang av reinnleggelser.

Et høyt omfang av reinnleggelser kan være en indikasjon på at kontinuiteten og samhandlingen i helsetjenestene kan bli bedre. Hva som er et høyt omfang er ikke definert, men endringer i andel over tid, og variasjoner mellom pasientgrupper, kan indikere muligheter for endret praksis.

Andelen reinnleggelser gikk ned med 1 prosentpoeng for de eldste over 80 år

For de eldste over 80 år gikk andelen reinnleggelser ned med ett prosentpoeng, og var 15,8 prosent i 2020. For aldersgruppen 67-79 år gikk andelen reinnleggelser ned med 0,7 prosentpoeng, og for alle aldersgrupper samlet gikk den ned med 0,3 prosentpoeng.

Totalt var det 50 016 reinnleggelser i 2020. Det var en nedgang på 6 860 fra 2019. For de eldre i aldersgruppen fra 67 til 79 år gikk antall reinnleggelser ned med 2 098, og for de eldste fra 80 år og eldre var det 2 098 færre reinnleggelser siste år i perioden. Se figur 3.13. Målt i prosent var nedgangen antall reinnleggelser siste år sterkest for de eldste over 80 år. Nedgangen i reinnleggelser siste år kom etter en vekst i de forutgående årene fra 2017 til 2019. Sterkere nedgang i reinnleggelsene for de eldste over 80 år i 2020 kan sees i sammenheng med nedgangen i omfanget av øyeblikkelig hjelp døgnopphold, som også var sterkere for de eldste – se kapittel 2.



Figur 3.13: Antall og andel reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp innen 30 døgn 2016-2020, totalt, eldre 67-79 år og eldre 80+.

4. Gylne Regel

Fra 2019 til 2020 økte kostnadene til somatisk spesialisthelsetjeneste med 4,6 prosent, mot 3,3 – 4,0 prosent i det psykiske helsevernet (PH) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Den gylne regel ble dermed ikke oppfylt i 2020, når den vurderes i forhold til kostnadsvekst.

Ingen av regionene hadde måloppnåelse på den kostnadmessige delen av gylne regel i 2020. Men for noen delområder var målet oppfylt. Midt-Norge hadde sterkere vekst i psykisk helsevern for barn og unge (PHBU). I Nord var kostnadsveksten sterkere i TSB enn i somatikken. I Sør-Øst økte kostnadene til distriktpsikiatriske senter (DPS) mer enn for somatikken.

I perioden 2016 til 2020 økte kostnadene i somatisk sektor og PHBU med 21 prosent, mens kostnadene til psykisk helsevern for voksne (PHV) og TSB økte svakere med 16 og 19 prosent.

Målt ved vekst i antall polikliniske kontakter, ble den gylne regel oppfylt på nasjonalt nivå i 2020. Det var en reduksjon på 4 prosent i somatisk sektor, mens veksten var på 2 til 8 prosent for TSB og PH. På regionalt nivå var ikke målet oppfylt for alle sektorene. I Nord var det nedgang på 6 prosent for TSB, mot 4 prosent i somatisk sektor.

Også målt ved reduksjon i ventetid ble den gylne regel oppfylt på nasjonalt nivå. Gjennomsnittlig ventetid økte med 7 prosent i somatisk sektor, gikk ned med 3 prosent i PHBU og TSB – og var omtrent uendret i PHV.

4.1 Innledning

Den gylne regel innebærer at helseforetakene skal prioritere psykisk helsevern (PH) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) foran somatisk sektor. Herunder er det også et delmål at innenfor det psykiske helsevernet for voksne (PHV), skal de distriktpsikiatriske sentrene (DPS-ene) prioriteres foran sykehusene. Prioriteringen måles ved sterkere vekst i kostnader og polikliniske kontakter, og sterkere reduksjon i gjennomsnittlig ventetid til tjenestene.

I dette kapitlet presenteres prosentvis vekst i a) kostnader, b) poliklinisk aktivitet, og c) prosentvis endring i gjennomsnittlig ventetid – for de ulike tjenesteområdene. Aktiviteten i helseforetakene var preget av covid-situasjonen i 2020, og resultater for 2020 må forstås i lys av pandemien.

Datagrunnlag

Kostnadene skal måles uten pensjon, legemidler og kapital – som er størrelser hvor veksten kan variere mellom tjenesteområdene. Kostnadsgrunnlaget tar utgangspunkt i helseforetakenes og de private avtaleinstitusjonene sin rapportering av resultatregnskap til Statistisk sentralbyrå (SSB). Kostnadsgrunnlagene som benyttes her kan avvike noe fra RHF-ene sitt grunnlag for rapportering av

kostnader til Helse- og omsorgsdepartementet. En årsak til ulikt kostnadsgrunnlag er ulik håndtering av kostnader til de private avtaleinstitusjonene. RHF-ene benytter regnskapsførte tilskudd fra RHF-ene til de private avtaleinstitusjonene som grunnlag, mens SAMDATA benytter rapportert resultatregnskap. En annen faktor bak ulikt kostnadsgrunnlag er at SAMDATA legger til grunn gjestepasientkorrigerte kostnader (et regionalt sørge-for perspektiv), mens RHF-ene legger til grunn kostnader i egne helseforetak (produksjonsperspektiv).

De polikliniske kontaktene som legges til grunn her inkluderer alle episoder ekskludert: i) de som grupperes til kirurgisk DRG, ii) rehabilitering, iii) stråleterapi og iv) dialyse. Alle episoder er inkludert uavhengig av hvilket helsepersonell som har utført aktiviteten. Offentlig finansierte episoder fra de private sykehusene er inkludert. Avtalespesialister er inkludert for somatisk sektor¹⁹, men enkle kontakter, kirurgi og episoder med manglende takst ekskluderes. Tallene tar utgangspunkt i et sørge-for perspektiv. Tallene som presenteres her kan avvike fra polikliniske kontakter som rapporteres fra helseforetak til RHF som vil være RHF-ene grunnlag for rapportering til Helse- og omsorgsdepartementet.

Ventetidene baseres på data fra Norsk Pasientregister.

4.2 Kostnader

Kostnadene til somatikk og PHBU økte med 21 prosent i femårsperioden

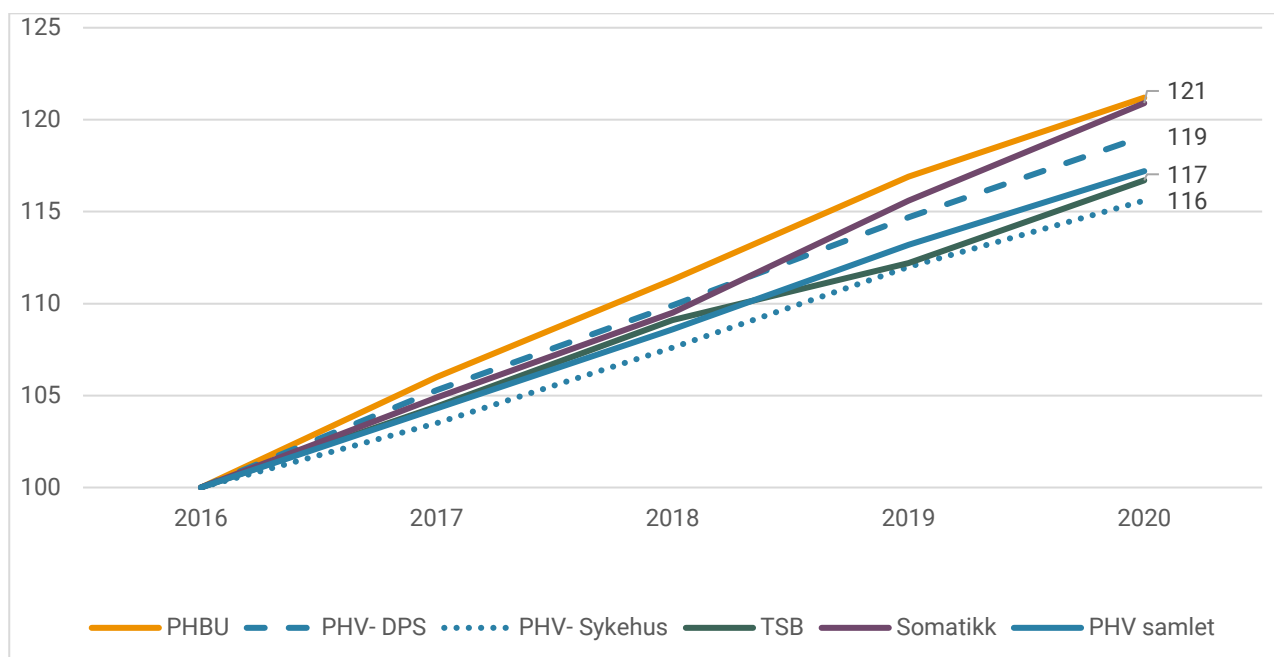
Kostnadene til somatiske spesialisthelsetjenester økte med 21 prosent i femårsperioden 2016 til 2020. Veksten i det psykiske helsevernet for barn og unge (PHBU) var også 21 prosent i samme periode. Figur 4.1 viser at veksten i PHBU var sterkere enn for somatikken i årene fram til 2019. Siste år fra 2019 til 2020 var veksten i somatisk sektor sterkere enn den var i PHBU.

Svakere vekst for TSB og PHV

Gjennom femårsperioden økte kostnadene i det psykiske helsevernet for voksne (PHV) med 17 prosent, fordelt på 19 prosent for DPS-ene og 16 prosent for sykehusene. Veksten i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) var også på 17 prosent.

De to første årene i perioden, fra 2016 til 2018, var veksten i kostnader til DPS-er og TSB på linje med veksten i somatikken, men fra 2018 til 2020 var veksten for disse to områdene svakere – se figur 4.1. For sykehusene i PHV har det gjennom hele perioden vært en svakere kostnadsvekst, både sammenlignet med somatisk sektor og med DPS-ene. Målet om sterkere vekst i DPS-ene enn for sykehusene i PHV var oppnådd.

¹⁹ Kontakter hos avtalespesialister under psykisk helsevern inngår ikke. Kvaliteten i innrapporterte data fra avtalespesialister under psykisk helsevern vurderes til å være for mangelfull, noe som igjen kan påvirke endringstall.



Figur 4.1: Prosentvis vekst i kostnader til ulike tjenesteområder 2016-2020. Kostnader uten pensjon, legemidler og kapital. Indeksert utvikling hvor 2016 = 100.

I 2020 var den gylne regel ikke oppfylt på nasjonalt nivå

Siste år i perioden, fra 2019 til 2020, var det sterkest vekst i kostnadene for somatisk sektor – se figur 4.2. Når regionene betraktes samlet, så var det en vekst på 4,6 prosent i somatikken, mot 3,5 (3,3²⁰) til 4 prosent i psykisk helsevern og TSB. Den gylne regel ble dermed ikke oppfylt for noen av tjenesteområdene på nasjonalt nivå. Kostnadsveksten i DPS-ene var på 3,9 prosent mot 3,3 (2,8¹) for sykehusene i PHV. Delmålet om sterkere vekst for DPS-ene enn for sykehusene ble oppfylt.

Sterkere kostnadsvekst for DPS-ene i Sør-Øst i 2020

Figur 4.2 viser at Helse Sør-Øst hadde sterkere vekst i somatikken (4,9 prosent) enn i psykisk helsevern og TSB (fra 3,6 til 4,5 prosent). Figur 4.3 viser at fra 2019 til 2020 var kostnadsveksten i DPS-ene på 5,5 prosent, det vil si sterkere enn i somatikken. Det betyr også sterkere vekst i DPS-ene sammenlignet med sykehusene i PHV.

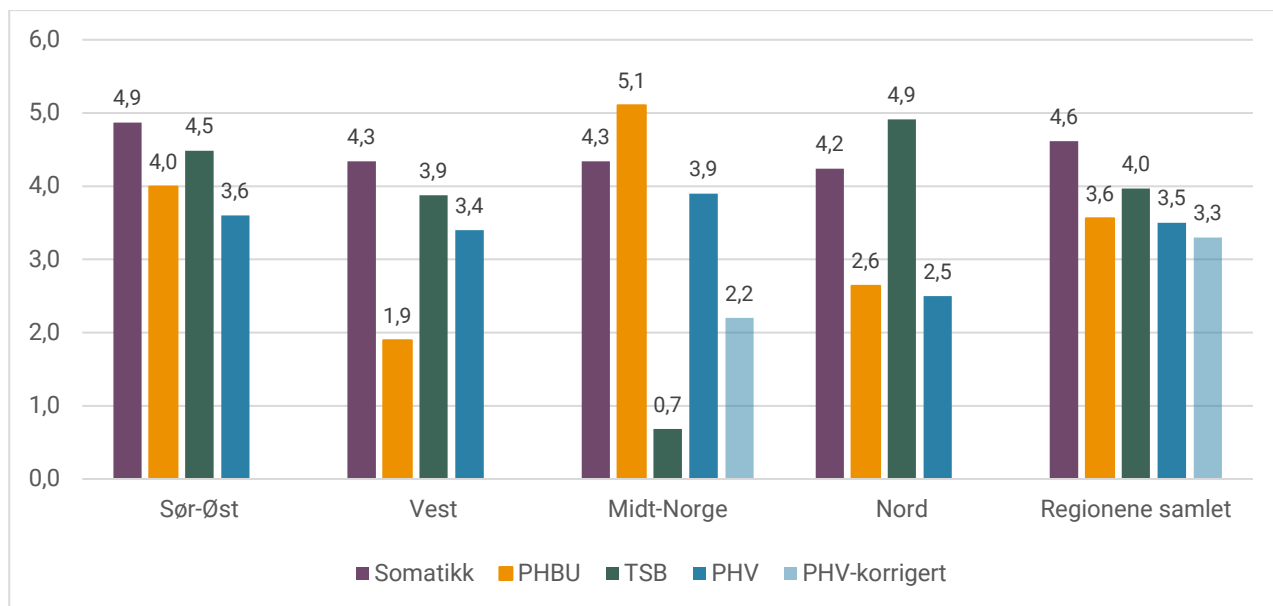
Helse Vest hadde, i likhet med Helse Sør-Øst, også sterkere vekst i somatisk sektor (4,3) enn i psykisk helsevern og TSB (fra 1,9 til 3,9 prosent). Innenfor PHV økte kostnadene til sykehus mer enn kostnadene til DPS-ene – se figur 4.3.

