



SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2015

Heftets tittel: Samdata spesialisthelsetjenesten 2015

Utgitt: September 2016

Publikasjonsnummer: IS-2485
ISBN-nr. 978-82-8081-441-8

Utgitt av: Helsedirektoratet

Redaktør: Fungerende avdelingsdirektør Lars Rønningen,
Avdeling økonomi og analyse

Forfattere: Lars Rønningen (red., økonomisk resultat)
Beate M Huseby (reinnleggelser somatikk, dagkirurgi)
Birgitte Kalseth (psykisk helsevern for voksne, pasient-
data somatikk)
Henriette Ødegaard (web)
Kari Hårstad Mehus (re-/habilitering, senger og personell)
Marit Pedersen (produktivitet somatikk)
Marit Sitter (psykisk helsevern barn og unge)
Monica Darvik (legemiddelkostnader)
Per Bernhard Pedersen (psykisk helsevern for voksne)
Ragnild Bremnes (kostnader og finansiering)
Silje Marie Mortensen (pasientdata somatikk)
Solfrid Lilleeng (TSB)
Tone Rian Myrli (pasientdata somatikk)

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Sluppenveien 12 C, 7037 Trondheim
Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Hftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi publikasjonsnummer: IS-2194

Forsidefoto: iStockphoto

Grafisk design: Andvord Grafisk AS

Trykkeri: Andvord Grafisk AS

Forord

Spesialisthelsetjenesten er en stor og betydningsfull del av den offentlige helsetjenesten i Norge. Det ble i 2015 benyttet 138 milliarder kroner for å tilby befolkningen en best mulig spesialisthelsetjeneste. SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2015 gir informasjon om hva disse pengene brukes til, og hvordan de blir fordelt mellom ulike sektorer og regioner. Rapporten inneholder informasjon om ressursinnsatsen, bruken av tjenestene og utnyttningen av ressursene.

Vår ambisjon er at rapporten skal være til nytte for de som planlegger, vurderer og treffer beslutninger i helse- og omsorgssektoren. For at rapporten til enhver tid skal kunne bidra med relevante styringsindikatorer ønsker Helsedirektoratet en løpende dialog med sektoren om innhold og utforming av rapporten.

SAMDATA-rapporten utkom for første gang i 1989 og har publisert statistikk for norske sykehus, helseforetak og institusjoner i spesialisthelsetjenesten siden 1986. SAMDATA har vært publisert som en stor og omfattende rapport. Rapportens format gjør at den har fungert som et oppslagsverk for hovedtall og utviklingstrender, men formatet har også bidratt til at analyser og data kan være vanskelig tilgjengelig dersom man ikke kjenner rapportens innhold. Begrensninger knyttet til sidetall har også bidratt til å begrense omfanget av statistikk. For å bedre tilgjengeligheten til statistikken utarbeidet vi i 2015 et nytt publiseringsystem. Alle tabeller for helseforetakene og helseforetakenes bostedsområder ble lagt på web (<https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>). Vi vil fortsette å videreutvikle publiseringen av statistikk på web for å øke tilgjengeligheten til disse dataene. I rapporten presenteres utviklingstrekkene primært på nasjonalt og regionalt nivå, men det fokuseres også på variasjoner på lavere nivå. Den foreliggende rapporten gir oversikt over utviklingen i pasientbehandling, kostnader, årsverk og ressursutnyttelse.

De pasientdata som brukes i rapporten er innsamlet og kvalitetskontrollert av Norsk Pasientregister (NPR) i Helsedirektoratet. Data for senger, døgn- og dagplasser, kostnader og finansiering er samlet inn av Statistisk sentralbyrå (SSB) og kvalitetssikret og tilrettelagt for SAMDATA sitt formål av Helsedirektoratet. SSB er kilden for personelldata og befolkningstall. Problemer med utarbeidelse av sammenlignbare personelldata har medført redusert omfang av dette tema i årets rapport. Personelltall for poliklinikkene i det psykiske helsevernet og rusbehandling er innsamlet av Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet, september 2016

Bjørn Guldvog
Helsedirektør

Innledning

Formålet med denne rapporten er å gi svar på mange sentrale og grunnleggende helsepolitiske spørsmål om spesialisthelsetjenesten i Norge. Hvor mye av landets ressurser brukes på spesialisthelsetjenester? Er det noen deler av landet som bruker mer penger på spesialisthelsetjenester enn andre? Hvor mange har vært behandlet på sykehus de siste årene? Er det forskjeller i bruk av sykehus mellom regionene? Har forskjellene blitt mindre eller større de siste årene? I hovedsak kan vi si at rapporten fokuserer på to spørsmål;

- Hvilke endringer finner vi i spesialisthelsetjenesten siste år og i siste femårsperiode?
- Hvilke forskjeller er det mellom bostedsområder og mellom foretak/sykehus?

Disse spørsmålene er stilt for hvert av de områdene og sektorene som analyseres. Størst forståelse for omfanget og kompleksiteten i spesialisthelsetjenesten får vi imidlertid om vi setter sammen kunnskapen som kommer frem i de ulike kapitlene og ser forskjeller og endringer i kostnader og personell i sammenheng med forskjeller og endringer i aktiviteten.

I oppsummeringen ser vi også nærmere på noen av de målene som Helse- og omsorgsdepartementet har satt for styringen av de regionale helseforetakene. I hvilken grad har regionene lyktes med å prioritere psykisk helsevern og rusbehandling framfor somatiske sykehus? Hvordan påvirker veksten i befolkningen mellom 67 og 79 år bruken av spesialisthelsetjenester? Viser indikatorer for ressursbruk, bruk av tjenester og produktivitet økende eller avtakende forskjeller mellom områder og helseforetak?

Rapporten har to deler. I første del av rapporten (kapittel 1-6) gis det en oppsummering av de viktigste resultatene på nasjonalt og regionalt nivå.

I andre del av rapporten settes fokus på hver av sektorene. Det er to kapitler om somatiske sykehus, hvorav ett tar utgangspunkt i helseforetakene og aktiviteten i disse, mens det andre tar utgangspunkt i bostedsområdene og befolkningens bruk av sykehus. Rapporten inneholder også kapitler om psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, samt habilitering og rehabilitering.

Tall for helseforetak og bostedsområder er tilgjengelig på <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>



Innhold

Forord	3
Innledning	5
DEL I	
Spesialisthelsetjenesten - nasjonale og regionale utviklingstrekk	9
1. Nøkkeltall og oppsummering	10
1.1 Innledning	10
1.2 Aktivitetsutvikling og befolkningens bruk av tjenester	11
1.3 Kostnader og ressursinnsats	13
1.4 Produktivitet og ressursutnyttelse	15
1.5 Sterkere vekst i psykisk helsevern og TSB?	17
2. Bruk av spesialisthelsetjenester for alle sektorer	23
2.1 Innledning	23
2.2 Hovedtrekk i bruk av spesialisthelsetjenester 2011-2015 på nasjonalt nivå	24
2.3 Utvikling og variasjon på regionalt nivå og for alle sektorer	28
2.4 Nasjonal fordeling av pasienter og aktivitet etter diagnosekategorier	34
2.5 Datagrunnlag	36
3. Kostnader i spesialisthelsetjenesten	45
3.1 Innledning	45
3.2 Utfordringer knyttet til vurdering av kostnadsvekst	46
3.3 Nasjonale kostnader	47
3.4 Regionale forskjeller	51
3.5 Den gylne regel	56
3.6 Finansiering	58
3.7 Datagrunnlag og definisjoner	59
4. Legemiddelkostnader i RHF	62
4.1 Innledning	62
4.2 Nasjonal utvikling i legemiddelkostnader	63
4.3 Regional utvikling i legemiddelkostnader	64
4.4 H-reseptløsningen	66
4.5 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	68
4.6 Datagrunnlag og definisjoner	69
5. Produktivitetsutvikling i somatisk spesialisthelsetjeneste	71
5.1 Innledning	71
5.2 Nasjonal utvikling	73
5.3 Regionale variasjoner	73

5.4	Variasjoner mellom helseforetak	78
5.5	Datagrunnlag og definisjoner	82
6.	Helseforetakenes økonomiske situasjon	84
6.1	Regnskapsmessig resultat	84
6.2	Investeringer i varige driftsmidler	85
6.3	Eiendeler og gjeld	87
6.4	Datagrunnlag og definisjoner	89

DEL II

Sektorvis statistikk for somatikk, psykisk helsevern, TSB og re-/habilitering

7.	Aktivitet og ressursutnyttelse i somatiske sykehus	92
7.1	Innledning	93
7.2	Utvikling i aktivitet og DRG-poeng	93
7.3	Indeks for pasientsammensetning	95
7.4	Gjennomstrømning av pasienter	96
7.5	Reduserte liggetider	97
7.6	Utvikling i langtidsopphold	101
7.7	Økning i kirurgisk behandling og stabil andel dagkirurgi	103
7.8	Økt variasjon mellom helseforetak i reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp	106
7.9	Datagrunnlag og definisjoner	107
8.	Behandling i somatiske sykehus	110
8.1	Innledning	111
8.2	Innlagte- og polikliniske pasienter	111
8.3	Planlagt behandling og øyeblikkelig hjelp innen kirurgi og medisin	116
8.4	Ikke-smittsomme sykdommer	118
8.5	Datagrunnlag og definisjoner	120
9.	Psykisk helsevern	122
9.1	Personellinnsats – psykisk helsevern	123
9.2	Døgnplasser i det psykiske helsevernet	125
9.3	Pasienter og bruk av tjenester	128
9.4	Datagrunnlag og definisjoner	141
10.	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	144
10.1	Døgnplasser	145
10.2	Aktiviteten ved døgnavdelingene	146
10.3	Poliklinisk virksomhet	151
10.4	Befolkningens bruk av tjenestene	154
10.5	Datagrunnlag og definisjoner	159
11.	Habilitering og rehabilitering	162
11.1	Habilitering	162
11.2	Rehabilitering	167
11.3	Datagrunnlag og definisjoner	174

DEL I

SPECIALISTHELSETJENESTEN - NASJONALE OG REGIONALE UTVIKLINGSTREKK



1. Nøkkeltall og oppsummering

Antall pasienter i spesialisthelsetjenesten økte med 4,2 prosent fra 2014 til 2015, som var en sterkere vekst enn det man har sett tidligere i perioden 2011 til 2015. Det var særlig innenfor poliklinisk virksomhet veksten i antall pasienter kom. Veksten i polikliniske konsultasjoner var høyere enn tidligere år både innen somatiske fagområder, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Målt per innbygger har omfanget av døgnvirksomhet blitt redusert i store deler av siste femårsperiode. Det mest tydelige unntaket er for rusbehandling, som både i 2014 og 2015 hadde en vekst i innleggelser, også målt per innbygger.

Spesialisthelsetjenesten samlet hadde en realvekst i driftskostnader fra 2014 til 2015, i størrelsesorden 1,2-2,4 prosent. utfordringer knyttet til endring i pensjonskostnader og beregnet prisjustering er årsaken til bruk av intervall for realvekst.

Somatisk virksomhet hadde siste år en produktivetsforbedring, både nasjonalt og i alle de fire regionene. Siste fem år hadde 3 av 4 regioner en produktivetsvekst, mens nedgangen i produktivitet kom i Helse Nord.

Prioritering av psykisk helsevern og rusbehandling (TSB) var også i 2015 ett av oppdragene til de regionale helseforetakene. De fire regionene hadde alle en prosentvis sterkere vekst i TSB enn for somatisk virksomhet fra 2014 til 2015. Når det gjelder forholdet mellom psykisk helsevern og somatisk virksomhet var bildet ikke like tydelig. Veksten i den polikliniske aktiviteten har i all hovedsak vært sterkere i psykisk helsevern enn i somatisk virksomhet. Men når det gjelder kostnader, ventetid og årsverk viser tallene en svakere utvikling for psykisk helsevern.

Rapporten gir et nyansert bilde av nivå og utvikling i forskjeller mellom bostedsområder og mellom helseforetak/sykehus. For bruk av helsetjenester er det generelle bildet stabile eller noe reduserte forskjeller siste fem år, men for enkelte aktivitetstyper er det fortsatt stor variasjon. Vi finner også til dels store forskjeller i kostnadsnivå og gjennomsnittlig liggetid innen somatisk virksomhet i 2015.

1.1 INNLEDNING

Hovedfokus i rapporten er utvikling i spesialisthelsetjenesten de siste fem årene og hvilke forskjeller det er mellom regioner, bostedsområder og tjenesteleverende enheter (helseforetak og sykehus). Det presenteres data for somatisk virksomhet, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) på områdene aktivitet og bruk av tjenester, ressursinnsats og ressursutnyttelse.

De siste årene har det blitt et økende fokus på variasjoner i bruk av helsetjenester og på effektivitet i gjennomføring av helsetjenester. Flere aktører har fått i oppdrag å fremskaffe data som viser variasjoner på disse områdene. Senest for 2016 har de regionale helseforetakene fått flere oppdrag innenfor dette, både det å etablere nye data-grunnlag for å vise variasjoner på viktige områder, samt konkret oppdrag om å redusere variasjoner mellom helseforetak når det gjelder gjennomsnittlig

liggetid, effektivitet og kapasitetsutnyttelse. Selv om dette ikke var konkrete oppdrag i 2015, er det likevel interessant å se på endringer i variasjoner de siste årene for bruk av helsetjenester og ressursutnyttelse. I årets rapport er det derfor lagt ytterligere vekt på å vise nivå og utvikling i forskjeller mellom områder og enheter.

1.2 AKTIVITETSUTVIKLING OG BEFOLKNINGENS BRUK AV TJENESTER

Økende veksttakt i bruk av polikliniske tjenester

Somatisk virksomhet

Det har vært en vesentlig sterkere aktivitetsvekst i spesialisthelsetjenesten både siste år og til dels de to siste årene, og veksten har særlig kommet innen poliklinisk virksomhet. Aktiviteten ved poliklinikkene har gjennomgående økt mer enn befolkningsveksten fra 2011 til 2015.

For somatisk virksomhet har det vært en sterk aktivitetsvekst ved poliklinikkene de to siste årene. Antall polikliniske konsultasjoner per innbygger har økt med drøyt 6,5 prosent fra 2013 til 2015, og med 4,1 prosent siste år. Det var 1 119 konsultasjoner per 1 000 innbyggere i 2015. Veksttaket for konsultasjoner per innbygger har vært økende de siste fem årene, fra drøyt 1 prosent til altså noe over 4 prosent siste år. Dette bildet er tilnærmet likt i alle regioner. Aktivitetsveksten ved poliklinikkene siste fem år har både vært en vekst i pasienter per innbygger med om lag 4 prosent, og en økning i antall konsultasjoner per pasient, fra 3,24 i 2011 til 3,38 i 2015.

Andelen nye pasienter per år ved poliklinikkene har blitt noe redusert i hele femårsperioden, en utvikling vi særlig ser i Helse Sør-Øst og Helse Vest. Helse Midt-Norge hadde en noe større reduksjon først og sist i perioden, men et svakt økende nivå fra 2012-2014. Helse Nord har de siste fire årene hatt et tilnærmet uendret nivå på andelen nye pasienter ved poliklinikkene. I 2015 varierte andelen fra nær 44 prosent i Helse Sør-Øst til om lag 40 prosent i Helse Nord.

For døgnvirksomheten innen somatisk spesialisthelsetjeneste har utviklingen i hovedsak vært motsatt av utviklingen ved poliklinikkene, men reduksjonen i døgnopphold per innbygger har avtatt de siste årene. Fra 2014 til 2015 var det nasjonalt et omtrent uendret nivå på 157 døgnopphold per 1 000 innbyggere.

Bruk av somatiske sykehustjenester for yngre eldre (67-79 år) følger i stor grad utviklingen som vi ser for alle aldre samlet, med reduksjon i døgnaktivitet per innbygger og vekst i poliklinisk virksomhet, og da særlig siste to år. For pasienter 80 år og eldre har det ikke vært samme utvikling for døgnaktiviteten, ved at innlagte pasienter og døgnopphold per innbygger øker svakt de siste årene. Samtidig har det også for de eldste pasientene vært en sterkere vekst i polikliniske konsultasjoner enn i befolkningsgrunnlaget, med en vekst i konsultasjoner per innbygger på drøyt 14 prosent i femårsperioden.

Psykisk helsevern og TSB

Det har også innenfor psykiske helsevern og TSB vært en sterk vekst i poliklinisk aktivitet de siste årene. Polikliniske konsultasjoner i det psykiske helsevernet for voksne økte med drøyt 7 prosent fra 2014 til 2015, mens det innen tjenestene for barn og unge var en vekst på nær 4,5 prosent. For TSB har det vært en sterk prosentvis vekst i polikliniske konsultasjoner flere av årene i perioden 2011 til 2015, og sterkest siste år med hele 13 prosent.

Innen psykisk helsevern for voksne har antall polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere økt fra 321 i 2011 til 374 i 2015, en vekst på drøyt 16 prosent. I samme periode har konsultasjoner per innbygger hos avtalespesialister vært omtrent uendret perioden sett under ett (de første årene en reduksjon, etterfulgt av en sterk økning siste år). Også innenfor psykisk helsevern for barn og unge har det i siste femårsperiode vært en sterk vekst i polikliniske konsultasjoner per innbygger på om lag 12,5 prosent. Det samme bildet finner man for TSB, med en vekst i polikliniske konsultasjoner per innbygger på nær 36 prosent fra 2011 til 2015, hvor veksten siste år var nær 12 prosent.

For døgnvirksomheten er det generelle bildet en reduksjon i omfang de siste fem årene, noe man også ser for psykisk helsevern voksne. Nasjonalt har raten for utskrivninger for voksne blitt redusert fra

137 per 10 000 innbyggere i 2011 til 129 per 10 000 innbyggere i 2015. Det er imidlertid regionale forskjeller, ved at både Helse Vest og Helse Midt-Norge har hatt et stabilt nivå i store deler av perioden. Når det gjelder TSB viser imidlertid utviklingen de siste tre årene en økning i antall innleggelses per innbygger. Bak denne veksten er det både en økning i kapasitet gjennom etablering av nye døgnplasser, samt etablering av akuttposter som ofte har mange innleggelses med kortere varighet.

Det vil være mange faktorer som ligger bak de endringer i aktivitet vi har observert de siste årene. To forhold som det kan være verdt å nevne er endring i befolkningsstørrelse og sammensetning, og endringer i styringssystemer og politiske signaler.

For landet samlet var det en befolkningsvekst på nær 1 prosent siste år, og den prosentvise veksten var særlig sterk for de yngre eldre (67-79 år), men også til dels for aldersgruppen 50-66 år. Dette bildet er rimelig likt i Helse Sør-Øst og Helse Vest, mens veksten er noe svakere i Helse Midt-Norge og Helse Nord. I perioden 2011 til 2015 var det en befolkningsvekst på om lag 5 prosent for landet samlet, samt for Helse Sør-Øst og Helse Vest. Veksten var noe lavere i Helse Midt-Norge (3,9 prosent) og Helse Nord (2,4 prosent). Veksten for aldersgruppen 67-79 år var imidlertid rimelig lik mellom regionene på om lag 20 prosent i femårsperioden. Eldre har en høyere bruk av somatiske sykehustjenester og vekst i grupper for eldre vil forklare deler av den aktivitetsveksten som observeres innenfor somatikken.

Det ble høsten 2014 kjent at aktivitetsbestillingen (i DRG-poeng) som tidligere var gitt de regionale helseforetakene, var foreslått fjernet i 2015. Dette åpnet for at RHF-ene mer fritt kunne øke sin aktivitet innenfor rammen av deres kapasitet og økonomi. Både siste tertial i 2014 og gjennom hele 2015 var det en sterkere vekst i antall DRG-poeng enn det man har sett tidligere år. Analyser i forbindelse med ISF-ordningen viste imidlertid at vekstakten avtok utover i 2015. De analyser som er gjennomført har ikke dokumentert en direkte sammenheng mellom tiltaket (fjerning av aktivitetsbestillingen) og effekten (sterkere vekst i DRG-poeng), men det er indikasjoner på en sammenheng.

Stabile forskjeller i bruk av tjenester

For døgnopphold og polikliniske konsultasjoner innenfor somatisk sykehusvirksomhet har det kun vært mindre endringer i nivå på variasjoner mellom bostedsområder de siste 5 årene. Det er en svak tendens til litt mindre variasjon i døgnopphold per innbygger og konsultasjoner per innbygger, både når vi ser på alle aldersgrupper og for eldre i gruppen 67-79 år.

Når det gjelder psykisk helsevern er det til dels stor forskjell mellom bostedsområder med lavest og høyest rate (per innbygger), men dette skyldes delvis noen få områder med særlig avvikende nivå. Målt mot landsgjennomsnittet (=100) varierer konsultasjoner per innbygger innen psykisk helsevern for barn og unge fra 70 til 151, mens området med nest høyest nivå har 120. Utskrivninger innen psykisk helsevern for voksne varierer fra 47 til 156 prosent av landsgjennomsnittet, men også for denne aktiviteten er det 4-5 områder som har et særlig avvikende nivå.

Stabil andel dagkirurgi

I 2015 økte omfanget av kirurgiske behandlinger totalt med om lag 11 100 opphold, hvilket utgjorde en vekst på 2,9 prosent. Omlag 62 prosent av veksten i kirurgisk behandling var dagkirurgi. Det var nesten 7 000 flere dagkirurgiske opphold i 2015 enn i 2014. Den faktiske veksten i dagkirurgiske behandlinger var mer enn dobbelt så stor som veksten i kirurgiske behandlinger med en liggedag (økning på 2 895 behandlinger). Antallet kirurgiske behandlinger med to liggedager eller mer økte også med knapt 1 300 opphold. Økningen i både dagkirurgiske og døgnkirurgiske behandlinger kom ved offentlige sykehus. Det var en nedgang i kirurgisk behandling på private sykehus fra 2014 til 2015 på 1 700 opphold, og det meste av dette var dagkirurgi.

Andel dagkirurgi av all kirurgi har ligget stabilt rundt 46-47 prosent i perioden fra 2011 til 2015. For planlagt behandling var andelen dagkirurgi noe høyere (om lag 59 prosent) gjennom hele perioden.

Selv om nivået av dagkirurgi var stabilt, var det betydelige variasjoner mellom helseforetakene i andelen dagkirurgi. Flere store helseforetak (Oslo Universitetssykehus, Helse Bergen) har et lavere

nivå av dagkirurgi (36-37 prosent) enn mange andre helseforetak. Dette kan antakelig knyttes til graden av spesialisering og at disse sykehusene har mange pasienter med høy grad av kompleksitet. Dette gjelder imidlertid også for St. Olavs hospital som likevel har et betydelig høyere nivå av dagkirurgi (58 prosent av elektiv kirurgi i 2015) enn Helse Bergen (46 prosent av elektiv kirurgi i 2015). Årsaker til slike forskjeller er ikke analysert i denne rapporten. Det viser imidlertid behovet for et sterkere fokus på variasjoner mellom helseforetak og sykehus, samt innføring av mål om å redusere deler av slike forskjeller.

Aktivitet knyttet til habilitering og rehabilitering

I 2015 var det drøyt 21 000 pasienter kategorisert som habilitering i helseforetakene, mens det samtidig var nær 56 000 rehabiliteringspasienter i spesialisthelsetjenesten, hvorav om lag 26 500 pasienter i private rehabiliteringsinstitusjoner. Antall pasienter innen habilitering økte med om lag seks prosent fra året før¹, mens det var en reduksjon på drøyt 5 prosent for rehabiliteringspasienter. Nedgangen for sistnevnte gruppe kommer både i sykehusene og ved de private institusjonene.

Når det kontrolleres for befolkningsgrunnlag, er det flest pasienter som mottar habilitering i Helse Midt-Norge og færrest i Helse Vest. Dette gjelder både for barn og unge, samt for voksne. Det er også det samme bildet man ser innenfor rehabilitering. I de private institusjonene var det flest pasienter i Helse Nord. Det er til dels betydelige forskjeller mellom bostedsområder innen regionene både for habiliterings- og rehabiliteringstjenester per innbygger. Det er trolig flere årsaker til de forskjellene som observeres, både knyttet til selve tilbudet og kvalitet i datagrunnlaget.

I 2015 hadde private aktører om lag 65 prosent av den totale aktiviteten innen døgnrehabilitering. Den øvrige døgnrehabiliteringen ble utført ved de offentlige helseforetakene. Innen dag- og poliklinisk rehabilitering stod de private aktørene for om lag 52 prosent av den totale aktiviteten.

Mer informasjon om aktivitet i og bruk av spesialisthelsetjenester:

Aktivitetsutvikling og bruk av spesialisthelsetjenester er nærmere beskrevet i:

- Kapittel 2: Bruk av spesialisthelsetjenester – alle sektorer
- Kapittel 7: Aktivitet og ressursutnyttelse i somatiske sykehus
- Kapittel 8: Behandling i somatiske sykehus
- Kapittel 9: Psykisk helsevern
- Kapittel 10: TSB
- Kapittel 11: Habilitering og rehabilitering

1.3 KOSTNADER OG RESSURSINNSATS

I 2015 ble det lagt til rette for en sterkere vekst i ressursbruken i spesialisthelsetjenesten enn det man har sett tidligere år i perioden 2011 til 2015. Bakgrunnen for dette var både en sterkere vekst i budsjettet for de regionale helseforetakene, samt endringer i aktivitetsstyringen av spesialisthelsetjenesten. Fjerning av aktivitetsbestillingen for RHF-ene medførte at aktivitetsvekst utover det som lå inne i budsjettet grovt sett måtte dekkes med aktivitetsbaserte refusjonsordninger, dvs i hovedsak gjennom ISF-ordningen. Veksten måtte samtidig i utgangspunktet balanseres opp mot den «gyldne regel» om at veksten i psykisk helsevern og TSB skulle være sterkere enn for somatisk virksomhet. En særlig sterk vekst for somatisk virksomhet kunne derfor bli utfordrende dersom det ikke var midler til en ytterligere sterkere vekst i de andre sektorene. Tallene for relativ kostnadsvekst mellom sektorene viser en sterkere vekst for somatisk virksomhet enn for psykisk helsevern fra 2014 til 2015, mens bildet er motsatt for TSB.

Siden bruken av somatiske sykehustjenester øker jo eldre man er, vil vekst blant de eldre i større grad påvirke behovet for ressursinnsats enn dersom veksten kommer for yngre innbyggere. På den annen side vil flere blant de yngre i befolkningen medføre økt ressursbehov innen psykisk helsevern. Det er særlig for de yngre eldre (og da spesielt 67-79 år) det er sterk vekst for tiden, med en økning på om lag 20 prosent siste fem år, og 4,5 prosent siste år. Behovet for økte ressurser fra 2014 til 2015 som

1 Noe av denne veksten skyldes at vi klarer å identifisere mer aktivitet i 2015 enn i 2014. Når vi korrigerer for dette, er likevel veksten i antall pasienter over fem prosent.

følge av demografi-effekten ble for landet samlet anslått til om lag 1,5 prosent. I Statsbudsjettet for 2015 ble det lagt inn en økonomisk ramme som tilsa en realøkning for spesialisthelsetjenesten på 2,1 prosent.

Fastsettelse av realendring i kostnader har vært noe mer krevende siste år. Dette skyldes usikkerhet i grunnlaget for nivået på SSB sin prisindeks (deflator) for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester. Informasjon som foreligger trekker i retning av at realveksten siste år blir noe undervurdert ved bruk av SSB sin deflator. Dette er beskrevet nærmere i kapittel 3 og 5.

Samlede driftskostnader for spesialisthelsetjenesten var i 2015 på 138,2 mrd kroner, og tilsvarer en realvekst sist år på 1,2 prosent. Realveksten fra 2011 var på 5,5 prosent og fra 2006 på 12 prosent. Når det tas hensyn til befolkningsutviklingen var realveksten fra 2006 til 2015 på kun 0,6 prosent, herav 0,3 prosent siste år (det har vært år med realnedgang i perioden etter 2006).

Driftskostnader eksklusive pensjon hadde en realvekst på 2,4 prosent siste år (8,1 prosent siste 5 år), når deflator benyttet i Statsbudsjettet legges til grunn.

I 2015 var driftskostnadene for somatiske spesialisthelsetjenester på 98,3 mrd kroner, mens tilsvarende for psykisk helsevern var 23,7 mrd kroner og for TSB 4,9 mrd kroner. Realveksten i perioden 2011 til 2015 var sterkere for somatisk virksomhet (6,2 prosent) enn for psykisk helsevern (0,7 prosent). For TSB var realveksten i samme periode på hele 16,2 prosent. Når det i tillegg korrigeres for befolkningsutviklingen i femårsperioden 2011-2015 var realendringen på om lag 1,5 prosent for somatisk spesialisthelsetjeneste og en nedgang på 2,5 prosent for psykisk helsevern og TSB samlet. For TSB økte kostnadene per innbygger siste fem år med 10 prosent, mens det var en nedgang på om lag 6,5 prosent for psykisk helsevern voksne og en vekst på 1 prosent for psykisk helsevern barn og unge.

Det var realvekst i kostnader for TSB i alle regioner siste år, fra en relativt sterk vekst i Helse Vest (om lag 13 prosent) til om lag 2 prosent i Helse Sør-Øst. For psykisk helsevern samlet hadde to regioner en realnedgang i kostnader fra 2014 til 2015 (Helse

Vest med -2,7 prosent og Helse Nord med -3,0 prosent). Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst hadde på den annen side begge en realvekst på hhv. 1,6 og 0,8 prosent. For somatisk virksomhet varierte realendringen i ressursbruk fra om lag 1 til 1,5 prosent for Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord, til en realnedgang på 0,5 prosent i Helse Midt-Norge.

Vekst i polikliniske og ambulante årsverk

Siden 1998 har det vært en markert økning i personellinnsatsen i den polikliniske og ambulante virksomheten i det psykiske helsevernet. I perioden 2011-2015 økte årsverkene for poliklinisk og ambulant personell med drøyt 12 prosent for psykisk helsevern barn og unge, mens veksten innen psykisk helsevern for voksne var om lag 18 prosent. Både i tjenestene for barn og unge og i tjenestene for voksne har årsverk per innbygger blitt mer enn fordoblet siden 1998. I 2014² utgjorde polikliniske og ambulante årsverk hhv. 56 og 9 prosent av årsverkene i tjenestene for barn og unge. I tjenestene for voksne var andelene 18 og 6 prosent.

Helse Vest har en relativt sterkere vekst i årsverksraten for poliklinisk og ambulant personell i perioden 2011 til 2015, sammenlignet med de andre regionene. Helse Sør-Øst har i samme periode en lavere vekst enn de andre regionene.

Utviklingen i årsverk for poliklinisk og ambulant personell er nærmere beskrevet i kapittel 9 (psykisk helsevern).

Kostnadsutviklingen for legemidler

Legemiddelkostnader utgjør en stadig større andel av kostnadene i spesialisthelsetjenesten, og særlig innenfor somatisk virksomhet. Økningen skyldes både innføring av nye legemidler og økt finansieringsansvar i spesialisthelsetjenesten for pasientadministrerte legemidler (H-resept).

Fra 2007 til 2015 økte kostnader til legemidler med 2,3 mrd kroner (65 prosent), og utgjorde 5,9 mrd kroner i 2015. Kostnadene til H-resept utgjorde 2,2 mrd kroner i 2015, og har korrigert for nye

2 Grunnet manglende årsverkstall for 2015 fra SSB ved utarbeidelse av rapporten, har det foreløpig ikke vært mulig å beregne andel for siste år.

ansvar³ økt med om lag 750 mill kroner fra 2007. Kostnadene til legemidler i sykehus har i samme periode økt med nær 1 mrd kroner, og var på 3,7 mrd kroner i 2015.

Kostnadene til H-resepter har økt markert sterkere enn kostnadene til legemidler i sykehus i årene fra 2007 til 2014. I 2015 var veksten i kostnader til H-resepter mer dempet, sammenlignet med de forutgående årene. Veksten siste år var på nær åtte prosent, mot om lag 15 prosent årlig de tidligere årene. Kostnadene til legemidler i sykehus økte derimot sterkere i årene fra 2013 til 2015, sammenlignet med årene før.

Helse Nord har hatt en svakere vekst i kostnader til legemidler gjennom perioden, sammenlignet med de øvrige regionene. Både kostnadene til legemidler i sykehus og til H-resepter hadde en mer dempet veksttakt i Helse Nord. Siste år i perioden er kostnadsveksten relativt lik for alle de fire regionene.

Nivået på kostnader per innbygger til H-resept- legemidler varierte mellom regionene. I 2015 hadde Helse Sør-Øst et nivå som var fem prosent under gjennomsnittet for landet, mens Helse Nord lå 20 prosent over.

Kostnadene til LAR-medikamenter har vært relativt stabile, med en nedgang på tre prosent fra 2011 til 2015. Kostnadene utgjorde 164 mill kroner i 2015. Helse Midt-Norge hadde i 2015 et omfang av LAR som var lavere enn de øvrige regionene, både når det gjelder kostnader per innbygger og døgndoser per innbygger.

Utviklingen i legemiddelkostnader beskrives nærmere i kapittel 4.

Helseforetakenes økonomiske situasjon

De regionale helseforetakene hadde også i 2015 positive økonomiske resultat, både hver for seg og samlet. Det er fjerde året på rad at alle de fire regionale helseforetakene oppnår positivt økonomisk resultat. Dette bidrar til et bedre grunnlag for å kunne gjennomføre investeringer i kommende år.

Investeringene i de regionale helseforetakene var i 2015 på nær 8,5 mrd kroner, hvilket er litt lavere enn i 2014 (10,8 mrd). Det er imidlertid årlige svingninger i investeringsnivået i takt med aktiviteten i store byggeprosjekter. I siste femårsperiode har investeringer i varige driftsmidler og immaterielle eiendeler bidratt til en økning i balanseførte eiendeler på drøyt 10 mrd kroner. Investeringene i denne femårsperioden finansieres i hovedsak (82 prosent) med regionenes egne midler. De resterende 18 prosent er finansiert med investeringslån.

Det har siste år, og i hovedsak også siste 5 år, vært en reduksjon i de regionale helseforetakenes gjeldsgrad (gjeld/egenkapital). Dette skyldes positive økonomiske resultat som bidrar til økt egenkapital, samt lavere vekst i langsiktig og kortsiktig gjeld.

Helseforetakenes økonomiske situasjon beskrives nærmere i kapittel 6.

1.4 PRODUKTIVITET OG RESSURSTNYTTELSE

Kostnadsnivået for somatisk virksomhet (målt per DRG-poeng) ble redusert i størrelsesorden fra en til fire prosent i perioden fra 2011 til 2015. Kostnadene har økt med fire til sju prosent i perioden, og aktiviteten i form av DRG-poeng har økt med åtte prosent. Spennet i beregning av produktivetsforbedringen skyldes ulike forutsetninger om prisvekst. I 2015 var kostnaden per DRG-poeng 53 449 kroner.

Produktivetsforbedringen blir sterkere siste år i perioden, hvis forutsetningen som gir svakere kostnadsvekst legges til grunn. DRG-poengene økte med tre prosent i 2015, mot en årlig vekst på om lag 1,5 prosent i de forutgående årene.