Kostnadene til PHBU økte med 5,1 prosent i Helse Midt-Norge

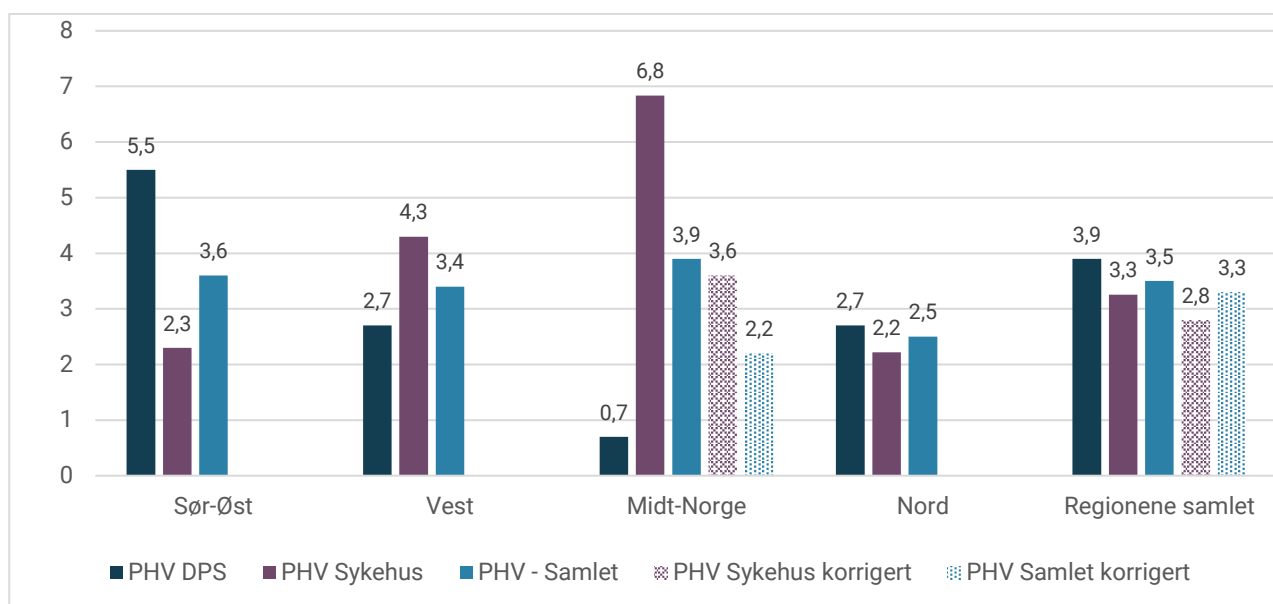
Fra 2019 til 2020 hadde Helse Midt-Norge sterkere vekst i kostnader til PHBU, med en vekst på 5,1 prosent mot 4,3 prosent i somatikken. Den gylne regel ble oppfylt for PHBU. Kostnadsveksten i TSB og PHV var

²⁰ Helse Midt-Norge fikk en budsjettstyrking på 43 mill. kr i 2020 for oppbygging av tvungent vern i kommunene. Det kan diskuteres som dette skal synliggjøres som vekst i kostnader til PHV. Beløpet inngår i utgangspunktet i kostnadstallene. Effekten av dette er synliggjort som PHV korrigert når utviklingen fra 2019 til 2020 vises.

imidlertid svakere enn for somatikken, med en vekst på henholdsvis 0,7 og 3,9 (2,2¹) prosent. Veksten i DPS-ene var svakere (0,7 prosent) enn for sykehusene i PHV (6,8 (3,6¹)) prosent.



Figur 4.2: Prosent endring i kostnader til ulike tjenesteområder 2019-2020. Kostnader uten pensjon, legemidler og kapital. Helseregioner²¹ og regionene samlet.



Figur 4.3: Prosent endring i kostnader til DPS-er, PHV-Sykehus og samlet for PHV, 2019-2020. Kostnader uten pensjon, legemidler og kapital. Helseregioner og regionene samlet.

Vekst på 4,9 prosent for kostnader til TSB i Helse Nord

I Helse Nord økte kostnadene til TSB med 4,9 prosent siste år, og det var dermed større vekst i TSB enn i somatisk sektor hvor kostnadene økte med 4,2 prosent. Den gyldne regel var dermed oppfylt for TSB.

²¹ Resultatene avviker fra hva som er rapportert i årlig melding fra Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF.

Kostnadene til psykisk helsevern økte mindre med en vekst på rundt 2,5 prosent. For PHV var veksten i DPS-ene sterkere (2,7 prosent) enn veksten i sykehus (2,2 prosent).

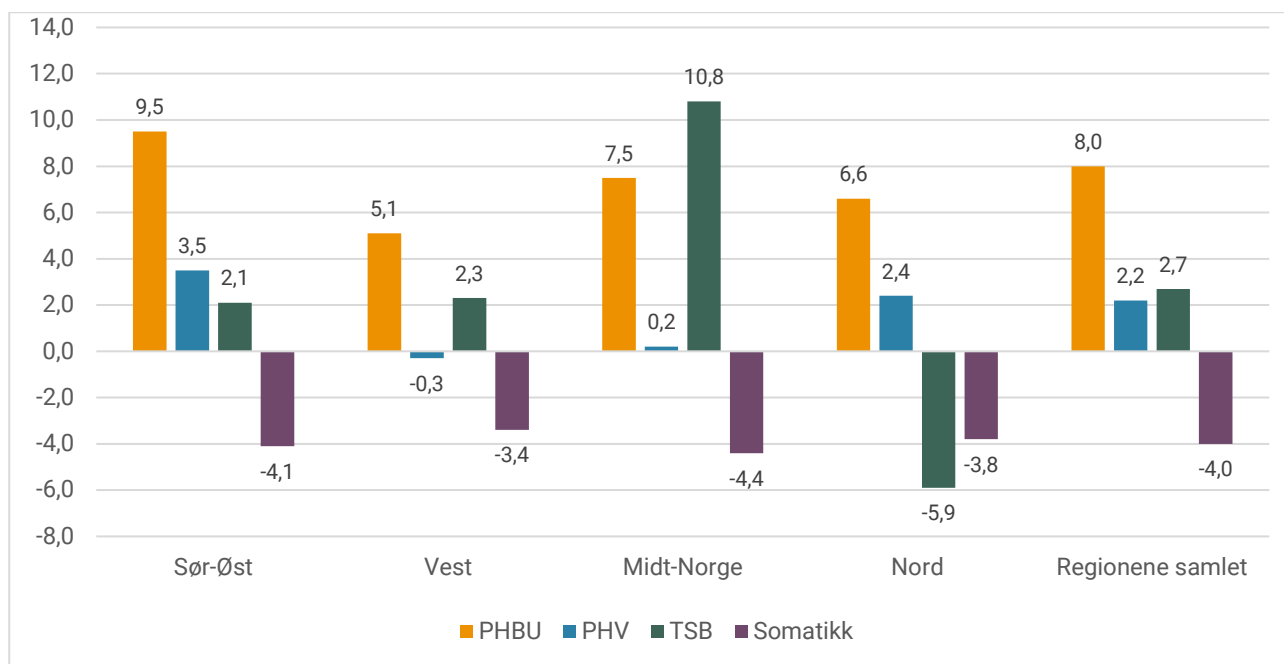
4.3 Polikliniske kontakter

Den gylne regel ble oppfylt i 2020

Målt ved vekst i antall polikliniske kontakter, var den gylne regel oppfylt i 2020 – når regionene sees samlet. I somatisk sektor gikk antall polikliniske kontakter ned med 4 prosent fra 2019, for TSB økte det med 2,7 prosent, i PHV økte det med 2,2 prosent – og i PHBU var veksten på 8 prosent – se figur 4.4. Veksten i psykisk helsevern og TSB kan også sees i sammenheng med økt bruk av telefon- og videokontakter som følge av pandemien – se kapittel 2.

Når den gylne regel måles som vekst i kostnader ble konklusjonen motsatt. Poliklinisk aktivitet er en mindre ressurskrevende del av aktiviteten i helseforetakene, slik at det kan gi ulike konklusjoner vedrørende måloppnåelse.

For Helse Nord kan det kommenteres at den gylne regel ikke ble oppfylt for TSB i 2020, med en nedgang på 5,9 prosent i tallet på polikliniske kontakter. En faktor bak denne nedgangen kan være at bruken av telefon- og videokontakter ikke økte for befolkningen som hører til Universitetssykehuset i Nord-Norge – se også kapittel 2. Helse Midt-Norge hadde en sterk vekst på 10,8 prosent i antall polikliniske kontakter i TSB siste år, og det er også nærliggende å knytte denne veksten til telefon- og videokontakter.



Figur 4.4: Prosent endring antall polikliniske kontakter 2019-2020 for ulike tjenesteområder. Helseregioner²² og regionene samlet.

²² Resultatene avviker fra hva som er rapportert i Helse Sør-Øst og Helse Vest sine årlige meldinger.

4.4 Ventetid

Den gylne regel oppfylt på nasjonalt nivå

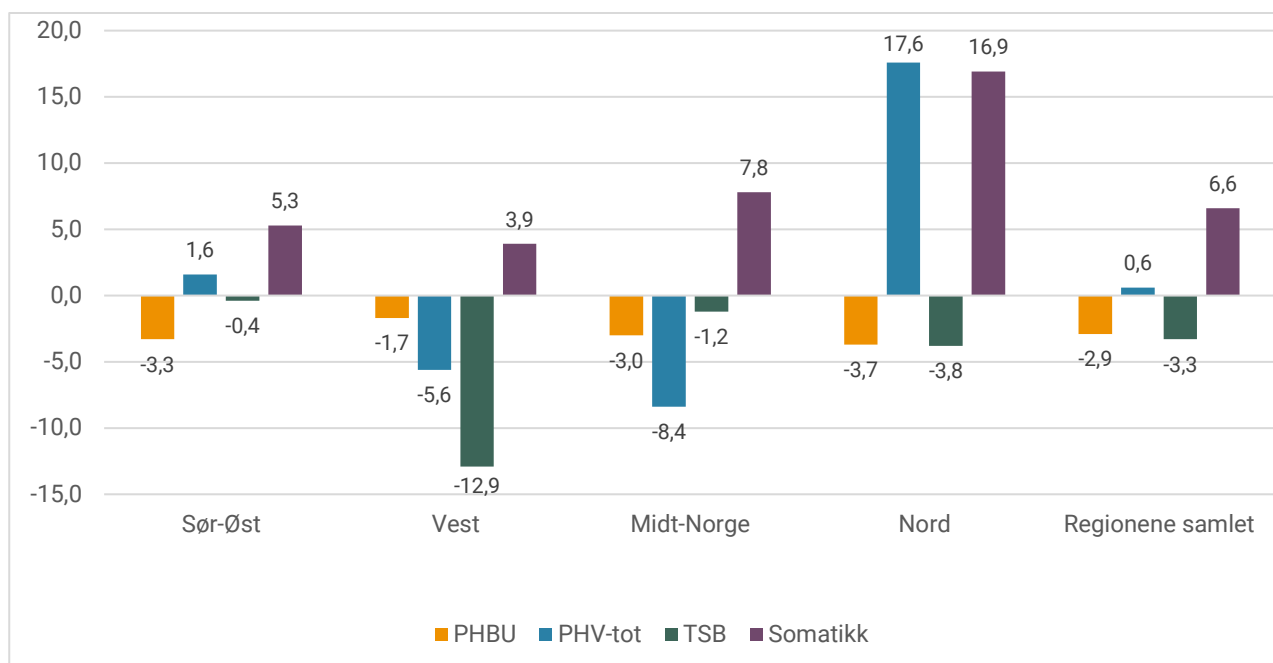
Fra 2019 til 2020 økte gjennomsnittlig ventetid med nær 7 prosent i somatisk sektor, for regionene samlet. Pandemisituasjonen i 2020 er en sterk faktor bak økt ventetid i somatisk sektor. Ventetiden var tilnærmet uendret for PHV, og for TSB og PHBU gikk ventetiden ned med om lag 3 prosent. Se figur 4.5. Det betyr at den gylne regel var oppfylt på nasjonalt nivå.

Figur 4.6 viser at det var ventetiden til TSB som var nærmest den nasjonale målsettingen på 30 dager, da faktisk gjennomsnittlig ventetid kun var 2 dager lengre enn målet.

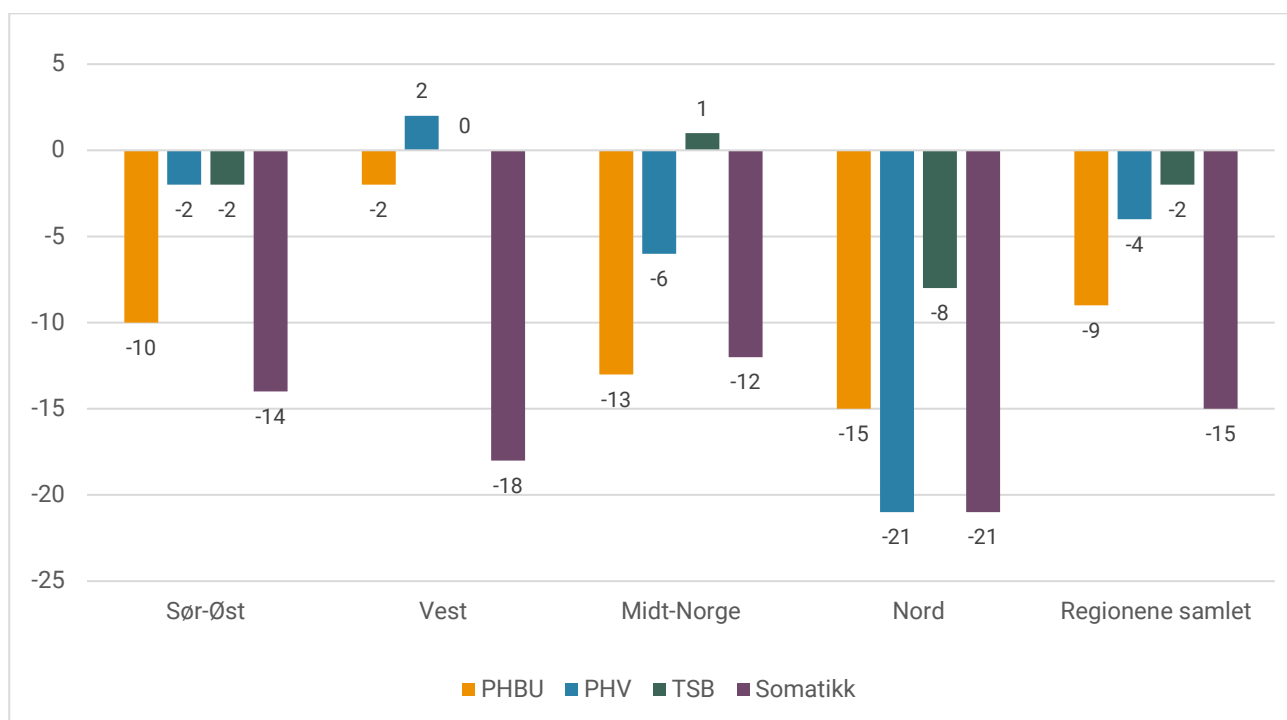
Helse Nord fikk lengre ventetid til PHV i 2020

Med unntak for Helse Nord, nådde alle regionene målsettingen om mer reduksjon (eller mindre vekst) i ventetid for psykisk helsevern og TSB. Helse Nord hadde relativt sett sterk vekst på nær 17 prosent i gjennomsnittlig ventetid i somatikken. Men økningen i gjennomsnittlig ventetid til PHV var på samme nivå, og marginalt sterkere med 17,6 prosent. Dette har resultert i at den gjennomsnittlige ventetiden til PHV er 21 dager lengre enn målet på 40 dager i Helse Nord – se figur 4.6.