Helse Sør-Øst hadde den sterkeste produktivetsforbedringen i perioden, med en nedgang i kostnad per DRG-poeng på to til fem prosent, mot en til fire prosent for landet samlet. Sterkere produktivetsforbedring i regionen kom sammen med svakere kostnadsvekst enn gjennomsnittet for landet

³ MS-legemidler i 2008 og kreftlegemidler i 2014.

samlet. Helse Nord fikk derimot en produktivitetssnedgang, da kostnad per DRG-poeng gikk opp med en til fire prosent. Produktivitetssnedgangen i Helse Nord kom sammen med svakere vekst i DRG-poengene sammenlignet med øvrige regioner.

Det var i 2015 noe større regionale forskjeller i kostnadsnivået (målt per DRG-poeng) for somatisk virksomhet enn i 2011. Dette skyldes i hovedsak at kostnadsnivået i Helse Nord har økt noe mer enn i andre regioner i landet.

Kostnadsnivået ved helseforetakene (inkludert avtalesykehus) varierer fra 15 prosent under landsgjennomsnittet ved Sykehuset i Vestfold, Vestre Viken og Lovisenberg diakonale sykehus til 38 prosent over for Finnmarkssykehuset. Forskjeller i kostnadsnivå mellom helseforetakene som gruppe er tilnærmet uendret fra 2014 til 2015. I den grad det er en tendens til endring, er det en svak antydning til økte forskjeller. Det er flere forhold som tilsier at det vil være forskjeller i kostnadsnivå som i liten grad kan endres, blant annet ulikt befolkningsgrunnlag og organisering av akuttberedskap.

Anthun et al (2016)⁴ analyserer produktivitetstutviklingen i spesialisthelsetjenesten over en lengre tidsperiode, for somatisk virksomhet fra 1999 til 2014, og ved bruk av en annen metode. Deres modell gir en omtrent uendret produktivitet for somatisk virksomhet i 2014 sammenlignet med 2011, som også fremkommer gjennom kostnad per DRG-poeng. De regionale forskjellene i produktivetsnivå bekreftes også, ved at Helse Nord ligger en del lavere enn de tre andre regionene.

Produktivitetstutviklingen i somatisk sektor presenteres nærmere i kapittel 5.

Variasjoner i gjennomsnittlig liggetid

HOD har i oppdragsdokument til regionale helseforetak i 2016 satt et økt fokus på variasjoner i blant annet gjennomsnittlig liggetid. Riksrevisjonen (RR) har i en tidligere rapport⁵ presentert tall for liggetid som viser til dels store variasjoner mellom helseforetak/sykehus. I det arbeidet ble det også

undersøkt om det var forskjeller i effekt (kvalitet) for enkelte pasientgrupper mellom sykehus med kort versus lang liggetid. Det ble konkludert med at det i hovedsak *ikke var indikasjoner* på forskjeller i kvalitet mellom sykehus inndelt etter gjennomsnittlig liggetid. Det kan derfor være grunn til å anta at *deler av de* forskjeller i gjennomsnittlig liggetid per pasientgruppe som observeres skyldes forhold knyttet til pasientflyt, logistikk og produktivitet. Det å fremskaffe data for variasjoner i liggetid kan danne grunnlag for lokale kartlegginger og forbedringsarbeid, som på sikt kan bidra til en mer effektiv pasientflyt og mindre variasjoner.

Gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold med medisinsk (ikke-kirurgisk) behandling ble redusert med 0,4 dager fra 2011 til 3,8 dager i 2015, mens liggetiden for kirurgiske opphold i samme periode ble redusert med 0,7 dager til 4,8 dager. Variasjonen (differanse høyest versus lavest) i gjennomsnittlig liggetid mellom helseforetakene var mindre i 2015 enn hva den var i 2011, både for medisinsk og kirurgisk behandling.

Det er videre beregnet gjennomsnittlig liggetid for utvalgte pasientgrupper, som eksempelvis hoftebrudd og prostataoperasjoner, og hvor det særlig fokuseres på forskjeller og utvikling i variasjon mellom helseforetakene. Resultatene viser relativt stabile variasjoner mellom helseforetakene i siste femårsperiode, for de pasientgruppene det er utarbeidet tall for. Det er imidlertid til dels store forskjeller i gjennomsnittlig liggetid mellom helseforetakene for noen av pasientgruppene. Eksempelvis for hoftebrudds-pasienter varierer liggetiden i 2015 fra nær 5 dager ved Helse Stavanger og Sørlandet sykehus til 8,5 dager ved Helse Bergen og 10,5 dager ved Oslo Universitetssykehus. Forskjeller i pasientsammensetning og medisinsk praksis kan forklare noe av differansene i liggetid, men det er grunn til å undersøke om det ikke også er andre faktorer som spiller inn, som eksempelvis forskjeller i logistikk og produktivitet.

Forskjeller og utvikling i liggetid gjennomgås nærmere i kapittel 7 (aktivitet somatiske sykehus).

I årets rapport omhandler produktivetskapitlet kun somatisk sektor. Produktivetsindikatorer for psykisk helsevern og TSB er også utarbeidet og publisert på våre nettsider helsedirektoratet.no/statistikk-og-

4 Anthun, Kittelsen og Magnussen (2006), «Produktivitet i spesialisthelsetjenesten», Frischsenteret.

5 «Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus», Dokument 3:4 (2013-2014).

[analyse/samdata](#). På grunn av forsinkelse i utarbeidelse av årsverksdata (årsverk eksklusiv lange fravær) hos SSB, vil en del av tidligere publiserte produktivitetsindikatorer for psykisk helsevern og TSB ikke utarbeides på kort sikt. Nærmere informasjon gis på våre nettsider.

1.5 STERKERE VEKST I PSYKISK HELSEVERN OG TSB?

De regionale helseforetakene har de siste to årene fått i oppdrag å ha en høyere vekst i psykisk helsevern og TSB enn for somatisk virksomhet, på regionalt nivå. Målet er ofte referert til som «den gylne regel». Det har i økende grad blitt konkretisert på hvilken måte det skal måles oppnåelse av dette oppdraget. I oppdragsdokumentet for 2016 står det at veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (eksklusiv avskrivninger, legemiddel- og pensjonskostnader), årsverk (i helseforetak og enkelte private institusjoner) og aktivitet (polikliniske konsultasjoner). Vår vurdering av mål-oppnåelse tar utgangspunkt i formuleringene i siste oppdragsdokument.

Sterkere vekst målt mot utvikling i gjennomsnittlig ventetid?

En høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB bør tilsi en like sterk eller sterkere reduksjon i gjennomsnittlig ventetid i disse sektorene enn for somatiske tjenester generelt.

Gjennomsnittlig ventetid for somatiske fagområder varierte fra 71 dager i Helse Vest til 75 dager i Helse Nord i 2014, mens forskjellene innen psykisk helsevern var 50 dager i Helse Sør-Øst og 54 dager i Helse Midt-Norge. I TSB hadde Helse Sør-Øst en gjennomsnittlig ventetid på 62 dager i 2014, mot 50-52 dager i de tre andre regionene.

For alle regioner og nasjonalt er reduksjonen i gjennomsnittlig ventetid fra 2014 til 2015 sterkere for TSB enn for somatiske fagområder samlet. Når det gjelder forholdet mellom psykisk helsevern og somatiske fagområder har endringen i samme periode vært svakere for psykisk helsevern.

Sterkere kostnadsvekst?

Det å sammenligne endringen i kostnader over tid har vært mer krevende siste år enn tidligere, noe som særlig er knyttet til pensjonskostnader og prisindeks. Ved vurdering av «den gylne regel» er dette unngått ved å se på nominell endring og ved å ekskludere kostnader for pensjon, legemidler og avskrivninger (jf definisjonen gitt av HOD). Våre beregninger viser at det fra 2014 til 2015 har vært en prosentvis sterkere vekst i TSB enn for somatisk spesialisthelsetjeneste, både for hver region og dermed også for landet samlet. Vi finner ikke tilsvarende generelle bilde for forholdet mellom somatisk virksomhet og psykisk helsevern samlet. Helse Midt-Norge kan vise til en sterkere prosentvis vekst for psykisk helsevern sammenlignet med somatisk virksomhet, men for de tre andre regionene viser tallene det motsatte bildet. Dersom psykisk helsevern og TSB slås sammen (PHR), er det kun Helse Midt-Norge som har en prosentvis sterkere vekst for PHR sammenlignet med somatisk virksomhet.

Sterkere aktivitetsvekst?

Det foreligger ikke et aktivitetsmål som både dekker bredden i type aktivitet (døgn- og dagbehandling og poliklinisk virksomhet) og som gjør det mulig å sammenligne aktiviteten mellom somatikk, psykisk helsevern og TSB. Det jobbes med å utvikle et slikt system, men inntil det er på plass vurderes mål-oppnåelse i forhold til polikliniske konsultasjoner. I vår vurdering her ser vi også på utviklingstall for antall pasienter.

Dersom man ser psykisk helsevern under ett (både for voksne og barn/unge) var det fra 2014 til 2015 en sterkere vekst i polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern og TSB enn for somatisk sykehusvirksomhet. Dette resultatet var gjeldende for alle de fire regionene, med et lite unntak. Helse Midt-Norge hadde lik prosentvis vekst i konsultasjoner for psykisk helsevern og somatiske fagområder. Den prosentvise veksten i polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern for voksne var i alle regioner sterkere enn for somatisk område, mens veksten for psykisk helsevern barn og unge var på linje med eller svakere (Helse Midt-Norge) enn for somatisk område.

Når det gjelder endringen i antall pasienter (som omfatter både døgn- og polikliniske pasienter) innenfor de aktuelle sektorene viser prosentvis endring siste år at det i hovedsak var sterkere vekst i psykisk helsevern og TSB enn for somatisk sykehusvirksomhet. Helse Midt-Norge har en svakere prosentvis vekst for pasienter innen TSB enn for somatisk virksomhet, mens Helse Vest har tilsvarende resultat for psykisk helsevern samlet. Det må imidlertid påpekes at veksten i antall pasienter i stor grad er påvirket av veksten i polikliniske pasienter.

Sterkere årsverksvekst?

I SAMDATA-rapportene har det tidligere år blitt benyttet årsverk *eksklusiv* lange fravær som grunnlag for en rekke indikatorer. Denne størrelsen foreligger ikke ved ferdigstilling av årets rapport. Bakgrunnen for dette er utfordringer vedrørende nye metodemessige og tekniske endringer i SSB for beregning av årsverk for 2015. Det kan derfor ikke gjøres en tilstrekkelig dekkende vurdering av årsverksutviklingen mellom de aktuelle sektorene i de fire regionene. På nasjonalt nivå viser tall fra SSB for årsverk *inkludert* lange fravær at det fra 2014 til 2015 var en sterkere prosentvis vekst for TSB enn for somatisk spesialisthelsetjeneste. Psykisk helsevern hadde på den annen side en svakere vekst i denne årsverksstørrelsen enn somatikken.

Samlet vurdering om prioritering av psykisk helsevern og TSB

Basert på de utvalgte måleparametrene for aktivitet, kostnader og ventetid har alle regioner siste år (2014-15) hatt en prosentvis sterkere vekst i TSB enn for somatisk virksomhet. Når det gjelder forholdet mellom psykisk helsevern og somatisk virksomhet har det ikke vært like tydelig mål-oppnåelse. Den polikliniske aktiviteten målt med konsultasjoner har i all hovedsak vært sterkere i psykisk helsevern enn i somatisk virksomhet, mens både når det gjelder kostnader, ventetid og årsverk (kun nasjonalt) viser tallene en svakere utvikling for psykisk helsevern.

Prioritering av DPS og psykisk helsevern for barn og unge

Det var siste år en sterkere vekst i kostnader til distriktspsykiatriske sentre (DPS) sammenlignet med psykiatriske sykehus i alle de fire regionene, og dermed oppfyller de målet om å prioritere ressurser inn mot DPS-ene. I 2015 var 44 prosent av kostnadene i psykisk helsevern for voksne benyttet i DPS-ene. Når det gjelder prioritering av psykisk helsevern for barn og unge viser kostnadstallene at dette ikke har skjedd i alle regioner. Både Helse Vest og Helse Midt-Norge har svakere vekst innen psykisk helsevern for barn og unge sammenlignet med psykisk helsevern for voksne, mens det var omtrent samme endringstakt mellom voksne og barn/unge i de to andre regionene.

Kostnadsutviklingen siste år og siste fem år er nærmere omtalt i kapittel 3 (kostnadsutvikling).

Tabell 1.1 Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2011-2015.

Nøkkeltall:	2011	2012	2013	2014	2015	Pst endr. 2014-15	Pst endr. 2011-15
Sum unike pasienter inkl. avtalespes ¹	2 452 899	2 520 022	2 441 138	2 478 558	2 582 902	4,2	5,3
Aktivitet somatisk behandling							
Pasienter totalt ²	1 778 051	1 797 222	1 815 686	1 858 476	1 905 818	2,5	7,2
Pasienter - innlagte ²	590 628	594 476	591 928	593 487	592 567	-0,2	0,3
Pasienter - poliklinikk ²	1 607 251	1 629 606	1 652 251	1 699 979	1 753 513	3,1	9,1
Døgnopphold	795 319	806 936	806 652	810 075	816 441	0,8	2,7
Innleggelser 0 lgd (ikke-kir.)	148 388	145 696	140 914	140 565	132 974	-5,4	-10,4
Dagbehandling kir	208 719	209 658	207 778	211 244	216 575	2,5	3,8
Polikl. kons. totalt ³	5 100 745	5 263 716	5 363 217	5 553 384	5 832 791	5,0	14,4
-herav stråleterapi	188 668	192 386	193 063	193 788	201 382	3,9	6,7
-herav kjemoterapi	101 020	116 774	122 517	127 806	140 155	9,7	38,7
-herav dialyse	143 890	150 973	154 352	162 614	167 825	3,2	16,6
ISF avtalespesialister	1 961	1 543	1 454	819	867	5,9	-55,8
Konsultasj. priv. avtalespes. ⁴	1 889 489	1 905 436	2 018 649	2 056 069	2 117 215	3,0	12,1
Sum DRG-poeng ⁵	1 331 089	1 361 370	1 368 830	1 397 125	1 438 360	3,0	8,1
Liggedøgn døgnopphold (sum) ⁶	3 807 041	3 667 127	3 598 597	3 565 843	3 537 277	-0,8	-7,1
Gj.sn. liggetid døgnopphold ⁶	4,79	4,54	4,46	4,40	4,33	-1,6	-9,5
Aktivitet psykisk helsevern							
PHV-V Polikliniske konsultasjoner	1 239 625	1 282 529	1 357 317	1 425 917	1 526 715	7,1	23,2
PHV-V Polikliniske kons. priv. avtalespes. ⁷	652 911	657 237	640 236	639 637	662 035	3,5	1,4
PHV-V Utskrivninger	52 835	53 517	52 290	53 130	52 515	-1,2	-0,6
PHV-V Oppholdsdøgn	1 288 550	1 221 998	1 143 279	1 118 007	1 088 494	-2,6	-15,5
PHV-V Pasienter off. inst. ⁸	125 804	129 608	133 935	138 369	143 801	3,9	14,3
PHV-V Pas. priv. avtalespes. ⁸	51 697	51 595	50 453	52 288	54 487	4,2	5,4
PHV-V Pas. totalt (estimert) ⁸	171 166	174 563	177 598	183 589	190 192	3,6	11,1
PHV-BU Polikliniske kons. m/ refusjon	720 456	729 217	761 435	783 015	817 529	4,4	13,5
PHV-BU Polikliniske kons. priv. avtalespes. (estimert) ⁷	28 303	28 500	29 392	29 096	28 441	-2,3	0,5
PHV-BU Pasienter off. inst.	54 838	55 582	55 304	55 263	56 162	1,6	2,4
PHV-BU Pas. priv. avtalespes. (estimert) ⁸	2 831	3 093	2 942	2 878	2 865	-0,5	1,2
PHV-BU Pas. totalt (estimert)	57 416	57 745	57 380	57 355	58 234	1,5	1,4
PHV-BU Dekningsgrad	5,1	5,1	5,1	5,1	5,2	1,4	0,6
Aktivitet rusbehandling (TSB)							
Pasienter TSB ⁹	-	29 044	29 768	30 517	32 033	5,0	
Innleggelser TSB	13 063	12 934	12 989	13 596	14 403	5,9	10,3
Oppholdsdøgn TSB	590 252	580 098	570 138	585 735	627 118	7,1	6,2
Polikliniske konsultasjoner	306 771	348 607	364 847	390 190	441 057	13,0	43,8

Nøkkeltall (forts.):	2011	2012	2013	2014	2015	Pst endr. 2014-15	Pst endr. 2011-15
Avtalte årsverk ekskl lange fravær¹⁰							
Årsverk spesialisthelsetjenesten totalt	99 899	100 930	102 079	104 710			
Årsverk somatikk	68 093	68 808	69 965	72 083			
Årsverk PHV-V	16 749	16 577	16 075	16 317			
Årsverk PHV-BU	3 686	3 593	3 729	3 716			
Årsverk TSB	3 771	3 954	3 829	4 050			
Årsverk priv. avtalespes. PHV	602	609	614	617			
Årsverk priv. avtalespes. som.	577	581	587	597			
Årsverk poliklinikk og ambulant PHV-V ¹¹	3 365	3 547	3 789	3 835	4 043	5,4	20,1
Årsverk poliklinikk og ambulant PHV-BU ¹¹	2 286	2 271	2 373	2 445	2 480	1,4	8,5
Senger/døgnplasser							
Effektive senger somatikk	11 342	10 913	10 671	10 638	10 709	0,7	-5,6
Døgnplasser PHV-V	4 194	4 004	3 857	3 757	3 664	-2,5	-12,6
Døgnplasser PHV-BU	313	301	305	293	295	0,7	-5,8
Døgnplasser TSB	1 752	1 692	1 712	1 906	1 947	2,2	11,1
Økonomisk resultat							
Regnskapsmessig resultat korr for eiers styringskrav (mill kr)	767	1 737	1 906	2 777	2 736		
Verdiendr varige og immatr eiendeler (mill kr)	-599	1 181	3 069	4 523	2 073		
Gjeldsgrad (gjeld/egenkapital) (prosent)	89	92	94	84	72		
Langsiktig gjeld hos HOD (mill kr)	13 951	15 174	16 381	17 175	17 026		
Kostnader (millioner kr, løpende priser)							
Somatikk	76 811	80 763	84 551	91 135	98 319	7,9	28,0
PHV-V	16 163	17 037	17 383	18 069	19 235	6,5	19,0
PHV-BU	3 610	3 802	3 937	4 149	4 436	6,9	22,9
TSB	3 707	4 025	4 238	4 605	5 193	12,8	40,1
Ambulanse	4 377	4 743	5 035	5 378	5 982	11,2	36,7
Pasienttransport	2 718	2 832	2 957	3 135	3 279	4,6	20,6
Personalpolitiske tiltak	278	252	272	289	302	4,4	8,4
RHF-administrasjon	1 010	975	1 151	1 162	1 488	28,1	47,3
Spesialisthelsetjenesten totalt	108 674	114 429	119 524	127 921	138 235	8,1	27,2
-herav kapitalkostnader	5 026	4 977	4 896	5 032	4 978	-1,1	-0,9
-herav pensjonskostnader	10 962	12 969	12 934	14 637	18 676	27,6	70,4
Kostnader (millioner kr, faste priser¹²)							
Deflator SSB (akkumulert)	1,205	1,160	1,115	1,067	1,000		
Deflator benyttet i statsbudsj (akkumulert)	1,132	1,098	1,063	1,031	1,000		
Somatikk	92 590	93 653	94 278	97 281	98 319	1,1	6,2
PHV-V	19 484	19 756	19 383	19 287	19 235	-0,3	-1,3
PHV-BU	4 352	4 409	4 390	4 428	4 436	0,2	1,9
TSB	4 469	4 667	4 725	4 916	5 193	5,7	16,2

Nøkkeltall (forts.):	2011	2012	2013	2014	2015	Pst endr. 2014-15	Pst endr. 2011-15
Ambulanse	5 276	5 499	5 615	5 741	5 982	4,2	13,4
Pasienttransport	3 276	3 285	3 298	3 346	3 279	-2,0	0,1
Personalpolitiske tiltak	336	292	303	308	302	-2,2	-10,1
RHF-administrasjon	1 218	1 130	1 284	1 240	1 488	20,0	22,2
Spesialisthelsetjenesten total ¹³	131 000	132 692	133 275	136 547	138 235	1,2	5,5
Totale driftskostnader ekskl. pensjon ¹³	110 617	111 406	113 302	116 796	119 559	2,4	8,1
Produktivitet somatikk (DRG-virksomhet)¹⁴							
Driftskostnad per DRG-poeng	55 530	55 212	54 865	54 659	53 449	-2,2	-3,7
Driftskostnad per liggedag	15 382	16 120	16 317	16 618	16 713	0,6	8,7
Produktivitet psykisk helsevern voksne¹⁴							
Driftskostnader per pasient	134 783	134 021	126 647	125 307	119 731	-4,4	-11,2
Polikliniske konsultasjoner per fagårsverk	403	402	400	413	429	3,9	6,4
Polikliniske pasienter per fagårsverk	38,9	38,7	37,8	38,0	38,3	0,8	-1,5
Varighet (gj. snitt døgn) per institusjonsopphold	24,4	22,8	21,9	21,0	20,7	-1,5	-15,0
Beleggsprosent	84	84	81	82	81		
Produktivitet i psykisk helsevern for barn og unge¹⁴							
Driftskostnader per pasient	73 951	74 291	73 381	74 696	73 518	-1,6	-0,6
Polikliniske konsultasjoner per fagårsverk	336	355	367	372	381	2,7	13,4
Polikliniske pasienter per fagårsverk	27	27	27	27	27	0,0	0,0
Produktivitet TSB¹⁴							
Driftskostnader per pasient				111 088	107 670	-3,1	
Polikliniske konsultasjoner per fagårsverk	363	369	392	396	421	6,3	16,0
Polikliniske pasienter per fagårsverk				30,9	31,1	0,6	
Varighet (median døgn) per opphold	12	12	12	12	12		

Tabellnoter tabell 1.1

- Når NPR aggregerer sum pasienter på tvers av institusjoner og sektorer (SOM, PHV, TSB og private avtalespesialister) vil mangel på personidentifiserbar informasjon kunne medføre at en pasient telles flere ganger. I 2011 manglet det slik informasjon for 26,5 prosent av pasientene hos private avtalespesialister i somatisk virksomhet, mens andelen falt til 9,0 prosent i 2015. Dette kan bidra til å underestimere veksten av pasienter i perioden. Samtidig er pasienttallene fra de private avtalespesialistene noe underestimert fordi innrapporteringer av data ikke er helt komplette i perioden.
- Tall på pasienter i somatiske sykehus er eksklusive pasienter som er behandlet hos private spesialister, men inklusive pasienter hos ISF avtalespesialister.
- Tallene er inklusive stråleterapi, dialysebehandling med O lgd og kjemoterapi. Eksklusive polikliniske konsultasjoner hos private avtalespesialister.
- Tallene er eksklusive private spesialister som inngår i ISF. Disse inngår i konsultasjoner totalt. Data er ikke komplette og det er derfor foretatt en estimering av manglene. Tall presentert inkluderer estimert antall konsultasjoner.
- DRG-poengene er korrigert for systemendring i ISF beregnet gjennom årlig regruppering av data. Se datagrunnlag i kapittel 7 for en nærmere beskrivelse av omfanget av systemendringen.
- Døgnopphold inkluderer ikke opphold hvor pasient skrives ut samme dato som innleggelsesdato.
- Data fra de private avtalespesialistene er ikke komplette og antallet pasienter og konsultasjoner er estimert.
- Antall pasienter for årene 2011-2014 avviker fra tilsvarende tall presentert i fjorårets SAMDATA Spesialisthelsetjenesten. Årsaken er at antall pasienter nå er basert på alle polikliniske episoder, ikke bare episoder med gyldig takstkode.
- Antall pasienter er beregnet på grunnlag av pasientdata innrapportert til Norsk pasientregister. I den forbindelse er det forhold

vedrørende identifisering av rusbehandlingsenheter i pasientdata som kan påvirke pasienttallene som presenteres for sektoren:

- Oslo universitetssykehus: Ruspoliklinikkene var mangelfullt identifisert i pasientdata i 2012.
 - Sykehuset Innlandet: Ruspoliklinikk ved Lillehammer DPS er mangelfullt identifisert i pasientdata.
 - Sykehuset Telemark: Akuttposten kan ikke identifiseres i sin helhet i pasientdata. Poliklinisk virksomhet er delvis identifisert frem til 2015.
 - Helse Stavanger: Ettervernplassene inngår ikke i pasientdatarapporteringen.
 - Helse Fonna: Rusposten kan ikke identifiseres i sin helhet i pasientdata. Ruspoliklinikkene i Odda og Stord er delvis identifisert. Stord er identifisert i 2015.
 - Nordlandssykehuset: Rusbehandling ved Salten DPS er identifisert i sin helhet i pasientdata først i 2015 og er mangelfull for 2012-2014.
- 10 Antall årsverk eksklusiv lange fravær ble ikke publisert av SSB i tide til ferdigstilling av SAMDATA-rapporten. Tallene for 2015 blir inkludert dersom de kan klargjøres før publisering av årets rapport 1. september. Dersom dette ikke lar seg gjøre, vil årsverkstallene tilrettelagt for SAMDATA publiseres så snart det lar seg gjøre på våre nettsider.
- 11 Årsverk for poliklinisk og ambulant personell er basert på en rapportering som Helsedirektoratet gjør i egen regi.
- 12 Kostnadene er deflatert med prisindeks for arbeids- og produktinnsats for statlige helsetjenester (SSB), se avsnitt 3.2 i kapittel 3. Akkumulert prisvekst er beregnet til 20,5 prosent fra 2011 til 2015. Kostnadene er ikke korrigert for nye oppgaver.
- 13 Deflator for Spesialisthelsetjenesten totalt (inkludert pensjon) er SSB sin deflator for arbeids- og produktinnsats i statlige helse-tjenester, mens ved beregning av realendring for driftskostnader eksklusiv pensjon er det brukt deflator benyttet i de årlige Statsbudsjettene. I 2015 var det større forskjell mellom de to deflatorene enn tidligere (hvh 6,7 pst (SSB) og 3,1 pst (HOD)). Informasjon som foreligger trekker i retning av at realveksten siste år blir noe undervurdert ved bruk av SSB sin deflator, men det er p.t ikke mulig å være mer konkret på hvor mye.
- 14 Angitt i faste priser 2015. Utvalgsanalyser basert på tall fra HF-ene og private med områdeansvar. Tall per foretak vil være tilgjengelig på våre nettsider.

2. Bruk av spesialisthelsetjenester for alle sektorer

Perioden 2014 til 2015 kjennetegnes av en sterkere vekst i antall pasienter per innbygger i spesialisthelsetjenesten enn tidligere år. Psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling fikk relativt sett flest nye pasienter både siste år og i femårsperioden. Det har også vært en klar vekst i pasienter per innbygger i somatisk sektor, mens det har vært marginal vekst i den nasjonale raten for pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge.

Pasientveksten har først og fremst gitt større bruk av polikliniske tjenester i alle regioner. Den relative veksten i poliklinisk aktivitet er større enn veksten i pasienter per innbygger. Dette gjelder alle sektorer og alle regioner, og den årlige veksten er større i slutten enn i starten på femårsperioden.

Antall innleggelser på døgnavdeling per innbygger fortsetter å gå ned innen psykisk helsevern for voksne og for somatisk spesialisthelsetjeneste. I femårsperioden har reduksjonen i sum oppholdsdager på døgnavdelinger blitt mer redusert enn antall innleggelser på grunn av en samtidig reduksjon i oppholdstid per innleggelse.

De regionale forskjellene i bruk av spesialisthelsetjenester per 1 000 innbyggere er stabile eller har blitt noe redusert på de fleste områder. Unntaket er konsultasjonsraten innen TSB, hvor forskjellen mellom regionene med høyest og lavest rate har blitt noe større.

2.1 INNLEDNING

I dette kapitlet gis en samlet framstilling av befolkningens bruk av spesialisthelsetjenester i siste femårsperiode. Dette inkluderer både somatisk sektor (SOM), psykisk helsevern (PHV), samt tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Hovedvekten legges på følgende

- Beskrive hovedtrender i befolkningens bruk av spesialisthelsetjenester, nasjonalt og regionalt.
- Vurdere om utviklingen de siste fem årene har gått i retning av større eller mindre forskjeller mellom helseregionene.

Beskrivelsene tar utgangspunkt i bostedsregionene og viser befolkningens bruk av spesialisthelsetjenester, uavhengig av hvilket helseforetak eller region som har utført tjenestene. Alle tall framstilles

som rater (per innbygger) for å få fram reelle endringer i bruken av tjenester og at endring ikke kun gjenspeiler endringer i folkemengde. Ettersom befolkningen har økt med 4,6 prosent siste fem år, vil konklusjonene kunne avvike noe fra en beskrivelse av aktivitetsutviklingen i sykehusene (kapittel 7). Stabil bruk og tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester i femårsperioden forutsetter dermed at foretakene har hatt en vekst på nesten fem prosent.

Bakerst i dette kapitlet er det gjengitt hovedtall for pasient og aktivitetsutviklingen nasjonalt og per region (tabell 2.1-2.7). Tallene er korrigert for befolkningsutviklingen (realvekst), men er ikke kjønns- og alderskorrigert. En slik korrigering påvirker i svært liten grad forskjeller på regionnivå, men kan ha større betydning i sammenligninger av geografiske enheter på et lavere nivå. I kapitlet er det også gjengitt en tabell som viser ratene for bruk

av spesialisthelsetjenester dersom de korrigeres for behov (tabell 2.6). Behovet for spesialisthelsetjenester er definert i henhold til NOU 2008:2 (Magnussen-utvalget) og de regionale behovsindeksene som benyttes i kapitlet tilsvarer de indeksene som er benyttet i statsbudsjettene for 2011-2015 for fordeling av rammetilskuddet. I tillegg har vi også estimert effekten av system- og logikkendringer i ISF på DRG-poengene. Denne er vist i tabell 2.7 bakerst i kapitlet.

For flere tall på utvikling i aktivitet og bruk av tjenester henviser vi til kapitlene 7 (aktivitet i helseforetakene), kapittel 8 (befolkningens bruk av somatiske sykehus), kapittel 9 og 10 (psykisk helsevern og TSB). På helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata finner du flere tall for aktivitet i spesialisthelsetjenesten.

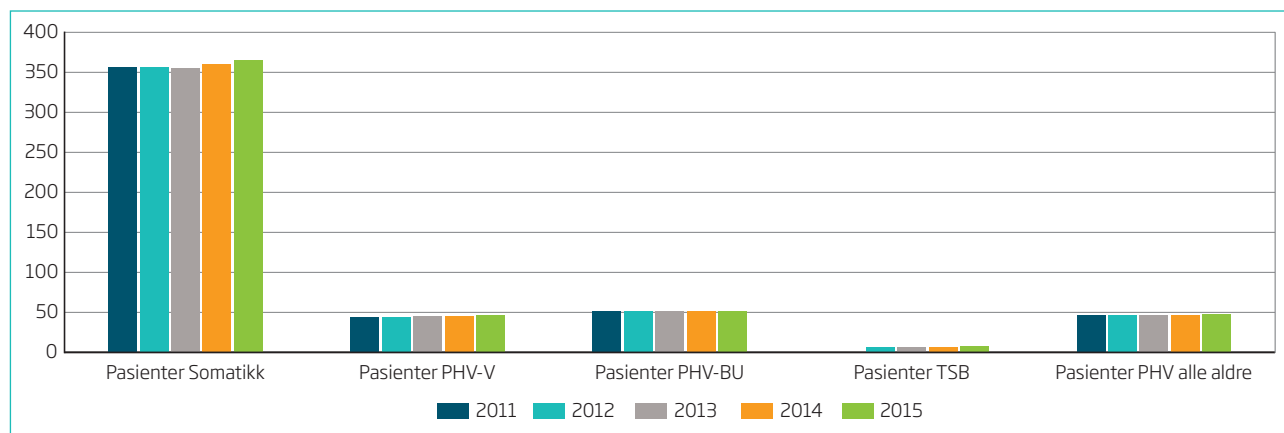
2.2 HOVEDTREKK I BRUK AV SPESIALISTHELSETJENESTER 2011-2015 PÅ NASJONALT NIVÅ

Vekst i andel av befolkningen som var pasienter i spesialisthelsetjenesten

Bruk av spesialisthelsetjenester innehar to dimensjoner som belyses i dette og flere andre kapitler i denne rapporten. Den ene dimensjonen omhandler hvor mange som er i kontakt med og følges opp av ulike deler av spesialisthelsetjenesten. Er det store forskjeller i antall pasienter per innbygger kan det indikere ulikheter i tilgjengelighet til tjenestene. Samtidig kan geografiske forskjeller i forekomst av sykdom/tilstander, hvor mye befolkningen etterspør tjenester og mulighetene for alternative tilbud påvirke omfanget. Endret eller ulik oppgavefordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten er eksempel på det siste. Det samme gjelder bruk av privat finansierte spesialisthelsetjenester.

Den andre dimensjonen omhandler hvor mye vi bruker tjenestene når vi er blitt pasienter. Vi ser da på omfanget av kontakt med tjenesten (totalt sett) for befolkningen nasjonalt eller i regionene. Da summeres antallet innleggelser,⁶ liggedøgn/ oppholdsdøgn og antall konsultasjoner ved

Figur 2.1 Pasienter per 1 000 innbygger¹ etter sektor 2011-2015.



¹ PHV-V og TSB: Per 1000 innbygger 18 år+, PHV-BU: Per 1000 innbygger 0-17 år, PHR: Per 1000 innbygger hele befolkningen.

⁶ Når det i teksten står innleggelser eller døgnopphold gjelder dette i somatikken utskrivinger i året, det samme gjelder psykisk helsevern, mens det innen TSB er innleggelser i året som telles.

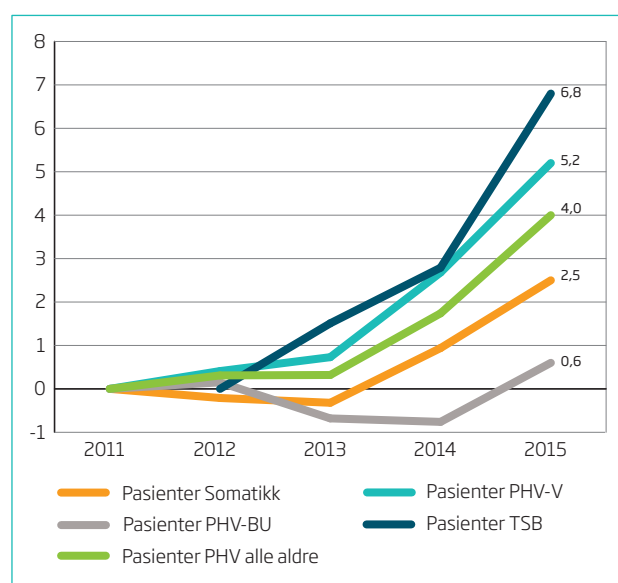
poliklinikker og hos avtalespesialister. Hvor mye vi bruker tjenestene totalt sett påvirkes både av hvor mange pasienter som kommer inn i spesialisthelsetjenesten, men også av medisinsk praksis og organisering av behandlingsforløp.

For å få et godt bilde av den nasjonale utviklingen i perioden 2011-2015 presenteres i dette avsnittet både endringer i faktiske rater og i prosent endring fra 2011. Innenfor psykisk helsevern framstilles separate tall for psykisk helsevern for voksne (PHV-V) og psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU 0-17 år). For å kunne sammenligne utviklingen i psykisk helsevern og rus samlet opp mot somatisk sektor, slås disse kategoriene sammen til en ekstra kategori (PHR= Psykisk helsevern og Rus).

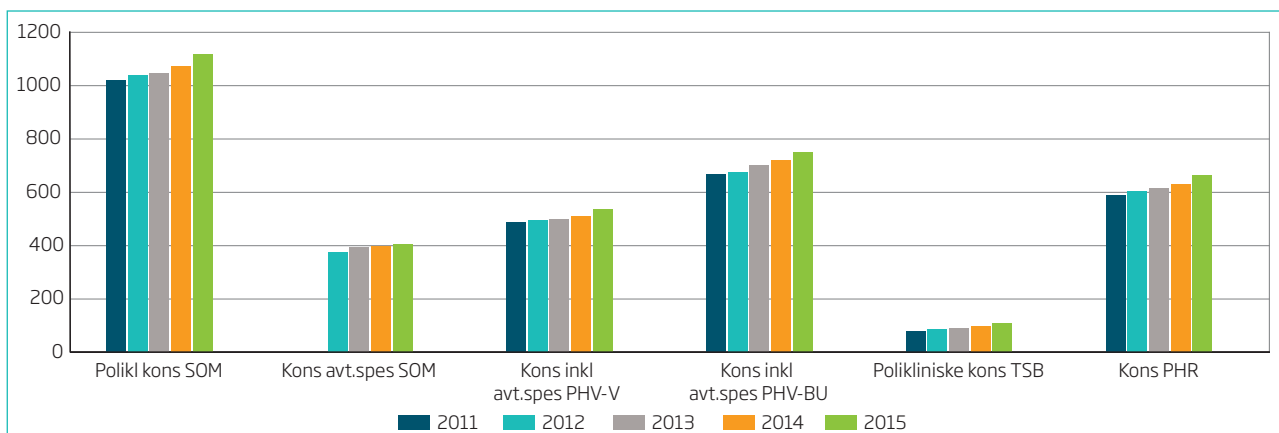
Vi starter med å se hvor stor andel av befolkningen som har vært pasienter⁷ i spesialisthelsetjenesten det enkelte år den siste femårsperioden. Figur 2.1 viser en gradvis vekst fra 2011-2015. I 2015 hadde cirka 37 prosent av befolkningen (en av tre) minst en kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste, mens cirka fem prosent (en av 20) hadde kontakt med psykisk helsevern. Under 1 prosent av voksne personer hadde kontakt med tjenester for rusbehandling som inngår i spesialisthelsetjenesten.

Figur 2.2 viser endringene i siste femårsperiode målt i prosent. Det framgår at raten for antall voksne i kontakt med psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling (TSB) har økt mer enn raten for antall pasienter i somatikken og innen psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU). Ses hele psykisk helsevern under ett, er veksten i antall pasienter på over fire prosent i femårsperioden, mens veksten

Figur 2.2 Prosent endring i antall pasienter per 1 000 innbyggere 2011-2015 (2011=100).



Figur 2.3 Polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere 2011-2015 etter sektor og psykisk helsevern og TSB samlet (PHR).



⁷ En pasient telles her kun en gang uansett om hun/han har hatt kontakt med flere ulike somatiske tjenester, mens det er separat telling mellom somatikk og psykisk helsevern og TSB.

innen somatisk sektor er på 2,5 prosent korrigert for befolkningsvekst. Raten for antall barn og unge med et tilbud innen psykisk helsevern gikk noe ned i perioden 2012-2014, men økte med 1,5 prosent fra 2014 til 2015 (0,6 pst fra 2011). Det er generelt en sterkere vekst siste år i perioden enn tidligere år for alle kategorier vist i figur 2.2.

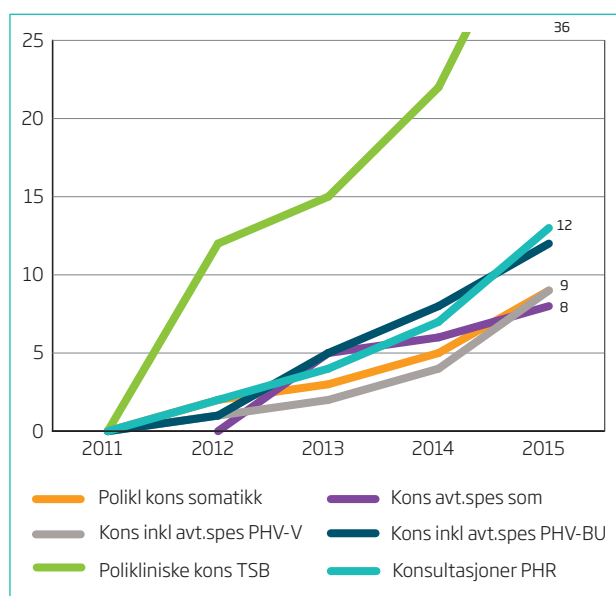
Vekst i bruken av polikliniske tjenester

Kontakten med spesialisthelsetjenesten kan inkludere både utredning, behandling og kontroll, hvorav mesteparten av utredning og kontroll foregår i poliklinikken. I mange tilfeller kan hele forløpet gjøres poliklinisk, men noen typer behandling krever innleggelse ved en døgnavdeling. Basert på tall fra kapittel 8 finner vi at cirka 34 prosent av befolkningen (3 av 10) var i kontakt med en somatisk poliklinikk⁸ i 2015, og cirka 11 prosent hadde en innleggelse ved en somatisk avdeling (1 av 10). Oppfølgingen innen psykisk helsevern for barn og unge er nesten utelukkende poliklinisk og gjelder cirka 5 prosent av befolkningen under 18 år. 3,4 prosent av den voksne befolkning har hatt kontakt med en offentlig poliklinikk innen psykisk helsevern (3 av 100), og 1,3 prosent var i kontakt med en privat avtalespesialist (psykiater eller psykolog) i 2015.

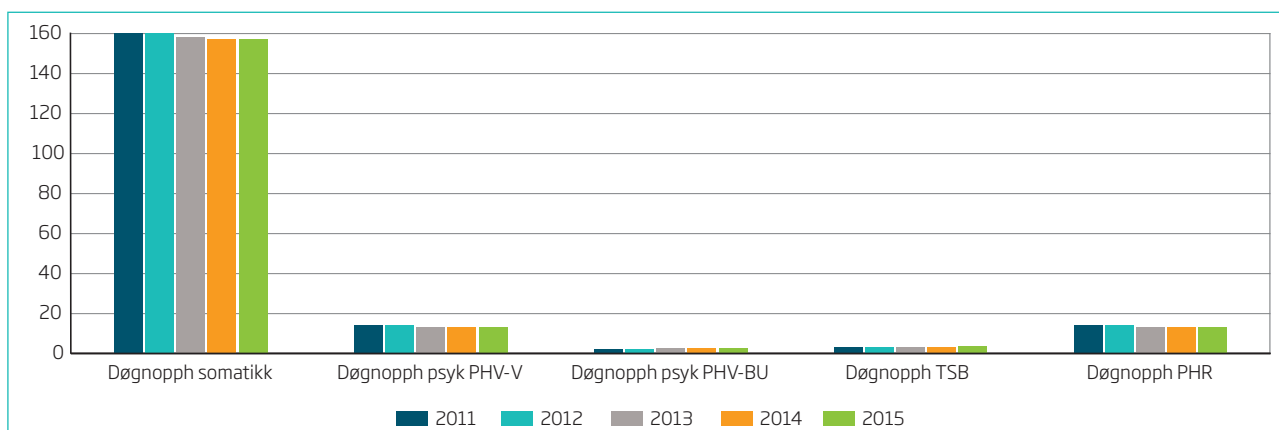
Figur 2.3- 2.4 viser at det har vært en jevn vekst i konsultasjonsraten i hele perioden 2011-2015. Det gjelder alle sektorer på nasjonalt nivå. Den prosent-

vise veksten i konsultasjonsrate er i femårsperioden noe høyere for psykisk helse og rus (PHR) samlet enn for somatisk sektor (hhv 12 og 9 pst). TSB skiller seg ut med en særlig sterk økning i raten på 36 prosent. I 2015 utgjorde konsultasjonene innen psykisk helsevern og russektoren cirka 30 prosent av alle konsultasjoner hvis vi inkluderer konsultasjoner hos private avtalespesialister også for somatisk sektor.⁹

Figur 2.4 Prosent endring i rate for antall konsultasjoner 2011-2015, alle sektorer og PHV og TSB samlet (PHR).



Figur 2.5 Faktisk rate (per 1 000 innbyggere) for årene 2011-2015 for døgnopphold etter sektor, og psykisk helsevern og TSB samlet (PHR).

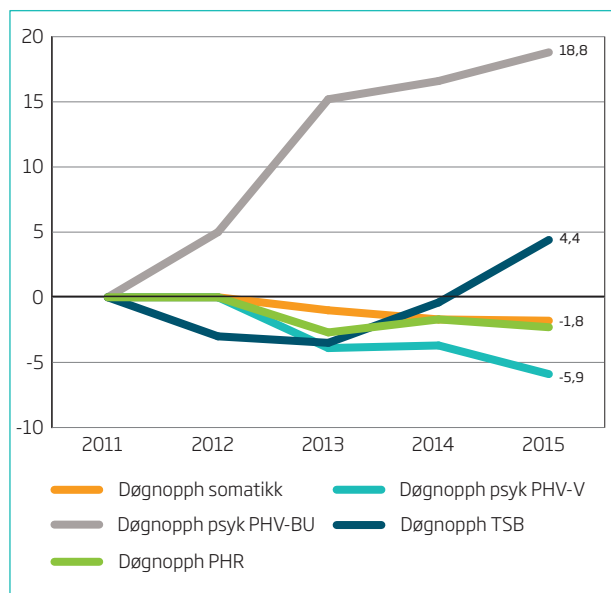


8 Inklusive pasienter registrert med konsultasjoner ved private sykehus som har avtale med et RHF.

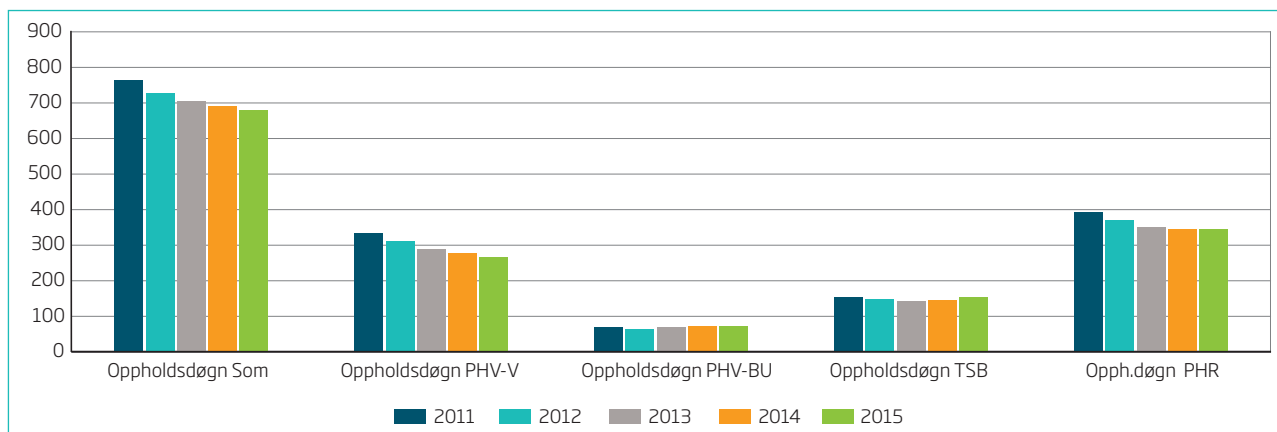
9 Tall hentet fra rapport 05/2015 fra Norsk pasientregister «Aktivitetsdata for avtalespesialister 2015».

Av figur 2.5 og 2.6 ser vi at trenden med nedgang i antall døgnopphold, som vi har sett tidligere år, fortsetter i 2015. For somatisk sektor er nedgangen i rate marginal, men innen psykisk helsevern for voksne (PHV-V) gikk antall døgnopphold per innbygger ned 6 prosent de siste fem år og 2,2 prosent siste år i perioden. Nedgangen i antall døgnopphold ledsages av en enda sterkere reduksjon i liggedøgn/ oppholdsøgn, som vist i figur 2.7 og 2.8. Ser vi på rusbehandling for voksne (TSB) og psykisk helsevern for barn og unge var det en liten økning i døgnopphold fra 2014 til 2015 og i perioden er det en klar økning i innleggelser for begge disse tjenestene. Det må presiseres at omfanget av innleggelser er svært lite for barn og unge innen psykisk helsevern. Totalt sett står psykisk helsevern og russektoren (TSB) for 8 prosent av døgnoppholdene og hele 34 prosent av alle oppholdsøgn i 2015.

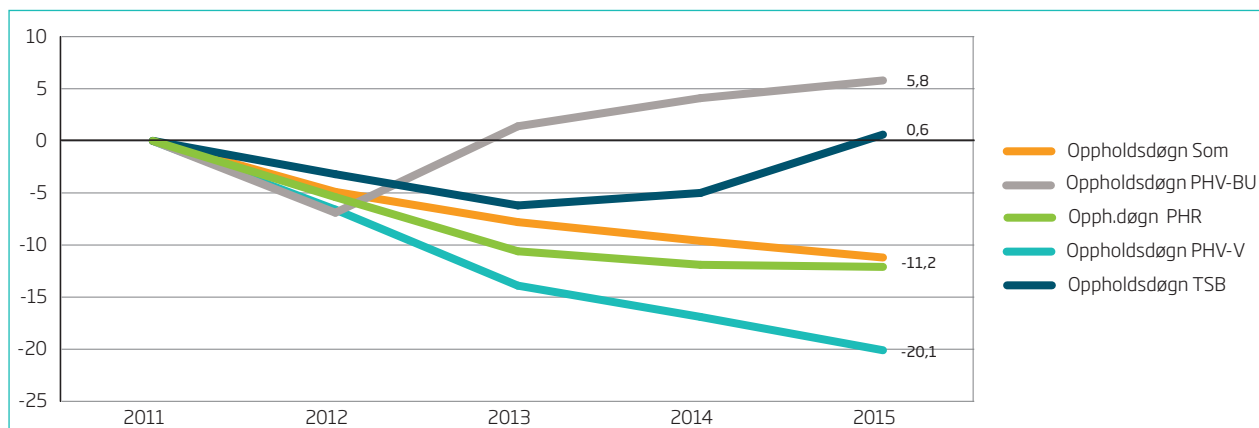
Figur 2.6 Prosent endring i rate for antall døgnopphold 2011-2015, alle sektorer og PHV og TSB samlet (PHR).



Figur 2.7 Faktisk rate (per 1 000 innbyggere) 2011-2015 for sum oppholdsøgn, etter sektor og psykisk helsevern og TSB samlet (PHR).



Figur 2.8 Prosent endring i rate for antall oppholdsøgn 2011-2015, etter sektorer og PHV og TSB samlet (PHR).



2.3 UTVIKLING OG VARIASJON PÅ REGIONALT NIVÅ OG FOR ALLE SEKTORER

Nedenfor oppsummeres viktige trekk ved utviklingen i bruk av spesialisthelsetjenester i regionene. Tallene denne framstillingen bygger på finnes i tabellene 2.1- 2.7 til slutt i kapitlet. Beskrivelsen tar utgangspunkt i rater¹⁰ (per innbygger) for antall pasienter og aktiviteten i spesialisthelsetjenesten.

Regionale forskjeller i antall pasienter per innbygger har blitt noe mindre

Den nasjonale veksten i pasienter per innbygger vi så i forrige avsnitt reflekterer en generell vekst, som gjelder alle regioner og alle sektorer i perioden 2011-2015. Det er noen få unntak. I Helse Midt-Norge har raten for antall pasienter innen TSB gått svakt ned og raten for antall pasienter med tilbud innen psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU) ble litt redusert for befolkningen tilhørende Helse Nord. Det er nesten gjennomgående slik at rateveksten var sterkere i 2015 enn tidligere år.

De regionale forskjellene i antall pasienter per 1 000 innbyggere har blitt mindre i femårsperioden (prosent forskjell mellom høyeste-lavest rate). For somatisk sektor er endringen svært liten, men de regionale forskjellene i pasientrate er langt mindre både i somatisk sektor og innen psykisk helsevern for voksne enn for russektoren og psykisk helsevern for barn og unge. I 2015 var det 6 prosent forskjell mellom regionen med høyeste og regionen med lavest pasientrate for psykisk helsevern voksne (PHV-V). For somatisk sektor var tilsvarende 15 prosent. Innen psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU) var forskjellen på 20 prosent (mot 45 pst i 2011). Rateforskjellen var langt større innen TSB, hvor det var 53 prosent forskjell mellom regionen med høyest og lavest rate i 2015 (62 pst i 2012).

Selv om vi ser noe redusert variasjon mellom regionene endres ikke rangeringen når det gjelder hvilke regioner som har lavest rate eller høyeste rate. Innen somatikken har befolkningen i Helse Nord sitt opptaksområde alle år høyest pasientrate. I andre

enden er Helse Sør-Øst med en pasientrate som i 2015 lå 15 prosent lavere. Tallene er basert på data fra helseforetak og private sykehus, men inkluderer ikke bruken av private avtalespesialister. Vi vet at slike spesialister brukes mindre i Helse Nord, og mer i Helse Sør-Øst enn i de to andre regionene (se avsnitt om polikliniske konsultasjoner nedenfor).

For PHV-V er det moderat forskjell mellom regionene i antall pasienter per innbygger. Befolkningen tilhørende Helse Sør-Øst sitt ansvarsområde har i hele perioden en litt høyere rate enn de andre, og Helse Vest har i alle år hatt en litt lavere rate enn de andre (2 pst lavere enn Helse Midt-Norge). For psykisk helsevern er avtalespesialistene inkludert.

Innen tverrfaglig rusbehandling (TSB) var det registrert flest pasienter per innbygger i Helse Sør-Øst hele perioden vi har mulighet å beregne pasienttall for (2012-2015), selv om forskjellen til de andre regionene ble svakt redusert (14 prosent over landsgjennomsnittet i 2015). Helse Vest har til tross for en ratevekst på 7 prosent disse årene en pasientrate som er 17 prosent lavere enn Helse Sør-Øst. Samtidig har regionen 25 prosent høyere rate enn Helse Midt-Norge. Helse Nord har hele perioden hatt lavest pasienttall innen TSB og har i 2015 en rate som ligger 39 prosent under landsgjennomsnittet.

Når det gjelder antall pasienter som følges opp av psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU) er utviklingen basert på tilgjengelige data litt mer ujevn. I 2015 har befolkningen i Helse Sør-Øst og Helse Vest klart lavere pasientrate enn Helse Midt-Norge, og spesielt i forhold til Helse Nord. I løpet av femårsperioden har Helse Sør-Øst fått en noe redusert pasientrate, mens Helse Midt-Norge har fått en noe høyere rate. Endringer i pasientadministrative system i perioden kan ha påvirket endringstallene innen PHV-BU (se kapittel 9 for oversikt over hvilke områder dette gjelder).

Oppsummert kan vi si at det er moderate forskjeller i pasientrater på regionnivå for somatisk sektor og psykisk helsevern for voksne og forskjellene er større for psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Innenfor en region kan det være store forskjeller mellom ulike geografiske områder, selv om regionen

¹⁰ Vi sammenlignet ratene som brukes i her med kjønns,- og aldersstandardiserte rater på regionnivå for 2015. En slik korrigerings påvirker ratene lite og det relative forholdet mellom regionene påvirkes marginalt.

i snitt ikke har et avvikende høyt eller lavt nivå. I figur 2.9 er befolkningsbaserte pasientrater for hver sektor i 2015 fordelt etter helseforetaksområder og hvor verdiene representerer prosent avvik fra landsgjennomsnittet. Innenfor TSB (grønne markører) ser vi det svært store skillet mellom områdene sør i landet og områdene i Helse Midt-Norge og Helse Nord. Samtidig er det også store forskjeller internt i regionene.¹¹ Vi ser også at variasjonen innen Psykisk helsevern for barn og unge (svarte markører) er relativt store, spesielt for befolkningen tilhørende Helse Sør-Øst og Helse Vest. Forskjellene i pasientrate mellom helseforetaksområdene er generelt sett litt mindre innen psykisk helsevern for voksne, men det er likevel klare forskjeller mellom områdene internt i regionene (røde markører). Det samme gjelder for somatikken (blå markører), hvor variasjonen totalt sett er lavest. Årsakene til forskjeller mellom helseforetaksområder kan både være ulikheter i behov, i etter-

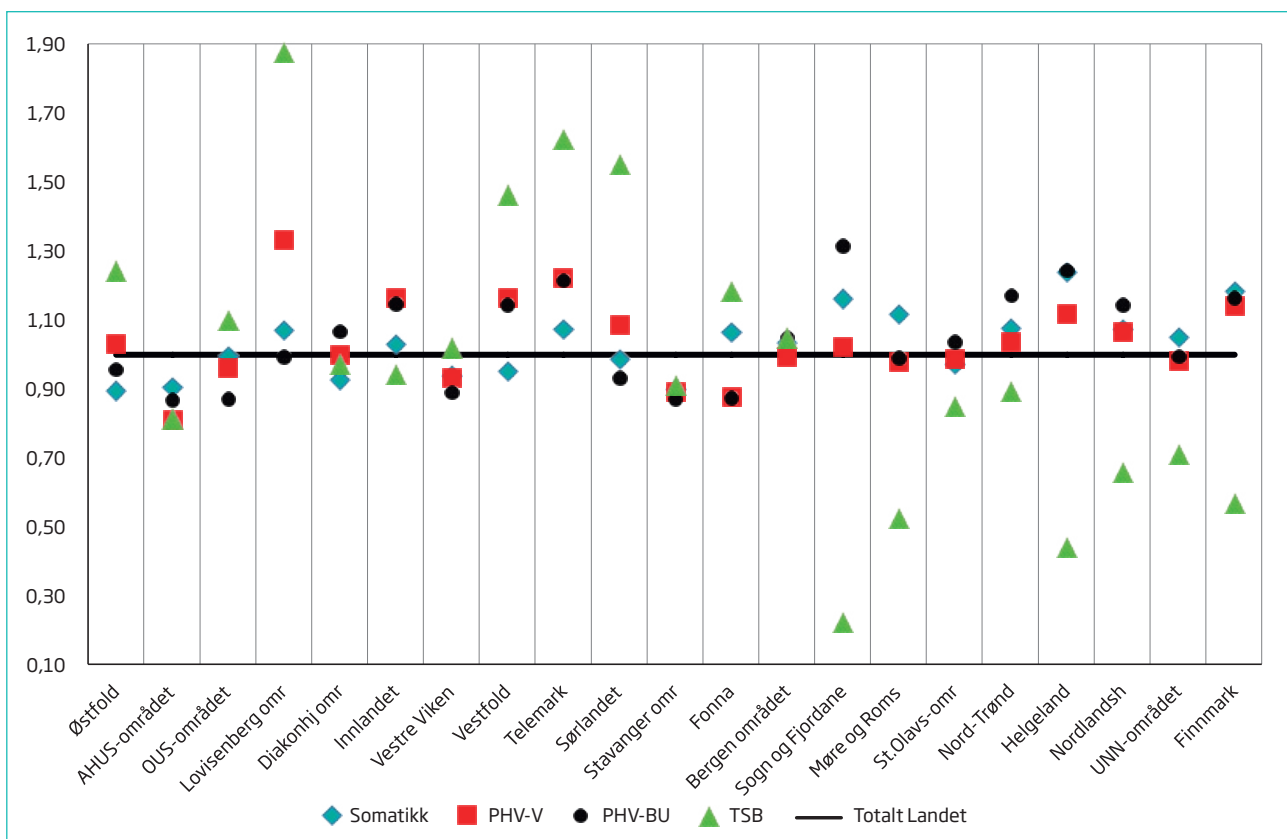
spørsel etter tjenester, og ulikheter i tjenestetilbud innenfor og utenfor spesialisthelsetjenesten. I denne oversikten er ratene kjønns- og aldersstandardiserte, for å redusere effekten av ulik befolknings sammensetning.

Sterk vekst i polikliniske konsultasjoner på tvers av sektor og regioner

Veksten i pasienter reflekteres i aktivitetsvekst, og først og fremst i antall kontakter med poliklinikkene. Den prosentvise veksten i raten for polikliniske konsultasjoner overstiger veksten i pasientrater i femårsperioden, og den årlige veksten er størst fra 2014 til 2015. Med få unntak gjelder den generelle utviklingen på tvers av sektorer og regioner.

Befolkningen bosatt i Helse Vest sitt opptaksområde hadde størst vekst i raten for polikliniske konsultasjoner grunnet somatiske tilstander siste fem år

Figur 2.9 Kjønns- og aldersstandardiserte pasientrater som prosent av landsgjennomsnitt, etter sektor og helseforetaksområder 2015.



11 En del henvisninger til rusbehandling utføres innen psykisk helsevern og dette gjelder spesielt i Sogn og Fjordane, Møre og Romsdal, Helgeland og Finnmark. Dette gjør at ratene vist i figuren er noe for lave for disse områdene, se mer om dette i kapittel 10.

(+16 pst). Dette samsvarer med at regionen også hadde størst vekst i antall pasienter (+5 pst). Da er tallene eksklusive avtalespesialistene.¹² Helse Vest og helse Sør-Øst hadde i 2015 9 prosent lavere konsultasjonsrate enn Helse Nord, som igjen lå 9 prosent under Helse Midt-Norge. Befolkning tilhørende Helse Midt-Norge hadde i sum flest konsultasjoner per innbygger hele femårsperioden innen somatikken. Det generelle bildet er at de regionale forskjellene er relativt stabile. Inkluderes estimerte tall for avtalespesialistene for 2015 har Helse Midt-Norge fortsatt høyest rate (7 pst over landsgjennomsnitt), men Helse Vest og Helse Nord kommer omtrent på samme nivå (7 og 8 pst under snittet). Helse Sør-Øst får en mellomposisjon (2 pst over gjennomsnittet).

Konsultasjonsratene innen psykisk helsevern for voksne (PHV-V) har også blitt høyere i alle regioner, spesielt siste del av femårsperioden. Forskjellene mellom regionene har samtidig blitt litt mindre. Helse Sør-Øst har i alle årene en høyere rate enn de andre regionene. Rateforskjellen til Helse Midt-Norge og Helse Vest var i 2015 på henholdsvis 14 og 16 prosent. Helse Nord sin befolkning hadde alle fem år lavest antall konsultasjoner per innbygger, men nærmer seg de andre gjennom å ha den sterkeste registrerte veksten i perioden på 17 prosent (11 prosent 2014-15).

Alle regionene hadde en vekst i antall konsultasjoner per innbygger knyttet til oppfølging av barn og unge innen psykisk helsevern (PHV-BU) fra 2011-2015, men Helse Midt-Norge og Helse Vest skiller seg fra de to andre ved å ha en langt større vekst totalt sett (hhv 14 og 17 pst). De siste to årene hadde Helse Midt-Norge den høyeste raten, mens befolkningen i Helse Vest sitt område fortsatt har en klart lavere konsultasjonsrate enn de andre regionene. Forskjellene mellom regionene har vært stabil de siste to årene.

De regionale forskjellene i konsultasjonsrate er større innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn i de andre sektorene slik vi så også for pasientraten. De registrerte forskjellene synes ikke å ha blitt redusert de siste årene. Helse Midt-Norge og Helse Vest har totalt sett hatt en langt sterkere

vekst enn de andre. Helse Vest fikk en svært sterk vekst fra 2014-2015, som antakelig er knyttet til registrert aktivitet for pasienter som er under LAR-behandling (legemiddelassistert rusbehandling). Dette bidrar til at regionen fikk den høyeste konsultasjonsraten i 2015, og dermed passerte Helse Sør-Øst som hadde en noe høyere rate enn Helse Vest alle de andre årene i femårsperioden. Helse Midt-Norge har de siste årene hatt et forbruksnivå midt mellom Helse Sør-Øst/Helse Vest og Helse Nord, som ligger betydelig under de andre regionene.

Færre innleggelser ved somatiske sykehus og innen psykisk helsevern i regionene

Omfanget av innleggelser (døgnopphold) per innbygger ved somatiske avdelinger har gradvis gått litt ned de siste fem årene i regionene (2-3 prosent). Unntaket er Helse Vest sin befolkning som har hatt et stabilt nivå. Det faktiske antall døgnopphold ved de somatiske sykehusene har generelt sett økt noe, men befolkningsveksten er sterkere. Antall døgnbefolkningen til sammen har tilbrakt på somatisk sykehus har samtidig blitt langt sterkere redusert, en ratereduksjon på mellom 10 og 12 prosent i alle regioner i perioden 2011-2015. Reduksjonen var sterkere i starten av perioden enn mot slutten, noe som kan ha sammenheng med innføringen av Samhandlingsreformen. De regionale forskjellene i rater for sum døgnopphold og oppholds-døgn/liggedager er relativt moderate, men befolkningen i Helse Nord har et noe høyere nivå enn de andre i hele perioden.

Raten for døgnopphold innen psykisk helsevern for voksne ble redusert i alle regioner fra 2014 til 2015, og mest i Helse Midt-Norge. Forskjellene mellom regionene er ganske stabile hele perioden fra 2011-2015. Helse Nord har en langt høyere døgnoppholdsrate enn de andre alle år, mens befolkningen i Helse Sør-Øst har en langt lavere oppholdsrate enn andre regioner. Som for somatisk sektor var det en langt sterkere reduksjonen i antall oppholdsdager enn antall innleggelser totalt sett ved psykiatriske døgnavdelinger. Dette gjelder alle regioner (16-20 pst reduksjon).

Det er store forskjeller mellom regionene i døgnopphold for barn og unge innen psykisk helsevern (i prosent), men omfanget er generelt sett veldig lite.

¹² Vi har ikke gode estimat på bruken av avtalespesialister (somatikk) i regionene for hele perioden. Kun 2014 og 2015 er inkludert i de regionale tabellene (se tabell 2.2-2.5 i slutten av kapitlet).

Det var 76 prosent forskjell mellom Helse Sør-Øst som har den lavest raten (til tross for sterk vekst fram til 2014), og Helse Nord som relativt sett har størst omfang av døgnopphold i 2015. Forskjellene har imidlertid blitt mindre i siste femårsperiode. Profilen på døgnoppholdene er ulike i regionene. Helse Sør-Øst har få, men lange opphold, mens for eksempel Helse Midt-Norge i større grad har flere, men kortere opphold.

Det har blitt noe mindre forskjell mellom regionene i raten for innleggelser knyttet til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i perioden 2011-2015, men forskjellene er fortsatt store. I 2015 var det en forskjell på 22 prosent mellom Helse Midt-Norge (høyest rate) og Helse Vest (lavest rate), mens forskjellen var 32 prosent i 2012. I 2015 lå Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge omtrent på samme nivå, mens Helse Nord lå 11-12 prosent under dem, og Helse Vest hadde en rate 23-24 prosent under Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge. Når det gjelder antall oppholdsdøgn sammenholdt med antall innleggelser innen TSB, er det spesielt Helse Midt-Norge som skiller seg ut ved at de har flest innleggelser per innbygger, men færrest oppholdsdøgn. De har dermed mange, men kortere innleggelser enn de andre regionene.

Særlige kjennetegn ved befolkningens bruk av spesialisthelsetjenester i regionene i 2015

Befolkningen i Helse Nord hadde i 2015 et relativt sett høyt ratenivå for antall somatiske døgnopphold på sykehus. Regionen hadde også relativt sett flere pasienter og døgnopphold innen psykisk helsevern (spesielt barn og unge), men hadde generelt lave konsultasjonsrater både for voksne og barn. Helse Nord hadde et avvikende lavt nivå både når det gjelder antall pasienter og polikliniske konsultasjoner innen tverrfaglig rusbehandling (TSB).

Helse Midt-Norge hadde i 2015 en relativt sett høy konsultasjonsrate for somatiske tilstander. Barn og unge i denne regionen hadde videre en høy konsultasjonsrate innen psykisk helsevern, men få oppholdsdøgn i forhold til antall døgnopphold. Regionen hadde også en lav rate når det gjaldt oppholdsdøgn for voksne innen psykisk helsevern, samtidig som antall døgnopphold (utskrivninger) var den nest høyeste. I forhold til Helse Vest og Helse

Sør-Øst hadde regionen et lavt antall pasienter og få polikliniske konsultasjoner for rusbehandling (TSB). Antall innleggelser knyttet til rusbehandling var langt høyere for befolkningen i Helse Midt-Norge enn i Helse Vest og Helse Nord, samtidig som antall oppholdsdøgn var lavt.

Helse Vest hadde i 2015 et relativt sett lavt antall pasienter innen psykisk helsevern for voksne, og raten for antall polikliniske konsultasjoner var lav sammenlignet med Helse Sør-Øst, men avvek ikke mye fra Helse Midt-Norge og Helse Nord. Regionen har sammen med Helse Sør-Øst færre pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge enn de andre to regionene, men har langt flere døgnopphold enn Helse Sør-Øst, og få oppholdsdøgn. Helse Vest skilte seg ut ved å ha en svært høy konsultasjonsrate for rusbehandling i forhold til antall pasienter som gikk til behandling i 2015. En årsak kan være ulikheter i innrapportering av aktivitet knyttet til LAR-behandling.

Befolkningen i Helse Sør-Øst hadde i 2015 lavest bruk av døgnopphold innen somatisk spesialisthelsetjeneste, men Helse Midt-Norge har nesten samme nivå og forskjellene mellom regionene er ikke veldig store. Regionen hadde imidlertid en klart høyere bruk av konsultasjoner innen psykisk helsevern for voksne, samtidig med å ha den desidert laveste døgnoppholdsraten. Videre hadde regionen også langt færre døgnopphold for barn og unge innen psykisk helsevern enn de andre regionene, men oppholdstiden var mye lenger. Helse Sør-Øst hadde i 2015 betydelig flere pasienter innen rusbehandling (TSB) sammenlignet med andre regioner, og har derfor også relativt sett høye rater for aktivitetsmålene knyttet til dette.