Helse Vest hadde relativt sett stor nedgang på nær 13 prosent i gjennomsnittlig ventetid til TSB. I 2020 var gjennomsnittlig ventetid til TSB akkurat på måltallet som var 30 dager. Helse Vest hadde kortest ventetid til PHV i 2020, med en gjennomsnittlig ventetid som var 2 dager kortere enn målet på 40 dager. Pasientene i Midt-Norge hadde kortest gjennomsnittlig ventetid (29 dager) til behandling innenfor TSB.



Figur 4.5: Prosent endring i gjennomsnittlig ventetid for ulike tjenesteområder. 2019-2020.



Figur 4.6: Måltall for gjennomsnittlig ventetid²³ i dager minus faktisk ventetid i dager, for ulike tjenesteområder. 2020. Helseregioner og regionene samlet.

²³ Måltall for gjennomsnittlig ventetid; Somatikk: 50 dager, PHV: 40 dager, PHV-BU: 35 dager, TSB: 30 dager.

5. Utvikling i kostnader og økonomisk status

Helseforetakenes kostnader til spesialisthelsetjenester var 153,5 mrd. kr i 2020. Realveksten i kostnader var 3,3 prosent fra 2019 til 2020, og justert for befolkningsutviklingen var den på 2,9 prosent. Dermed var kostnadsveksten i 2020 sterkere enn for de forutgående årene i perioden. I perioden fra 2013 til 2020 var det en realvekst i kostnader til spesialisthelsetjenester som oversteg veksten i folketallet, mens i perioden fra 2008 til 2013 økte kostnadene og folketallet i takt.

De regionale forskjellene i nivået på kostnad per innbygger til spesialisthelsetjenester er små, når kostnadene korrigeres for regionale forskjeller i behov og strukturelle forhold. I 2020 varierer dette fra 3 prosent over gjennomsnittet i Helse Vest til 2 prosent under i Helse Midt-Norge.

I 2020 hadde helseforetakene et stort overskudd på 6,2 mrd. kr. Overskuddet var høyere enn forutgående år. Helseforetakene har hatt økonomiske overskudd alle år etter 2009, etter en periode med underskudd fra 2002 til 2008.

Investeringsnivået var høyt i 2020, og de brutto investeringene var på 13,7 mrd. kr. Investeringene ble i hovedsak finansiert gjennom egenkapital og langsiktige lån. Gjeldsgraden har økt fra 71 prosent i 2016 til nær 78 prosent i 2020, for helseforetakene. Det er Helse Vest og Helse Sør-Øst som har økt gjeldsgrad i denne perioden, og disse to regionene har også samtidig sterkere vekst i investeringer.

5.1 Innledning

Formålet med dette kapitlet er for det første å belyse spørsmålet om utvikling i kostnader til spesialisthelsetjenesten. Her blir realvekst, det vil si vekst i kostnader justert for prisutviklingen, både på kort og lang sikt presentert og diskutert. Spørsmålet om ulik vekst for ulike tjenesteområder berøres, men dette temaet belyses nærmere i kapittel 4 om Gylne Regel. Videre presenteres variasjon mellom helseregioner i kostnader per innbygger til spesialisthelsetjenester.

En nærmere beskrivelse av datagrunnlag og definisjoner som ligger til grunn for presentasjonen av kostnadsutviklingen finnes på Helsedirektoratet sine nettsider ([Kostnader og produktivitet - Helsedirektoratet](#)).

For det andre belyses utviklingen i helseforetakenes økonomiske situasjon. Dette gjøres ved å se nærmere på utviklingen i: i) kostnadskontroll, målt ved økonomisk resultat i form av overskudd/underskudd i driften, ii) investeringer og herunder hvordan de er finansiert, iii) verdiutvikling på eiendeler og iv) soliditet i form av gjeldsgrad.

Datagrunnlaget for presentasjonen av utviklingen i økonomisk situasjon er hentet fra de regionale helseforetakenes årsmeldinger og årsregnskap. Det vises også til dette grunnlaget for nærmere informasjon om datagrunnlag og definisjoner.

5.2 Kostnadsutviklingen

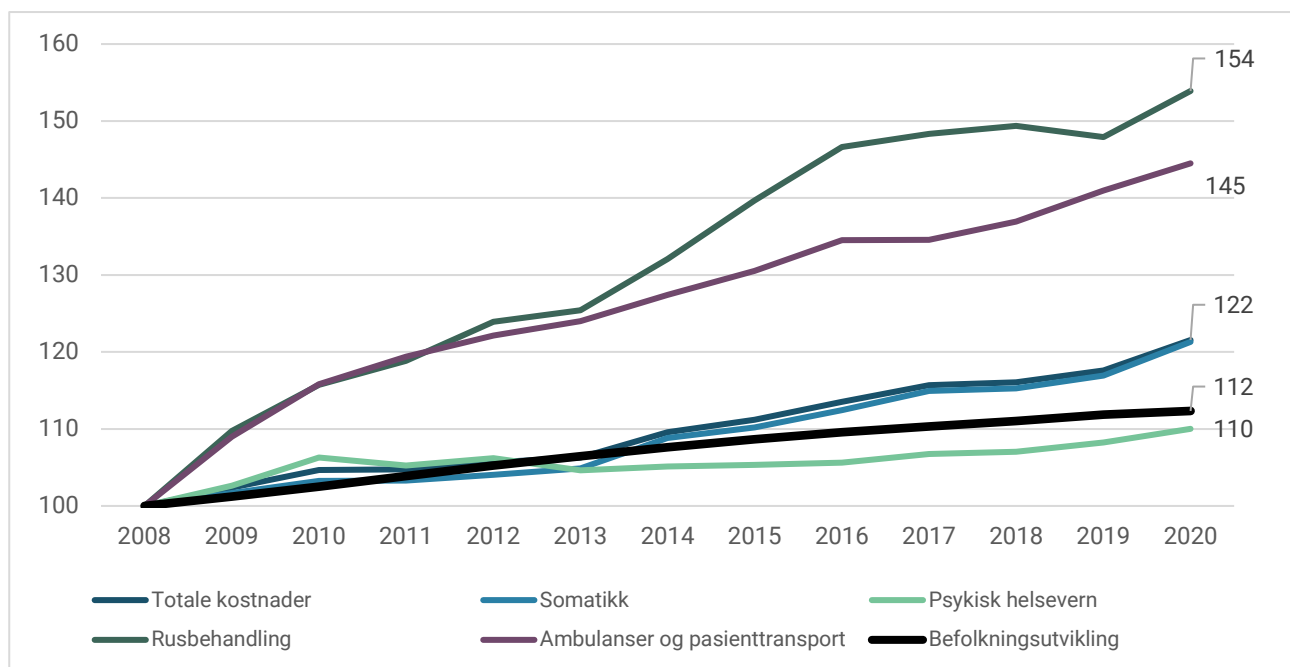
I 2020 utgjorde kostnadene til spesialisthelsetjenesten 153,5 mrd. kr. Det var en nominell vekst på 2 mrd. kr fra 2019, som tilsvarte 1,3 prosent. Nominell betyr her at kostnadene ikke er korrigert for prisutvikling. Samtidig gikk pensjonskostnadene ned med 4,5 mrd. kr i 2020, noe som betyr at de øvrige kostnadene nominelt sett økte med 6,5 mrd. kr fra året før.

Fra 2008 til 2020 var det en realvekst i kostnader på 22 prosent, samtidig som befolkningstallet økte med 12 prosent. Realvekst betyr her at kostnadene er korrigert for prisutvikling og budsjettvekst knyttet til nye legemidler.

Kostnadene økte mer i perioden fra 2013 til 2020 sammenlignet med årene før

Figur 5.1 viser at fra 2008 til 2013 økte de prisjusterte kostnadene i takt med befolkningsveksten, mens det i perioden fra 2013 til 2020 var en kostnadsøkning som oversteg veksten i folketallet. Aller siste år i perioden, fra 2019 til 2020, var det sterkere realvekst i kostnader på 3,3 prosent, mot om lag 1-2 prosent i årene før. Det vil si at parallelt med at covid-19 situasjonen oppstod i 2020, så oppstod en sterkere realvekst i kostnader til spesialisthelsetjenester.

Hvis utviklingen i utvalgte kostnadskomponenter fra 2019 til 2020 betraktes nærmere, så framgår en økning i kostnader til overtid, ekstrahjelp og vikarer på om lag 650 mill. kr. Samtidig gikk både reisekostnader for ansatte, samt kostnader til pasientreiser tilsvarende ned.



Figur 5.1: Prosentvis endring i kostnader til spesialisthelsetjenester 2008-2020. Korrigert for prisutvikling og nye legemidler. Indeks, 2008 = 100.

Sterkere realvekst på 3,3 prosent i 2020 knyttet til moderat utvikling i lønnskostnad per timeverk

Konklusjonen om sterkere realvekst i kostnader til spesialisthelsetjenester i 2020 kan diskuteres i lys av negativ deflator på -2,1 prosent fra 2019 til 2020. Bakgrunnen for negativ deflator i 2020 er i hovedsak en sterk nedgang i regnskapsførte pensjonskostnader. Men andre faktorer som sterk vekst i timeverkene, redusert arbeidsgiveravgift et par måneder og moderat lønnsoppgjør spiller også inn. SSB oppgir at hvis den negative utviklingen i pensjon holdes ute fra beregningen, så ville deflatoren blitt beregnet til om lag 1,5 prosent fra 2019 til 2020. 1,5 prosent er en svakere lønns- og prisvekst enn hva som ble lagt til grunn i HOD sine budsjettforutsetninger for 2020, som var 3,1 prosent.

Den nominelle, det vil si ikke pris-korrigerede, kostnadsveksten i spesialisthelsetjenesten var 4,4 prosent siste år fra 2019 til 2020, når kostnader til pensjon, kapital og legemidler - som kan fluktuere fra år til år - holdes ute. Se også kapittel 4, avsnitt om kostnader til Gylne Regel. Den nominelle prisveksten på 4,4 prosent siste år er i tråd med tilsvarende nominelle prisvekst i de forutgående årene fra 2016 til 2019, som også var på om lag 4,5 - 5 prosent årlig.

Svakere vekst psykisk helsevern, sterkere vekst i ambulanser og pasienttransport gjennom perioden

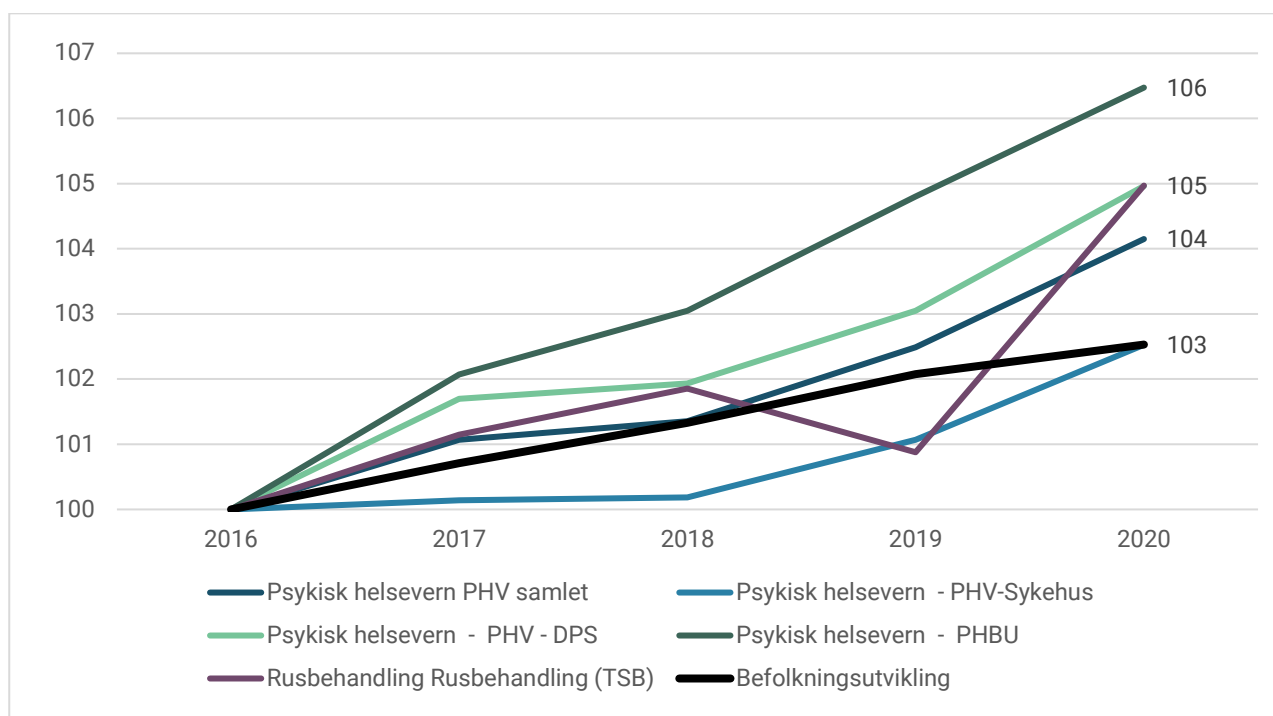
Når utvikling for de ulike tjenesteområdene fra 2008 til 2020 betraktes, så framgår det at kostnadene til psykisk helsevern hadde en realvekst på 10 prosent i denne perioden. Ressursene, i form av kostnader, til psykisk helsevern har dermed økt mindre enn det samlede folketallet. Det kan bemerkes at folketallet gjennom perioden har økt mer for de eldste, og mindre for de yngre aldersgruppene som i større grad bruker psykisk helsevern.