Denne oppsummeringen av regionale variasjoner for 2015 endres i liten grad av en kjønns- og aldersjustering av ratene. I neste avsnitt viser vi imidlertid effekten av å ta i betraktning enda flere behovsindikatorer.

Korrigerings for estimerte behovsforskjeller

Siden 2008 har rammetilskuddet til de regionale helseforetakene vært fordelt ved bruk av behovsindeks hentet fra Magnussen-utvalgets analyser (NOU 2008:2). Indeksene er basert på informasjon

på kommunenivå om alderssammensetningen i befolkningen, sykkelighet, utdanningsnivået i befolkningen samt andre levekårsfaktorer og en klimaindeks.

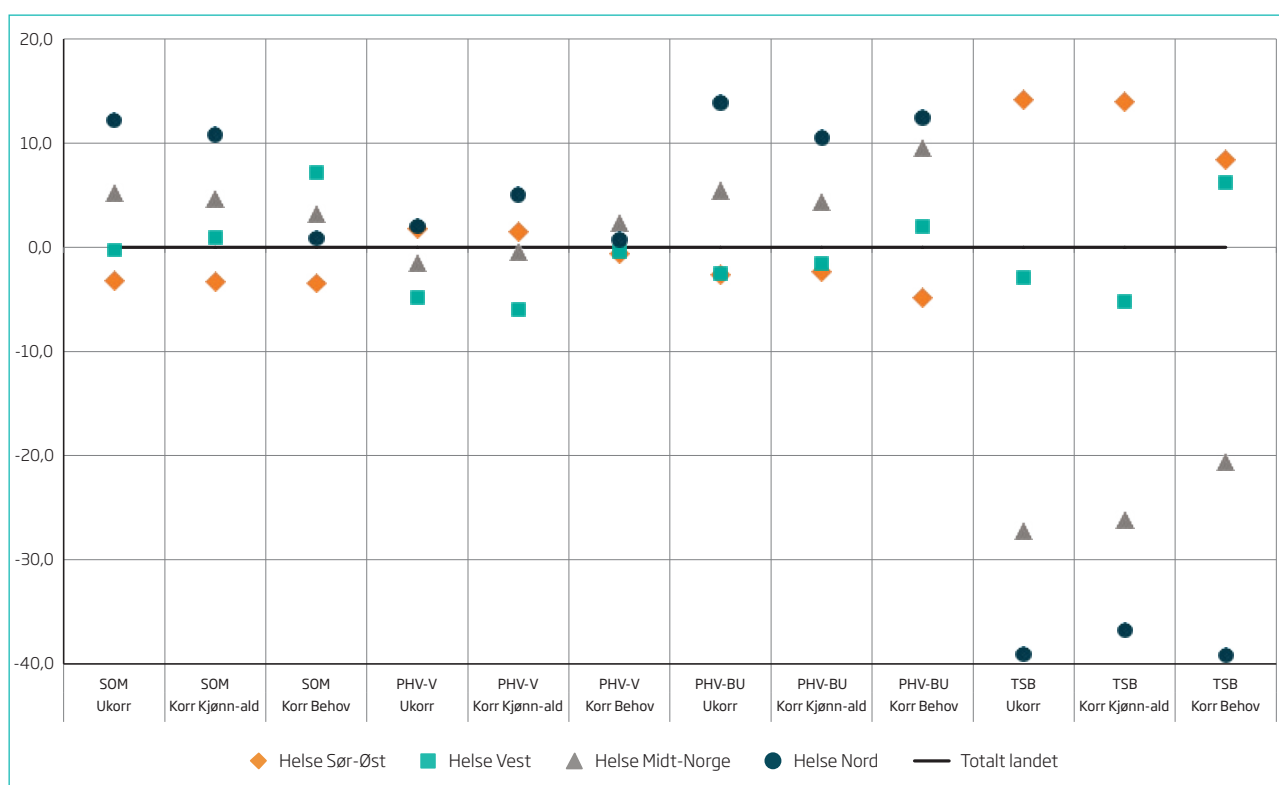
I figur 2.10 viser vi effekten av en behovskorrigerings av pasientraten sammenholdt med ukorrigerede rater og rater korrigeret for kjønns- og alderssammensetning i 2015. En kjønns- og alderskorrigerings på regionnivå påvirker i liten grad rangeringen av regionene, men til en viss grad påvirkes spredningen i rater. Justeres ratene i henhold til behovsindeksen blir effektene langt større. I somatisk sektor er det først og fremst Helse Vest og Helse Nord som påvirkes av en korrigerings ved at Helse Nord antas å ha et behov som ligger 11 prosent over gjennomsnittet, mens Helse Vest antas å ha et behov 7 prosent lavere enn gjennomsnittet i 2015. Innen psykisk helsevern er korreksjonsfaktoren mer moderat ved at Helse Vest og Helse Midt-Norge antas å ha et noe lavere behov enn de andre to regionene. De samme regionene antas også å ha et lavere behov innen rusfeltet enn Helse Nord og Helse Sør-Øst.

Nedenfor gis en samlet beskrivelse av effekten av behovskorrigerings. Det relative nivået av tjenestebruk i regionene korrigeret for behovsindeksen er presentert i tabell 2.6 bakerst i kapitlet.

I somatikken får Helse Vest den høyeste behovskorrigerede pasientraten i 2015, mens Helse Nord får et nivå mellom Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge (se figur 2.10). Behovskorrigerings av antall døgnopphold per innbygger bidrar til at Helse Vest og Helse Nord bytter plass til å ha henholdsvis høyeste og laveste nivå (Se tabell 2.6). Forskjellen mellom regionene er uansett ikke veldig stor. Helse Midt-Norge har uavhengig av korrigerings flest konsultasjoner per innbygger, mens Helse Vest kommer over gjennomsnittet og Helse Nord får like lav rate som Helse Sør-Øst.

Ratene innen psykisk helsevern for voksne påvirkes i liten grad av en behovskorrigerings og endrer ikke rangeringen mellom regionene. De moderate forskjellene i pasientrater blir enda mindre og forskjellene i døgnratene er fortsatt like store.

Figur 2.10 Pasientrater etter sektor ukorrigeret, korrigeret for kjønns- og alderssammensetning og korrigeret for behovsindeksen vist som prosentvis avvik fra landsgjennomsnittet i 2015.



En behovskorrigerer påvirker heller ikke forholdet/rangeringen mellom regionene for psykisk helsevern for barn og unge i særlig grad. Unntaket er konsultasjonsraten, hvor Helse Sør-Øst får lavest rate isteden for Helse Vest og Helse Nord får litt høyere rate enn Midt-Norge.

Vi så tidligere at forskjellene mellom regionene i pasientrate og konsultasjonsrate innenfor russektoren (TSB) var store. Behovsindeksen tilsier at Helse Vest og Helse Midt-Norge sin befolkning har lavere behov enn gjennomsnittet med hensyn til rusbehandling, mens Helse Sør-Øst har et høyere behov. Korrigeres pasientratene med behovsindeksen for russektoren blir forskjellen mellom Helse Vest og Helse Sør-Øst liten, mens Helse Nord fortsatt har den klart lavest raten og med Helse Midt-Norge i en mellomposisjon. Forholdet mellom regionene i konsultasjonsrate endres ikke betydelig, men Helse Vest og Helse Midt-Norge får høyere rate og Helse Sør-Øst få en noe lavere rate enn før korrigerer. For døgnopphold finner vi at Midt-Norge med den høyeste raten øker avstanden til Helse Sør-Øst betydelig, men forskjellene til de andre to regionene blir mindre.

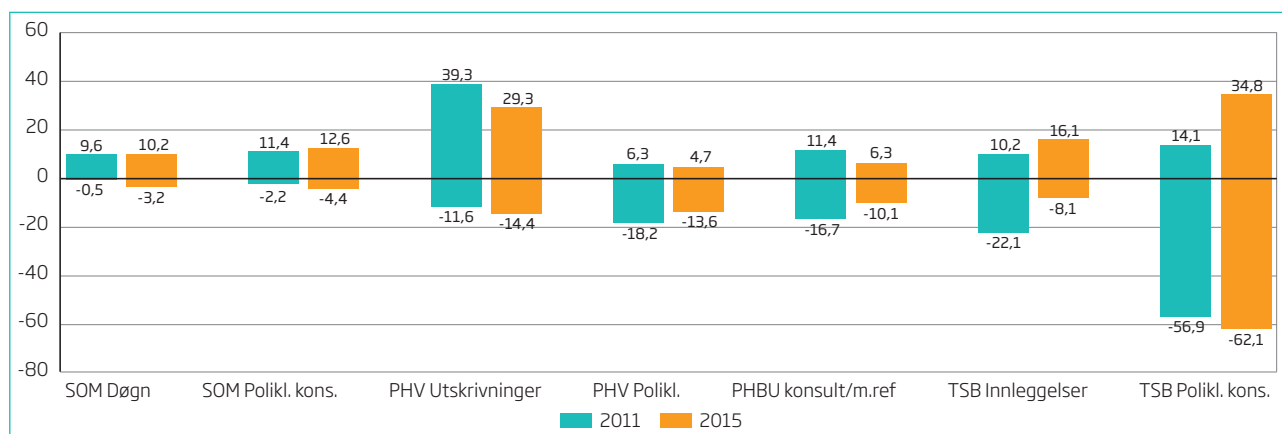
Figur 2.11 oppsummerer utviklingen i regionale forskjeller i omfanget av aktivitet knyttet til oppfølging av pasienter i spesialisthelsetjenesten med utgangspunkt i årene 2011 og 2015. Vi ser at forskjellene er minst når det gjelder somatisk spesialisthelsetjeneste, og at de er relativt stabile. Innen psykisk helsevern har de regionale forskjellene blitt mindre både innen tjenestene for voksne og for barn og unge. Som før er det særlig stor forskjell

mellom regionene i omfanget av døgnopphold i det psykiske helsevernet for voksne og antall polikliniske konsultasjoner knyttet til rusbehandling (TSB).

Bruk tjenester vektet for pasient-sammensetning (DRG-poeng)

For somatisk sektor brukes såkalte DRG-poeng som et samlemål på aktiviteten. Hensikten er å kunne ta hensyn til forskjeller i hvor ressurskrevende oppfølgingen av pasientbehandlingen er, totalt sett. Grunnlaget for omtalen i dette avsnittet er vist i tabell 2.7. Fra 2014 til 2015 hadde alle regionene en vekst i antall DRG-poeng per innbygger (varierte fra ca. 1,5 til 2,5 prosent). Ser vi siste fem år under ett har det med unntak av 2012-13 vært en jevn vekst i alle regioner. Unntaket er Helse Nord, hvor raten gikk ned fra 2011-2014, for deretter å øke siste år. Helse Midt-Norge har hatt den sterkeste veksten i perioden på cirka fem prosent. Dette medfører at Helse Midt-Norges befolkning passerte Helse Nord og hadde flest DRG-poeng per innbygger i 2014 og 2015. De regionale forskjellene i samlet (estimerte) forbruk av somatiske spesialisthelsetjenesten, målt som DRG-poeng, endres betydelig ved bruk av behovsindeksen. Helse Nord kommer da ut med et klart lavere nivå enn de andre regionene (8 pst lavere enn Helse Sør-Øst (nest lavest nivå). Helse Vest får høyeste nivå (11 prosent over Helse Nord) og Helse Midt-Norge ligger på omtrent samme nivå. Forskjeller i raten for behovjusterte DRG-poeng mellom regionene har økt litt fra 2011-2015, noe som i hovedsak skyldes større vekst i andel eldre i Helse Nord enn i andre regioner.

Figur 2.11 Prosentvis avvik fra landsgjennomsnittet for regioner med høyeste og laveste rater i 2010 og 2014.



2.4 NASJONAL FORDELING AV PASIENTER OG AKTIVITET ETTER DIAGNOSEKATEGORIER

Når vi sammenligner somatisk sektor med psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) vil somatisk sektor være veldig dominerende volummessig. For å få et bedre bilde av pasientsammensetningen i spesialisthelsetjenesten framstilles i figur 2.12 antall pasienter og antall kontakter fordelt etter hovedkapitler i diagnose-systemet ICD-10 /fagområder. Pasienter og aktivitet innen psykisk helsevern og TSB legges til som egne kategorier. Det samme gjelder aktivitet fra private avtalespesialister innen somatikken. For dem er pasientene fordelt på de største fagområdene og en «annet»-gruppe. Når vi teller pasienter telles hver person (pasient) kun en gang innenfor hver underkategorikategori (blå søyler), de har altså minst en kontakt som klassifiseres innenfor den angitte kategori/diagnosegruppe. En del av kontaktene i spesialisthelsetjenesten er kun registrert med en hoveddiagnose i kapittel Z i ICD-10-kodeverket. Kapitlet har benevnelsen «Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten». Disse kodene angir kontaktårsak og pasienten skal normalt ha en annen hoveddiagnose når det er mulig. Noen pasienter har kontakter med denne hoveddiagnosen, men har i tillegg andre kontakter hvor det er satt en annen hoveddiagnose. I slike tilfeller teller vi kontakter med Z-koder, mens pasienten kun telles under aktuelle diagnosegrupper (gjelder somatisk sektor). For psykisk helsevern og TSB er alle kontakter knyttet til pasienter som har en diagnose inkludert i samme gruppe. Gruppene angitt med Z-koder eller symptomer m.m. innen psykisk helsevern eller TSB har ikke kontakter registrert med annen diagnose.

Somatisk sektor har over 90 prosent av pasientene og 70 prosent av kontaktene som inngår i denne oversikten. Herunder bidrar private avtalespesialister i somatisk sektor med 25 prosent av pasientene og omtrent 16 prosent av kontaktene. En relativt stor andel av pasientene som går til privat avtalespesialist, vil også ha kontakt med et helseforetak som ledd i et behandlingsforløp. Vi må derfor anta at det er større innslag av dobbelttelling av pasienter for disse. Psykisk helsevern og russektoren (TSB) utredet og/eller behandlet 8 prosent av pasientene og sto for 29 prosent av kontaktene i

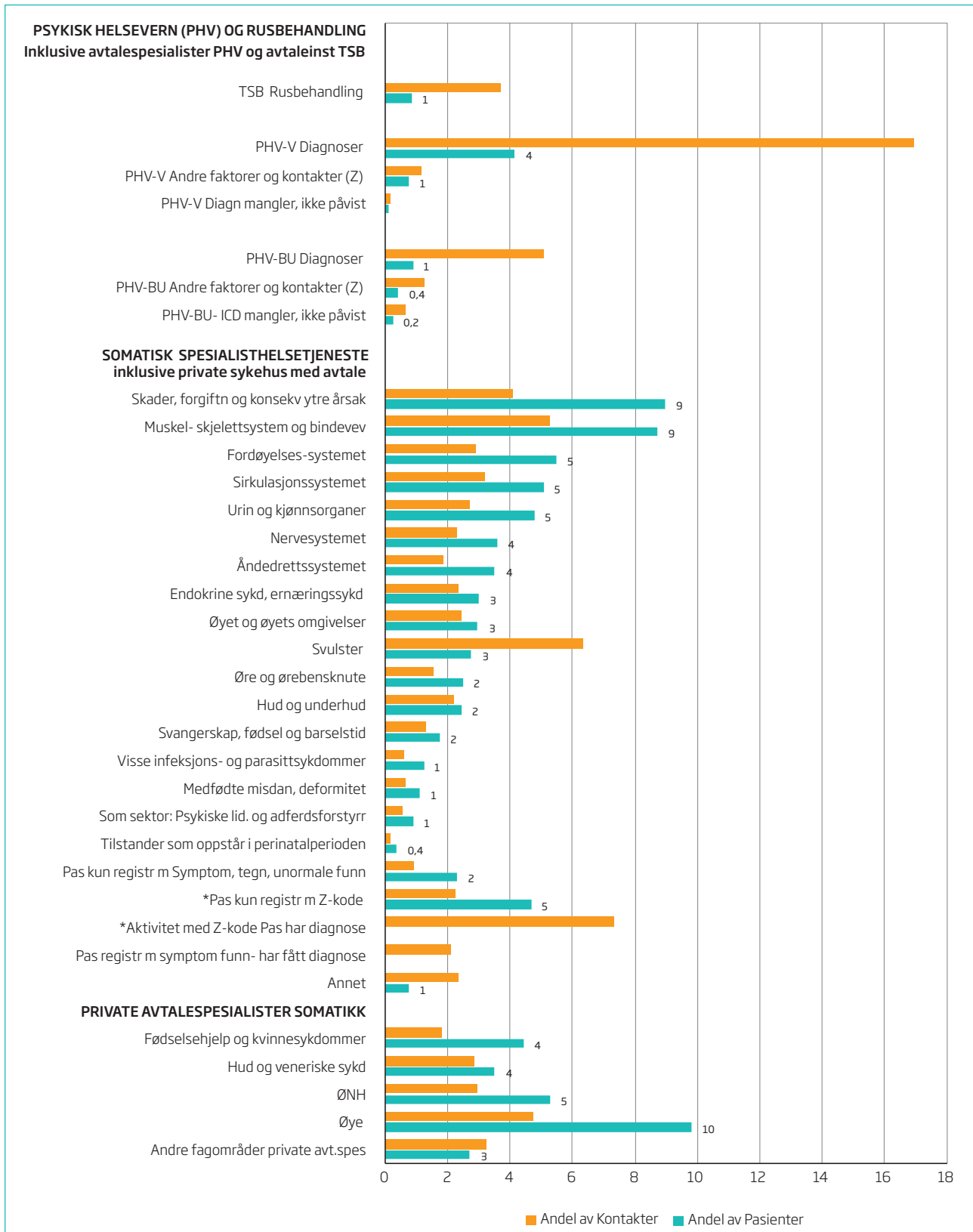
2015. Vi ser at antallet kontakter er svært høyt i forhold til pasienttallet. Dette gjenspeiler at behandlingen innen psykisk helsevern som oftest består av en lengre serie konsultasjoner med psykolog eller psykiater.

Basert på vår kategorisering av pasientene er flest personer i kontakt med spesialisthelsetjenesten på grunn av tilstander i øyet. Disse utgjør til sammen 10-12 prosent av pasientene, og svært mange blir behandlet av private avtalespesialister. Omtrent like mange hadde i 2015 kontakt med spesialisthelsetjenesten på grunn av «skader, forgiftninger og konsekvenser av ytre årsak» (9 pst) eller hadde en tilstand/sykdom knyttet til muskel-skjelettsystemet (9 pst). Til sammen utgjorde de tre nevnte gruppene nesten 30 prosent av pasientene, men sto kun for 17 prosent av kontaktene.

Flest kontakter per pasient (innleggelsler eller konsultasjoner) var det innen psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU) med i gjennomsnitt 19 kontakter i 2015, i rus-sektoren var pasientene i snitt 14 ganger i kontakt med tjenesten, mens snitt-tallet for PHV-V var 13. Vi må da huske at dette gjelder et tidsvindu på ett år, hvor noen er i starten av et utrednings- og behandlingsforløp, mens andre kanskje har gått til behandling over flere år. Tallene som presenteres her er altså ikke en oversikt over hvor mange kontakter pasientene hadde i behandlingsforløpet, men kun aktiviteten i 2015. Innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste var det diagnosegruppen med kreftpasientene (Svulster) som hadde høyest gjennomsnittlig kontaktfrekvens, med i snitt 8 kontakter. Vi gjør oppmerksom på at ressurskravet knyttet til oppfølging av den enkelte kontakt vil variere svært mye fordi vi teller lange innleggelsler og korte konsultasjoner som en kontakt.

For somatisk sektor (eksklusive avtalespesialistene) kan vi sammenholde andel pasienter og kontakter med estimert andel av ressurskrav (DRG-poeng) som er knyttet til aktiviteten. De to største enkeltgruppene mht. pasienter er «Skader og forgiftninger..» og «sykdom i muskel-skjelettsystem». Disse utgjør hver for seg cirka 11 prosent av pasientene og 13 prosent av DRG-poengene, totalt sett en fjerdedel av DRG-poengene. Basert på diagnoseinndelingen i ICD-10 er det likevel oppfølgingen av pasienter med svulster (hovedsaklig kreft) og pasienter med sykdommer i sirkulasjonssystemet som krever mest

Figur 2.12 Andel pasienter og andel kontakter med spesialisthelsetjenesten i 2015 fordelt etter sektor, og diagnosegrupper, ICD-10/fagområder.



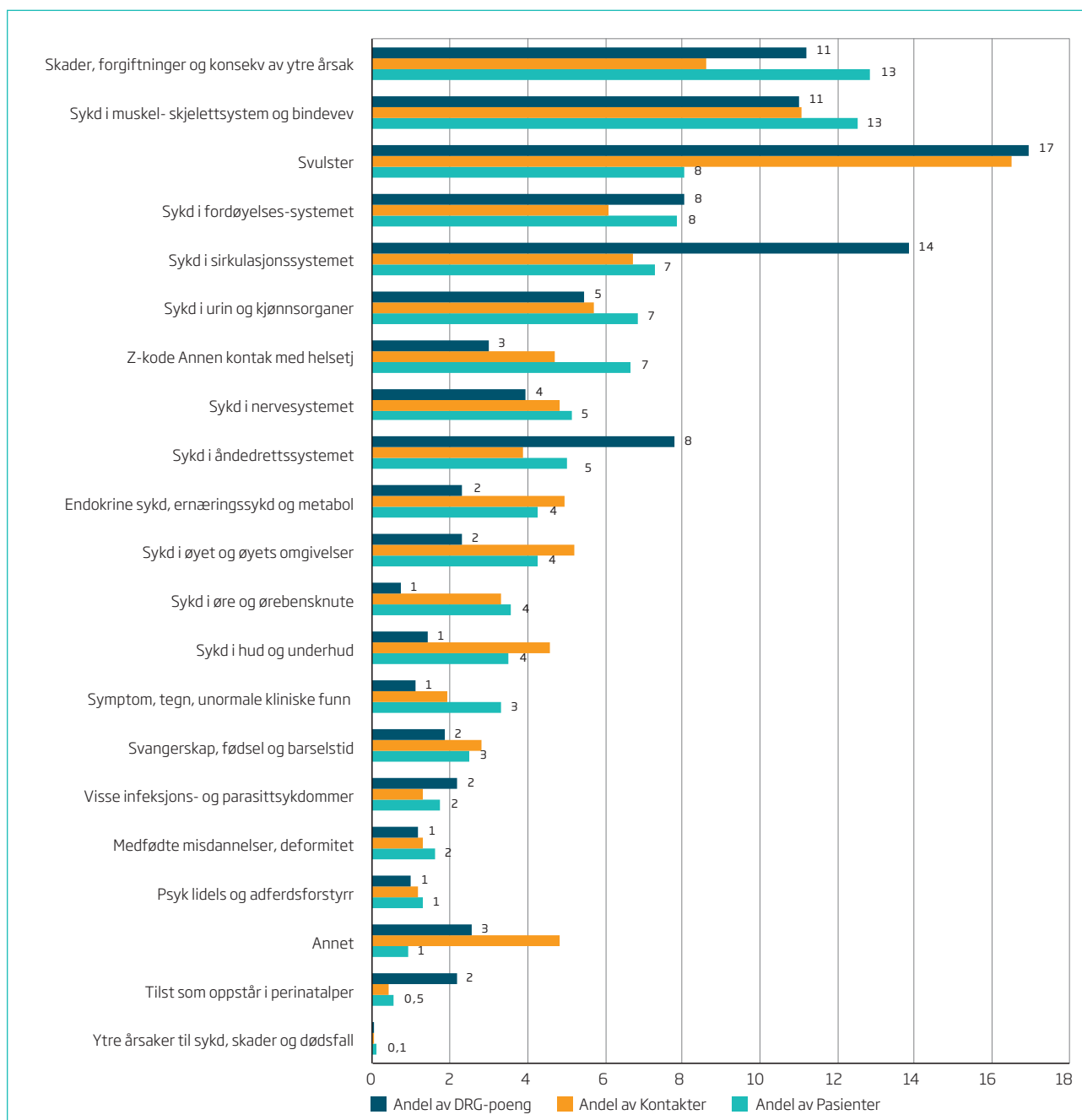
ressurser. Til sammen står disse for godt over en tredjedel av DRG-poengene, men utgjør bare 15 prosent av pasientene. Vi ser også at pasienter med sykdom i åndedrettssystemet er ressurstunge relativt sett.

2.5 DATAGRUNNLAG

Somatikk

Tallmaterialet i dette kapitlet bygger i hovedsak på pasientdata innrapportert til NPR. All registrert aktivitet ved somatiske sykehus og private sykehus med avtale inngår i dette kapitlet. Estimerte tall for aktiviteten hos avtalespesialistene på nasjonalt og regionalt nivå er hentet fra Norsk pasientregister (NPR).

Figur 2.13 Andel DRG-poeng, andel pasienter og andel kontakter med spesialisthelsetjenesten i 2015 fordelt etter hovedkapitler i ICD-10. Somatisk sektor.



DRG-poeng

I SAMDATA legges det stor vekt på å tilby sammenlignbar og standardisert informasjon, og det er også justert for systemendringer som påvirker sammenligninger av DRG-poengene på tvers av år. Ved hjelp av en årlig regruppering av data i ISF er det beregnet en prosentvis effekt av systemendring på DRG-poengene. For dette kapitlet er det beregnet regrupperingseffekter for pasientregionene. Dette inkluderer alle produksjonsenheter – også private sykehus. I kapittel 5 om produktivitetsutviklingen og kapittel 7 om effektivitet og aktivitet er det beregnet regrupperingseffekter for helseforetak, regioner og nasjonalt nivå eksklusive Bergen legevakt, Betanien Bergen, Oslo legevakt og private sykehus.

I alle analyser i denne rapporten og beskrivelser av utviklingen i DRG-poeng er det tatt høyde for effekten av systemendring på DRG-poengene, men det er også klart at estimeringen tilbake til 2011 medfører betydelig usikkerhet. Tallene bør derfor tolkes med forsiktighet. Mer informasjon finnes i publikasjonen «Innsatsstyrt finansiering 2015» utgitt av helsedirektoratet (Regelverk IS-2124).

Psykisk helsevern

Se omtale av pasientdata i kapittel 9.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TBS)

Se omtale av pasientdata i kapittel 10.

Tabell 2.1 Bruk av spesialisthelsetjenester i Norge 2011-2015 (nasjonale tall).

Norge totalt	2011	2012	2013	2014	2015	Pst endr. 2014-15	Pst endr. 2011-15
Somatisk spesialisthelsetjeneste per 1000 innbyggere							
Innlagt døgn ¹	160	160	158	157	157	-0,1	-1,8
Innleggelser 0 lgd (ikke-kir.) ²	30	29	28	27	26	-6,5	-14,3
Dagbehandl. (kir.) ³	42	42	41	41	42	1,6	-0,8
Polikliniske kons. ⁴	1 023	1 042	1 050	1 075	1 119	4,1	9,3
Sum liggedager ⁵	764	726	704	690	678	-1,7	-11,2
Pasienter ⁶	356	356	355	360	365	1,6	2,5
Kons. private avtalespes. ⁷		377	395	398	406		
Psykisk helsevern per 1000 innbyggere (18 år og over for PHV-V og 0-17 år for PHV-BU)							
PHV Utskrivn. per 10 000 innb.	137	136	131	132	129	-2,3	-5,9
PHV Oppholdsdøgn	333	311	287	277	266	-3,7	-20,1
PHV Polikliniske kons.	321	326	341	353	374	5,9	16,6
PHV kons. private avtalespes. ⁷	169	167	161	158	162	2,3	-4,0
PHV Pasienter totalt ⁸	44	44	45	45	47	2,4	5,2
PHV-BU Pasienter totalt ⁸	51	51	51	51	52	1,4	0,6
PHV-BU Polikl. kons. m/ref. ⁹	644	649	677	696	725	4,2	12,6
PHV-BU Kons. private avtalespes. ⁷	23	25	26	26	24	-5,7	5,9
PHV-BU Utskrivn. per 10 000 innb.	22	23	25	25	26	1,9	18,8
PHV-BU Oppholdsdøgn	69	64	70	72	73	1,6	5,8
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling per 1000 innbyggere 18 år og over							
Innleggelser per 10 000 innb.	34	33	33	34	35	4,7	4,4
Oppholdsdøgn	153	148	143	145	153	5,8	0,6
Polikliniske kons.	80	89	91	97	108	11,8	35,6
Pasienter*		7,3	7,4	7,5	7,8	3,9	6,8

Tabellnoter for tabellene 2.1-2.5 er plassert etter tabell 2.5

*Endring fra 2012-2015 i siste kolonne

Tabell 2.2 Bruk av spesialisthelsetjenester for befolkningen i Helse Sør-Øst 2011-2015.

Helse Sør-Øst	2011	2012	2013	2014	2015	Pst endr. 2014-15	Pst endr. 2011-15
Somatisk spesialisthelsetjeneste per 1000 innb.							
Innlagt døgn ¹	156	156	153	153	152	-0,2	-2,4
Innleggelser 0 lgd (ikke kir.) ²	33	32	31	31	29	-6,3	-11,0
Dagbehandl. (kir.) ³	40	39	38	39	39	2,1	-2,3
Polikliniske kons. ⁴	1 004	1 017	1 019	1 040	1 079	3,7	7,4
Sum liggedager ⁵	733	692	671	659	648	-1,7	-11,5
Pasienter ⁶	346	344	343	347	351	1,3	1,7
Kons. private avtalespes. ⁷				443	475		
Psykisk helsevern per 1000 innbyggere (18 år og over for PHV-V og 0-17 år for PHV-BU)							
PHV Utskrivn. per 10 000 innb.	124	123	116	114	113	-1,7	-9,4
PHV Oppholdsdøgn	331	300	267	260	255	-2,0	-22,9
PHV Polikliniske kons.	324	328	347	359	376	4,6	16,1
PHV kons. private avtalespes. ⁷	211	212	200	196	206	1,3	-6,0
PHV Pasienter totalt ⁸	45	45	45	46	47	1,6	4,5
PHV-BU Pasienter totalt ⁸	52	52	52	50	50	0,4	-3,9
PHV-BU Polikl. kons. m/ref. ⁹	686	693	723	714	744	4,3	8,5
PHV-BU kons. private avtalespes. ⁷	28	32	30	31	31	-1,5	7,6
PHV-BU Utskrivn. per 10 000	13	13	18	20	19	-5,3	50,0
PHV-BU Oppholdsdøgn	66	61	77	81	84	2,9	27,2
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling per 1000 innbyggere 18 år og over							
Innleggelser per 10 000 innb.	38	35	34	36	37	4,1	-2,1
Oppholdsdøgn	156	151	146	151	161	6,9	3,4
Polikliniske kons.	95	106	105	111	117	5,9	22,8
Pasienter*		8,7	8,7	8,7	8,9	2,5	2,1

Tabellnoter for tabellene 2.1-2.5 er plassert etter tabell 2.5

*Endring fra 2012-2015 i siste kolonne

Tabell 2.3 Bruk av spesialisthelsetjenester for befolkningen i Helse Vest 2011-2015.

Helse Vest	2011	2012	2013	2014	2015	Pst endr. 2014-15	Pst endr. 2011-15
Somatisk spesialisthelsetjeneste per 1000 innb.							
Innlagt døgn ¹	159	161	160	159	160	0,2	0,3
Innleggelser 0 lgd, ikke kirurgi ²	28	26	25	24	23	-4,8	-16,2
Dagbehandl. (kir.) ³	39	39	39	39	40	2,8	3,4
Polikliniske kons. ⁴	930	964	982	1 015	1 078	6,3	15,9
Sum liggedager ⁵	793	766	742	724	702	-3,1	-11,5
Pasienter ⁶	344	347	347	353	362	2,6	5,2
Kons. private avtalespes. ⁷				351	334		
Psykisk helsevern per 1000 innbyggere (18 år og over for PHV-V og 0-17 år for PHV-BU)							
PHV Utskrivn. per 10 000 innb.	145	145	147	151	147	-2,8	1,5
PHV Oppholdsdøgn	356	346	340	320	301	-6,0	-15,5
PHV Polikliniske kons.	282	291	295	304	333	9,4	18,0
PHV kons. private avtalespes. ⁷	159	161	156	156	152	-2,1	-4,3
PHV Pasienter totalt ⁸	41	42	42	43	44	2,1	6,6
PHV-BU Pasienter totalt ⁸	45	45	45	48	49	3,2	10,4
PHV-BU Polikl. kons. m/ref. ⁹	506	492	528	578	618	6,9	22,2
PHV-BU kons. private avtalespes. ⁷	25	26	29	26	26	0,7	3,1
PHV-BU Utskrivin. per 10 000 innb.	28	31	30	26	30	17,4	8,7
PHV-BU Oppholdsdøgn	62	58	54	48	49	1,6	-20,3
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling per 1000 innbyggere 18 år og over							
Innleggelser per 10 000 innb.	26	27	28	30	30	-0,1	15,4
Oppholdsdøgn	143	142	142	148	152	2,6	6,2
Polikliniske kons.	80	95	97	102	133	30,6	66,2
Pasienter*		6,7	6,8	7,1	7,6	6,4	13,3

Tabellnoter for tabellene 2.1-2.5 er plassert etter tabell 2.5

*Endring fra 2012-2015 i siste kolonne.

Tabell 2.4 Bruk av spesialisthelsetjenester for befolkningen i Helse Midt-Norge 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	2015	Pst endr. 2014-15	Pst endr. 2011-15
Somatisk spesialisthelsetjeneste per 1000 innb.							
Innlagt døgn ¹	160	159	158	156	156	0,3	-2,4
Innleggelser 0 lgd, ikke kirurgi ²	19	19	18	18	17	-5,6	-13,1
Dagbehandl. (kir.) ³	50	52	50	52	52	-0,9	2,5
Polikliniske kons. ⁴	1 157	1 180	1 205	1 239	1 282	3,5	10,8
Sum liggedager ⁵	761	728	708	689	688	0,0	-9,5
Pasienter ⁶	369	369	370	377	382	1,3	3,6
Kons. private avtalespes. ⁷					341		
Psykisk helsevern per 1000 innbyggere (18 år og over for PHV-V og 0-17 år for PHV-BU)							
PHV Utskrivn. per 10 000 innb.	138	142	138	142	135	-4,7	-2,1
PHV Oppholdsdøgn	291	276	265	253	236	-6,7	-19,0
PHV Polikliniske kons.	364	369	381	400	419	4,7	15,0
PHV kons. private avtalespes. ⁷	73	66	68	64	78	23,0	7,3
PHV Pasienter totalt ⁸	44	44	45	45	47	4,0	4,9
PHV-BU Pasienter totalt ⁸	47	49	51	53	55	4,6	17,8
PHV-BU Polikl. kons. m/ref. ⁹	636	696	716	793	806	1,7	26,8
PHV-BU kons. private avtalespes. ⁷	12	11	11	9	10	9,4	-20,7
PHV-BU Utskrivin. per 10 000 innb.	34	36	34	33	34	1,6	0,5
PHV-BU Oppholdsdøgn	63	54	48	49	41	-15,5	-34,9
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling per 1000 innbyggere 18 år og over							
Innleggelser per 10 000 innb.	34	32	33	33	38	13,0	10,0
Oppholdsdøgn	147	136	136	132	134	1,4	-9,2
Polikliniske kons.	44	49	68	74	78	4,9	77,6
Pasienter*		5,0	5,5	5,7	5,7	-0,9	13,3

Tabellnoter for tabellene 2.1-2.5 er plassert etter tabell 2.5.

*Endring fra 2012-2015 i siste kolonne.

Tabell 2.5 Bruk av spesialisthelsetjenester for befolkningen i Helse Nord 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	2015	Pst endr. 2014-15	Pst endr. 2011-15
Somatisk spesialisthelsetjeneste per 1000 innb.							
Innlagt døgn ¹	172	172	170	170	168	-1,1	-2,8
Innleggelser 0 lgd, ikke kirurgi ²	31	27	23	23	20	-14,4	-34,9
Dagbehandl. (kir.) ³	45	45	43	43	43	0,4	-5,5
Polikliniske kons. ⁴	1 126	1 145	1 135	1 158	1 188	2,5	5,5
Sum liggedager ⁵	856	802	778	771	761	-2,9	-12,3
Pasienter ⁶	405	403	401	402	408	1,5	0,5
Kons. private avtalespes. ⁷				216	218		
Psykisk helsevern per 1000 innbyggere (18 år og over for PHV-V og 0-17 år for PHV-BU)							
PHV Utskrivn. per 10 000 innb.	190	187	174	169	168	-0,7	-11,5
PHV Oppholdsdøgn	358	353	324	309	298	-3,7	-16,9
PHV Polikliniske kons.	322	334	348	352	383	8,8	19,0
PHV kons. private avtalespes. ⁷	78	65	70	74	86	16,1	9,9
PHV Pasienter totalt ⁸	44	44	44	44	48	7,2	7,3
PHV-BU Pasienter totalt ⁸	68	67	61	60	60	-0,9	-11,5
PHV-BU Polikl. kons. m/ref. ⁹	741	695	702	727	748	2,8	0,9
PHV-BU Kons. private avtalespes. ⁷	1,9	3,6	3,7	2,8	4,5	60,8	140,0
PHV-BU Utskrivn. per 10 000 innb.	40	39	40	42	39	-7,4	-2,5
PHV-BU Oppholdsdøgn	105	111	96	104	105	0,3	-0,5
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)							
Innleggelser per 10 000 innb.	26	32	30	31	33	6,4	26,2
Oppholdsdøgn	162	158	140	123	139	13,6	-13,9
Polikliniske kons.	37	28	31	34	41	21,9	10,5
Pasienter*		4,1	4,0	4,0	4,7	18,9	14,9

Tabellnoter for tabellene 2.1-2.5 er plassert etter tabell 2.5.

*Endring fra 2012-2015 i siste kolonne.

Tabellnoter tabell 2.1-2.5:

- 1 Innleggelser hvor pasienten har minst 1 overnatting
- 2 Består av planlagte dagpasienter og pasienter innlagt som øyeblikkelig hjelp uten overnatting.
- 3 Poliklinisk kirurgi inkluderer all dagkirurgi, også pasienter som er innlagt for dagkirurgi.
- 4 Polikliniske konsultasjoner inklusive dialyse, stråleterapi, kjemoterapi og rehabilitering uten overnatting.
- 5 Liggedagsratene er beregnet med utgangspunkt i døgnoppholdene og inkluderer ikke dagbehandling. Kun pasienter med overnatting inngår.
- 6 Inkluderer ikke pasienter behandlet hos avtalespesialister eller avtalespesialister som inngår i ISF.
- 7 Tall for totalt antall konsultasjoner hos private avtalespesialister er estimert.
- 8 Inkluderer pasienter behandlet hos avtalespesialister og offentlige institusjoner. Totalt antall pasienter hos avtalespesialister er estimert.
- 9 Enheter/helseforetak som har endret pasientadministrativt system fra BUP-data til DIPS rapporterer en markant lavere aktivitet (konsultasjoner/tiltak) etter konvertering til nytt system. Se nærmere beskrivelse av enheter under datagrunnlag i kapittel 9.
- 9 Inkluderer kun refusjonsberettigede konsultasjoner.

Tabell 2.6 Rater for bruk av spesialisthelsetjenester i 2011 og 2015 korrigert for behov (NOU 2008:2).

	År	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Totalt
Somatisk spesialisthelsetjeneste per 1000 innb.						
Innlagt døgn	2011	155	171	157	158	160
	2015	152	172	153	151	157
Innleggelser 0 lgd (ikke-kir.)	2011	33	30	19	28	30
	2015	29	25	16	18	26
Dagbehandling (kir.)	2011	40	42	49	41	42
	2015	39	43	51	39	41
Polikliniske kons.	2011	999	999	1 138	1 028	1 023
	2015	1 076	1 158	1 257	1 068	1 119
DRG-poeng korr. systemendr.	2011	263	269	273	258	266
	2015	272	286	282	257	276
Pasienter	2011	344	370	363	370	356
	2015	351	389	375	366	365
Psykisk helsevern per 1000 innbygger (18 år og over for PHV-V og 0-17 år PHV-BU)						
PHV Utskrivn. per 10 000 innb.	2011	123	152	143	186	137
	2015	114	158	148	168	129
PHV Oppholdsdøgn	2011	337	391	322	369	333
	2015	254	335	264	306	266
PHV Polikliniske kons. Inkl avt.spes	2011	520	463	446	404	489
	2015	541	482	482	422	536
PHV Pasienter totalt (inkl avtalespes.)	2011	44	43	43	42	44
	2015	43	44	45	44	47
PHV-BU Pasienter totalt (inkl avtalespes.)	2011	50	46	47	69	51
	2015	49	50	55	60	52
PHV-BU Polikliniske kons. (tiltak)	2011	681	505	600	718	644
	2015	697	604	774	719	725
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling per 1000 innb. 18 år og over						
Oppholdsdøgn	2011	152	148	156	146	153
	2015	143	165	144	123	153
Innleggelser per 10 000 innb.	2011	39	24	28	26	34
	2015	34	33	36	31	35
Polikliniske kons.	2011	87	55	38	27	80
	2015	105	113	81	34	108

Tabell 2.7 Estimerte rater per 1000 innbygger for DRG-poeng 2011-2015 korrigeret for systemendringer i ISF fra 2011-2014 etter pasientregion.

		2011	2012	2013	2014	2015	Pst endr. 2014-15	Pst endr. 2011-15
Norge totalt	DRG-poeng ukorrigeret	266	268	267	271	276	1,9	3,7
	DRG-poeng korr systemendr	267	270	268	270	276	2,0	3,3
	DRG-poeng korr systemendr og behov	267	270	268	270	276	2,0	3,3
Helse Sør-Øst	DRG-poeng ukorrigeret	265	266	264	267	273	2,1	3,1
	DRG-poeng korr systemendr	265	266	265	267	273	2,2	3,0
	DRG-poeng korr systemendr og behov	264	266	264	266	272	2,3	3,3
Helse Vest	DRG-poeng ukorrigeret	250	255	257	260	266	2,3	6,1
	DRG-poeng korr systemendr	252	258	258	260	266	2,3	5,3
	DRG-poeng korr systemendr og behov	271	276	276	279	286	2,4	5,3
Helse Midt- Norge	DRG-poeng ukorrigeret	278	279	278	285	288	1,2	3,8
	DRG-poeng korr systemendr	278	280	278	284	288	1,4	3,6
	DRG-poeng korr systemendr og behov	273	275	273	279	282	1,2	3,3
Helse Nord	DRG-poeng ukorrigeret	282	282	280	281	286	1,5	1,3
	DRG-poeng korr systemendr	284	285	281	282	286	1,4	0,6
	DRG-poeng korr systemendr og behov	259	259	254	254	257	1,0	-1,0

3. Kostnader i spesialisthelsetjenesten

I 2015 utgjorde totale kostnader til spesialisthelsetjenesten 138 mrd. kroner. Dette gav realvekst på 1,2 prosent fra 2014, og på 5,5 prosent fra 2011 for tjenesten samlet. 71 prosent av ressursene var knyttet til somatiske spesialisthelsetjenester, men denne andelen varierer mellom regionene. Det er også regionale forskjeller med hensyn på fordeling av kostnader mellom somatiske spesialisthelsetjenester, psykisk helsevern og TSB. Disse forskjellene er relativt stabile over tid, men ble noe redusert i perioden som studeres. Totale kostnader for 2015 tilsvarer et gjennomsnitt på 26 500 kroner per innbygger og kostnad per innbygger har holdt seg stabilt på dette nivået gjennom hele perioden 2006 til 2011.

Alle regionene hadde i perioden 2011 til 2015 økt sine kostnader til somatiske spesialisthelsetjenester mer enn befolkningsveksten skulle tilsi, mens den samlede befolkningskorrigerede kostnaden for psykisk helsevern og TSB var redusert. Dette gjelder også fra 2014 til 2015. Nedgangen er knyttet til kostnadsreduksjon for sykehusavdelingene i psykisk helsevern for voksne.

«Den gylne regel» om sterkere vekst i psykisk helsevern og TSB enn i somatiske spesialisthelsetjenester ble gjeninnført som et styringskrav fra 2014. Kostnadsveksten skal i denne sammenheng vurderes eksklusive kostnader til pensjon, legemidler og avskrivninger. Regionale kostnadstall tilrettelagt i henhold til dette viser at det bare var Helse Midt-Norge som hadde mervekst for både psykisk helsevern og TSB fra 2014 til 2015. For de øvrige regionene var den prosentvise kostnadsveksten for somatiske spesialisthelsetjenester sterkere enn for psykisk helsevern. TSB-kostnadene hadde sterkere prosentvis vekst enn både psykisk helsevern og somatiske spesialisthelsetjenester i alle regioner. Samlet vekst for psykisk helsevern og TSB var likevel mindre enn for somatiske spesialisthelsetjenester i alle regioner, med unntak for Helse Midt-Norge.

3.1 INNLEDNING

I dette kapitlet presenteres kostnadstall for spesialisthelsetjenesten for perioden 2006 – 2015. Analysene fokuserer på kostnadsutvikling på nasjonalt og regionalt nivå siste år og for perioden 2011 – 2015, og belyser vekst for ulike tjenesteområder og regionale forskjeller i kostnadsnivå og prioriteringer. Kapitlet gir også en oversikt over kostnadsutviklingen fra 2006 og finansiering av spesialisthelsetjenesten for 2015. Regionale kostnadstall er korrigeret for gjestepasientoppgjør og kjøp fra private, og omfatter med det alle kostnader

knyttet til behandling av innbyggere i regionens opptaksområde. Dette i henhold til regionenes «*sørge-for-ansvar*».

Fra 2014 ble sterkere vekst for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn for somatiske spesialisthelsetjenester gjeninnført som et styringskrav for RHF-ene. Dette skal ivaretas på regionalt nivå, og for psykisk helsevern skal fortsatt utbygging av distriktpsikiatriske sentra (DPS) og tjenester for barn og unge prioriteres spesielt. Veksten skal blant annet måles ved å se på kostnadsutviklingen for de nevnte tjeneste-

Tabell 3.1 Indeks for priskorrigerer av kostnader i spesialisthelsetjenesten i perioden 2006 - 2015.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Prisvekst i statlige helsetjenester (SSB-deflator, korrigerer for endring i pensjonskostnader)										
Årlig prisvekst	1,080	1,060	1,027	1,025	1,055	1,040	1,040	1,045	1,067	1,000
Akkumulert prisvekst	1,531	1,418	1,338	1,303	1,271	1,205	1,160	1,115	1,067	1,000
Prisvekst for ordinære bevilgninger til RHF-ene i Statsbudsjettet (HOD-deflator)										
Årlig prisvekst						1,031	1,033	1,031	1,031	1,000
Akkumulert prisvekst						1,132	1,098	1,063	1,031	1,000

områdene, og kostnadsveksten skal i denne sammenhengen måles eksklusive pensjon, avskrivninger og medikamenter. Regionale utviklingstall for 2014 til 2015 vil i kapittel 3.5 være tilrettelagt for å kunne vurdere regionenes måloppnåelse i forhold til dette styringskavet som ofte omtales som «den gyldne regel». I øvrige analyser vil alle driftskostnader i resultatregnskapene inngå i kostnadsdefinisjonen som legges til grunn. Kostnadsgrunnlaget er nærmere beskrevet i kapittel 3.7.

3.2 UTFORDRINGER KNYTTET TIL VURDERING AV KOSTNADSVEKST

Priskorrigerer og valg av deflator

Endringstall som presenteres i kapitlet vil i all hovedsak være korrigert for prisvekst, og korreksjonen er gjort i henhold til SSB sin vektete prisindeks for arbeid- og produktinnsats i statlige helsetjenester. Indeksen er en sammenvekting av vekst i lønnskostnad per timeverk og beregnet vekst i varekostnader, og viser akkumulert prisvekst på 20,5 prosent fra 2011 til 2015. Siste år i perioden beregnes prisveksten til 6,7 prosent.

Pensjon inngår i lønnskomponenten for indeksgrunnlaget, og den sterke prisveksten som er beregnet fra 2014 til 2015 forklares langt på vei med forventet utvikling for pensjonskostnadene. I grunnlaget for prisindeksen benyttes foreløpige kostnadstall for 2015, og det vil derfor være knyttet usikkerhet til beregnet prisvekst fra 2014 til 2015. Indeksen er gjengitt i tabell 3.1.

Tabell 3.1 gir også en oversikt over prisvekst lagt til grunn for bevilgningene til RHF-ene i Statsbudsjettet for perioden 2011 - 2015. Endrede forutsetninger for pensjonskostnader, og andre eventuelle tilleggsbevilgninger, kompenseres ikke i denne prisindeksen, da dette håndteres som særskilte poster eller tilleggsbevilgninger i revidert nasjonalbudsjett.

Ved ellers like forutsetninger for indeksberegningene, burde bruk av to ulike prisindekser i analyser av realvekst med og uten pensjonskostnader vise omtrent samme utvikling for kostnader til spesialisthelsetjenesten. Slik indekserne er beregnet per mai 2016 er ikke dette tilfelle. Forskjellen er illustrert ved figur 3.1 som for perioden 2011 til 2015 viser 2,6 prosentpoeng høyere realvekst for spesialisthelsetjenesten ved priskorrigerer med indeks lagt til grunn i Statsbudsjettet enn det som beregnes med indeks levert av SSB. Forskjellen er i hovedsak knyttet til avvik siste år i perioden.

Vi har ikke tilstrekkelig innsyn i indeksgrunnlagene til fullt ut å vurdere hva avviket skyldes, men gjennomgang av endelige regnskapstall for 2015 tyder på at pensjonskostnaden som er lagt til grunn ved beregningen av den vektete prisindeksen fra SSB er om lag 1 mrd. kroner høyere enn det som er regnskapsført. Indeksen på 6,7 prosent for 2014 antas derfor å bli noe nedjustert ved revisjon etter publisering av endelige regnskapstall for 2015. Vi har likevel ikke grunnlag for å beregne eller korrigerer for eventuell effekt av dette, og priskorrigerer kostnadstall presenteres med utgangspunkt i indeksen slik den er utlevert fra SSB per mai 2016. Dette innebærer at faktisk prisvekst fra 2014 til

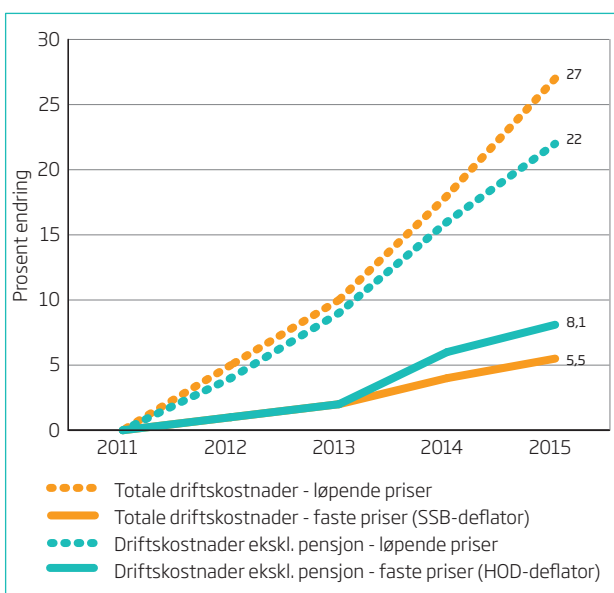
2015 kan være lavere enn forutsatt og at beregnet realvekst fra 2014 til 2015 kan være noe undervurdert.

Faktisk prisvekst kan variere mellom regioner og tjenesteområder

Prisindeksen fra SSB baseres på gjennomsnittsbetraktninger inklusive pensjonskostnader. Fordi utviklingen i pensjonskostnader påvirker nivået på beregnet indeks betydelig, vil ikke indeksen fullt ut være egnet til bruk i sammenligning av realvekst for tjenesteområder med veldig forskjellig pensjonsandel eller ulik vekst i pensjonskostnader.

En effekt ved bruk av sammenvektet prisindeks for de ulike tjenesteområdene vil være overvurdert realvekst for personellintensive tjenesteområder som psykisk helsevern og TSB og undervurdert realvekst for pasienttransport og andre tjenester der kostnadene i liten grad består av lønn og pensjon. Figur 3.1 viser at veksten i pensjon nominelt utgjør om lag 5 prosentpoeng av kostnadsveksten i spesialisthelsetjenesten for perioden 2011 – 2015. Grunnet forskjeller i pensjonsandel er effekten om lag ett prosentpoeng svakere for somatiske spesialisthelsetjenester enn for psykisk helsevern og TSB.

Figur 3.1 Kostnadsvekst for spesialisthelsetjenesten i perioden 2011 - 2015, angitt ved nominell og reell kostnadsvekst med og uten pensjon og priskorrigert med ulike deflatorer.



Betydningen av pensjon ved sammenligning av tjenesteområder aktualiseres i særlig grad siste år i perioden da vekst i pensjonskostnader påvirker prisindeksen fra SSB. På bakgrunn av dette, har vi i noen sammenhenger valgt å supplere fremstillingen med analyser av nominell kostnadsvekst eksklusive pensjonskostnader.

3.3 NASJONALE KOSTNADER

Kostnadsutvikling

Totale kostnader til spesialisthelsetjenesten utgjorde til sammen 138 mrd. kroner for 2015. Dette gir realvekst på 1,2 prosent fra 2014 til 2015, mens realveksten fra 2011 utgjør 5,5 prosent. Hele 71 prosent av kostnadene var i 2015 knyttet til somatiske spesialisthelsetjenester, mens 21 prosent gjaldt psykisk helsevern og TSB. Øvrige kostnader var knyttet til ambulanse og pasienttransport (7 prosent) og personalpolitiske tiltak og administrasjonskostnader i RHF-ene (til sammen i overkant av 1 prosent).

For perioden 2006 til 2015 beregnes 12 prosent realvekst i samlede kostnader til spesialisthelsetjenesten. Kostnadsveksten var noe høyere for psykisk helsevern og spesialisert rusbehandling samlet (PHR) enn for somatiske spesialisthelsetjenester. For psykisk helsevern og TSB har kostnadsveksten imidlertid avtatt, og på nasjonalt nivå ser vi derfor høyest vekst for somatiske spesialisthelsetjenester både siste femårsperiode og siste år. Noe av kostnadsveksten for somatikkområdet kan forklares ved vekst i kostnader til legemidler, se kapittel 3.7. Dersom legemiddelkostnadene tas ut av kostnadsgrunnlaget for somatiske spesialisthelsetjenester reduseres beregnet realvekst i perioden 2011 til 2015 med 0,8 prosentpoeng. Kostnadsveksten er fortsatt høyere enn samlet vekst for psykisk helsevern og TSB.

Kostnader til ambulansetjenester utgjorde nærmere 6 mrd. kroner i 2015, og prisjusterte kostnader hadde med dette økt 13 prosent for femårsperioden fra 2011 til 2015. Kostnadsveksten har vært spesielt sterk i Helse Midt-Norge, som hadde en økning i kostnadene på 32 prosent fra 2011 til 2015. Endring

Tabell 3.2 Totale driftskostnader til spesialisthelsetjenesten i 2015, angitt i millioner kroner og fordelt etter formål.

Formål	Mill kr 2015	Prosent realendring 2006 - 2015 ¹	Prosent realendring 2011 - 2015 ¹	Prosent realendring 2014 - 2015 ¹
Somatiske spesialisthelsetjenester (SOM)	98 319	10,9	6,2	1,1
Psykisk helsevern og TSB (PHR)	28 865	13,0	2,0	0,8
Ambulansetjenester	5 982	41,9	13,4	4,2
Pasienttransport	3 279	12,7	0,1	-2,0
Personalpolitiske tiltak	302	-70,5	-10,1	-2,2
RHF-administrasjon	1 488	45,4	22,2	20,0
Totalt	138 235	12,0	5,5	1,2
- Herav av- og nedskrivningskostnader (A)	4 978	<i>ikke relevant deflator</i>		
- Herav pensjonskostnader (P)	18 676			
- Herav legemiddelkostnader (L)	6 039			
Totalt ekskl. pensjon ²	119 559	n.a.	8,1	2,4

1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester. Se tabell 3.1.

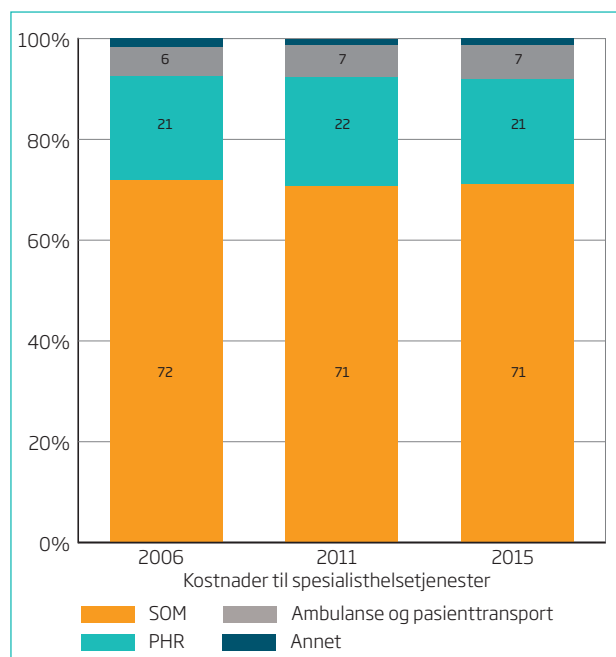
2) Endringstall er priskorrigert i henhold til forventning om prisvekst lagt til grunn for bevilgninger i Statsbudsjettet. Se tabell 3.1 og drøfting innledningsvis.

i lønns- og pensjonsbetingelser for ansatte i forbindelse med innlemmelse av ambulansetjenester i de offentlige helseforetakene er trolig én bakenforliggende årsak til denne utviklingen.

Fra 2014 til 2015 beregnes 20 prosent kostnadsvekst for RHF-ene. Kostnader lagt til denne funksjonen er ikke avgrenset til å gjelde administrative årsverk, men inkluderer også prosjektkostnader som ikke er fordelt ut til HF-ene, herunder kostnader som gjelder regionale og nasjonale IKT-prosjekter. Utviklingen kan derfor ikke uten videre fortolkes som en økning i kostnader til RHF-administrasjon.

Kostnadsvekst for psykisk helsevern og TSB er i hovedsak knyttet til økt ressursinnsats til spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern for barn og unge. Realvekst for TSB er beregnet til 52 prosent for perioden fra 2006 til 2015, og veksten har vært høy alle år gjennom hele denne perioden. For psykiske helsetjenester til barn og unge utgjør samlet realvekst i tiårsperioden 19 prosent, men veksten er avtagende og bare 0,2 prosent siste år. Kostnader til psykisk helsevern for voksne hadde en liten realvekst til og med 2012, men reelle kostnader er deretter redusert. For perioden fra 2011 til 2015 samlet beregnes en kostnadsreduksjon på 1,3 prosent for dette tjenesteområdet. I henhold til de styringssignaler som er gitt sentralt har det i hele

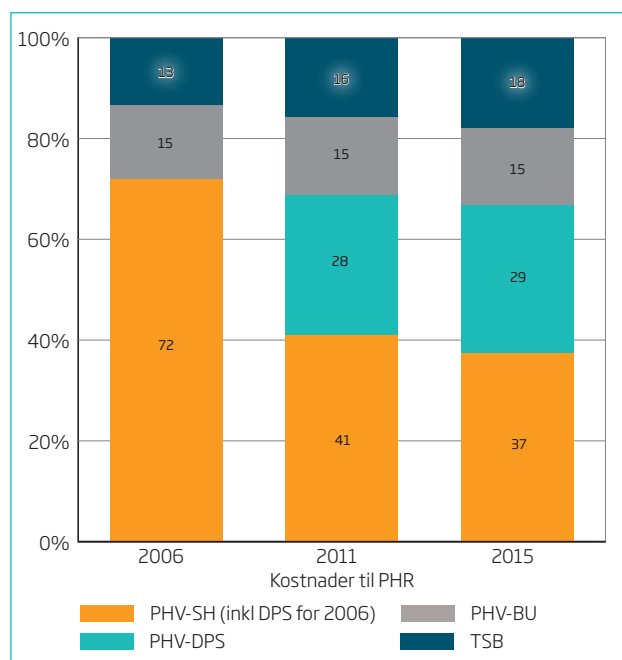
perioden samtidig vært en omfordeling av ressurser fra sykehusavdelingene til de distriktpsykiatriske sentrene, og i 2015 var 44 prosent av ressursene i de voksenpsykiatriske tjenestene knyttet til DPS-ene.

Figur 3.2 Relativ kostnadsfordeling mellom ulike spesialisthelsetjenesteoppgaver i 2006, 2011 og 2015.

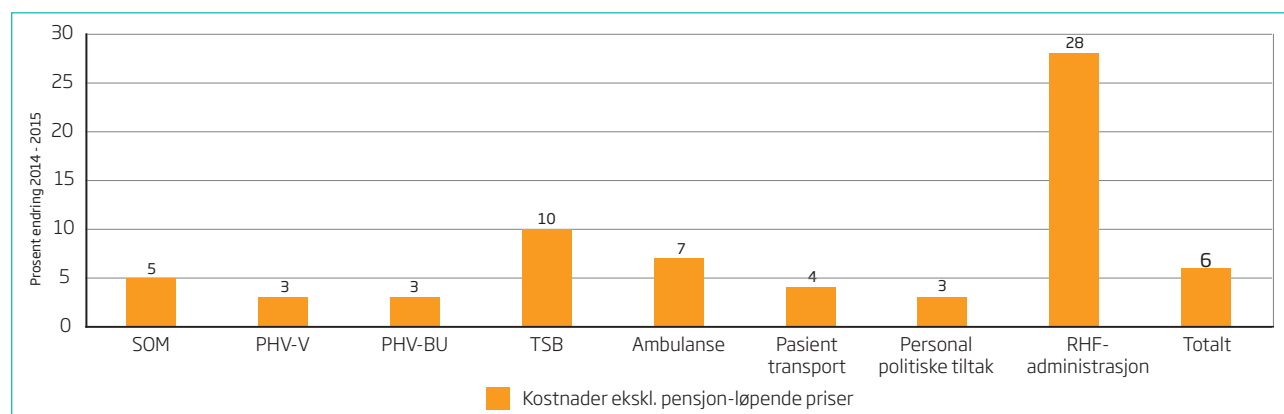
Tabell 3.3 Totale driftskostnader til psykisk helsevern og TSB (PHR) i 2015, angitt i millioner kroner og fordelt etter formål.

Formål	Mill kr 2015	Prosent realendring 2006 - 2015 ¹	Prosent realendring 2011 - 2015 ¹	Prosent realendring 2014 - 2015 ¹
Psykisk helsevern for voksne (PHV-V)	19 235	4,6	-1,3	-0,3
- Herav psykiatriske sykehus (PHV-SH)	10 808		-7,0	-3,5
- Herav DPS (PHV-DPS)	8 427		7,2	4,1
Psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU)	4 436	18,6	1,9	0,2
Psykisk helsevern totalt (PHV-TOT)	23 671	7,0	-0,7	-0,2
TSB	5 197	51,5	16,3	5,7
Totalt psykisk helsevern og TSB (PHR)	28 865	13,0	2,0	0,8

1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester. Se tabell 3.1.

Figur 3.3 Relativ kostnadsfordeling mellom ulike tjenestetilbud innen psykisk helsevern og TSB i 2006, 2011 og 2015.

For pasienttransport og personalpolitiske tiltak beregnes realnedgang i kostnadene fra 2014 til 2015. Nedgang i kostnader til personalpolitiske tiltak er gjennomgående for hele perioden som studeres, mens kostnader til pasienttransport har økt i perioden til og med 2014. For disse tjenestemårene er det imidlertid en svært liten andel lønnskostnader, og fordi prisindeksen som benyttes i analysene kompenserer for sterk vekst i pensjonskostnader, vil realveksten med dette være undervurdert. Utvikling i nominelle kostnader eksklusive pensjon fra 2014 til 2015 viser samme kostnadsveksten for personalpolitiske tiltak og pasienttransport som for psykisk helsevern. Dette er illustrert i figur 3.4. For øvrige tjenestemårene viser nominell kostnadsvekst eksklusive pensjonskostnader det samme hovedbildet som realvekst inklusive pensjon for 2014 til 2015.

Figur 3.4 Nominell kostnadsvekst eksklusive pensjon for perioden 2014 til 2015, angitt i prosent og fordelt etter tjenestemåre.

Tabell 3.4 Totale driftskostnader til spesialisthelsetjenesten i 2015, angitt ved kroner per innbygger og fordelt etter formål.

Formål	Kroner 2015	Prosent realendring 2006 - 2015 ¹	Prosent realendring 2011 - 2015 ¹	Prosent realendring 2014 - 2015 ¹
Somatiske spesialisthelsetjenester (SOM)	18 857	-0,5	1,5	0,1
Psykisk helsevern og TSB (PHR)	5 536	1,4	-2,5	-0,1
Psykisk helsevern samlet (PHV-TOT)	4 540	-3,9	-5,0	-1,1
- Psykisk helsevern for voksne (PHV-V) ²	4 707	-8,2	-6,6	-1,4
- Psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU) ²	3 935	15,3	1,1	0,0
TSB ²	1 271	32,9	10,1	4,5
Ambulanse og pasienttransport	1 776	16,7	3,6	1,0
Annet	343	-21,4	10,2	14,5
Totalt per innbygger	26 512	0,6	0,9	0,3

1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester. Se tabell 3.1.

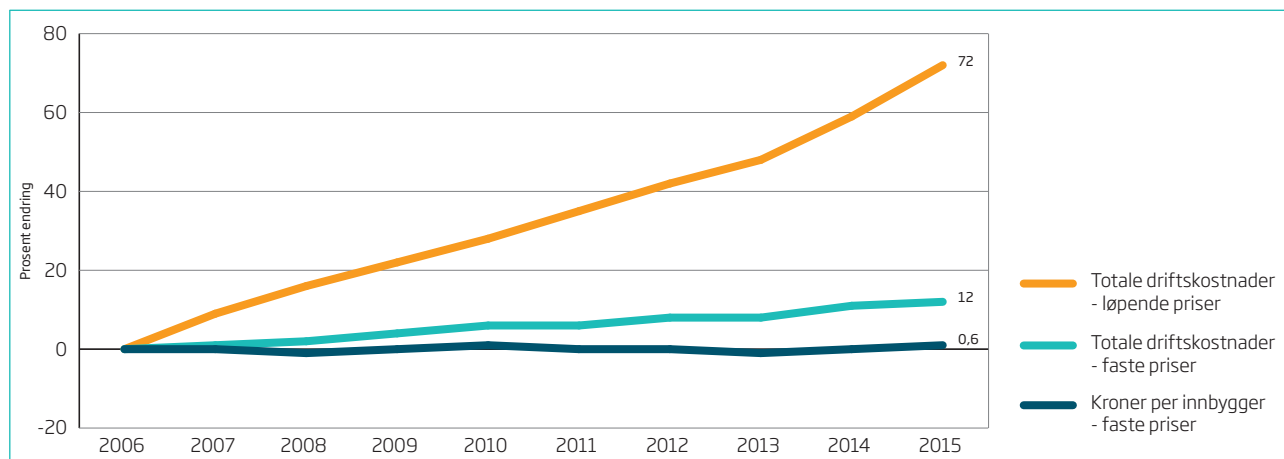
2) For PHV-V og TSB beregnes kostnad per innbygger 18 år og eldre. For PHV-BU beregnes kostnad per innbygger yngre enn 18 år.

Kostnad per innbygger

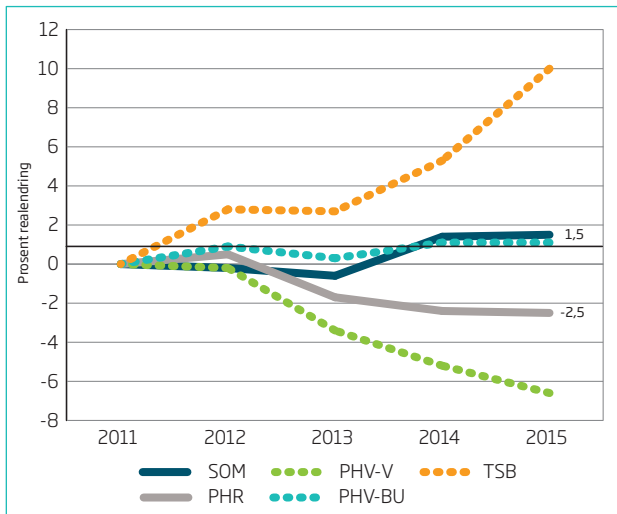
For spesialisthelsetjenesten samlet, er gjennomsnittlig kostnad per innbygger i 2015 beregnet til 26 500 kroner. Tabell 3.4 viser utvikling i kostnad per innbygger for de ulike tjenesteområdene i spesialisthelsetjenesten fra 2006 til 2015. Endringstallene i tabellen korrigerer både for antatt prisvekst i perioden og for befolkningsveksten på 11,4 prosent. Effekten av korreksjonene er også illustrert ved figur 3.5.

For perioden 2006 til 2015 har reelle kostnader til spesialisthelsetjenesten økt i samme takt som befolkningsveksten. Gjennomsnittlig spesialist-

helsetjenestekostnad per innbygger var derfor omtrent på samme nivå i 2015 som i 2006. For perioden 2011 til 2015 har samlet kostnadsvekst for psykisk helsevern og TSB vært lavere enn befolkningsveksten og kostnad per innbygger er redusert med 2,5 prosent. Nedgangen gjelder psykisk helsevern for voksne. Figur 3.6 illustrerer utvikling per tjenesteområde i femårsperioden. Den samlede kostnadsveksten for somatiske spesialisthelsetjenester har i perioden 2011 - 2015 vært noe høyere enn befolkningsveksten, og dette gjelder også dersom grunnlaget korrigeres for effekt av økt finansieringsansvar for medikamenter i 2014. Se også kapittel 3.7.