Det betyr at kostnaden per innbygger til psykisk helsevern var lavere i 2020 enn den var i 2008, når det samlede folketallet legges til grunn. Figur 5.1 viser at det var en reduksjon i prisjusterte kostnader til psykisk helsevern mellom 2010 og 2013. Fra 2013 til 2020 var det en realvekst i kostnader til psykisk helsevern om lag i takt med befolkningsveksten, men lavere enn for de øvrige tjenesteområdene.

Kostnadene til rusbehandling og til ambulanser og pasienttransport, steg med henholdsvis 54 og 45 prosent gjennom perioden, justert for prisvekst. Det vil si at kostnadene til disse tjenesteområdene tok den større del av budsjettet i 2020 sammenlignet med tidligere år.

Økende veksttakt for psykisk helsevern de siste årene i perioden

Figur 5.1 viser at realveksten i kostnader til psykisk helsevern var noe sterkere i årene fra 2016 til 2020, sammenlignet med årene 2013 til 2016. Figur 5.2 viser vekst i kostnader for ulike delområder innenfor det psykiske helsevernet, samt for rusbehandling, de siste fem årene. Fra 2016 til 2020 var realveksten i kostnader til henholdsvis rusbehandling, DPS-er og psykisk helsevern for barn og unge i størrelsesorden 4-6 prosent, mot 3 prosent vekst i folketallet. I det psykiske helsevernet for voksne i sykehus var realveksten i tråd med befolkningsutviklingen.



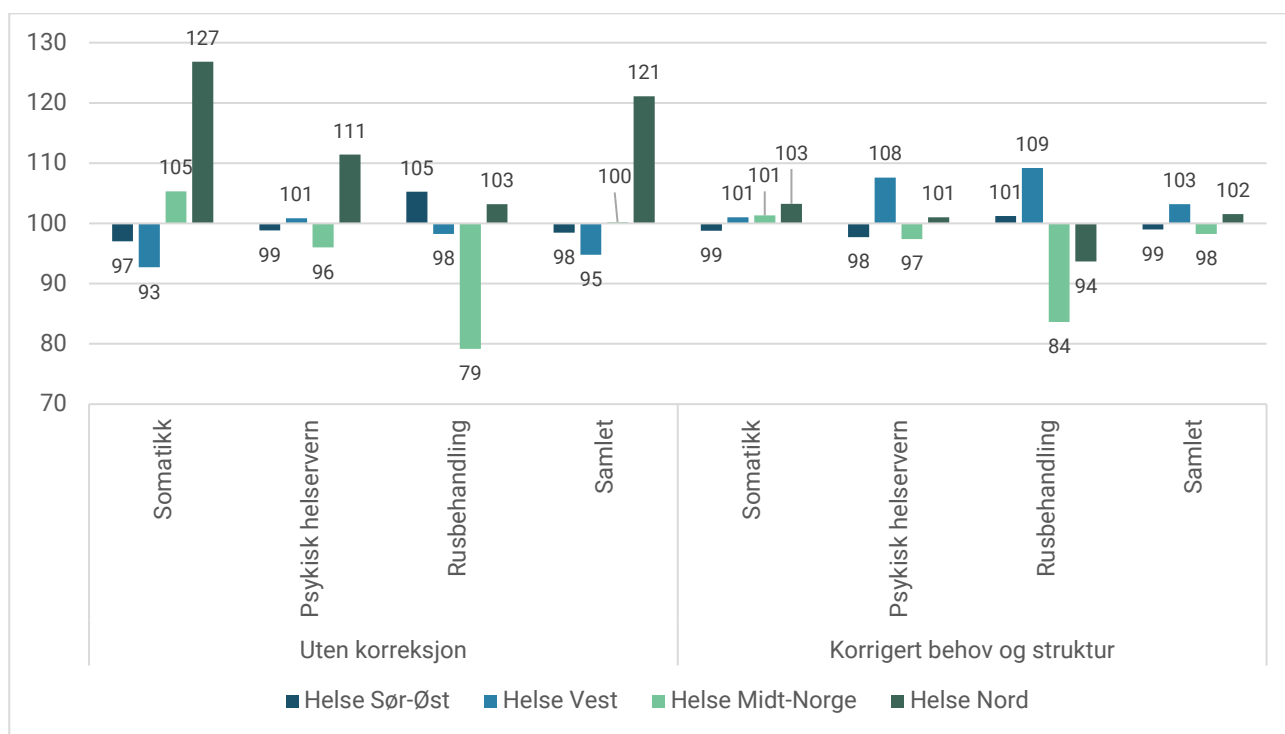
Figur 5.2 Prosentvis endring i kostnader til ulike deler av det psykiske helsevernet og rusbehandling 2016-2020. Korrigert for prisutvikling og nye legemidler. Indeks, 2016 = 100.

Realvekst i kostnader til psykisk helsevern samlet, ut over vekst i folketallet, kom i hovedsak siste år i perioden.

I kapittel 4, om den gylne regel, belyses spørsmålet om sterkere vekst i psykisk helsevern og rusbehandling sammenlignet med somatikk nærmere. Da måles kostnadsveksten nominelt, og endringer i kostnader til pensjon, legemidler og kapital holdes ute.

Mindre variasjon i kostnad per innbygger når det korrigeres for ulikhet i behov og struktur

Kostnaden per innbygger til spesialisthelsetjenester var på 36 733 kroner i 2020. Uten korreksjon for behovs- og strukturforskjeller, varierte kostnaden per innbygger fra 5 prosent under gjennomsnittet i Helse Vest til 21 prosent over for Helse Nord. Korrigert for forskjeller i behov og struktur, som ligger til grunn for budsjettildeling, varierte kostnaden per innbygger fra 2 prosent under gjennomsnittet for Helse Midt-Norge til 3 prosent over for Helse Vest. Se figur 5.3.



Figur 5.3 Regionale variasjoner i relativt nivå på kostnad per innbygger 2020. Tjenesteområdene somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling. Med og uten korreksjon for behov og struktur.

Sammenlignet med 2019, har Helse Midt-Norge relativt sett en lavere korrigert kostnad per innbygger. I 2019 hadde Helse Midt-Norge en korrigert kostnad per innbygger som lå på gjennomsnittet. Når nivået blir 2 prosent lavere i 2020, henger det sammen med at veksten i kostnader fra 2019 til 2020 var svakere i Helse Midt-Norge enn for de øvrige tre regionene. For de tre øvrige regionene var korrigert kostnad per innbygger, relativt sett, nokså like i 2019 og i 2020. Det vil si at disse tre regionene hadde en kostnadsvekst siste år var noenlunde sammenfallende med gjennomsnittet for landet samlet.

Lavere korrigert nivå på kostnad per innbygger i Helse Midt-Norge i 2020 kommer sammen med lavere nivå på kostnader til henholdsvis rusbehandling og til psykisk helsevern. Høyere korrigert nivå for Helse Vest kommer sammen med høyere kostnader i psykisk helsevern og i rusbehandling.

5.3 Økonomisk situasjon

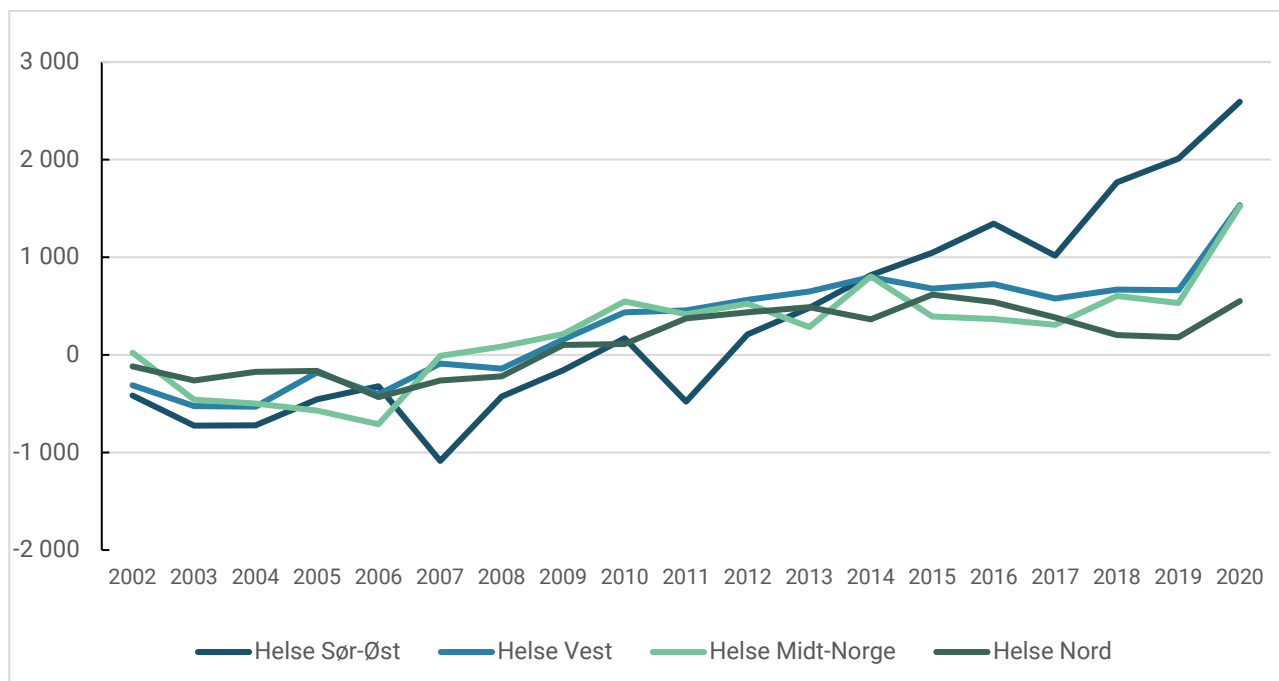
Større overskudd i 2020 på grunn av økt basisramme i revidert nasjonalbudsjett

Helseforetakenes overskudd var på 6,2 mrd. kr i 2020, og utgjorde 3,8 prosent av driftsinntektene. Overskuddene var større enn de forutgående årene fra 2016 til 2019, hvor overskuddet var på om lag 2 prosent av driftsinntektene. Større overskudd i 2020 relateres i hovedsak til at tilleggsbevilgninger på grunn av pandemien i 2020 ble høyere enn de økonomiske effektene. De regionale helseforetakene påpeker i sine årsberetninger at pandemien vil gi økonomiske konsekvenser også i 2021, og at høyere overskudd i 2020 vil gå med til å dekke konsekvenser i 2021.

Helse Sør-Øst har som eneste region utsatt 1,5 mrd. kr av økningen i basisrammen til 2021. Det vil si at hvis Helse Sør-Øst i likhet med de øvrige tre regionene hadde inntektsført hele kompensasjonen i basisrammen, så ville helseforetakenes samlede overskudd ha vært på 7,7 mrd. kr i 2020.

Overskuddet på 6,2 mrd. kr i 2020 fordeler seg på 2,6 mrd. kr i Helse Sør-Øst, 1,5 mrd. kr i Helse Vest, 1,5 mrd. kr i Helse Midt-Norge og 0,5 mrd. kr i Helse Nord.

Fra og med driftsåret 2009 har helseforetakene samlet hatt overskudd i driften, etter underskudd i årene fra 2002 til 2008. Figur 5.4 viser utvikling i resultat fra 2002 til 2020, fordelt på helseregioner.



Figur 5.4 Resultat korrigert for eiers styringskrav 2002-2020. Mill. kr, helseregioner. Kilde: Årsregnskap RHF.

Det akkumulerte overskuddet gjennom perioden fra 2002 til 2020 var 19,5 mrd. kr, hvorav 18 mrd. kr var akkumulert fra og med 2016. Helseforetakene har dermed gjennom driften opparbeidet et grunnlag for videre investeringer.

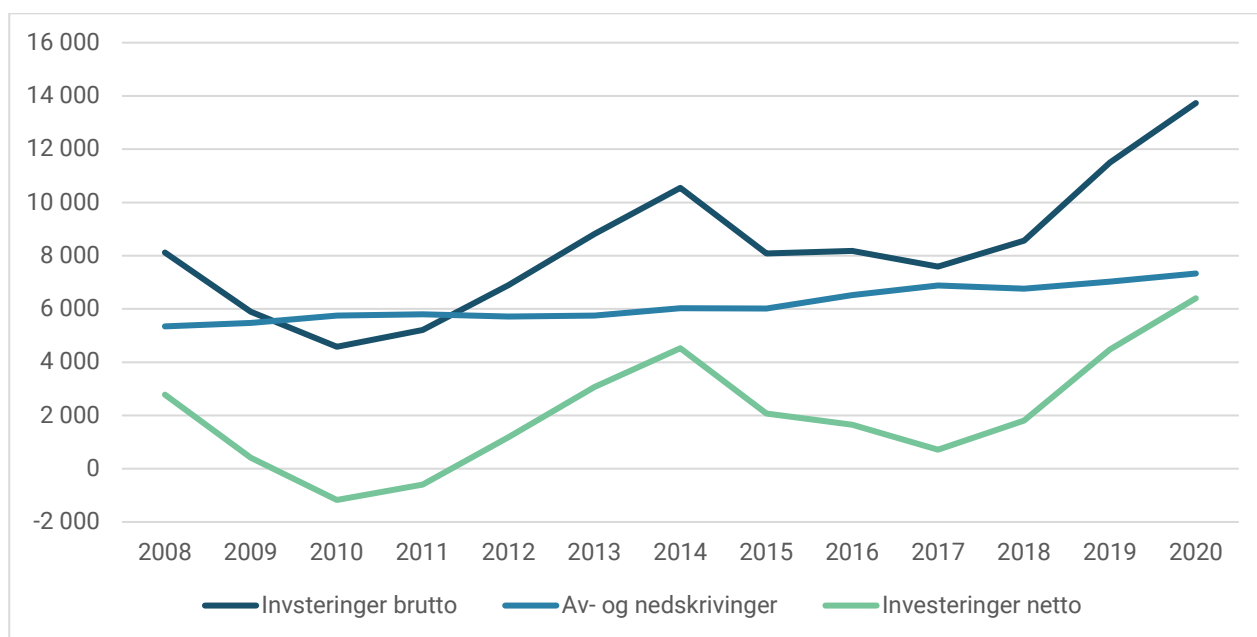
Tabell 5.1: Resultat i mill. kr. og resultatgrad.