Figur 3.5 Akkumulert kostnadsvekst i spesialisthelsetjenesten fra 2006 til 2015, henholdsvis nominelt og korrigeret for pris- og befolkningsvekst.

Figur 3.6 Akkumulert kostnadsvekst i spesialisthelsetjenesten fra 2011 - 2015, målt i faste kroner per innbygger og fordelt etter tjenesteområde.



3.4 REGIONALE FORSKJELLER

Kostnadsutvikling i perioden 2011 til 2015

For perioden 2011 til 2015 er realvekst for spesialisthelsetjenesten samlet beregnet til 5,5 prosent. Kostnadsveksten var høyere enn dette i Helse Vest og i Helse Midt-Norge og lavest i Helse Nord. Dette gjelder også dersom pensjon ekskluderes fra grunnlaget og de relative forskjellene mellom regionene studeres ved bruk av nominelle størrelser. Av tabell 3.5 fremgår det at merveksten i Helse Vest er knyttet til kostnadsutviklingen for somatiske spesialisthelsetjenester og TSB, mens Helse Midt-Norge har hatt sterkere vekst i ambulanse-

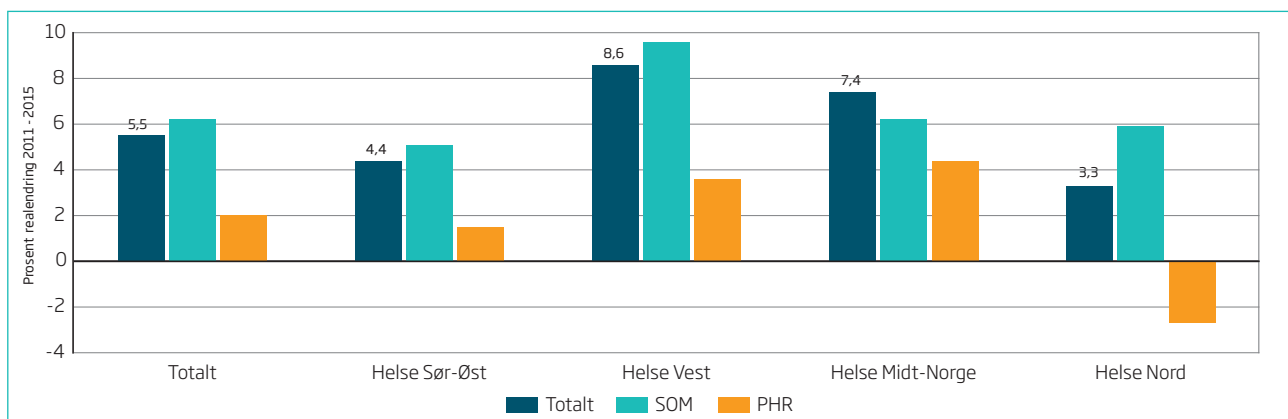
kostnader enn de øvrige regionene. Helse Midt-Norge er også den eneste regionen som i perioden 2011 til 2015 har hatt realvekst i kostnader til psykisk helsevern.

Også siste års utvikling viser mindre kostnadsvekst i Helse Nord enn i de øvrige regionene, men den høyeste realveksten fra 2014 til 2015 er beregnet for Helse Sør-Øst. Regionene har imidlertid hatt ulik vekst i pensjonskostnader fra 2014 til 2015, og resultatet om høyere vekst i Helse Sør-Øst fra 2014 til 2015 gjelder ikke når pensjonskostnader ekskluderes fra grunnlaget. Dette er illustrert ved figur 3.8 som viser nominell vekst i kostnader med og uten pensjon. Veksten er fremstilt i form av prosentpoeng avvik fra landsgjennomsnittet. Den høyere veksten i Helse Sør-Øst fra 2014 til 2015 ser altså ut til å ha sammenheng med større vekst i pensjonskostnader for denne regionen.

Regionenes kostnader til ambulansetjenester og pasienttransport vil avhenge av bosettingsmønster og grad av sentralisering. Som vist i figur 3.9 bruker Helse Nord derfor som forventet en høyere andel av sine ressurser til disse tjenesteområdene.

Av totale kostnader til psykisk helsevern og TSB fordelte Helse Nord og Helse Midt-Norge i 2015 en relativt mindre andel til TSB enn Helse Sør-Øst og Helse Vest. Helse Nord brukte mer enn halvparten av ressursene i de voksenpsykiatriske spesialisthelsetjenester i DPS-ene, mens nærmere to tredjedeler av ressursene fortsatt var knyttet til de psykiatriske sykehusene i Helse Sør-Øst.

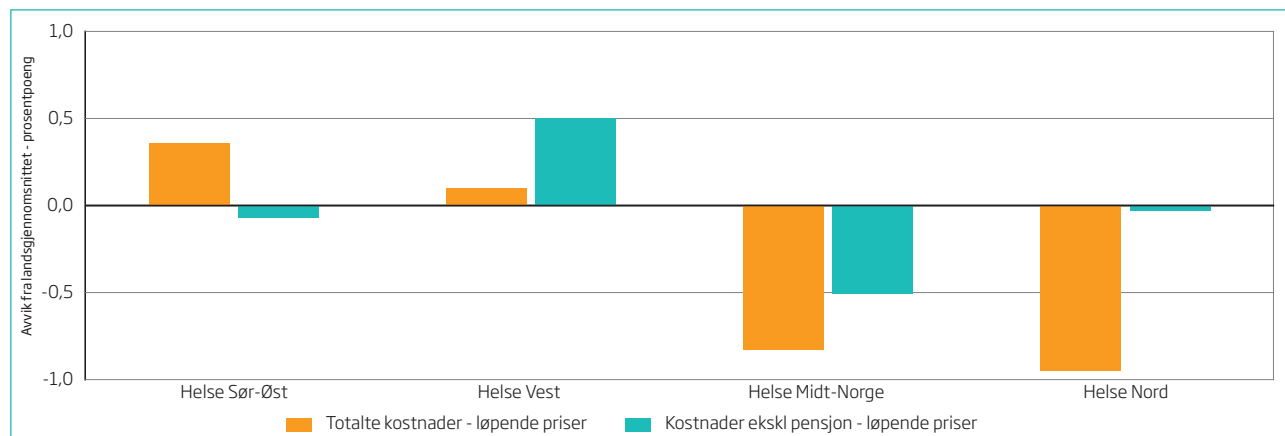
Figur 3.7 Akkumulert kostnadsvekst for spesialisthelsetjenesten for perioden 2011 til 2015, angitt ved prosent endring og fordelt etter region og tjenesteområde.



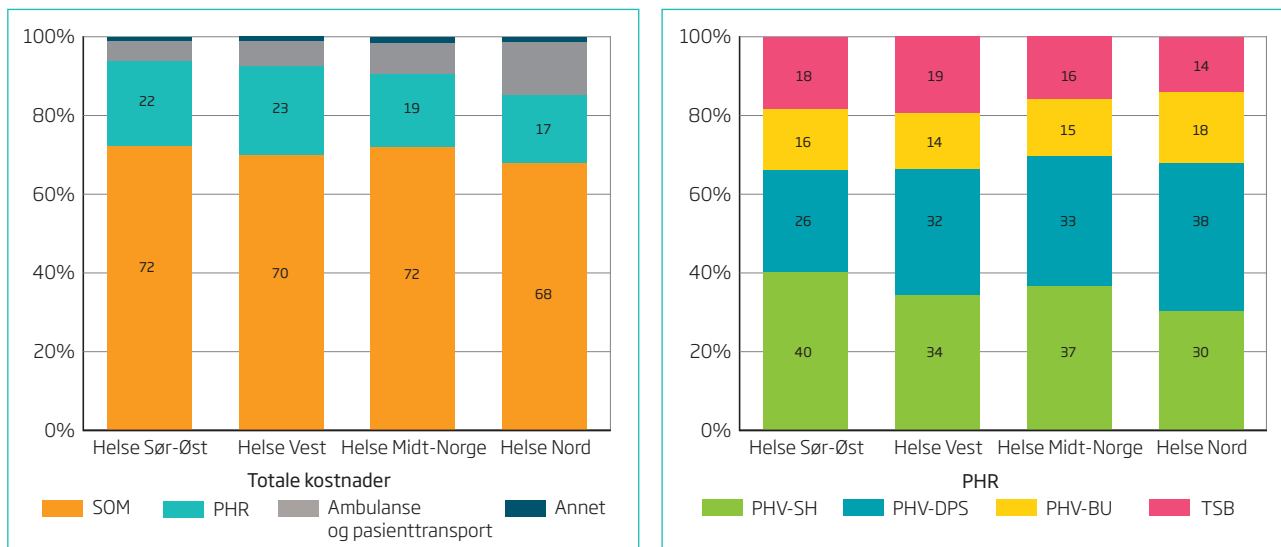
Tabell 3.5 Gjestepasientkorrigerede regionale driftskostnader til spesialisthelsetjenesten i 2015, angitt i millioner kroner og fordelt etter formål.

Bosted	Formål	Mill kr 2015	Prosent realendring 2011 - 2015 ¹	Prosent realendring 2014 - 2015 ¹
Helse Sør-Øst	Somatiske spesialisthelsetjenester (SOM)	54 330	5,1	1,5
	Psykisk helsevern samlet (PHV-TOT)	13 292	-1,2	0,8
	TSB	3 001	15,9	2,6
	Ambulansetjenester	2 551	15,1	3,2
	Pasienttransport	1 302	0,7	-2,4
	Annet	868	-3,8	18,2
	Totalt	75 344	4,4	1,6
Helse Vest	Somatiske spesialisthelsetjenester (SOM)	18 554	9,6	1,2
	Psykisk helsevern samlet (PHV-TOT)	4 841	-0,8	-2,7
	TSB	1 164	27,2	13,3
	Ambulansetjenester	994	18,4	5,4
	Pasienttransport	625	-0,6	-0,3
	Annet	348	56,8	24,7
	Totalt	26 527	8,6	1,3
Helse Midt-Norge	Somatiske spesialisthelsetjenester (SOM)	14 285	6,2	-0,5
	Psykisk helsevern samlet (PHV-TOT)	3 102	3,7	1,6
	TSB	580	8,4	1,0
	Ambulansetjenester	1 079	31,6	11,0
	Pasienttransport	495	4,5	-1,4
	Annet	327	39,4	4,5
	Totalt	19 869	7,4	0,5
Helse Nord	Somatiske spesialisthelsetjenester (SOM)	11 133	5,9	1,0
	Psykisk helsevern samlet (PHV-TOT)	2 405	-3,5	-3,0
	TSB	390	2,0	5,1
	Ambulansetjenester	1 359	-2,9	0,4
	Pasienttransport	856	-2,8	-3,1
	Annet	247	27,0	11,1
	Totalt	16 390	3,3	0,3

1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester. Se tabell 3.1.

Figur 3.8 Nominell kostnadsvekst for spesialisthelsetjenesten fra 2014 til 2015. Angitt ved prosentpoeng avvik fra landsgjennomsnittet og fordelt etter region.

Figur 3.9 Relativ kostnadsfordeling mellom ulike tjenestetilbud i spesialisthelsetjenesten i 2015.



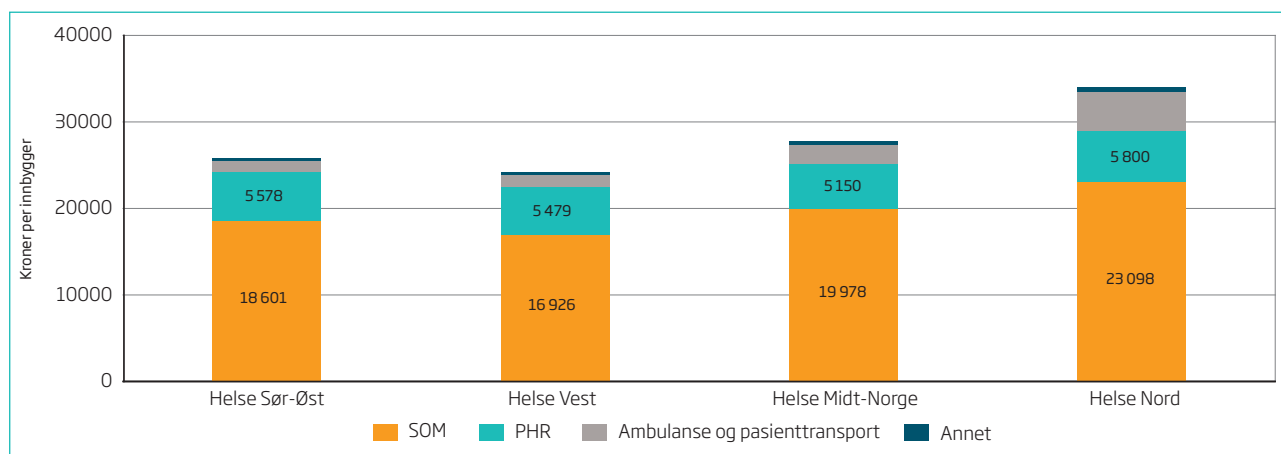
Kostnad per innbygger

Gjennomsnittlig kostnad til spesialisthelsetjenester varierte i 2015 fra 24 200 kroner per innbygger i Helse Vest til 34 000 kroner per innbygger i Helse Nord. Figur 3.10 viser at Helse Nord hadde et høyere befolkningskorrigert kostnadsnivå for både somatiske spesialisthelsetjenester og samlet for psykisk helsevern og TSB. Helse Vest hadde laveste kostnad per innbygger for somatiske spesialisthelsetjenester, mens den befolkningskorrigerte ressursinnsatsen til psykisk helsevern og TSB var lavest i Helse Midt-Norge. Helse Sør-Øst disponerte i 2015

hele 55 prosent av totale kostnader til spesialisthelsetjenester og definerer derfor langt på vei det nasjonale gjennomsnittet for alle tjenesteområder.

Totale kostnader til spesialisthelsetjenester per innbygger hadde i perioden 2011 til 2015 økt i alle regioner med unntak for Helse Sør-Øst. Tabell 3.6 og figurene 3.11 til 3.13 viser regionvis utvikling i kostnad per innbygger for de ulike tjenesteområdene. Alle tall i figurene er gjengitt i faste priser med 2015 som referanseår.

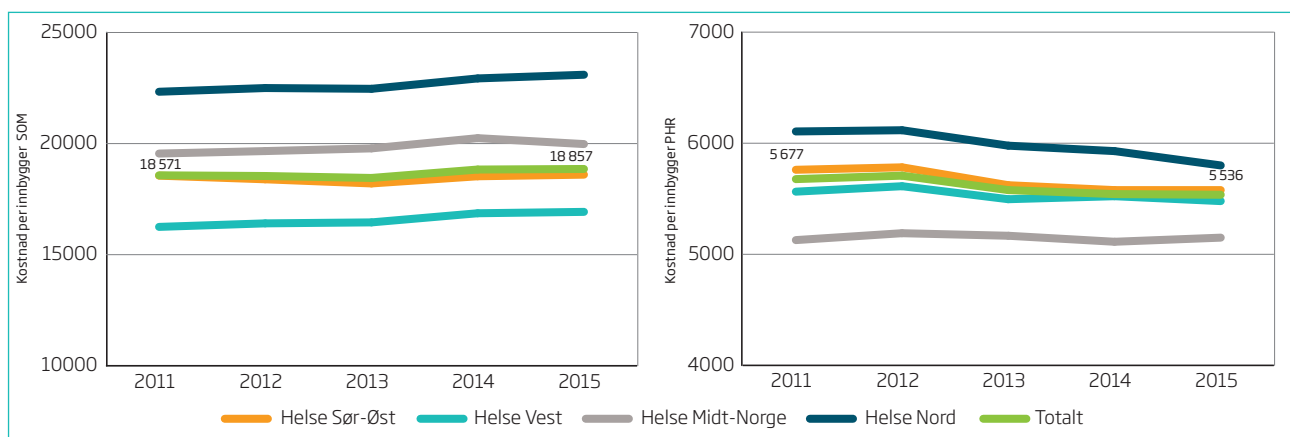
Figur 3.10 Gjestepasientkorrigerte regionale kostnader til spesialisthelsetjenesten i 2015, angitt ved kroner per innbygger og fordelt etter tjenesteområde.



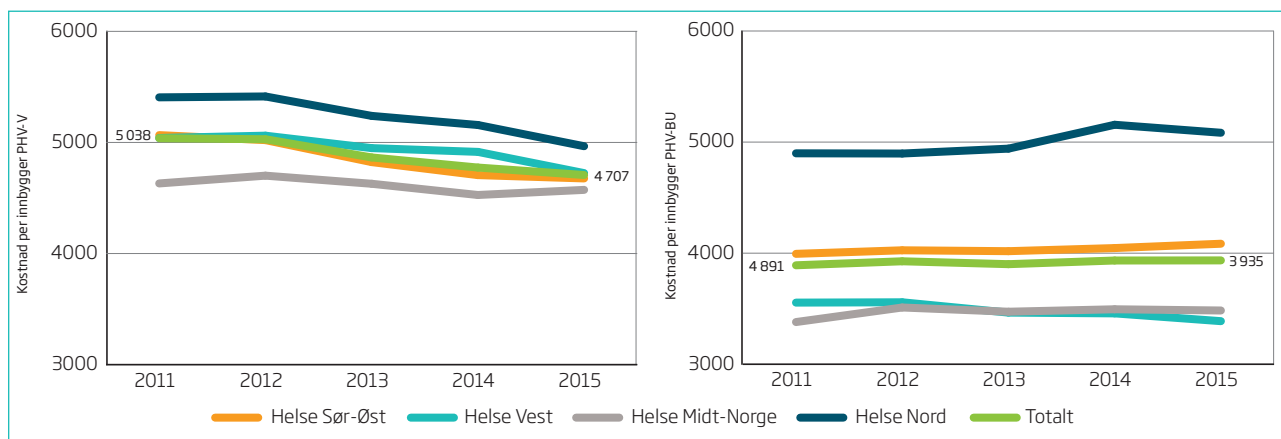
Tabell 3.6 Gjestepasientkorrigerte regionale kostnader til spesialisthelsetjenesten i 2015, angitt ved kroner per innbygger.

Bosted	Formål	Kroner per innbygger 2015	Prosent realendring 2011 - 2015 ¹	Prosent av landsgjennomsnittet 2015
Helse Sør-Øst	Somatiske spesialisthelsetjenester (SOM)	18 601	0,2	99
	Psykisk helsevern samlet (PHV-TOT)	4 551	-5,8	100
	- Psykisk helsevern for voksne (PHV-V)	4 676	-7,7	99
	- Psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU)	4 085	2,3	104
	TSB ²	1 305	9,6	103
	Totalt	25 796	-0,4	97
Helse Vest	Somatiske spesialisthelsetjenester (SOM)	16 926	4,2	90
	Psykisk helsevern samlet (PHV-TOT)	4 416	-5,7	97
	- Psykisk helsevern for voksne (PHV-V)	4 724	-6,3	100
	- Psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU)	3 388	-4,7	86
	TSB ²	1 380	19,5	109
	Totalt	24 199	3,3	91
Helse Midt-Norge	Somatiske spesialisthelsetjenester (SOM)	19 978	2,2	106
	Psykisk helsevern samlet (PHV-TOT)	4 338	-0,3	96
	- Psykisk helsevern for voksne (PHV-V)	4 573	-1,2	97
	- Psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU)	3 484	3,1	89
	TSB ²	1 035	3,0	81
	Totalt	27 786	3,3	105
Helse Nord	Somatiske spesialisthelsetjenester (SOM)	23 098	3,4	122
	Psykisk helsevern samlet (PHV-TOT)	4 990	-5,7	110
	- Psykisk helsevern for voksne (PHV-V)	4 966	-8,1	105
	- Psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU)	5 084	3,8	129
	TSB ²	1 022	-2,1	80
	Totalt	34 005	0,9	128

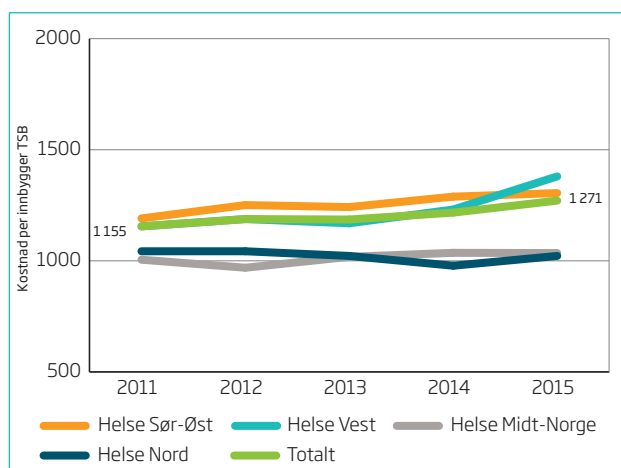
- 1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester. Se tabell 3.1.
 2) For TSB og PHV-V beregnes kostnad per innbygger i aldersgruppen 18 år og eldre. For PHV-BU beregnes kostnad per innbygger i aldersgruppen tom 17 år.

Figur 3.11 Utvikling i gjestepasientkorrigerte kostnader til somatiske spesialisthelsetjenester (SOM) og psykisk helsevern og TSB (PHR) i perioden 2011 - 2015. Angitt per region ved faste kroner per innbygger.

Figur 3.12 Utvikling i gjestepasientkorrigerte kostnader til psykisk helsevern for voksne (PHV-V) og psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU) i perioden 2011 - 2015. Angitt per region ved faste kroner per innbygger.



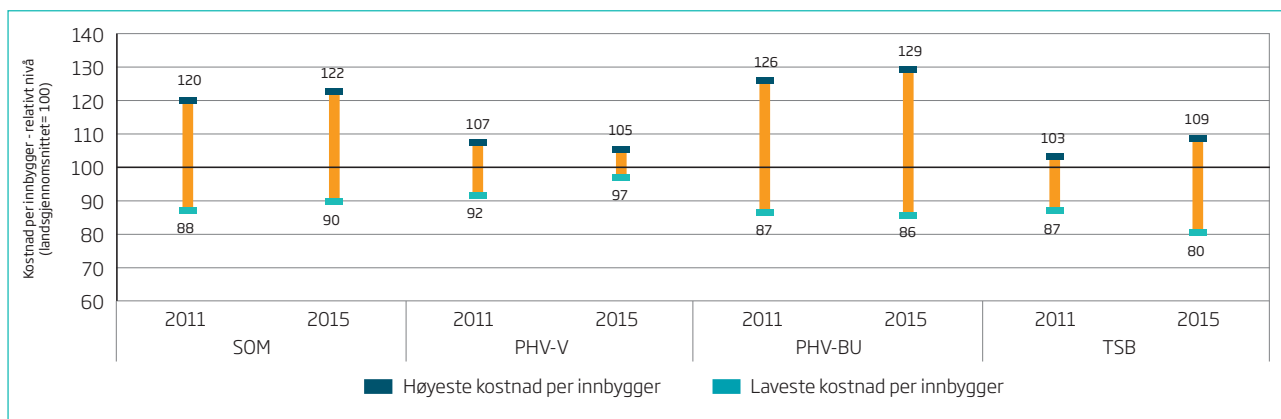
Figur 3.13 Utvikling i gjestepasientkorrigerte kostnader til spesialisert rusbehandling (TSB). Angitt per region ved faste kroner per innbygger.



For somatiske spesialisthelsetjenester utgjorde gjennomsnittlig kostnad per innbygger 18 857 kroner i 2015, og kostnaden økte i alle regioner for perioden 2011 til 2015. Tilsvarende gjennomsnittskostnad for psykisk helsevern og TSB utgjorde 5 536 kroner i 2015. Den samlede kostnadsinnsatsen for disse tjenesteområdene var med det reelt lavere i 2015 enn i 2011 i alle regioner med unntak for Helse Midt-Norge. Nedgangen var i særlig grad knyttet til psykisk helsevern for voksne, men Helse Nord hadde også nedgang i befolkningskorrigert kostnad til spesialisert rusbehandling i denne femårsperioden og Helse Vest hadde realnedgang i psykiske helsetjenester både for barn og unge og for voksne.

Målt ved regional kostnad per innbygger var forskjellen mellom regionene større i 2015 enn i 2011 både for psykisk helsevern for barn og unge

Figur 3.14 Regionale forskjeller i kostnad per innbygger i 2011 og 2015. Angitt per tjenesteområde og presentert ved prosent av landsgjennomsnittet for høyeste og laveste kostnadsnivå.



og for TSB. Forskjellen mellom regionene med høyeste og laveste kostnad per innbygger er tilnærmet uendret for somatiske spesialisthelsetjenester og redusert i de psykiske helsetjenestene for voksne, og med det også for psykisk helsevern og TSB samlet. Dette er illustrert ved figur 3.14 som viser forskjell mellom regionene med høyeste og laveste kostnad per innbygger i henholdsvis 2011 og 2015. Den regionale kostnaden er presentert i relative størrelser med landsgjennomsnittet det enkelte år som referansepunkt (100 prosent).

Dersom kostnader som gjelder ambulansetjenester og pasienttransport holdes utenfor utgjorde forskjellen mellom regionene nærmere 6 500 kroner per innbygger i 2015.

I lys av strukturelle og demografiske regionale forskjeller, som både påvirker befolkningens behov for helsetjenester og kostnader forbundet med å opprettholde og ivareta akutt- og beredskaps-tjenester, må kostnadsforskjeller mellom regionene i noen grad forventes. Det ser imidlertid også ut til at regionene prioriterer ulikt mellom tjenesteområdene.

3.5 DEN GYLNE REGEL

«Den gyldne regel» om høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatiske spesialisthelsetjenester ble gjeninnført som styringskrav for de regionale helseforetakene fra 2014. I oppdraget til de

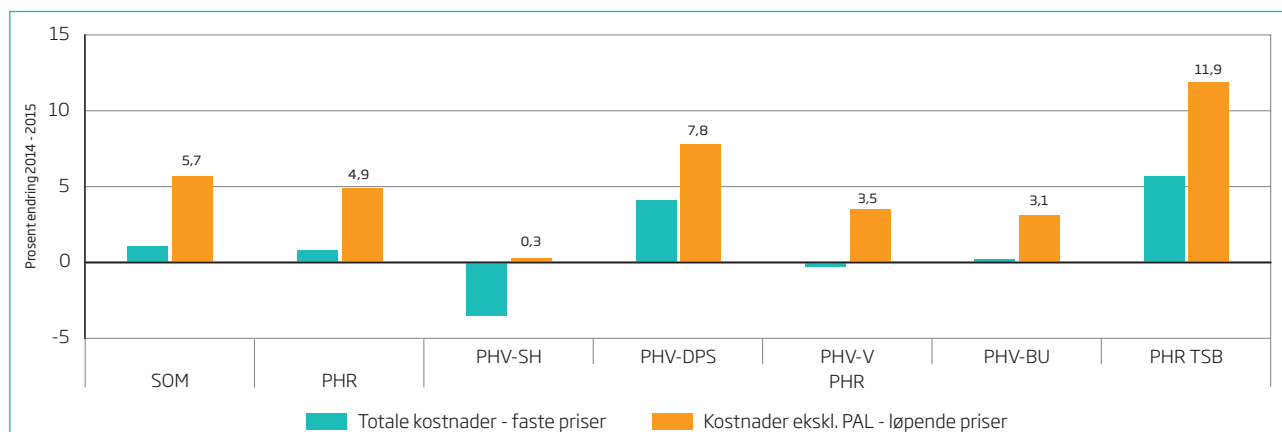
regionale helseforetakene er det også presisert at det er de distriktspsykiatriske tjenestene og tjenester for barn og unge som skal prioriteres innenfor psykisk helsevern.

Gjennomgang av kostnadsutviklingen for perioden 2011 til 2015 i avsnitt 3.3 og 3.4 har allerede vist at realveksten har vært sterkere for somatiske spesialisthelsetjenester enn for psykisk helsevern og TSB samlet (PHR), både nasjonalt og på regionalt nivå i perioden 2011 til 2015. Dette skyldes først og fremst nedgang i kostnader til de psykiatriske sykehusene i alle regioner. Kostnadsveksten i de psykiske helsetjenestene til barn og unge har imidlertid også stagnert, på nasjonalt nivå, det er derfor bare TSB som har mer vekst enn somatiske spesialisthelsetjenester når alle kostnader inkluderes i grunnlaget. Dette gjelder også siste år.

I oppdragsdokumentene for 2016 presiseres det at kostnader til pensjon, legemidler og avskrivninger skal ekskluderes fra grunnlaget ved vurdering av mål om mervest for psykisk helsevern og TSB. I dette delkapitlet er gjestepasientkorrigerte regionale kostnader for 2014 og 2015 derfor tilrettelagt i henhold til denne kostnadsdefinisjonen og endringstall presenteres i figurene 3.15 til 3.17. Når kostnadskomponenter ekskluderes fra grunnlaget, vil ikke lenger prisindeksen som er benyttet i øvrige analyser i kapitlet være relevant. Vekst i kostnader eksklusive pensjon, legemidler og pensjon vurderes derfor med utgangspunkt i nominelle størrelser.

Det er ikke uproblematisk å vurdere regional kostnadsutvikling eksklusive pensjon, avskrivninger

Figur 3.15 Endring i kostnader til somatiske spesialisthelsetjenester (SOM) og psykisk helsevern og TSB samlet (PHR) fra 2014 - 2015. Angitt ved realvekst for totale kostnader og nominell vekst for kostnader eksklusive pensjon (P), avskrivninger (A) og legemiddelkostnader (L).



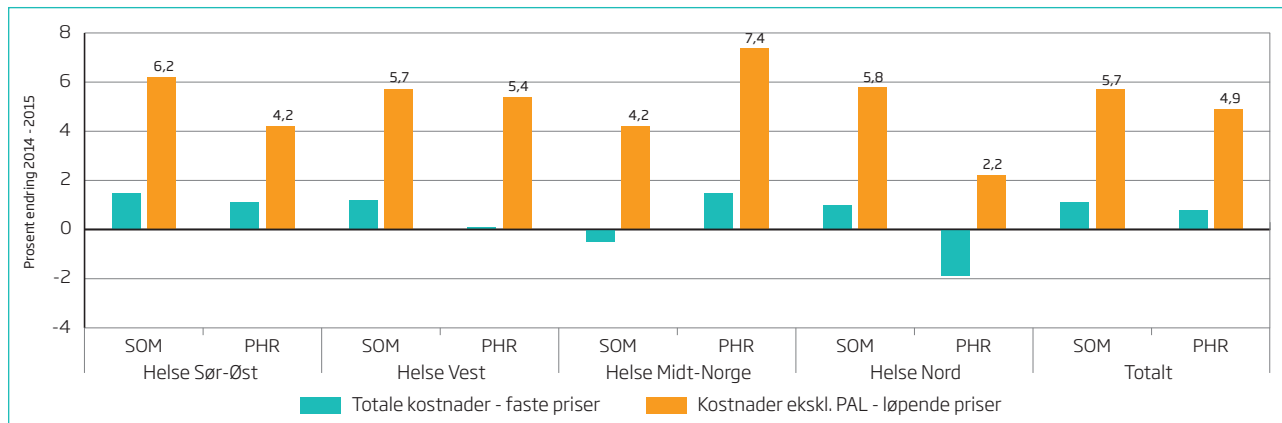
og legemidler. Kostnadsstørrelsene vil være synliggjort og trukket ut fra kostnadsgrunnlaget hos den som selger varen eller tjenesten, og kostnader som gjelder kjøp fra eller tilskudd til private vil ikke være nedjustert med kostnader til pensjon, legemidler og avskrivninger. Dette kan gi utilsiktede skjevheter i regionale sammenligninger, og beregnede endringstall vil være påvirket av eventuelle endringer i innslag av kjøp og salg av varer og tjenester.

Figur 3.15 viser nasjonal kostnadsvekst fra 2014 til 2015 for somatiske spesialisthelsetjenester og for psykisk helsevern og TSB samlet, og dekomponert per tjenesteområde. Figuren viser både realendring for totale kostnader og nominell kostnadsvekst for kostnader eksklusive pensjon, avskrivninger og

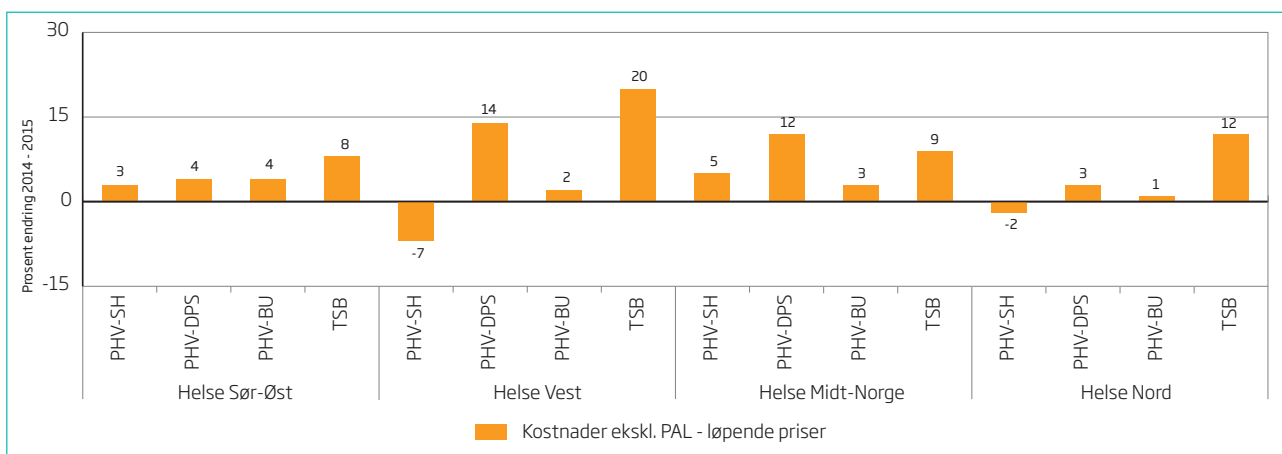
legemidler. Figuren synliggjør at målet om mervekst for psykisk helsevern og TSB samlet (PHR) ikke er nådd på nasjonalt nivå. TSB har likevel hatt en sterkere kostnadsvekst enn somatiske spesialisthelsetjenester og DPS-ene har sterkere kostnadsvekst enn øvrige tjenesteområder innen psykisk helsevern. Resultatet gjelder både realvekst for totale kostnader og nominell vekst eksklusive definerte kostnadskomponenter.

Resultatet om manglende måloppnåelse gjelder også på regionalt nivå, men med unntak for Helse Midt-Norge. Både Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord hadde fra 2014 til 2015 sterkere vekst for somatiske spesialisthelsetjenester enn samlet for psykisk helsevern og TSB. Dette gjelder både nominelt ekskl. pensjon, avskrivninger og legemidler

Figur 3.16 Endring i gjestepasientkorrigerede kostnader til somatiske spesialisthelsetjenester (SOM) og psykisk helsevern og TSB samlet (PHR) fra 2014 - 2015. Angitt ved realvekst for totale kostnader og nominell vekst for kostnader eksklusive pensjon (P), avskrivninger (A) og legemiddelkostnader (L) og fordelt etter region.



Figur 3.17 Endring i gjestepasientkorrigerede kostnader til psykisk helsevern og TSB fra 2014 - 2015. Angitt ved nominell vekst for kostnader eksklusive pensjon (P), avskrivninger (A) og legemiddelkostnader (L) og fordelt etter region og tjenesteområde.



og reelt inklusive alle kostnader. For TSB var likevel veksten sterkere enn for somatiske spesialisthelsetjenester i alle regioner, mens bare Helse MidtNorge hadde mervekst for psykisk helsevern holdt opp mot somatiske spesialisthelsetjenester.

Regionale endringstall er gjengitt i figurene 3.16 og 3.17.

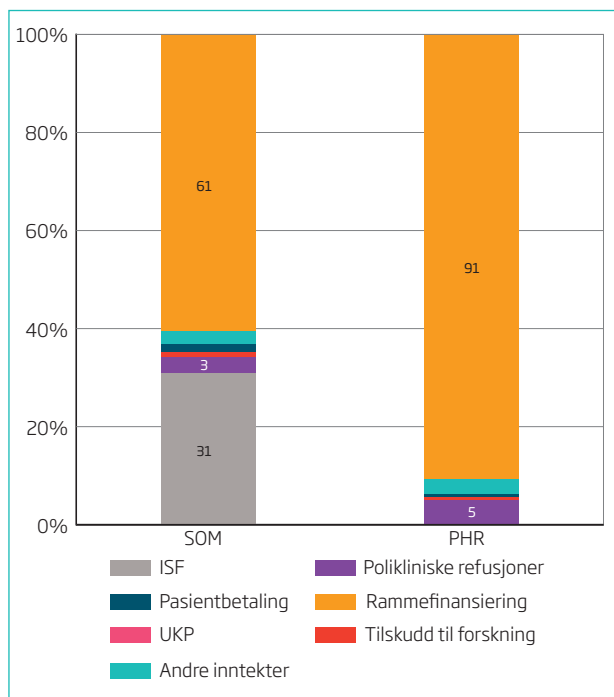
3.6 FINANSIERING

Tabell 3.7 gir en oversikt over ulike finansieringskomponenter i spesialisthelsetjenesten i 2015. Finansieringskildene er gruppert i innsatsstyrt finansiering (inklusive kommunal medfinansiering (KMF) i grunnlaget for 2014), inntekter som gjelder utskrivningsklare pasienter (UKP), polikliniske refusjoner fra HELFO, tilskudd til forskning og nasjonale kompetansesentra, pasientbetaling, andre inntekter¹³ og egenfinansiering. Egenfinansieringen er residualbestemt og vil i hovedsak bestå av basisrammen.

Utviklingen fra 2014 til 2015 viser at inntekter fra polikliniske refusjoner økte med 3 – 4 prosent og noe mer for TSB enn for øvrige tjenesteområder. Veksten i de polikliniske inntektene gjelder også psykisk helsevern for voksne, til tross for realnedgang i kostnader til dette tjenesteområdet siste år, se tabell 3.3. Realnedgang i ISF-inntektene må fortolkes i lys av den høye prisindeksen som er lagt til grunn, se kapittel 3.2.

Fem prosent av de totale kostnadene i psykisk helsevern og TSB ble i 2015 finansiert ved refusjoner fra HELFO.

Figur 3.18 Finansieringskomponenter i finansiering av spesialisthelsetjenesten i 2015, angitt ved prosent og fordelt etter tjenesteområde.



Tabell 3.7 Finansieringskomponenter i finansiering av spesialisthelsetjenesten i 2015.

Formål	Mill kr 2015	Prosent realendring 2014 - 2015 ¹
Totale driftskostnader	138 235	1,2
Finansiert av:		
A. ISF inkl. KMF	30 296	-1,1
B. UKP	187	-18,3
C. Polikliniske refusjoner utenfor ISF	5 039	3,4
Herav somatikk ²	3 575	3,4
Herav psykisk helsevern for voksne	743	3,8
Herav psykisk helsevern for barn og unge	557	2,7
Herav TSB	163	4,4
D. Tilskudd til forskning	1 125	9,6
E. Pasientbetaling	1 701	0,9
F. Andre inntekter	4 046	-3,8
G. Egenfinansiering (residualbestemt)	95 841	2,1

- 1) Endringstall er priskorrigert i henhold til vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester. Se tabell 3.1.
- 2) Refusjoner inntektsført under pasienttransport inngår. Dette utgjør 366 mill. kroner i tallene for 2015.

¹³ Gjelder gaver, refusjoner, salgsinntekter mv som ikke inngår i punkt A - E i tabell 3.7

3.7 DATAGRUNNLAG OG DEFINISJONER

Grunnlaget for analyser av kostnader og kostnadsutvikling i spesialisthelsetjenesten er driftsregnskapene som helseforetak og private institusjoner har rapportert til Statistisk Sentralbyrå (SSB) for perioden 2006 – 2015. Kostnadene er, før innrapportering til SSB, fordelt mellom de ulike tjenesteområdene i henhold til gjeldende funksjonskontoplan. Dette gjelder også felleskostnader¹⁴. Kontoplan og retningslinjer for innrapporteringen er nærmere beskrevet i «*Håndbok for rapportering av regnskapsdata for helseforetak og regionale helseforetak 2015*».¹⁵

Helsedirektoratet har stått for tilrettelegging av datagrunnlaget og har samarbeidet med SSB om kvalitetssikring av rapporterte regnskapstall for perioden 2009 – 2015. Data for perioden 2006 – 2008 er kvalitetssikret i samarbeid mellom SSB og Sintef og utlevert til Helsedirektoratet fra Sintef.

Nasjonale kostnader

Alle kostnader som inngår i resultatregnskapet under kontogrupeer 4 – 7 er inkludert i grunnlaget for beregning av kostnader til spesialisthelsetjenesten. Ved tilrettelegging for nasjonale kostnadstall summeres kostnader fra RHF, offentlige helseforetak og private tilbydere. Driftstilskudd til private tilbydere og kostnader som gjelder handel foretakene mellom trekkes deretter ut for å unngå dobbelttelling. For private tilbydere med anbudsut-satte kjøpsavtale med RHF-ene, inkluderes bare den delen av virksomheten som er finansiert gjennom de offentlige helseforetakene, polikliniske refusjoner og tilskudd til forskning. Aktivitet som finansieres av kommuner, fylkeskommuner, egenbetalinger eller private helseforsikringer inngår ikke i den beregnede spesialisthelsetjenestekostnaden¹⁶. For private

tilbydere med langsiktige driftsavtaler med de regionale helseforetakene inkluderes totale kostnader på samme måte som for de offentlige helseforetakene¹⁷.

Regionale kostnader

Regionale kostnader til spesialisthelsetjenester inkluderer kjøp hos og driftstilskudd til private aktører og er korrigert for gjestepasientoppgjør. De vil dermed omfatte alle kostnader knyttet til behandling av innbyggere i regionens eget opptaksområde, uavhengig av hvor behandlingen har skjedd. Dette i henhold til regionenes «*sørge-for-ansvar*». De kostnadene som foretakene spesifiserer for kjøp av helsetjenester balanserer ikke nøyaktig på nasjonalt nivå med spesifiserte inntekter knyttet til salg av helsetjenester hos helseforetak og private tilbydere. Summen av gjestepasientkorrigerte driftskostnader i regionene vil derfor avvike noe fra totale kostnader nasjonalt. Deler av denne ubalansen skyldes at gjestepasientkostnader og gjestepasientinntekter har ulik funksjonsfordeling hos betaler og mottaker.

I analyser av regionale forskjeller beregnes kostnad per innbygger. For tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern for voksne beregnes kostnad per innbygger i aldersgruppen 18 år og eldre. For psykisk helsevern for barn og unge beregnes kostnad per innbygger i aldersgruppen 0 – 18 år. For øvrig beregnes kostnad per innbygger uten alderskutt. For perioden 2011 – 2015 var befolkningsveksten på 4,6 prosent totalt, på 5,7 prosent for den voksne befolkningen og på 0,8 prosent for aldersgruppen 0 – 18 år.

private tilbydere, også kostnader som gjelder aktivitet finansiert av egenbetaling, helseforsikringer mm og at lønnsrefusjoner på konto 570, 571, 579 og 583 holdes utenfor i SSBs kostnadsdefinisjon. Disse forholdene genererer en differanse i nasjonale tall på om lag 1,2 mrd kroner for 2015.

14 Fordelingsnøkler vil variere noe mellom de ulike foretakene og har også endret seg i perioden uten at det har vært mulig å korrigere for dette fullt ut. Dette påvirker det relative kostnadsnivået mellom ulike tjenesteområder.

15 www.ssb.no/innrapportering/naeringsliv/attachment/122425?_ts=14a58a8c070

16 SSB publiserer også årlige kostnadstall for spesialisthelsetjenesten i sin statistikkbank. Her legges imidlertid en annen kostnadsdefinisjon til grunn, og på nasjonalt nivå vil SSBs kostnadsberegninger derfor generelt generere høyere kostnadstall enn de som presenteres i SAMDATA-rapporten. Dette skyldes at SSB inkluderer alle kostnader rapportert fra

17 Dette gjelder følgende enheter: Lovisenberg diakonale sykehus, Diakonhjemmet sykehus, Martina Hansens hospital, Revmatismesykehuset as, Betanien hospital, Haraldsplass Diakonale sykehus AS, Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus, NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus, Betanien Bergen, NKS Jæren DPS, Solli sykehus og Voss DPS. Avvik mellom kostnadsføring av tilskudd i RHF-et og faktisk bruk på institusjonen kan gi avvik mellom SSB og SAMDATA når det gjelder kostnader per tjenesteområde. SSB legger tjenesteområde i RHF-ets kostnadsføring til grunn, mens SAMDATA legger institusjonens bruk av tilskuddet til grunn.

Mer om utvalgte kostnadskomponenter

Pensjonskostnader

Selv om avsetninger til pensjon er en kostnad påvirket av forhold foretakene i liten grad kan styre, er denne kostnaden en del av foretakenes lønns-kostnad. Det forventes også at pensjon reflekteres i prisene som fastsettes for varer og tjenester gjenstand for handel mellom foretak og kjøp fra private. Ulikt innslag av egenproduksjon versus kjøp og salg av varer og tjenester vil derfor gi utilsiktede forskjeller i kostnadsnivå dersom pensjonskostnadene trekkes ut av grunnlaget. Pensjon vil derfor som hovedregel inngå i kostnads-tall presentert i SAMDATA.

Totale pensjonskostnader for spesialisthelsetjenesten utgjorde for 2015 omlag 18,7 mrd. kroner¹⁸. Kostnadskomponenten har over flere år økt mer enn øvrige driftskostnader og utgjør med det en

økende andel av totale kostnader til spesialisthelsetjenesten, se oversikt i tabell 3.8.

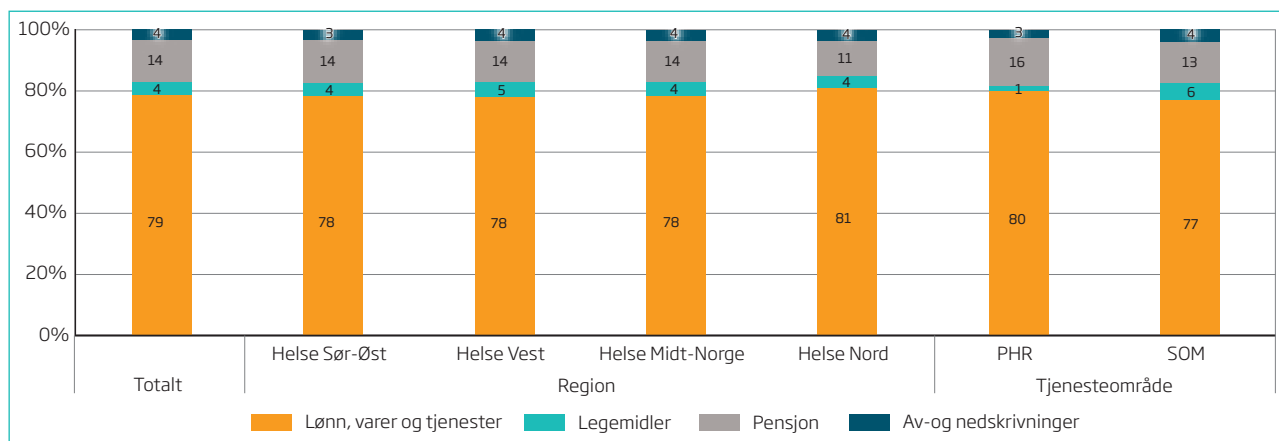
Figur 3.19 gir en oversikt over pensjonsandel per region og per tjenesteområde for 2015. Alt annet likt vil pensjonsandelen i kostnadsgrunnlaget være høyere for personellintensive tjenesteområde, og pensjonsandelen er derfor også, som forventet, høyere for psykisk helsevern og TSB (PHR) enn for somatiske spesialisthelsetjenester (SOM). Oversikten viser videre at pensjonsandelen er noe lavere i Helse Nord enn i de øvrige regionene. Generelt vil pensjonsandelen være lavere for foretak som kjøper en større del av sine varer og tjenester. Også andre forhold, herunder personellgruppens alders-sammensetning, vil påvirke det enkelte foretaks pensjonskostnader. Vi er ikke kjent med hva som ligger bak den lavere pensjonsandelen i Helse Nord.

Tabell 3.8 Pensjonskostnader i spesialisthelsetjenesten i perioden 2006 - 2015, angitt i millioner kroner.

		2006	2007	2008	2009	2010 ²	2011	2012	2013	2014 ²	2015
Pensjon ¹	Mill.kroner	4 570	7 857	9 234	9 236	10 090	10 962	12 969	12 934	14 637	18 676
	Kostnadsandel (prosent)	5,7	9,0	9,8	9,4	9,8	10,1	11,3	10,8	11,4	13,5

- 1) Spesifiserte pensjonskostnader omfatter RHF, offentlige helseforetak og private institusjoner med regional tilknytning gjennom langsiktige driftsavtaler.
- 2) Pensjonskostnader for regnskapsårene 2010 og 2014 er korrigeret for regnskapsført effekt av reduserte fremtidige pensjonsforpliktelser. Dette er nærmere beskrevet i «Samdata Spesialisthelsetjenesten 2014», Helsedirektoratet (2015) -IS 2348.

Figur 3.19 Kostnadssammensetning for spesialisthelsetjenesten totalt i 2015, og fordelt etter region og tjenesteområde.



¹⁸ Spesifiserte pensjonskostnader gjelder pensjonskostnader hos RHF-ene, offentlige helseforetak og private institusjoner med regional tilknytning gjennom langsiktige driftsavtaler (Diakonhjemmet, Lovisenberg, m.fl.)

Av- og nedskrivninger

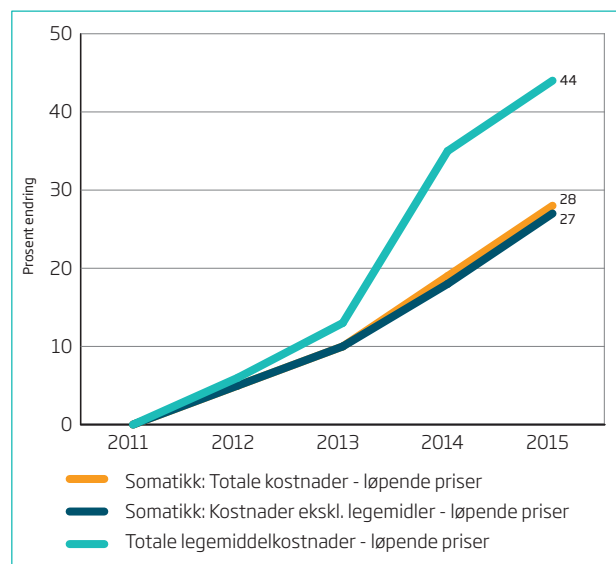
Av- og nedskrivninger på kontokode 60 og tap på kontokode 78 omtales i fremstillingen som av- og nedskrivningskostnader. Kostnadene utgjorde 5 mrd. kroner i 2015 og inngår i kostnadsgrunnlaget med 3-4 prosent av totale driftskostnader i alle regioner. Som vist i figur 3.19, er kostnadsandelen om lag ett prosentpoeng høyere for somatiske spesialisthelsetjenester enn for psykisk helsevern og TSB. I perioden 2011 - 2015 er av- og nedskrivningskostnadene redusert med 1 prosent nominelt.

Legemiddelkostnader

Kostnader som gjelder kjøp av legemidler på kontokode 400 omtales i fremstillingen som legemiddelkostnader. Kostnadene utgjorde 6 mrd. kroner i 2015, og også for denne kostnads-komponenten har det vært betydelig kostnadsvekst i perioden som studeres. Økningen, som både skyldes innføring av nye legemidler og økt finansieringsansvar for H-reseptor, påvirker i særlig grad kostnadsutviklingen for somatiske spesialisthelsetjenester. For 2015 utgjorde legemidler 6 prosent av totale driftskostnader for somatiske spesialisthelsetjenester, og for dette tjenesteområdet er nominell kostnadsvekst eksklusive legemiddelkostnader ett prosentpoeng svakere for perioden 2011 - 2015 enn kostnadsvekst med legemidler, se figur 3.20. Merveksten gjelder spesielt 2013 - 2014 og dette er knyttet til en ekstra-bevilgning på 300 millioner kroner i 2014.

Se også kapittel 4 for en ytterligere beskrivelse av utviklingen i kostnader til legemidler.

Figur 3.20 Nominell vekst i legemiddelkostnader og kostnader til somatiske spesialisthelsetjenesten i perioden 2011 - 2015.



4. Legemiddelkostnader i RHF

Fra 2007 til 2015 økte kostnader til legemidler i RHF-ene med 2,3 mrd. kroner (65 prosent), og utgjorde 5,9 mrd. kroner i 2015. Kostnader til H-resepter utgjorde 2,2 mrd. kroner, og har økt med 1,3 mrd. kroner fra 2007. Kostnader til legemidler i sykehus har økt med om lag én mrd. kroner og var 3,7 mrd. kroner i 2015. Korrigert for nye ansvar, økte kostnader til H-resepter med 747 mill. kroner i denne perioden.

Kostnader til H-resepter har økt sterkere enn kostnader til legemidler i sykehus i årene fra 2007 til 2014. I 2015 var veksten i kostnader til H-resepter mer dempet, sammenliknet med de forutgående årene. Fra 2014 til 2015 økte kostnader til H-resepter med nær åtte prosent, mot tidligere om lag 15 prosent årlig. Kostnader til legemidler i sykehus økte derimot sterkere i årene fra 2013 til 2015, sammenliknet med årene før. De to siste årene i perioden økte kostnadene med seks til sju prosent årlig, mot en årlig vekst på om lag tre til fire prosent tidligere i perioden.

Sammenliknet med de øvrige regionene, har Helse Nord hatt en svakere vekst i kostnader til legemidler. Fra 2007 til 2015 økte kostnadene med 40 prosent i Helse Nord, mot 65 til 75 prosent for de andre tre regionene. Både kostnader til legemidler i sykehus og til H-resepter hadde en mer dempet veksttakt i Helse Nord. Siste år i perioden var kostnadsveksten relativt lik for alle de fire regionene.

Nivået på kostnader per innbygger til H-reseptlegemidler varierte mellom regionene. I 2015 hadde Helse Sør-Øst et nivå som var fem prosent under gjennomsnittet for landet samlet, mens Helse Nord lå 20 prosent over. Helse Sør-Øst hadde lavere kostnader per innbygger til MS-medikamenter og medikamenter for revmatiske lidelser. Helse Nord hadde et høyt nivå på kostnader til sistnevnte medikamentkategori.

Kostnader til LAR-medikamenter har vært relativt stabile, med en nedgang på tre prosent fra 2011 til 2015. Kostnadene utgjorde 164 mill. kroner i 2015. Siste år i perioden økte kostnadene med én prosent. Helse Midt-Norge hadde i 2015 et omfang av LAR-kostnader som var lavere enn de øvrige regionene, med kostnader og døgndoser per innbygger som var 45 til 50 prosent lavere enn gjennomsnittet for regionene samlet.

4.1 INNLEDNING

I dette kapitlet vil det bli fokusert på følgende temaer:

- Nasjonal utvikling i legemiddelkostnader
 - Hvordan er utviklingen i kostnader og døgndoser for H-resepter og legemidler i sykehus?
- Regional utvikling i legemiddelkostnader
 - Er det regionale forskjeller i utviklingen av kostnader og døgndoser til H-resepter og legemidler i sykehus?
 - H-reseptløsningen
 - Hvordan er total og regional kostnadsutvikling til H-reseptlegemidler, både samlet og fordelt på gruppene revma, MS og kreft?
 - Er det regionale forskjeller i nivået på kostnad per innbygger til H-resepter?

- Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)
 - Er det regionale forskjeller i kostnadsutviklingen til LAR-medikamenter?
 - Er det regionale forskjeller i nivået på kostnad per innbygger, antall døgndoser per innbygger og kostnad per døgndose?

Nærmere beskrivelse av datagrunnlag og definisjoner er gitt i avsnitt 4.6.

4.2 NASJONAL UTVIKLING I LEGEMIDDELKOSTNADER

Fra 2007 til 2015 økte legemiddelkostnader i RHF-ene med 2,3 mrd. kroner, som tilsvarte 65 prosent. Kostnadene utgjorde 5,9 mrd. kroner i 2015, og var fordelt på 2,2 mrd. kroner til H-resept og nær 3,7 mrd. kroner til legemidler i sykehus, som vist i tabell 4.1. Kostnadsveksten på 2,2 mrd. kroner i perioden var fordelt på 1,3 mrd. kroner for H-resept og 976 mill. kroner for legemidler i

sykehus. Justert for nye ansvar i H-reseptløsningen, var veksten 747 mill. kroner for H-reseptene, jf. tabell 4.2.

Tabell 4.1 viser også at antall døgndoser til legemidler i RHF-ene økte med nær 21 prosent fra 2007 til 2015, og fra 2011 til 2015 økte antallet med 11 prosent. Det siste året i perioden var det en nullvekst i antall døgndoser til H-resept og en økning på 3,5 prosent til legemidler i sykehus.

Det var en mer dempet vekst på åtte prosent i kostnader til H-resept fra 2014 til 2015, sammenliknet med forutgående år. Kostnader til legemidler i sykehus hadde en sterkere vekst siste år med syv prosent. Det siste året økte kostnader mer enn antall døgndoser. Det vil si at legemidlene ble dyrere per dose, noe som kan indikere en overgang til andre typer legemidler.

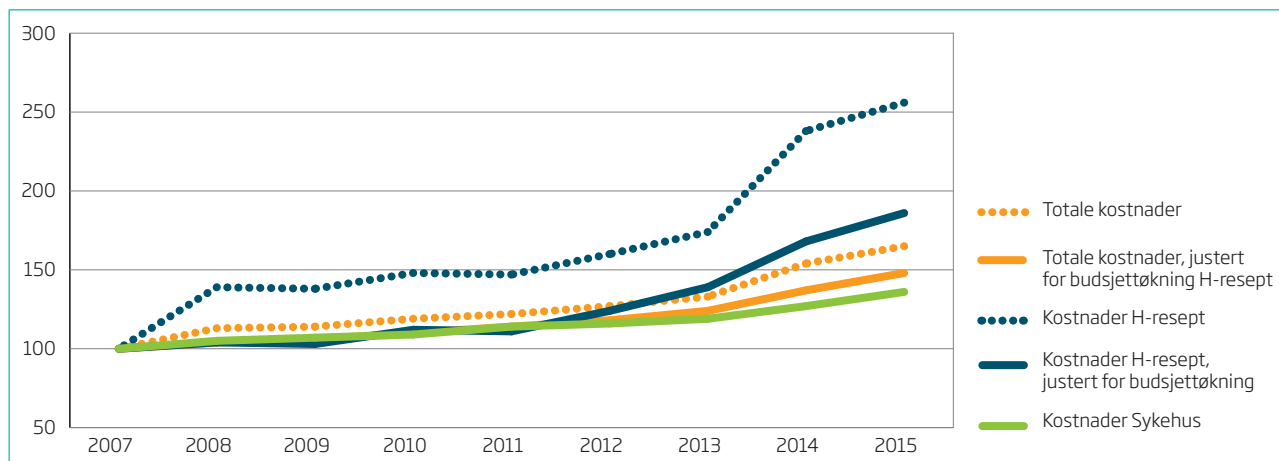
Tabell 4.1 Kostnader til legemidler i RHF-ene (mill. kr) målt i faste priser, og antall døgndoser (DDD). 2007-2015.

	2007	2011	2014	2015	Pst. endr. 2007-15	Pst. endr. 2011-15	Pst. endr. 2014-15
Kostnader	3 575	4 364	5 515	5 907	65,2	35,4	7,1
Herav:							
- H-resept	868	1 272	2 067	2 224	156,2	74,8	7,6
- Sykehus	2 708	3 092	3 448	3 684	36,0	19,1	6,8
DDD totalt	56 632 598	61 397 942	66 258 234	68 221 906	20,5	11,1	3,0
Herav:							
- H-resept	2 000 248	4 383 907	8 982 786	8 957 873	347,8	104,3	-0,3
- Sykehus	54 632 350	57 014 035	57 275 448	59 264 033	8,5	3,9	3,5

Tabell 4.2 Kostnader til legemidler i RHF-ene (mill. kr målt i faste priser), justert for nye ansvar i H-reseptløsningen. 2007-2015.

	2007	2011	2014	2015	Pst. endr. 2007-15	Pst. endr. 2011-15	Pst. endr. 2014-15
Kostnader justert	3 575	4 059	4 906	5 298	48,2	30,5	8,0
Herav:							
- H-resept, justert	868	967	1 458	1 615	86,1	67,0	10,7
- Sykehus	2 708	3 092	3 448	3 684	36,0	19,1	6,8

Figur 4.1 Realvekst i kostnader til legemidler finansiert via RHF-ene 2007-2015 (2007 = 100).



4.3 REGIONAL UTVIKLING I LEGEMIDDELKOSTNADER

Beskrivelsen per region er basert på data presentert i tabell 4.3 og 4.4. Det er i dette avsnittet ikke justert for styrking av budsjettet ved inkludering av nye legemidler i H-reseptordningen. Kostnadsveksten måles i faste priser (deflatert).

Helse Sør-Øst

Fra 2007 til 2015 økte totale kostnader til legemidler med nærmere 1,3 mrd. kroner i Helse Sør-Øst. Dette var på linje med veksten nasjonalt på 65 prosent. Kostnadsveksten var fordelt på 748 mill. kroner for H-resept og 541 mill. kroner for legemidler i sykehus.

Kostnader til legemidler i RHF-et utgjorde 3,2 mrd. kroner i 2015, med 1,2 mrd. kroner til H-resept og 2 mrd. kroner til legemidler i sykehus.

Helse Sør-Øst hadde den svakeste regionale veksten i antall døgndoser blant RHF-ene med 13 prosent fra 2007 til 2015. Antall døgndoser til legemidler i sykehus var omtrent uendret i perioden, mens antall døgndoser til H-resept ble nær femdoblet.

Fra 2014 til 2015 økte døgndoser i sykehus med nær tre prosent, mens døgndoser til H-resept hadde en nedgang på én prosent. Samtidig var det en kostnadsvekst på åtte prosent for H-resept.

Kostnader til legemidler i sykehus økte med syv prosent. Det vil si at døgndoser til H-resept og legemidler i sykehus har blitt dyrere, noe som kan indikere en overgang til andre typer medikamenter.

Helse Vest

Helse Vest hadde den sterkeste kostnadsveksten for legemidler blant RHF-ene fra 2007 til 2015, med en vekst på 75 prosent. I denne perioden økte kostnadene med 520 mill. kroner, fordelt på 272 mill. kroner til H-resept og 248 mill. kroner til legemidler i sykehus. Kostnader til H-resept økte mer enn legemidler i sykehus fra 2011 til 2015, og siste år utgjorde legemiddelkostnadene i Helse Vest til sammen 1,2 mrd. kroner.

Kostnadsveksten for H-resept og sykehuslegemidler var tilnærmet lik siste år i perioden, med en kostnadsvekst på henholdsvis åtte og syv prosent.

Helse Vest hadde den sterkeste regionale veksten i antall døgndoser, både i perioden fra 2007 til 2015 (47 prosent), fra 2011 til 2015 (25 prosent) og det siste året fra 2014 til 2015 (seks prosent). Den sterke veksten gjaldt både for H-resept og legemidler i sykehus.

Helse Midt-Norge

I perioden fra 2007 til 2015 økte kostnader til legemidler i Helse Midt-Norge med 73 prosent. Dette

tilsvarte en vekst på 355 mill. kroner, fordelt på 206 mill. kroner til H-resept og 149 mill. kroner til legemidler i sykehus. Legemiddelkostnader i RHF-et utgjorde 842 mill. kroner i 2015.

Kostnader til H-resept økte mer enn kostnader til legemidler i sykehus i perioden 2011 til 2015 også, med henholdsvis 84 og 23 prosent. Fra 2014 til 2015 hadde H-resept og sykehuslegemidler tilnærmet lik vekst i Helse Midt-Norge.

Tabell 4.3 Utvikling i kostnader (mill. kr målt i faste priser) til legemidler i RHF-ene 2007-2015.

Kostnader	2007	2011	2014	2015	Pst. endr. 2007-2015	Pst. endr. 2011-15	Pst. endr. 2014-15
Helse Sør-Øst							
Totalt	1 975	2 413	3 051	3 264	65,3	35,3	7,0
- H-resept	440	670	1 100	1 188	170,1	77,4	8,0
- Sykehus	1 535	1 743	1 952	2 076	35,2	19,1	6,4
Helse Vest							
Totalt	695	871	1 131	1 215	74,8	39,5	7,4
- H-resept	194	254	430	466	140,5	83,5	8,4
- Sykehus	501	617	701	749	49,4	21,4	6,8
Helse Midt-Norge							
Totalt	488	599	788	842	72,7	40,6	6,9
- H-resept	117	176	304	323	175,7	83,7	6,1
- Sykehus	371	423	484	520	40,2	22,7	7,4
Helse Nord							
Totalt	418	482	545	587	40,3	21,8	7,6
- H-resept	117	173	233	247	110,8	43,1	6,0
- Sykehus	301	309	312	339	12,8	9,9	8,9

Tabell 4.4 Utvikling i døgndoser (DDD) for legemidler i regionale helseforetak 2007-2015.

Døgndoser (DDD)	2007	2011	2014	2015	Pst. endr. 2007-2015	Pst. endr. 2011-15	Pst. endr. 2014-15
Helse Sør-Øst							
Totalt	33 240 925	34 432 631	36 690 799	37 454 400	12,7	8,8	2,1
- H-resept	1 035 612	2 309 555	5 101 983	5 029 870	385,7	117,8	-1,4
- Sykehus	32 205 313	32 123 076	31 588 816	32 424 530	0,7	0,9	2,6
Helse Vest							
Totalt	10 622 847	12 568 536	14 796 237	15 648 007	47,3	24,5	5,8
- H-resept	430 506	886 283	1 805 465	1 882 967	337,4	112,5	4,3
- Sykehus	10 192 340	11 682 253	12 990 771	13 765 040	35,1	17,8	6,0
Helse Midt-Norge							
Totalt	7 303 019	8 086 460	8 228 676	8 499 034	16,4	5,1	3,3
- H-resept	273 199	627 146	1 031 079	1 062 535	288,9	69,4	3,1
- Sykehus	7 029 819	7 459 314	7 197 597	7 436 499	5,8	-0,3	3,3
Helse Nord							
Totalt	5 465 808	6 310 315	6 542 523	6 620 466	21,1	4,9	1,2
- H-resept	260 930	560 924	1 044 260	982 501	276,5	75,2	-5,9
- Sykehus	5 204 877	5 749 391	5 498 263	5 637 965	8,3	-1,9	2,5

Helse Nord

Helse Nord hadde den svakeste kostnadsveksten til legemidler blant RHF-ene fra 2007 til 2015. I denne perioden økte kostnadene med 169 mill. kroner, hvilket utgjorde 40 prosent, mot 65 prosent for landet samlet. Veksten fordelte seg på 130 mill. kroner til H-reseptor og 39 mill. kroner til legemidler i sykehus. Kostnadsveksten for H-reseptor (43 prosent) var sterkere enn veksten i sykehus (10 prosent) fra 2011 til 2015.

Legemiddelkostnader utgjorde 587 mill. kroner i 2015. Fra 2014 til 2015 økte kostnadene til legemidler i sykehus sterkere enn kostnadene til H-reseptor, med henholdsvis ni mot seks prosent.

Antall døgndoser til H-reseptor økte mer enn døgndoser til sykehus fra 2011 til 2015. Døgndoser til H-reseptor hadde imidlertid en nedgang på seks prosent fra 2014 til 2015, som betyr at Helse Nord hadde den kraftigste nedgangen i døgndoser til H-reseptor dette året.

4.4 H-RESEPTLØSNINGEN

Kostnader til H-reseptlegemidler i RHF-ene økte med 951 mill. kroner fra 2011 til 2015, som tilsvarer en vekst på 75 prosent. I denne perioden økte kostnader for MS-legemidler mer enn kostnader for legemidler til revmatiske lidelser.

H-reseptkostnader utgjorde drøye 2,2 mrd. kroner i 2015, fordelt på nærmere 1,4 mrd. kroner til legemidler for revmatiske lidelser, 548 mill. kroner til MS-legemidler og 300 mill. kroner til kreftlegemidler.

Tabell 4.5 og figur 4.2 viser de regionale tallene som diskuteres i dette avsnittet. Det er i dette avsnittet ikke justert for styrking av budsjettet ved inkludering av nye legemidler i H-reseptordningen. Kostnadsveksten måles i faste priser (deflatert).

Helse Sør-Øst

Kostnader til H-reseptlegemidler økte med 77 prosent i Helse Sør-Øst fra 2011 til 2015, og utgjorde nærmere 1,2 mrd. kroner i 2015. Veksten

er i tråd med tilsvarende for landet samlet. Kostnader til MS-legemidler hadde en sterkere vekst enn for de andre gruppene, både fra 2011 til 2015 og i det siste året fra 2014 til 2015.

Kostnader per innbygger for H-reseptlegemidler i Helse Sør-Øst lå fem prosent under landsgjennomsnittet i 2015, med fire prosent lavere på revma-området, ni prosent lavere på MS-området og tre prosent høyere kostnader per innbygger på kreft-området.

Helse Vest

Fra 2011 til 2015 økte kostnader til H-reseptlegemidler med 212 mill. kroner (84 prosent) i Helse Vest. Kostnadene utgjorde 466 mill. kroner i 2015, fordelt på 272 mill. kroner til legemidler for revmatiske lidelser, 128 mill. kroner til MS-legemidler og 66 mill. kroner til kreftlegemidler.

Fra 2014 til 2015 økte kostnader til H-reseptlegemidler totalt med åtte prosent. Kostnader til kreft- og MS-legemidler økte mest dette året.