	2002	2009	2016	2019	2020	Akkumulert 2016-2020	Akkumulert 2002-2020
Resultat ¹	-2 811	312	2 973	3 382	6 202	18 081	19 463
Resultatgrad ¹	-1,4 %	0,3 %	2,0 %	2,1 %	3,8 %	2,4 %	0,9 %

¹ Resultat målt som avvik i forhold til eiers styringskrav. Resultatgrad målt som resultat i prosent av driftsinntekt.

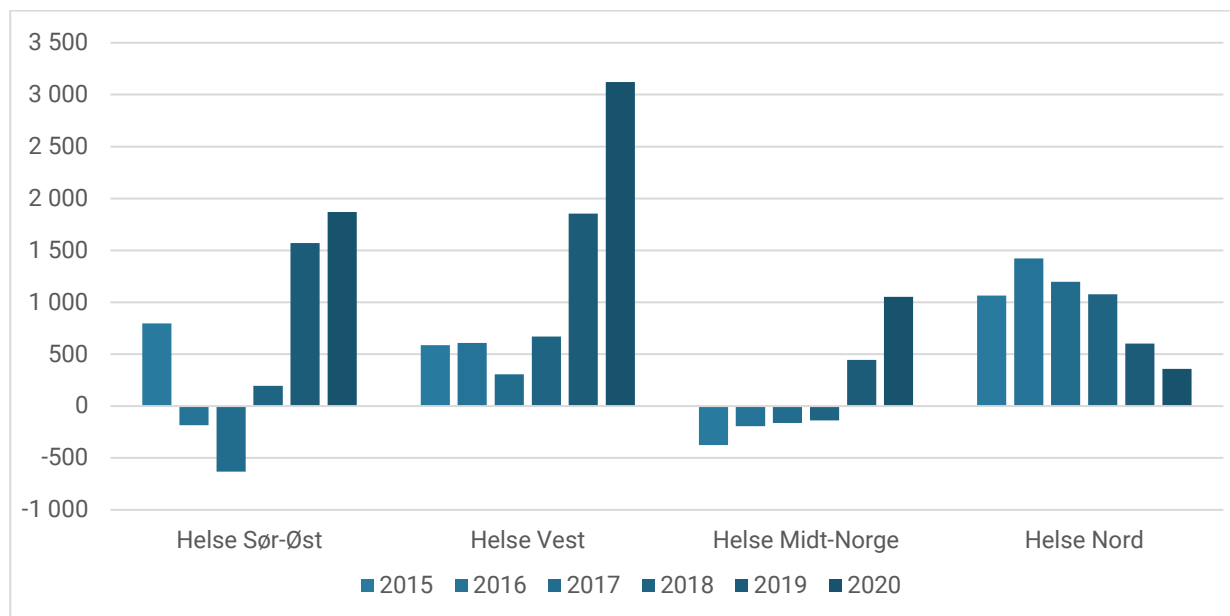
Økte investeringer

I 2020 investerte helseforetakene for 13,7 mrd. kr brutto, og korrigert for av- og nedskrivninger beløp det seg til 6,4 mrd. kr. Nivået på brutto investeringer var 11,5 mrd. kr i 2019, og om lag 8 mrd. kr per år i perioden 2015-2018. Helseforetakene hadde dermed i 2020 det høyeste investeringsnivået gjennom perioden fra 2008 til 2020. Se figur 5.5.



Figur 5.5: Investeringer (brutto) og endringer i bokførte verdier (netto) 2008-2020. Millioner kroner. Kilde: Årsregnskap RHF.

Investeringsnivået var høyest i Helse Vest siste år i perioden, men nivået var også høyere i Helse Midt-Norge og i Helse Sør-Øst, se figur 5.6.

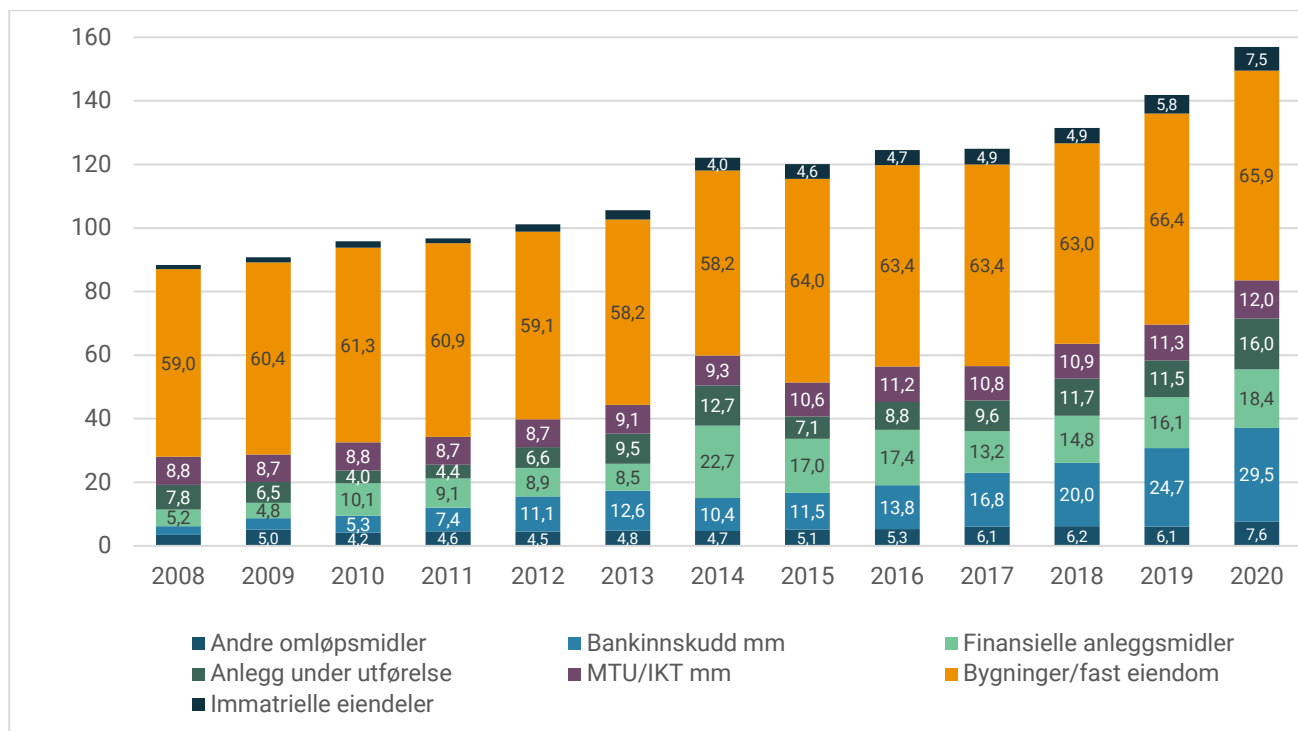


Figur 5.6: Årlig endring i balanseførte verdier for varige driftsmidler og immaterielle eiendeler 2015-2020. Mill. kr. Kilde: Årsregnskap RHF

Verdiøkning i balanseførte eiendeler

Fra 2019 til 2020 økte verdien av helseforetakenes eiendeler med 15,1 mrd. kr, og utgjorde 157 mrd. kr i 2020. Verdiøkningen var sterkere i 2020 sammenlignet med de forutgående år fra 2015 til 2019.

Absolutt sett så økte verdien av anlegg under utførelse og bankinnskudd mest siste år, med en verdiøkning på henholdsvis 4,5 og 4,8 mrd. kr. Sterkere vekst i verdien på eiendelene siste år reflekterer økte overskudd og økte investeringer. Figur 5.7 illustrerer utviklingen.



Figur 5.7: Utvikling i verdi på helseforetakenes eiendeler 2008 – 2020. Mrd. kr. Kilde: Årsregnskap RHF.

Økte investeringer i hovedsak finansiert av langsiktig gjeld og egenkapital

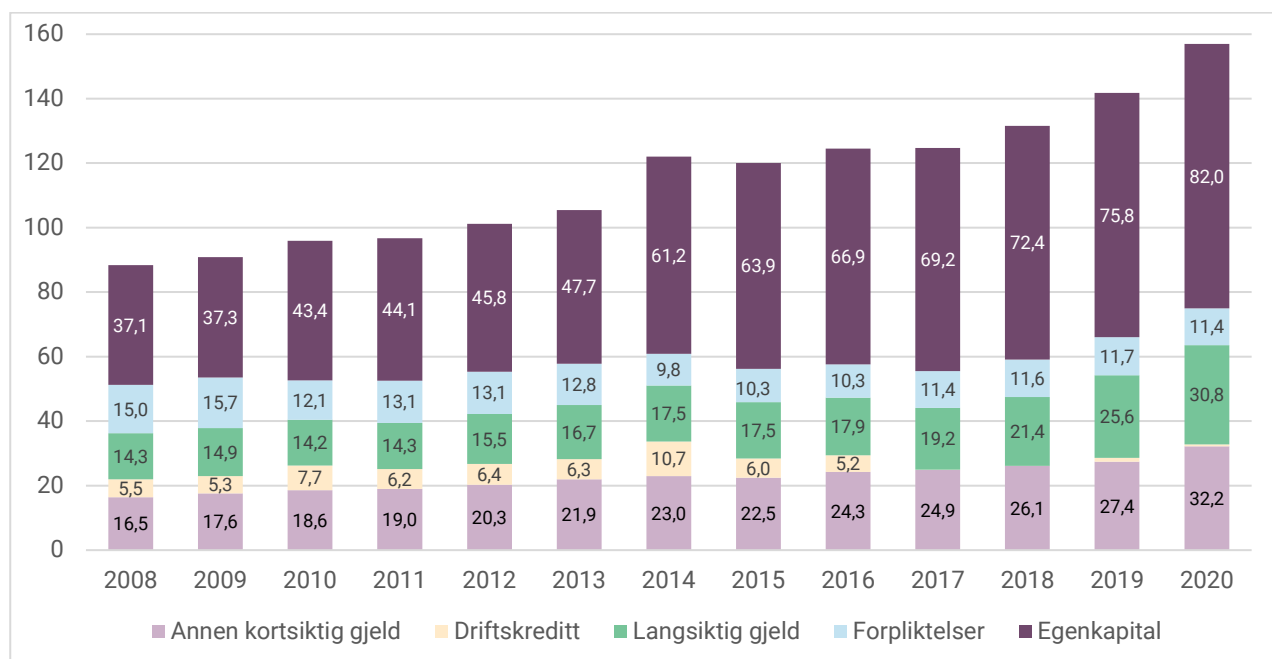
Siste år i perioden som betraktes var det en vekst på 13,7 mrd. kr i brutto investeringer. Dette ble i hovedsak finansiert gjennom økning i langsiktig gjeld på 5,2 mrd. kr, og økning i egenkapital (overskudd) på 6,2 mrd. kr. Drøyt 2 mrd. kr av investeringene 2020 blir finansiert via kortsiktig gjeld, som kan forsvares på grunn av god nok likviditet i form av bankinnskudd og omløpsmidler.

Helseforetakene har i 2020 samlet sett egenkapital til en verdi av 82 mrd. kr, som tilsvarer drøyt 52 prosent av verdien på eiendelene. Egenkapitalandelen har vært på 50-55 prosent i perioden fra 2014 til 2020. Fra 2008 til 2013 lå egenkapitalandelen på om lag 41-45 prosent. Figur 5.8 viser en oversikt over hvordan helseforetakenes eiendeler har blitt finansiert i perioden fra 2008 til 2020.

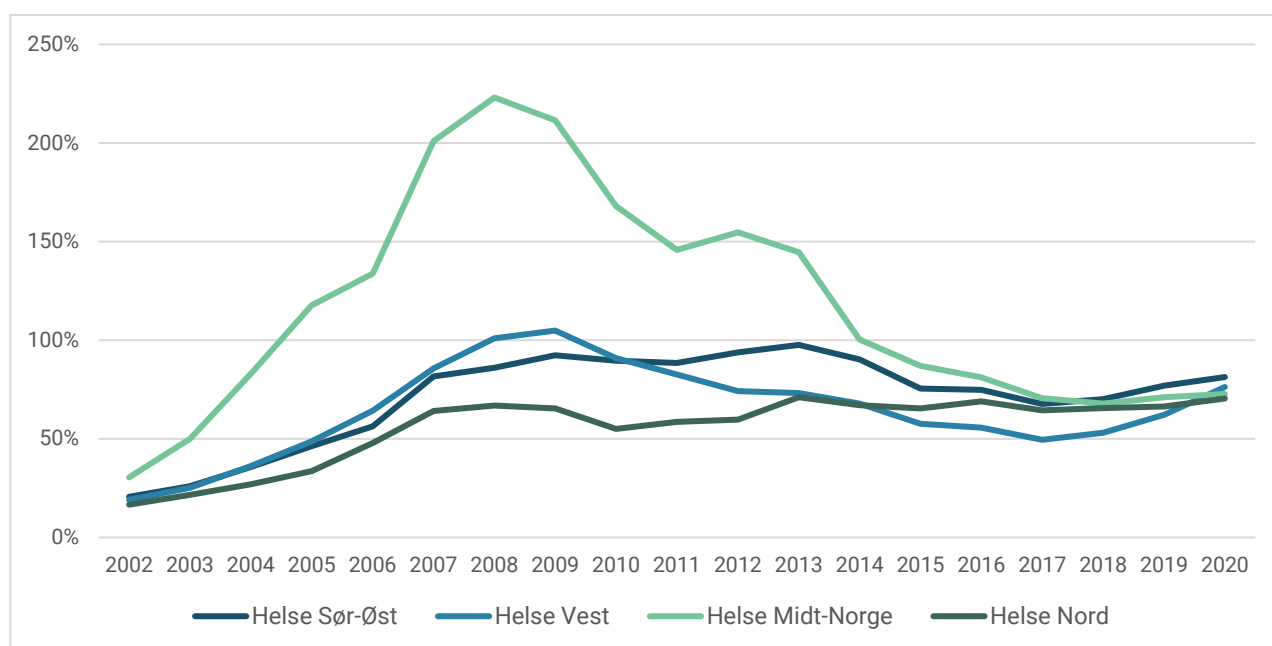
Økt gjeldsgrad i Helse Vest og Helse Sør-Øst fra 2017 til 2020

I 2020 varierte gjeldsgraden fra 70 prosent i Helse Nord til 81 prosent i Helse Sør-Øst. Gjeldsgraden beregnes som summen av annen kortsiktig gjeld, driftskreditt og langsiktig gjeld i prosent av egenkapital. Det var mindre variasjon mellom helseregionene i gjeldsgrad i 2020 sammenlignet med årene før. Se figur 5.9.

Helse Vest og Helse Sør-Øst hadde høyere nivå på investeringene enn Helse Midt-Norge og Helse Nord i 2020 og 2019. Disse to regionene fikk også en vekst i gjeldsgraden de siste årene av perioden som betraktes. Helse Vest fikk en økning gjeldsgraden på 26 prosentpoeng fra 2017 til 2020, og gjeldsgraden var på 76 prosent i 2020. Gjeldsgraden for Helse Vest var da lavere enn for de øvrige 3 regionene i 2017, og har økt til å være på linje med øvrige regioner i 2020. I Helse Sør-Øst økte gjeldsgraden fra 71 prosent i 2017 til 81 prosent i 2020. For Helse Sør-Øst har gjeldsgraden økt fra å være på linje med øvrige regioner i 2017 til å være noe høyere enn for de øvrige i 2020.



Figur 5.8: Utvikling i helseforetakenes finansiering av eiendeler 2008-2020. Mrd. kr. Kilde: Årsregnskap RHF.



Figur 5.9: Gjeldsgrad for helseforetakene 2002-2020. Kilde: Årsregnskap RHF.

6. Kostnad per DRG-poeng i somatisk spesialisthelsetjeneste

Pandemien preget sykehusdriften i 2020, og utviklingen som presenteres må sees i lys av dette.

Kostnaden per DRG-poeng var 56 900 kroner i 2020, og økte med 13,1 prosent fra 2019. I årene fra 2016 til 2018 var kostnadsnivået stabilt, mens det økte med 1,3 prosent fra 2018 til 2019. Økningen på 13,1 prosent siste år skyldtes en vekst i kostnadene på 5 prosent, samtidig som DRG-poengene gikk ned med 7,1 prosent. Aktivitetsnedgangen skyldtes pandemien. Kapittel 1 og 2 viste at pandemien i stor grad berørte aktiviteten i somatisk sektor.

Hvis vi korrigerer DRG-poengene i 2020, med utgangspunkt i kompensasjonen for bortfallet av aktivitet (kompensasjonen for bortfall av innsatsstyrt finansiering), så beregnes en vekst i kostnad per DRG-poeng på 5,5 prosent. Kostnaden per DRG-poeng i 2020 blir da 53 100 kroner. Kostnadsutviklingen siste år blir den samme, mens nedgangen i DRG-poeng blir 0,4 prosent.

Alle regionene hadde økning i kostnad per DRG-poeng siste år, men det var regionale variasjoner. Helse Nord og Helse Sør-Øst hadde størst økning i kostnad per DRG-poeng, det vil si størst nedgang i produktiviteten. Aktiviteten i Sør-Øst gikk også mer ned enn i de andre regionene. Produktivitsnedgangen var mindre for Helse Midt-Norge og Helse Vest. Helse Midt-Norge hadde mindre vekst i kostnadene enn de andre regionene.

Utviklingen i kostnad per DRG-poeng siste år har medført en relativ produktivitsforbedring for Helse Midt-Norge, og en forverring for Helse Nord.

6.1 Innledning

I dette kapitlet ser vi på utviklingen i kostnad per DRG-poeng. Det vil si at vi ser på kostnader til pasientbehandling (DRG-aktivitet) i forhold til aktiviteten målt som DRG-poeng. Formålet er å si noe om hvordan nivået på kostnad per DRG-poeng har utviklet seg over tid, og også noe om hvordan kostnad per DRG-poeng varierer mellom helseforetak. Dette kan være en indikasjon på utvikling, og variasjon, i ressursutnyttelse. En vekst i kostnad per DRG-poeng forstås som en produktivitsnedgang. På samme måte vil et høyere nivå på kostnad per DRG forstås som lavere produktivitsnivå når helseforetakene sammenlignes.

Aktivitet og kostnader i driftsåret 2020

Pandemien preget driftsåret 2020. Aktiviteten ble redusert fordi ressursene måtte benyttes til økt beredskap. I dette kapitlet benyttes DRG-poeng som mål på aktivitet. DRG-poengene gikk følgelig ned på grunn av pandemien, uten at kostnadene ble redusert tilsvarende. Helseforetakene fikk et tilskudd for å

kompensere for bortfallet av de aktivitetsbaserte inntektene. Dette tilskuddet har vi regnet om til DRG-poeng for analyseformål, og det er gjort likt for alle foretak. Til slutt i dette kapitlet finnes en oversikt over estimerte DRG-poeng per foretak, som beregnes med utgangspunkt i kompensasjonen for bortfall av aktivitet – se tabell 6.1. Dette er en teoretisk størrelse, og det kan være foretaksvis variasjoner i hvor stor grad kompensasjonen reelt sett samsvarer med aktivitetsbortfallet. I denne analysen har vi 2 aktivitetsmål: i) faktiske registrerte DRG-poeng, og ii) Korrigerte DRG-poeng, som er faktiske DRG-poeng pluss estimerte DRG-poeng basert på kompensasjonen for inntektsbortfallet.

Kostnadsbegrepet som legges til grunn er justert for lønns- og prisvekst. Pensjon er en stor del av lønnskostnaden i helseforetakene. Den regnskapsførte pensjonskostnaden i helseforetakene kan variere mye fra år til år. I 2020 var pensjonskostnaden 9,7 mrd. kr mot 13,8 mrd. kr i 2019. SSB sin indeks for lønns- og prisvekst i helseforetakene korrigerer bort effekten av endringer i pensjonskostnaden. Fra 2019 til 2020 beregner SSB en negativ prisindeks på -2,1 prosent.

SSB opplyser at hvis pensjonen holdes konstant, så ville prisindeksen ha blitt om lag 1,5 prosent fra 2019 til 2020 - noe som er lavt sammenlignet med en gjennomsnittlig lønns- og prisvekst på om lag 3 prosent. Den lave indeksen forklares med at veksten i timeverkene var sterk i 2020, sett i forhold til veksten i lønnskostnader. Lav lønns- og prisindeks betyr at kostnadene i forutgående år justeres mindre opp, og kan trekke i retning av sterkere realvekst i kostnader.

Prisindeksen på -2,1 prosent fra SSB er ikke endelig. Det forventes per i dag ikke større endringer ved en eventuell justering senere. Vi har, som et alternativt kostnadsbegrep, beregnet et kostnadsgrunnlag uten pensjon. For å korrigere for lønns- og prisvekst har vi benyttet Helse- og omsorgsdepartementet sin prisindeks på 3,1 prosent, som budsjettene til de regionale helseforetakene ble indeksregulert med i 2020. Denne prisindeksen ble satt før lønnsoppgjøret for 2020 var en realitet.

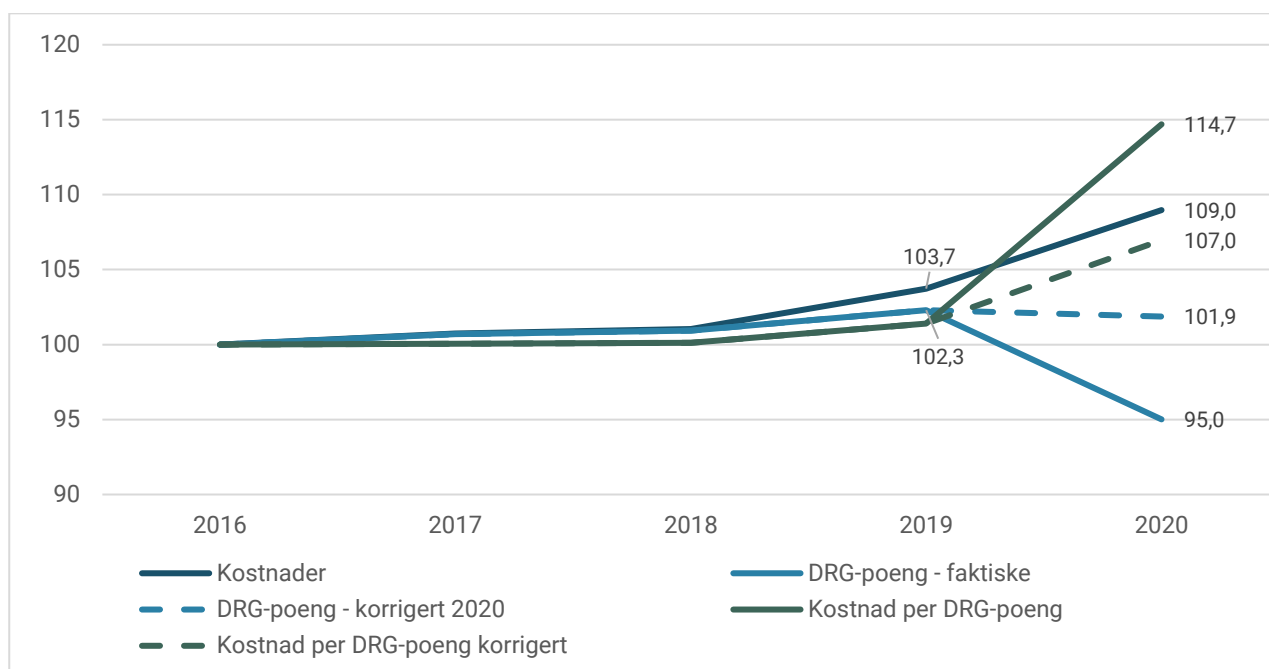
Se ([Dashboard - Somatikk - Produktivitet \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no)) for definisjon av kostnader til DRG-aktivitet.

6.2 Nasjonal utvikling 2016-2020

Kostnaden per DRG-poeng var 56 900 kroner i 2020. Fra 2016 til 2020 økte kostnaden per DRG-poeng med 14,7 prosent, og drøyt 13 prosentpoeng av denne økningen kom siste år. Dette kan i stor grad forklares med bortfall av aktivitet på grunn av pandemien.

Kostnaden per DRG-poeng økte med 5,5 prosent fra 2019 til 2020

Hvis vi korrigerer DRG-poengene for bortfallet av aktivitet, så blir kostnaden per DRG-poeng 53 100 kroner i 2020. Det blir da en økning på 7 prosent i perioden 2016-2020, hvorav 5,5 prosent siste år. I årene 2016 til 2018 var kostnadsnivået stabilt, mens det var en svakere økning på om lag 1,3 prosent fra 2018 til 2019. Se figur 6.1.



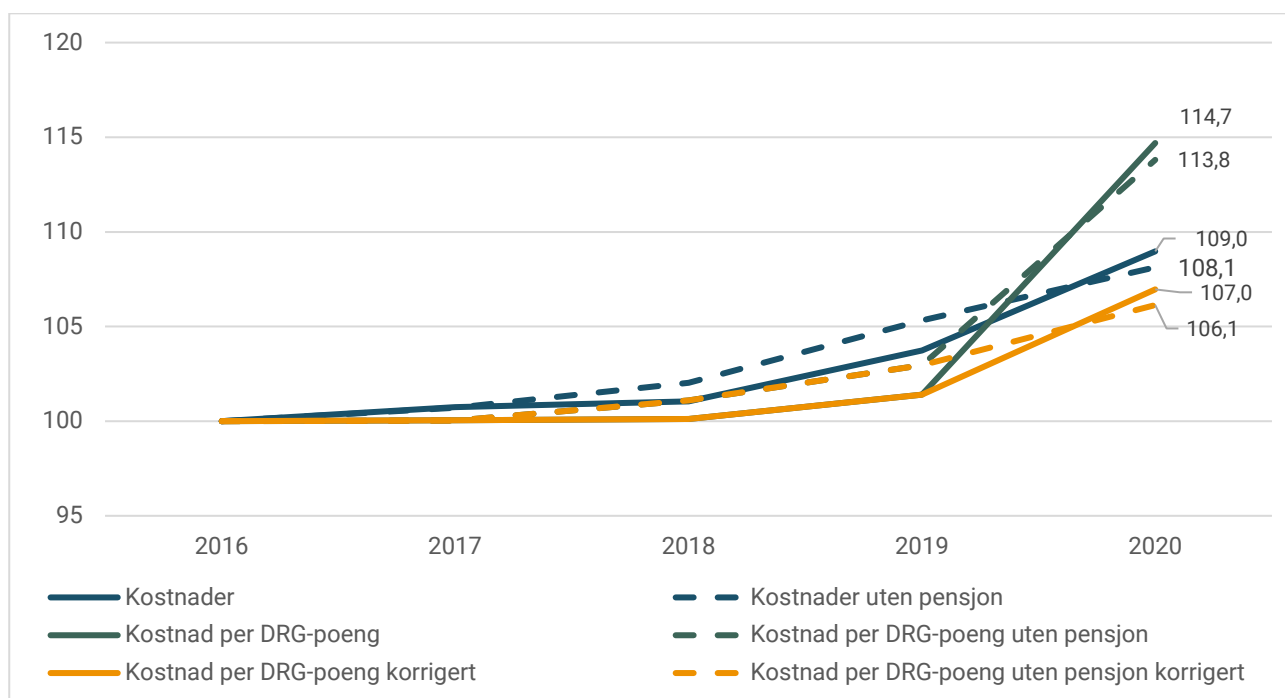
Figur 6.1: Utvikling i kostnader, DRG-poeng og kostnad per DRG-poeng 2016-2020. DRG-poeng registrert og DRG-poeng korrigert for bortfall av aktivitet 2020. Indeks hvor 2016 = 100.

Produktivitetsnedgangen fra 2019 til 2020 skyldes i hovedsak sterkere kostnadsvekst

En relativt sterk vekst i kostnaden per DRG-poeng på 5,5 prosent siste år, basert på korrigerte DRG-poeng, kan dekomponeres i en kostnadsvekst på 5 prosent, og en nedgang i DRG-poengene på 0,4 prosent. Det vil si at økningen i kostnad per DRG-poeng (produktivitetsnedgangen) i hovedsak skyldtes kostnadsvekst.

Hvis vi benytter et alternativt mål på kostnadene, kostnader uten pensjon, så beregner vi en økning på 3,1 prosent i kostnad per DRG-poeng siste år, når korrigerte DRG-poeng legges til grunn – se figur 6.3. Det vil si at produktivitetsnedgangen siste år blir redusert når det alternative kostnadsgrunnlaget uten pensjon benyttes. Merk kommentar om prisindeksen innledningsvis.

Hvis perioden 2016 til 2020 betraktes, så får vi en økning i kostnad per DRG-poeng på 7 prosent (produktivitetsnedgang) når kostnadene inkluderer pensjon, og på 6 prosent når pensjon ekskluderes. Dette gjelder når korrigerte DRG-poeng benyttes. Se figur 6.2. Det samme bildet gjelder når faktiske DRG-poeng legges til grunn, men det beregnes da en sterkere produktivitetsnedgang.



Figur 6.2: Utvikling i kostnader, kostnad per DRG-poeng og kostnad per DRG-poeng korrigert for bortfall av aktivitet 2020. Kostnader med og uten pensjon. Indeks hvor 2016 = 100.

6.3 Regional utvikling 2019-2020

Produktiviteten gikk mest ned i Nord og i Sør-Øst, og minst ned i Midt-Norge

På nasjonalt nivå økte kostnaden per DRG-poeng med 5,5 prosent, når korrigerte DRG-poeng legges til grunn. Det var regionale variasjoner i utviklingen. Helse Sør-Øst og Helse Nord hadde sterkere økning på henholdsvis 6,3 og 7,4 prosent. Økningen var svakere for Helse Vest og Helse Midt-Norge, med henholdsvis 4,4 og 2,4 prosent. Se venstre del av figur 6.3.

Nedgang i produktiviteten i Sør-Øst korresponderer med sterkere aktivitetsnedgang

Sterkere nedgang i produktiviteten for Helse Sør-Øst sammenlignet med regionene samlet skyldes større nedgang i aktiviteten. Kostnadsveksten på 5 prosent var på linje med regionene samlet og Helse Vest. Korrigert for aktivitetsbortfallet gikk DRG-poengene ned med 1,2 prosent i Helse Sør-Øst, mot 0,4 prosent for regionene samlet. Det samme bildet gjelder når endringen i faktiske DRG-poeng betraktes. Sterkere aktivitetsnedgang i Helse Sør-Øst kan skyldes at pandemien traff sterkere i Sør-Øst enn i de andre regionene. Kapittel 2 om øyeblikkelig hjelp innleggelser viste også sterkere nedgang i Sør-Øst enn i andre regioner, og kapittel 3 om opphold med utskrivningsklare pasienter viste også en sterkere nedgang i Sør-Øst.

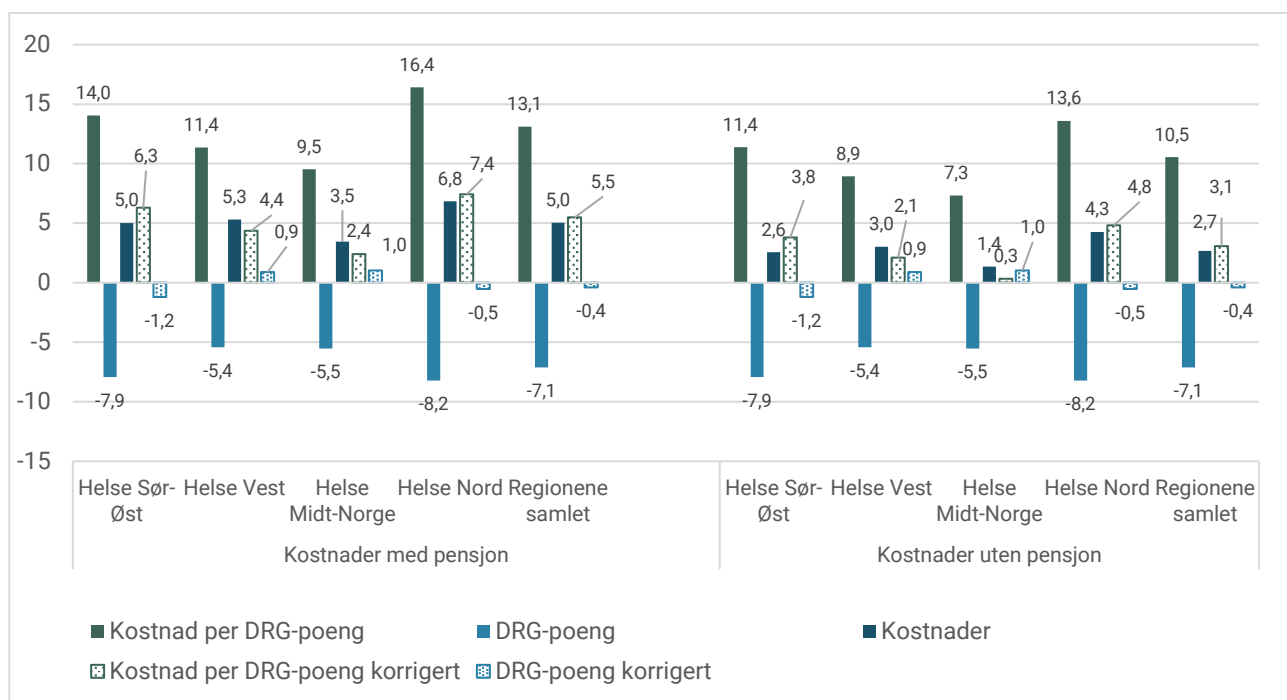
Høyere vekst i kostnad per DRG-poeng i Helse Nord sammenlignet med de andre regionene skyldes sterkere kostnadsvekst. Kostnadene økte med 6,8 prosent mot 5 prosent for regionene samlet. Endringen i korrigerte DRG-poeng var på linje med utviklingen for regionene samlet.

Bedre utvikling i Midt-Norge skyldes lavere kostnadsvekst og mindre aktivitetsnedgang

Helse Midt-Norge hadde lavest vekst i kostnad per DRG-poeng, med en vekst på 2,4 prosent mot 5,5 prosent for regionene samlet. Dette skyldes både mindre aktivitetsnedgang, og svakere kostnadsvekst, enn for regionene samlet. Kostnadene økte med 3,5 prosent i Midt-Norge, som er lavere enn 5 prosent for regionene samlet. Korrigert for aktivitetsbortfallet hadde Midt-Norge en vekst i DRG-poengene på 1 prosent, mot nedgangen på 0,4 prosent for regionene samlet. Kapittel 2 viste at Midt-Norge var den regionen som hadde minst reduksjon i innleggelser som øyeblikkelig hjelp i 2020. Kapittel 3 om utskrivningsklare pasienter viste også mindre nedgang i Midt-Norge.

I Helse Vest økte kostnaden per DRG-poeng med 4,4 prosent, som var drøyt 1 prosentpoeng mindre enn for regionene samlet. Svakere vekst i kostnaden per DRG-poeng skyldtes mindre nedgang i DRG-poeng, da de korrigerte DRG-poengene økte med 0,9 prosent mot reduksjonen på 0,4 prosent for regionene samlet.

Figur 6.3 – høyre del – viser at det samme utviklingsbildet gjelder både når kostnadene er med og uten pensjon.



Figur 6.3: Prosent endring i kostnad per DRG-poeng dekomponert i endring i DRG-poeng og endring i kostnader. DRG-poeng 2020 faktisk og korrigert for aktivitetsbortfall. Kostnader med og uten pensjon. 2019-2020.

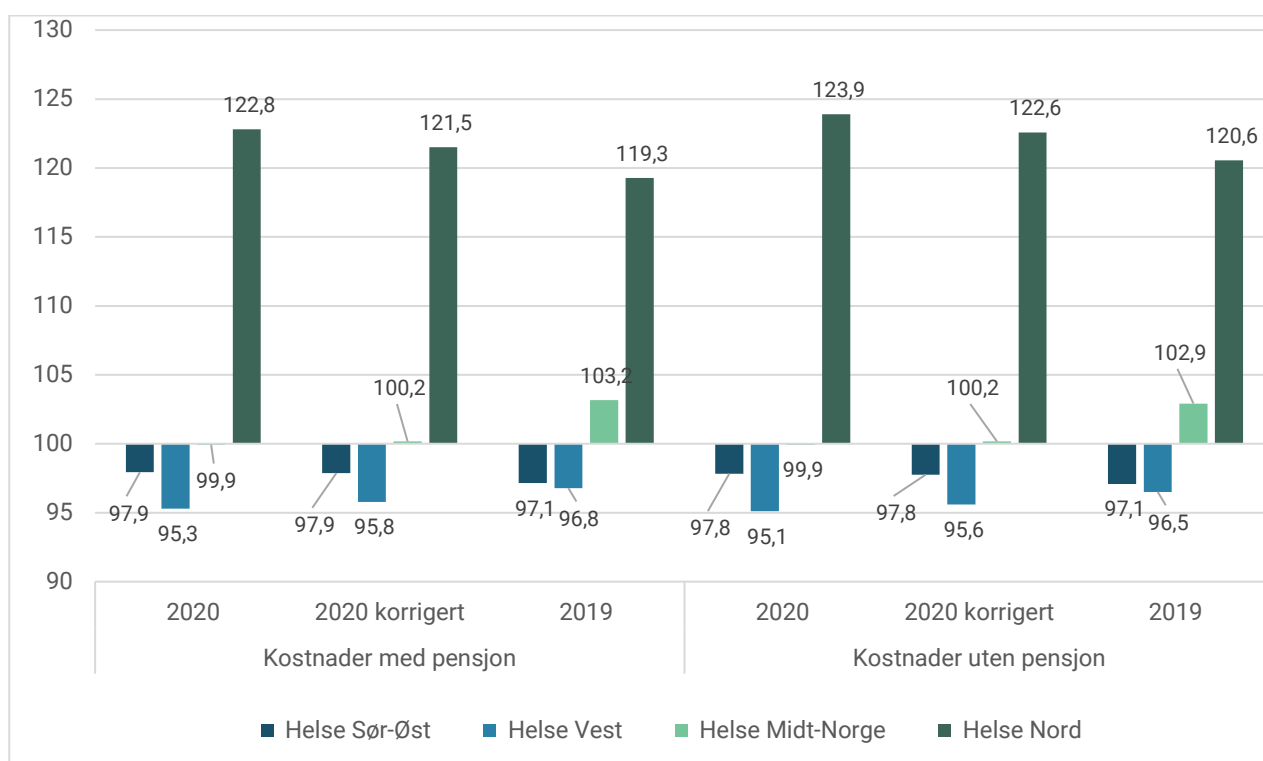
6.4 Relativ kostnad per DRG-poeng 2019-2020

Bedring av relativt kostnadsnivå i Midt-Norge – forverring i Nord

Nivået på kostnaden per DRG-poeng kan sees i forhold til et landsgjennomsnitt. Figur 6.3 viser at ulik utvikling i kostnad per DRG-poeng fra 2019 til 2020 har endret det relative kostnadsnivået når regionene sammenlignes. Helse Nord hadde sterkest vekst i kostnad per DRG-poeng (mest nedgang i produktiviteten), og det resulterte i at det relative kostnadsnivået var 22 prosent over gjennomsnittet i

2020 mot 19 prosent over i 2019. Helse Midt-Norge hadde minst vekst i kostnad per DRG-poeng (minst produktivitetstnedgang), og det relative kostnadsnivået var i tråd med landsgjennomsnittet i 2020 mot 3 prosent over i 2019. For Helse Sør-Øst og Helse Vest var endringene mindre, når foretakene i regionen betraktes samlet.

De regionale helseforetakene får justert sine tildelte budsjetter i forhold til forskjeller i kostnadsnivå, som begrunnes med ulik struktur, geografi og reisetid. Dette kan sies å være en kompensasjon for ulike strukturelle forutsetninger i regionene – og kan omtales som en strukturindeks. Strukturindeksen i 2020 er henholdsvis i) 1,095 for Helse Nord, ii) 1,02 for Helse Midt-Norge, iii) 0,98 for Helse Vest og iv) 0,985 for Helse Sør-Øst - i 2020. Grovt sett så kan dette fortolkes slik at det er forventet at foretakene i Nord skal få et kostnadsnivå som er 9,5 prosent over gjennomsnittet, og at foretakene i Vest skal få kostnadsnivå som er 2 prosent under gjennomsnittet. Dette er basert på inntektsfordelingsmodellen som gjaldt for 2020²⁴.



Figur 6: Relativ kostnad per DRG-poeng 2020 og 2019. Landsgjennomsnitt = 100. Kostnader med og uten pensjon. DRG-poeng 2020 faktisk og korrigert.

²⁴ Det kommer noen justeringer av strukturindeksen den nye inntektsmodellen fra Magnussen II utvalget (NOU 2019:24 – se side 79), som vil gjelde fra driftsåret 2021. Den største endringen i strukturindeksen for somatisk sektor er at den økes til 1,182 for Helse Nord, mens den går litt ned for de andre tre regionene.

6.5 Kompensasjon for bortfall av aktivitet i 2020

Tabell 6.1: Kompensasjon for bortfall av aktivitetsbasert inntekt 2020 omregnet til DRG-poeng. Enhetspris 2020 = 45 808 kr, refusjonsandel = 50 prosent.

HF	A: Beløp kompensasjon bortfall aktivitet (mill. kr) ¹	B: DRG-poeng kompensasjon = (A/enhetspris 2020)*2	C: Faktiske DRG- poeng 2020	D: Korrigerte DRG-poeng = C+B
Sykehuset Østfold HF	87	3 798	72 068	75 867
Akershus univ.sykehus HF	165	7 204	104 229	111 433
Oslo universitetssykehus HF	324	14 146	230 205	244 351
Sunnaas sykehus HF	18	786	5 347	6 133
Sykehuset Innlandet HF	145	6 331	83 582	89 913
Vestre Viken HF	212	9 256	105 541	114 797
Sykehuset i Vestfold HF	83	3 624	55 321	58 945
Sykehuset i Telemark HF	64	2 794	39 977	42 771
Sørlandet sykehus HF	112	4 890	69 941	74 831
Diakonhjemmet sykehus	54	2 358	19 523	21 881
Lovisenberg Diakonale	58	2 532	16 891	19 424
Martina Hansens hospital	25	1 092	5 998	7 090
Revmatismesykehuset	4	175	1 061	1 236
Betanien hospital	8	349	3 407	3 757
Helse Stavanger HF	124	5 414	78 131	83 545
Helse Fonna HF	59	2 576	36 012	38 588
Helse Bergen HF	191	8 339	133 666	142 005
Helse Førde HF	48	2 096	24 654	26 750
Haraldsplass Diakon. S.hus	17	725	15 579	16 303
Haugesund san.for.rev. shus	7	288	2 204	2 492
Helse Møre og Romsdal HF	107	4 672	64 455	69 127
St Olavs hospital HF	161	7 029	109 099	116 129
Helse Nord-Trøndelag HF	61	2 663	33 056	35 719
Helgelandssykehuset HF	31	1 353	16 621	17 975
Nordlandssykehuset HF	74	3 235	37 279	40 514
Univ.shus. i Nord-Norge HF	125	5 466	66 977	72 443
Finnmarkssykehuset HF	27	1 196	13 397	14 593
SUM	2 391	104 388	1 444 223	1 548 611

Kilde: RHF-ene.

Vedlegg: nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten

Tabell V1: Hovedtall for spesialisthelsetjenesten for perioden 2016 til 2020.

Nøkkeltall:	2016	2017	2018	2019	2020	Pst endr. 2019-20	Pst endr. 2016-20
Sum unike pasienter inkl. avtalespes. ¹	2 595 459	2 595 455	2 625 866	2 629 886	2 583 925	-1,7	-0,4
Aktivitet somatisk behandling							
Pasienter totalt, sykehus og avtalespes. ²	2 431 106	2 462 806	2 496 885	2 496 708	2 454 066	-1,7	0,9
Pasienter totalt, sykehus ²	1 929 063	1 951 838	1 967 760	1 987 263	1 921 154	-3,3	-0,4
Pasienter innlagte ²	585 539	578 598	572 517	568 543	528 446	-7,1	-9,8
Pasienter poliklinikk ²	1 787 240	1 815 191	1 834 041	1 858 352	1 787 240	-3,2	0,7
Døgnoophold ^{2,4}	768 907	760 618	755 576	755 200	694 453	-8,0	-9,7
Innleggelser 0 liggedager (ikke-kir.) ²	122 108	114 959	113 948	114 148	95 574	-16,3	-21,7
Dagbehandling kirurgi ²	218 943	222 603	224 779	228 346	213 148	-6,7	-2,6
Poli. kontakter totalt, sykehus ²	5 933 663	6 103 839	6 200 541	6 356 944	6 116 029	-3,8	3,1
-herav stråleterapi ²	187 338	186 807	184 959	185 409	178 605	-3,7	-4,7
-herav kjemoterapi ²	143 821	153 036	160 552	174 108	183 983	5,7	27,9
-herav dialyse ²	174 314	180 578	186 990	188 625	196 086	4,0	12,5
Poli. kontakter, avtalespesialister ^{2,3,5}	947 765	981 054	1 023 110	1 015 474	1 004 230	-1,1	6,0
Kirurgi, avtalespesialister ^{2,3}	1 933 714	2 018 562	2 108 097	2 110 419	2 006 341	-4,9	3,8
Sum DRG-poeng ⁶	1 520 072	1 530 526	1 534 170	1 554 962	1 444 223	-7,1	-5,0
Liggedøgn døgnoophold (sum) ^{2,4}	3 343 197	3 259 848	3 207 424	3 194 269	2 844 825	-10,9	-14,9
Gj.sn. liggetid døgnoophold ^{2,4}	4,35	4,29	4,25	4,23	4,10	-3,1	-5,8
Aktivitet psykisk helsevern							
PHV-V Polikliniske kontakter HF/private foretak	1 822 086	1 841 425	1 801 883	1 824 208	1 864 345	2,2	2,3
PHV-V Polikliniske kontakter avtalespes. (estimert)	661 911	627 490	615 441	612 398	666 873	8,9	0,7
PHV-V Utskrivninger HF/private foretak	46 134	46 408	46 405	46 834	44 062	-5,9	-4,5
PHV-V Oppholdsdøgn	1 107 000	1 063 379	1 064 320	1 051 893	969 991	-7,8	-12,4
PHV-V Pasienter HF/private foretak ⁸	147 148	150 735	151 031	153 901	153 802	-0,1	4,5
PHV-V Pasienter priv. avtalespes. (estimert)	52 882	49 548	50 030	51 243	51 641	0,8	-2,3
PHV-V Pasienter totalt (estimert) ⁸	192 547	193 025	193 942	198 012	197 786	-0,1	2,7
PHV-BU Polikliniske kontakter HF/-private foretak ⁷	932 163	931 595	838 336	849 052	917 616	8,1	-1,6
PHV-BU Polikliniske kontakter avtalespes. (estimert)	28 616	26 658	27 540	27 115	28 852	6,4	0,8
PHV-BU Pasienter HF/private foretak ⁹	55 527	57 252	56 658	56 357	56 715	0,6	2,1
PHV-BU Pasienter avtalespes. (estimert)	2 691	2 563	2 664	2 669	2 466	-7,6	-8,4
PHV-BU Pasienter totalt (estimert) ⁹	57 505	59 085	58 579	58 332	58 589	0,4	1,9
Aktivitet rusbehandling (TSB)							
Pasienter TSB ¹⁰	32 821	32 865	32 649	33 255	32 693	-1,7	-0,4
Innleggelser TSB	14 433	15 104	15 358	15 522	14 004	-9,8	-3,0
Oppholdsdøgn TSB	644 576	645 023	631 777	642 374	623 233	-3,0	-3,3
Polikliniske kontakter	481 270	487 604	482 649	508 578	522 065	2,7	8,5

Avtalte årsverk ekskl lange fravær							
Årsverk spesialisthelsetjenesten totalt ¹¹	111 197	112 292	113 938	115 511	117 550	1,8	5,7
Årsverk poliklinikk og ambulant PHV-V ¹²	4 194	4 260	4 320	ikke beregnet	4 538		8,2
Årsverk poliklinikk og ambulant PHV-BU ¹²	2 549	2 519	2 532	ikke beregnet	2 809		10,2
Årsverk poliklinikk og ambulant TSB ¹²	1 105	1 101	1 097	ikke beregnet	ikke beregnet		
Senger/døgnplasser							
Effektive senger somatikk	10 559	10 395	10 254	10 191	9 997	-1,9	-5,3
Døgnplasser PHV-V	3 546	3 449	3 379	3 333	3 284	-1,5	-7,4
Døgnplasser PHV-BU	306	302	310	301	300	-0,3	-2,0
Døgnplasser TSB	1 917	1 902	1 889	1 883	1 875	-0,4	-2,2
Økonomisk resultat							
Regnskapsmessig resultat korr for eiers styringskrav (mill kr)	2 973	2 282	3 242	3 382	6 202		
Verdiendr varige og immatr eiendeler (mill kr)	1 655	707	1 804	4 472	6 401		
Gjeldsgrad (gjeld/egenkapital) (prosent)	71	64	66	72	78		
Langsiktig gjeld hos HOD (mill kr)	17 200	18 314	20 004	23 839	28 662		
Kostnader (millioner kr, løpende priser, inkl. mva 2016)¹³							
Somatikk	99 350	98 584	101 830	108 631	110 552	1,8	
PHV-V	18 758	18 850	19 283	20 304	20 200	-0,5	
PHV-BU	4 358	4 422	4 561	4 837	4 810	-0,5	
TSB	5 320	5 196	5 346	5 520	5 623	1,9	
Ambulanse	6 012	6 059	6 409	6 958	7 286	4,7	
Pasienttransport	3 307	3 140	3 156	3 309	3 017	-8,8	
Personalpolitiske tiltak	294	279	300	306	294	-4,1	
RHF-administrasjon	1 715	1 682	1 655	1 667	1 741	4,4	
Spesialisthelsetjenesten totalt 23	139 114	138 213	142 541	151 532	153 523	1,3	
-herav pensjonskostnader	14 165	13 267	13 267	11 799	13 790	16,9	-2,6
-herav kapitalkostnader	5 311	5 327	5 490	5 599	5 689	1,6	7,1
-herav nye legemidler	1 269	609	858	1 116	212		
Kostnader (millioner kr, faste priser, inkl. mva 2016)^{13,14}							
Deflator SSB (akkumulert)	1,058	1,043	1,021	0,979	1,000		
Deflator benyttet i statsbudsj (akkumulert)	1,118	1,090	1,061	1,031	1,000		
Somatikk	105 100	102 810	103 941	106 342	110 552	4,0	
PHV-V	19 844	19 658	19 683	19 876	20 200	1,6	
PHV-BU	4 610	4 612	4 656	4 735	4 810	1,6	
TSB	5 628	5 419	5 457	5 404	5 623	4,1	
Ambulanse	6 360	6 319	6 542	6 811	7 286	7,0	
Pasienttransport	3 498	3 275	3 221	3 239	3 017	-6,9	
Personalpolitiske tiltak	311	291	306	300	294	-2,0	
RHF-administrasjon	1 814	1 755	1 689	1 632	1 741	6,7	
Spesialisthelsetjenesten totalt	147 166	144 137	145 495	148 339	153 523	3,5	
Produktivitet somatikk (DRG-virksomhet)¹⁵							
Driftskostnad per DRG-poeng	52 015	49 643	49 676	50 315	56 908	13,1	
Driftskostnad per liggedag	17 556	17 064	17 223	17 730	20 806	17,3	

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 2020 var andel pasienter der aktivitet kunne kobles til et gyldig fødselsnummer 99,9 prosent for somatiske sykehusdata, 99,9 prosent for PHV og 100 prosent for TSB, 99,9 prosent for PHBU, 98,6 prosent for avtalespesialister somatikk og 99,6 prosent for avtalespesialister psykisk helsevern.

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

³ Dataene for aktivitet hos avtalespesialisert har ulik grad av komplett for de enkelte årene. For 2020 var det omtrent 96 prosent av de rapporteringspliktige spesialistene innen somatiske fagområder som rapporterte inn sin aktivitet. I 2016, 2017, 2018 og 2019 var komplettheten henholdsvis 96 prosent, 95 prosent, 96 prosent og 95 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 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).

⁶ DRG-poengene er korrigert for systemendring i ISF beregnet gjennom årlig regrupping 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.

⁷ PHV-BU har de siste årene gradvis skiftet pasientdatasystem fra BUPdata til DIPS. Dette har påvirket rapporteringen av aktivitet, spesielt kontakttypen utredning, men også i noen grad kontakter knyttet til behandling. Den rapporterte aktiviteten 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

Rapporteringsenhetene i PHBU-sektoren i Helse Midt-Norge skiftet datasystem i 2018. Det er registrert aktivitetsnedgang for Helse Midt-Norge for årene 2018/2019 i forbindelse med overgangen fra BUPdata til HIS90. Reduksjon av aktiviteten i Helse Midt-Norge gjør at tallene også for landet som helhet må tolkes med forsiktighet.

⁸ Antall pasienter er beregnet fra pasientdata innrapportert til Norsk pasientregister. Følgende enheter har mangelfulle pasientdata: CRUX Bergfløtt behandlingssenter (2018-2020), Manifestssentret (2019-2020) og Furukollen psykiatriske senter (2018).

⁹ På grunn av manglende pasientdata fra NKS Østbytnet behandlingssenter AS for årene 2018-2020 og Seksjon for barn og unges psykiske helse på sykehus, Barne- og ungdomsklinikken ved OUS i 2016-2020 er antall pasienter noe underestimert.

¹⁰ Antall pasienter er beregnet på grunnlag av pasientdata innrapportert til Norsk pasientregister. I den forbindelse er det forhold vedrørende identifisering av rusbehandlingssenheter i pasientdata som kan påvirke pasienttallene som presenteres for sektoren:

- Sykehuset Innlandet: Ruspoliklinikk ved Lillehammer DPS er mangelfullt identifisert i pasientdata.
- Sykehuset Telemark: Akuttposten kan ikke identifiseres i sin helhet i pasientdata.
- Helse Stavanger: Pasienter ved ettervernsplassene inngår ikke i pasientdatarapporteringen.
- Helse Fonna: Rusposten kan ikke identifiseres i sin helhet i pasientdata. Ruspoliklinikkene i Odda og Stord er delvis identifisert.
- Skjelfoss psykiatriske senter TSB mangler i 2019.
- Manifestssentret TSB mangler i 2019 og er mangelfull i 2020.
- KOA AS mangler i 2019
- Care service AS mangler i 2018-19 og er mangelfull i 2020.
- Mestringshusene AS mangler i 2020

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 2016 er derfor inklusive merverdiavgift, mens kostnadstall fra og med 2017 er eksklusive merverdiavgift. Kostnadstall for 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 5,8 prosent fra 2016 til 2020. Kostnadene er korrigert for finansieringsansvar knyttet nye legemidler.

¹⁵ Tallene for 2016 inkluderer merverdiavgift, mens 2017-2020 er eksklusiv merverdiavgift. Tallene er derfor ikke sammenlignbare i hele perioden.

Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten

Utgitt

Oktober 2021

Publikasjonsnummer:

IS-3010

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:

Marit Pedersen (red)

Birgitte Kalseth

Bidragstere:

Solfrid E. Lilleeng

Marit Sitter

Tone Rian Myrli

Silje Mortensen

Håvard A. Dalheim

Sara S. Vågseter

Frode Grøtheim

Forsidefoto

© Robert Kneschke/Mostphotos
(illustrasjonsbilde)

Design

Itera as

www.helsedirektoratet.no