Samlede kostnader per innbygger for H-reseptlegemidler var på landsgjennomsnittet for Helse Vest i 2015. Kostnader til området revmatiske lidelser lå seks prosent lavere enn landsgjennomsnittet. For de andre gruppene var kostnadene over gjennomsnittet, med henholdsvis 11 prosent for MS-legemidler og fem prosent for kreftlegemidler.

Helse Midt-Norge

Veksten i kostnader til H-reseptlegemidler var på 84 prosent, eller 147 mill. kroner i perioden 2011 til 2015. I 2015 utgjorde kostnadene for H-reseptor i Helse Midt-Norge 323 mill. kroner, fordelt på 197 mill. kroner til revma-legemidler, 89 mill. kroner til MS-legemidler og 36 mill. kroner til kreftlegemidler.

Fra 2014 til 2015 økte kostnadene til H-reseptor med seks prosent. Kostnader til MS-legemidler økte mest siste år, med en vekst på 16 prosent, mens kostnader til kreft-legemidler ble redusert.

I Helse Midt-Norge var de totale kostnadene per innbygger til H-reseptlegemidler seks prosent høyere enn landsgjennomsnittet i 2015, fordelt

på fire prosent høyere til området revmatiske lidelser, 19 prosent høyere til MS-legemidler og 11 prosent lavere til kreftlegemidler.

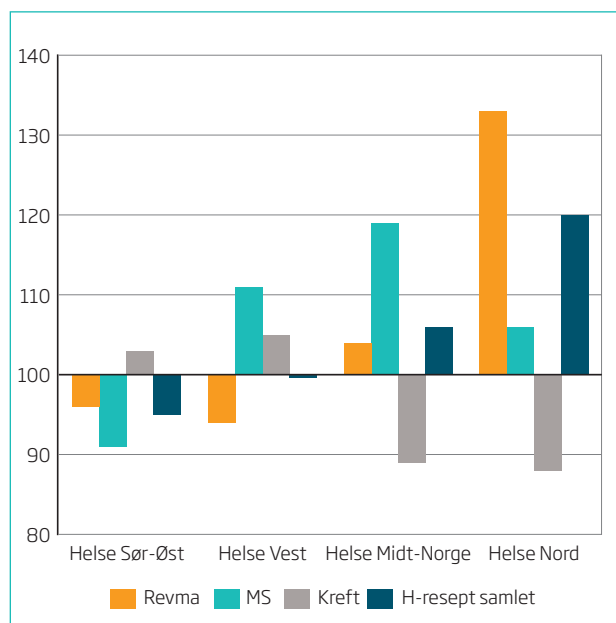
Helse Nord

Kostnader til H-reseptlegemidler utgjorde 247 mill. kroner i 2015, og hadde en kostnadsvekst på 43 prosent fra 2011 til 2015. H-reseptkostnader fordelte seg på 170 mill. kroner til legemidler for revmatiske lidelser, 53 mill. kroner til MS-legemidler og 24 mill. kroner til kreftlegemidler.

Fra 2014 til 2015 økte totale kostnader med seks prosent, der revma-legemidler hadde den svakeste veksten på én prosent og MS-legemidler den sterkeste veksten med 23 prosent.

Sammenliknet med landsgjennomsnittet hadde Helse Nord 20 prosent høyere H-reseptkostnader per innbygger, herav 33 prosent høyere nivå for legemidler til revmatiske lidelser, seks prosent høyere for MS-legemidler og 12 prosent lavere for kreftlegemidlene.

Figur 4.2 Regionale kostnader per innbygger til H-reseptlegemidler i 2015. Landsgjennomsnitt = 100.



Tabell 4.5 Kostnader til H-reseptlegemidler (mill. kr målt i faste priser) 2011-2015.

	2011	2014	2015	Pst. endr. 2011-15	Pst. endr. 2014-15
Helse Sør-Øst	670	1 100	1 188	77,3	8,0
- Revma	541	703	737	36,1	4,8
- MS	128	237	278	116,9	17,5
- Kreft	0	160	173		8,1
Helse Vest	254	430	466	83,5	8,3
- Revma	205	266	272	32,4	1,9
- MS	49	109	128	162,1	17,3
- Kreft	0	54	66		21,9
Helse Midt-Norge	176	304	323	83,7	6,1
- Revma	134	186	197	46,6	6,0
- MS	41	77	89	116,4	16,0
- Kreft	0	41	36		-12,0
Helse Nord	173	233	247	43,1	6,0
- Revma	151	168	170	12,2	1,1
- MS	22	44	53	145,5	22,9
- Kreft	0	22	24		9,7
Totalt	1 272	2 067	2 223	74,8	7,6
- Revma	1 032	1 323	1 375	33,2	3,9
- MS	240	466	548	128,6	17,7
- Kreft	0	278	300		8,0

4.5 LEGEMIDDELASSISTERT REHABILITERING (LAR)

Nasjonal utvikling i kostnader og døgndoser

Kostnader til LAR-medikamenter økte med 35 mill. kroner, tilsvarende 28 prosent, i perioden 2007 til 2015. Kostnadene utgjorde 164 mill. kroner i 2015. I perioden fra 2011 til 2015 var kostnadene relativt stabile, med en nedgang på nærmere tre prosent.

Antall døgndoser økte med 39 prosent i perioden 2007 til 2015, mens det i årene 2011 til 2015 var en vekst på fire prosent.

Siste år (2014 til 2015) gikk antall døgndoser ned med fem prosent. Samtidig økte kostnadene med én prosent.

Tabell 4.6 og figur 4.3 viser tallene som diskuteres i dette avsnittet. Kostnadsveksten måles i faste priser (deflatert).

Regional utvikling i kostnader og døgndoser Helse Sør-Øst

I perioden fra 2007 til 2015 hadde kostnader til LAR-medikamenter i Helse Sør-Øst tilnærmet en nullvekst, med en økning på 522 000 kroner eller 0,5 prosent. Helse Sør-Øst hadde den svakeste prosentvise veksten i kostnader til LAR i denne perioden. Fra 2011 til 2015 gikk kostnadene ned med åtte prosent. LAR-kostnader utgjorde 100 mill. kroner i Helse Sør-Øst i 2015.

Helse Sør-Øst hadde nedgang i antall døgndoser til LAR på ni prosent fra 2014 til 2015, mens kostnadene ble redusert med to prosent.

I 2015 lå kostnad og antall døgndoser per innbygger til LAR-medikamenter i Helse Sør-Øst på henholdsvis ni og syv prosent over landsgjennomsnittet. Kostnad per døgndose var tre prosent over landsgjennomsnittet.

Helse Vest

Kostnader til LAR-medikamenter økte med om lag 16 mill. kroner fra 2007 til 2015 i Helse Vest, og utgjorde 38 mill. kroner i 2015. Fra 2011 til 2015 økte kostnadene med seks prosent.

Antall døgndoser økte kraftig (nær dobling) fra 2007 til 2011, mens veksten var mer dempet fra 2011 til 2015.

Antall døgndoser for LAR-medikamenter økte med fem prosent fra 2014 til 2015, og Helse Vest hadde med dette den sterkeste regionale veksten i antall døgndoser dette året. Kostnader økte mer enn antall døgndoser siste året.

Kostnad og antall døgndoser per innbygger i Helse Vest lå henholdsvis 11 og 22 prosent over landsgjennomsnittet i 2015. Samtidig lå kostnad per døgndose ti prosent under landsgjennomsnittet samme år. Helse Vest hadde dermed det høyeste forbruket og de laveste kostnadene per døgndose.

Helse Midt-Norge

Kostnader til LAR-medikamenter i Helse Midt-Norge økte med 8,4 mill. kroner fra 2007 til 2015, og utgjorde 12,3 mill. kroner i 2015. Kostnadene økte med fire prosent fra 2014 til 2015.

Antall døgndoser til LAR-medikamenter gikk ned med tre prosent fra 2014 til 2015. Det vil si at kostnadene økte og antall døgndoser ble redusert siste året.

I 2015 lå både kostnader og antall døgndoser per innbygger i Helse Midt-Norge under landsgjennomsnittet. Regionen hadde både lavest kostnader og antall doser målt per innbygger, med henholdsvis 45 prosent og 50 prosent under landsgjennomsnittet. Kostnad per døgndose var ni prosent høyere enn for landet samlet.

Helse Nord

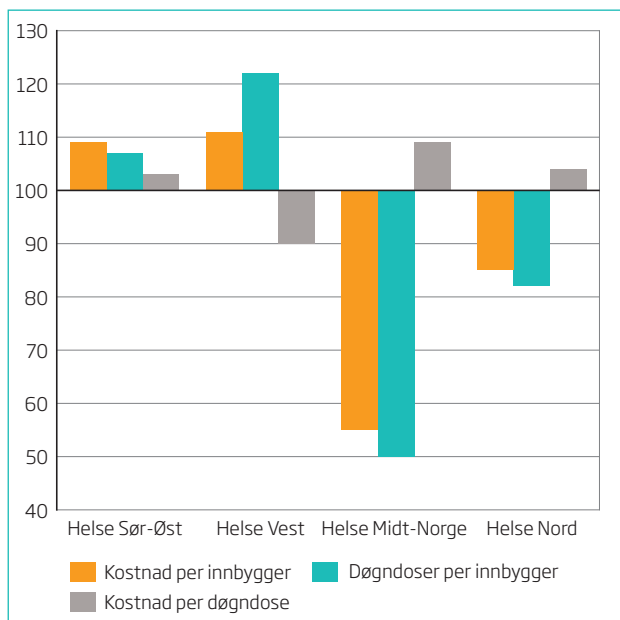
Fra 2007 til 2015 økte kostnader til LAR-medikamenter i Helse Nord med ti mill. kroner, og utgjorde 12,9 mill. kroner i 2015. Fra 2011 til 2014 hadde Helse Nord en nedgang i LAR-kostnader, men de økte igjen med tre prosent fra 2014 til 2015.

Sist i perioden, fra 2014 til 2015, ble antall døgndoser til LAR redusert med to prosent. Det vil si at kostnadene økte samtidig med at antall døgndoser ble redusert.

I Helse Nord var kostnad per innbygger til LAR-medikamenter 15 prosent under landsgjennomsnittet og antall døgndoser per innbygger 18 prosent under. Kostnad per døgndose var fire prosent over gjennomsnittet for landet.

Tabell 4.6 Regional utvikling i kostnader (mill. kroner) og døgndoser (DDD) til LAR-medikamenter 2007-2015.

	2007	2011	2014	2015	Pst. endr. 2007-15	Pst. endr. 2011-15	Pst. endr. 2014-15
Kostnader, mill. kr faste priser							
Helse Sør-Øst	99,8	108,4	102,5	100,3	0,5	-7,5	-2,2
Helse Vest	21,6	35,9	34,5	38,0	76,0	6,0	10,1
Helse Midt-Norge	3,9	8,0	11,9	12,3	217,7	54,1	3,9
Helse Nord	2,9	15,7	12,6	12,9	346,1	-17,7	2,6
Totalt	128,2	168,0	161,5	163,6	27,6	-2,6	1,3
Døgndoser							
Helse Sør-Øst	3 315 152	3 702 519	3 964 443	3 601 144	8,6	-2,7	-9,2
Helse Vest	610 316	1 199 788	1 472 530	1 548 851	153,8	29,1	5,2
Helse Midt-Norge	239 821	367 911	427 447	415 390	73,2	12,9	-2,8
Helse Nord	156 042	520 665	464 297	456 058	192,3	-12,4	-1,8
Totalt	4 321 332	5 790 883	6 328 716	6 021 444	39,3	4,0	-4,9

Figur 4.3 Regionalt nivå på kostnader per innbygger og døgndoser per innbygger til LAR, samt kostnad per døgndose i 2015. Landsgjennomsnitt = 100.

4.6 DATAGRUNNLAG OG DEFINISJONER

Datagrunnlaget for dette kapitlet er hentet fra Sykehusapotekenes database for leveranser av legemidler til foretak og avtaleinstitusjoner knyttet til de regionale helseforetakene (RHF-ene). SSBs prisindeks for legemidler er benyttet for å deflatere kostnadene. Se tabell 4.7 for størrelse på prisindeks og deflateringsnivå.

Om H-reseptløsningen

H-reseptlegemidler er legemidler som finansieres av de regionale helseforetakene, men administreres av pasientene selv. Ordningen ble igangsatt 1. juni 2006 med finansieringsansvar for definerte legemidler i behandling av revmatisk sykdom, hudsykdommer og mage-/tarmsykdom, og med tilhørende 400 mill. kroner overført fra Folketrygden. RHF-ene fikk styrket budsjettene med 258 mill. kroner i 2008, da ordningen ble utvidet med multippel sklerose. Fra 1. januar 2014 ble en gruppe kreftlegemidler inkludert i H-reseptløsningen, og RHF-ene fikk en tilhørende overføring på 300 mill. kroner.

Tabell 4.7 Prisindeks for legemidler 2007-2015.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Prosent prisvekst fra året før	2,7	1,8	3,1	4,3	1,4	2,2	1,1	1,9	1,2
Akkumulert deflator	1,183	1,162	1,127	1,080	1,066	1,043	1,031	1,012	1

Definisjoner

Legemidler i RHF-ene: De regionale helseforetakene har budsjettansvar for legemidler som gis under H-reseptløsningen og i sykehus. Med sykehus forstås helseforetak og avtaleinstitusjoner.

Døgndoser (DDD): Antall definerte døgndoser brukt til legemidler i H-reseptløsningen og i sykehus.

Totale legemiddelkostnader- og døgndoser i RHF-ene: Summen av kostnader og antall døgndoser til legemidler brukt i H-reseptløsningen og i sykehus, og som er fakturert helseforetak og avtaleinstitusjoner under RHF.

Kostnader og døgndoser til H-reseptlegemidler: Alle kostnader knyttet til legemidler og antall døgndoser gitt i H-reseptløsningen, som er fakturert helseforetak og avtaleinstitusjoner under RHF. Legemidlene er pasientadministrerte, men faktureres helseforetakene og avtaleinstitusjonene hvor pasienten er hjemmehørende. H-reseptlegemidlene deles inn i gruppene revma, MS og kreft.

Kostnader og døgndoser til legemidler i sykehus:

Alle kostnader knyttet til legemidler og antall døgndoser gitt i sykehus, og som er fakturert helseforetak og avtaleinstitusjoner under RHF.

Kostnader og døgndoser til legemiddelassistert rehabilitering (LAR): Alle kostnader for legemidler og antall døgndoser som inngår i LAR, og som er fakturert helseforetak og avtaleinstitusjoner under RHF. LAR-kostnader defineres som en del av kostnader til legemidler i sykehus.

5. Produktivitsutvikling i somatisk spesialisthelsetjeneste

Kostnaden per DRG-poeng ble redusert i størrelsesorden fra en til fire prosent i perioden fra 2011 til 2015. Kostnadene har økt med fire til sju prosent, og aktiviteten i form av DRG-poeng har økt med åtte prosent. Spennet i beregning av produktivitsforbedringen skyldes ulike forutsetninger om prisvekst. I 2015 var kostnaden per DRG-poeng 53 449 kr.

Produktivitsforbedringen var på en til to prosent siste år i perioden. Samtidig var en vekst i DRG-poengene på tre prosent i DRG-poengene i løpet av 2015, mot en gjennomsnittlig vekst på om lag 1,5 prosent i de forutgående årene.

Helse Sør-Øst hadde den sterkeste produktivitsforbedringen i perioden, med en nedgang i kostnad per DRG-poeng på to til fem prosent, mot en til fire prosent for landet samlet. Sterkere produktivitsforbedring i regionen kom sammen med svakere kostnadsvekst enn gjennomsnittet for landet samlet. Helse Nord fikk derimot en produktivitsnedgang, da kostnad per DRG-poeng gikk opp med en til fire prosent. Produktivitsnedgangen i Helse Nord kom sammen med svakere vekst i DRG-poengene sammenlignet med øvrige regioner.

Kostnaden per liggedøgn økte med ni til 12 prosent fra 2011 til 2015, og var 16 713 kr i 2015. Antallet liggedøgn i helseforetak ble redusert med sju prosent. På nasjonalt nivå korresponderte økt kostnad per liggedøgn, herunder reduksjon i antall liggedøgn, med reduksjon i kostnaden per DRG-poeng.

Avsnitt 5.4 viser kostnad per DRG-poeng på foretaksnivå i 2014 og 2015.

5.1 INNLEDNING

Problemstillinger

Dette kapitlet gir en beskrivelse av utviklingen i kostnadsnivået for den somatiske spesialisthelsetjenesten i perioden 2011 - 2015. Kostnadsnivå forstås her som forholdet mellom ressursinnsats målt som kostnader og aktivitet. Kostnadsgrunnlaget som legges til grunn er avgrenset til å gjelde for pasientbehandling, men inkluderer både pensjon, arbeidsgiveravgift og av- og nedskrivningskostnader. Aktivitet måles her som DRG-poeng og liggedøgn.

Pensjonskostnadene har økt mer enn øvrige driftskostnader i perioden. Betydningen av dette er nærmere beskrevet nedenfor under avsnittet om deflator og pensjonskostnader.

Formålet med kapitlet er å beskrive hvordan kostnaden per DRG-poeng, eller produktiviteten, har utviklet seg fra 2011 til 2015, og om det er regionale variasjoner i utviklingen. Herunder dekomponeres produktivitsutviklingen i en kostnads- og en aktivitetseffekt. Utviklingen i kostnadsnivået presenteres med og uten pensjonskostnader.

Videre vil utviklingen i kostnad per liggedøgn, herunder utviklingen i liggedøgn og kostnader til

behandling av innlagte pasienter, diskuteres sammen med utviklingen i kostnad per DRG-poeng. I perioden som betraktes har det vært en nedgang i antall liggedøgn, en nedgang i gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold, og en vekst i poliklinisk aktivitet. Dette kan forstås som et uttrykk for endring i behandlingsprofilen, mot kortere og mer intensiv døgnbehandling og dreining mot mer poliklinisk virksomhet.

Det gis en oversikt over kostnad per DRG-poeng på foretaksnivå, og utviklingen fra 2014 til 2015.

Definisjoner og datagrunnlag presenteres til slutt i kapitlet.

Deflator og pensjonskostnader

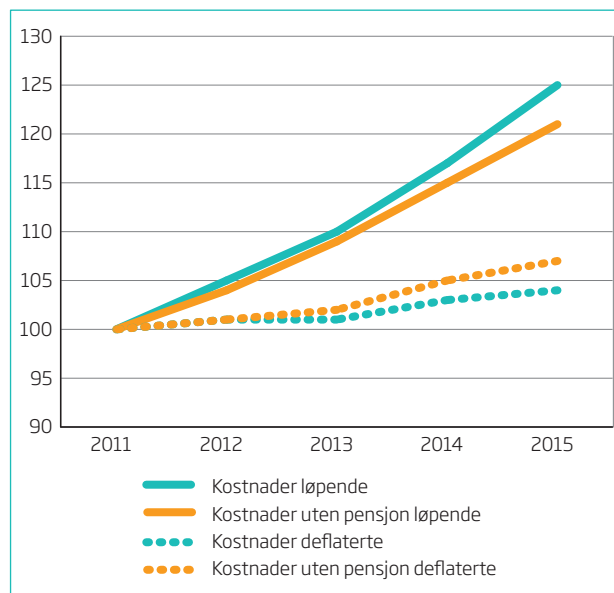
I dette kapitlet studerer vi utviklingen i kostnader til pasientbehandling korrigert for prisvekst. De regnskapsførte pensjonskostnadene har hatt en langt sterkere vekst enn de øvrige driftskostnadene i spesialisthelsetjenesten. De løpende¹⁹ kostnadene til pasientbehandling i somatisk sektor, inklusive pensjonskostnader, har økt fra 60 mrd. kr i 2011 til 75 mrd. kr i 2015, som tilsvarer 25 prosent. I samme periode har pensjonskostnadene økt med 65 prosent. Hvis pensjonskostnadene holdes ute, så har de løpende kostnadene til pasientbehandling økt med 21 prosent i perioden, se figur 5.1.

SSB sin indeks for prisvekst i statlige helsetjenester tar høyde for mervekst i pensjon. I statsbudsjettet fra HOD til de regionale helseforetakene kommer mervekst i pensjon som en særskilt bevilgning. Det vil si at mervekst i pensjonskostnader ikke kompenseres gjennom indeks for prisvekst i statsbudsjettet. Prisveksten som benyttes i statsbudsjettet er dermed lavere enn tilsvarende prisindeks fra SSB, se tabell 5.1.

Når vi ønsker å se på utvikling i priskorrigerede kostnader uten pensjon, så vil SSB sin prisindeks være for høy. Dermed har vi i dette kapitlet valgt å benytte prisindeksen som benyttes i statsbudsjettet når vi ser på priskorrigert endring (realendring) i kostnader uten pensjon.

Hvis det kun er ulik håndtering av pensjonskostnader som ligger til grunn for ulik deflator i SSB og i statsbudsjettet, så burde de deflaterede kostnadene med og uten pensjon få en lik vekstbane. Figur 5.1 viser at de løpende kostnadene med pensjon økte mer enn løpende kostnader uten pensjon (heltrukne linjer). Men de deflaterede kostnadene med pensjon får en svakere vekst enn deflaterede kostnader uten pensjon (Stiplede linjer). Dette betyr at det kan være flere faktorer enn mervekst i pensjon som ligger bak ulik deflator.

Figur 5.1 Utvikling i løpende og deflaterede kostnader til pasientbehandling i somatisk spesialisthelsetjeneste. 2011 = 100.



Tabell 5.1 Prisvekst i spesialisthelsetjenesten.

	2011	2012	2013	2014	2015
Årlig prosentvis prisvekst SSB (inkl. mervekst pensjon)		4,0	4,0	4,5	6,7
Akkumulert deflator SSB	1,205	1,160	1,115	1,067	1
Årlig prosentvis prisvekst HOD (eks. mervekst pensjon)		3,1	3,3	3,1	3,1
Akkumulert deflator HOD	1,132	1,098	1,063	1,031	1

¹⁹ Løpende kostnader betyr ikke korrigert for prisvekst. Deflaterede kostnader betyr korrigert for prisvekst.

Merkostnader og nye oppgaver for regionale helseforetak som kompenseres gjennom revidert nasjonalbudsjett ikke ligger i grunnlaget for HOD sin prisvekst. Det vil si at HOD sin deflator kan være litt for lav for dette formålet.

Avviket mellom HOD og SSB sin deflator er større i 2015 enn i de forutgående årene i perioden. Innenfor dette arbeidet har vi ikke kapasitet til å gå nærmere inn på årsaker til avvik. SSB opplyser per mail i juni 2016 at de ikke utelukker justeringer i sin prisindeks for 2015. Informasjon som foreligger på nåværende tidspunkt kan tilsa at SSB sin deflator for 2015 kan bli nedjustert ved kommende revisjon. I denne rapporten forholder vi likevel oss til prisindeksen fra SSB som foreligger. Vi diskuterer i tillegg kostnads- og produktivitetsutvikling når prisindeksen hvis prisindeksen fra statbudsjettet legges til grunn.

5.2 NASJONAL UTVIKLING

Fra 2011 til 2015 gikk kostnaden per DRG-poeng ned med nær fire prosent. Bak produktivitetsforbedringen i perioden var det en kostnadsvekst på fire prosent og en vekst i DRG-poengene, eller aktiviteten, på åtte prosent. Aktivitetsveksten var sterkere i 2015 sammenlignet med de forutgående årene i perioden. I 2015 økte aktiviteten med tre prosent mot en vekst på om lag 1,5 til 2 prosent årlig i de forutgående årene. Kostnadsveksten var på 0,7 prosent i 2015, marginalt svakere enn den gjennomsnittlige årlige kostnadsveksten for perioden fra 2011 til 2014.

Når pensjonskostnadene holdes ute, så får vi en produktivitetsforbedring på en prosent i perioden. Kostnadene uten pensjon økte med nær sju prosent, mot om lag fire prosent når pensjonskostnadene inkluderes. Kostnadsvekst korrigert for prisstigning beregnes med SSB sin deflator når pensjonskostnadene er inkludert, og med deflator fra statsbudsjettet når pensjonskostnadene er ekskludert.

Produktivitetsforbedringen beregnes dermed til å være i størrelsesorden fra en til fire prosent i perioden som betraktes. Spennet fra en til fire

prosent kommer som nevnt på bakgrunn av ulike forutsetninger om nivået på prisvekst i perioden. Når prisindeksen fra SSB legges til grunn får vi en sterkere produktivitetsforbedring i 2015 sammenlignet med de forutgående årene, se figur 5.2.

Kostnad per liggedøgn (inkludert pensjon) økte med ni prosent i perioden. Bak dette resultatet var det en nedgang i antall liggedøgn på sju prosent, og en vekst i kostnader til behandling av døgn- og dagpasienter på en prosent. Selv om den innlagte pasientbehandlingen har blitt intensivert, og kostnaden per liggedøgn høyere, så har kostnaden per DRG-poeng gått ned. Det vil si at på nasjonalt nivå er det et sammenfall mellom mer intensivert døgnbehandling, herunder økt andel poliklinisk behandling, og økt produktivitet.

Utviklingen i kostnaden per liggedøgn presenteres ikke uten pensjon. Effekten av å benytte kostnader uten pensjon, med tilhørende deflator, vil være at kostnadsveksten beregnes om lag tre prosentpoeng høyere. Dermed ville også økningen i kostnaden per liggedøgn ha blitt beregnet til om lag 11 til 12 prosent fra 2011 til 2015.

Fra 2014 til 2015 gikk antallet liggedøgn ned med i underkant av en prosent. Reduksjonen i liggedøgn fra 2013 til 2015 var noe svakere enn i de forutgående årene i perioden, se figur 5.3.

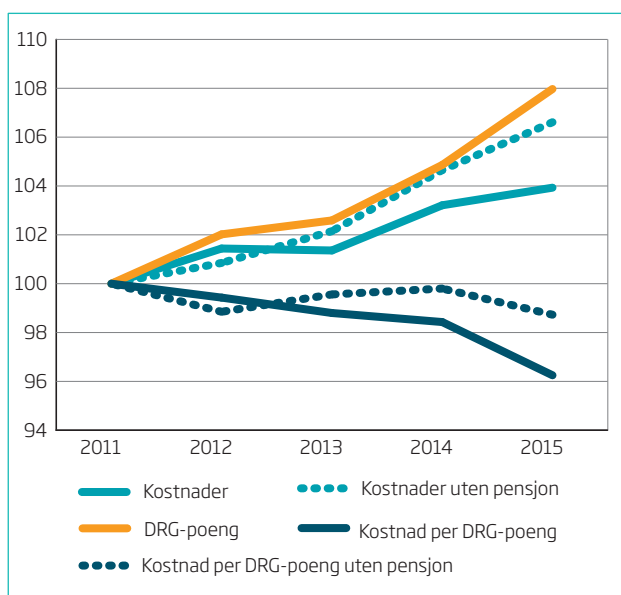
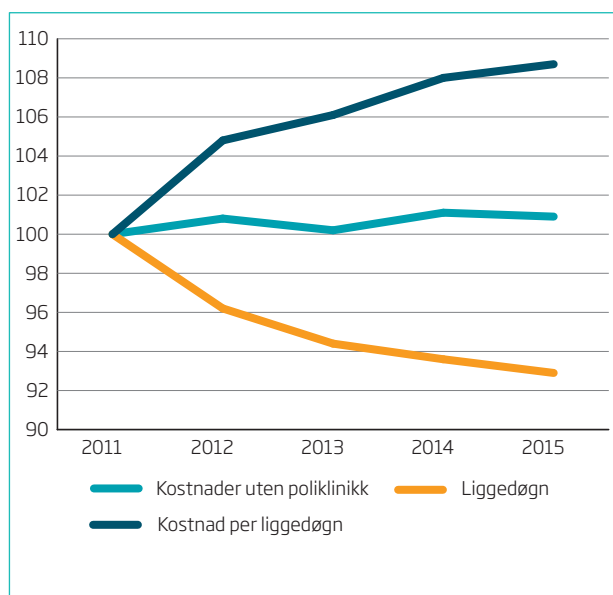
5.3 REGIONALE VARIASJONER

Helse Sør-Øst

Fra 2011 til 2015 ble kostnaden per DRG-poeng redusert med fem prosent for foretakene under Helse Sør-Øst. Bak dette var det en økning i kostnadene på tre prosent, og en aktivitetsvekst på åtte prosent, se figur 5.4. Aktiviteten i form av DRG-poeng økte i tråd med landsgjennomsnittet. Kostnadsveksten på tre prosent for Helse Sør-Øst var svakere enn den nasjonale kostnadsveksten på fire prosent. Når pensjonskostnadene holdes ute, så var det en reduksjon i kostnad per DRG-poeng på to prosent.

Tabell 5.2 Nasjonal utvikling og prosentvis endring i kostnader til pasientbehandling, DRG-poeng og liggedøgn.

	2011	2014	2015	Prosent endring 2011-15	Prosent endring 2014-15
Kostnader (mill. kr)	72 422	74 740	75 266	3,9	0,7
Kostnader uten pensjon (mill. kr)	61 018	63 849	65 049	6,6	1,9
Kostnader uten poliklinikk (mill. kr)	60 341	61 022	60 883	0,9	-0,2
DRG-poeng	1 304 194	1 367 566	1 408 177	8,0	3,0
Liggedøgn	3 922 693	3 672 647	3 642 808	-7,1	-0,8
Kostnad per DRG-poeng (kr)	55 530	54 652	53 449	-3,7	-2,2
Kostnad uten pensjon per DRG-poeng (kr)	46 786	46 688	46 194	-1,3	-1,1
Kostnad per liggedøgn (kr)	15 382	16 615	16 713	8,7	0,6

Figur 5.2 Relativ utvikling i kostnader til pasientbehandling, DRG-poeng og kostnad per DRG-poeng.**Figur 5.3 Relativ utvikling i kostnader til pasientbehandling eksklusive poliklinikk, liggedøgn og kostnad per liggedøgn.**

Foretakene under Helse Sør-Øst hadde dermed samlet sett den sterkeste regionale produktivitetsforbedringen i perioden som betraktes. Dette skyldes at regionen hadde den svakeste kostnadsveksten fra 2011 til 2015. Likt som for landet samlet, så var produktivitetsforbedringen i Helse Sør-Øst sterkere i 2015 sammenlignet med de forutgående årene.

I 2015 hadde Helse Sør-Øst et nivå på kostnad per DRG-poeng som var to prosent under gjennomsnittet for landet samlet.

Kostnad per liggedøgn økte med åtte prosent fra 2011 til 2015. Bak dette resultatet var det en

nedgang i antall liggedøgn på nær åtte prosent, og uendrede kostnader til behandling av dag- og døgnpasienter. Nedgangen i antallet liggedøgn på nær åtte prosent for Helse Sør-Øst var noe sterkere enn den nasjonale nedgangen på sju prosent. Dette kan indikere en sterkere intensivering av døgnbehandling i Helse Sør-Øst sammenlignet med de øvrige regionene. Samtidig hadde Helse Sør-Øst en sterkere produktivitetsforbedring enn gjennomsnittet for landet samlet.

Helse Vest

Kostnaden per DRG ble redusert med tre prosent fra 2011 til 2015 i Helse Vest, mot en nedgang på fire

prosent for landet samlet. Det vil si at produktivetsforbedringen var noe svakere i Helse Vest sammenlignet med landsgjennomsnittet. Gjennom perioden økte kostnadene til pasientbehandling med åtte prosent, mot fire prosent for landet samlet. Aktiviteten i form av DRG-poeng økte med 11 prosent i Helse Vest, mot åtte prosent for landet samlet, se figur 5.4. Hvis pensjonskostnadene holdes ute, er kostnaden per DRG-poeng uendret gjennom perioden for Helse Vest.

Helse Vest har det laveste kostnadsnivået med et relativt nivå for kostnad per DRG-poeng på 0,96 i 2015. Fordi Helse Vest har en svakere produktivetsforbedring enn de øvrige regionene samlet gjennom perioden, så har det relative kostnadsnivået økt fra 0,95 i 2011 til 0,96 i 2015. Se figur 5.7.

Kostnad per liggedøgn økte med nær 12 prosent gjennom perioden. I Helse Vest gikk antallet liggedøgn ned med seks prosent, mot sju prosent for landet samlet. Kostnadene til pasientbehandling i form av

døgn- og dagbehandling økte med fire prosent, mot en prosent for landet samlet. Dette kan indikere at intensivering av døgnbehandlingen har vært noe svakere i Helse Vest sammenlignet med gjennomsnittet for landet samlet. Samtidig har produktivetsforbedringen, målt som nedgang i kostnad per DRG-poeng, vært noe svakere i Helse Vest.

Helse Midt-Norge

Kostnaden per DRG-poeng ble redusert med fire prosent fra 2011 til 2015, i tråd med gjennomsnittet for landet samlet. Bak produktivetsforbedringen på fire prosent var det en vekst i kostnadene på fire prosent, og en vekst i aktiviteten på åtte prosent, se figur 5.4. Hvis pensjonskostnadene holdes ute, så beregnes produktivetsforbedringen til to prosent. Produktivetsforbedringen var sterkere i 2015 enn i de forutgående årene i perioden.

I 2015 hadde Helse Midt-Norge et nivå på kostnad per DRG-poeng som var en prosent over gjennom-

Tabell 5.3 Utvikling og prosentvis endring i kostnader til pasientbehandling, DRG-poeng og liggedøgn for Helse Sør-Øst.

	2011	2014	2015	Prosent endring 2011-15	Prosent endring 2014-15
Kostnader (mill. kr)	40 553	41 461	41 672	2,8	0,5
Kostnader uten pensjon (mill. kr)	34 102	35 446	35 941	5,4	1,4
Kostnader uten poliklinikk (mill. kr)	33 800	33 881	33 750	-0,1	-0,4
DRG-poeng	739 570	773 908	798 158	7,9	3,1
Liggedøgn	2 154 056	2 007 341	1 992 484	-7,5	-0,7
Kostnad per DRG-poeng (kr)	54 833	53 574	52 211	-4,8	-2,5
Kostnad uten pensjon per DRG-poeng (kr)	46 111	45 802	45 030	-2,3	-1,7
Kostnad per liggedøgn	15 691	16 878	16 939	8,0	0,4

Tabell 5.4 Utvikling og prosentvis endring i kostnader til pasientbehandling, DRG-poeng og liggedøgn for Helse Vest.

	2011	2014	2015	Prosent endring 2011-15	Prosent endring 2014-15
Kostnader (mill. kr)	13 421	14 141	14 450	7,7	2,2
Kostnader uten pensjon (mill. kr)	11 265	12 040	12 459	10,6	3,5
Kostnader uten poliklinikk (mill. kr)	11 333	11 713	11 835	4,4	1,0
DRG-poeng	255 555	273 257	282 707	10,6	3,5
Liggedøgn	838 272	800 574	785 253	-6,3	-1,9
Kostnad per DRG-poeng (kr)	52 517	51 749	51 115	-2,7	-1,2
Kostnad uten pensjon per DRG-poeng (kr)	44 081	44 062	44 072	0,0	0,0
Kostnad per liggedøgn	13 519	14 630	15 071	11,5	3,0

snittet for landet samlet. Nivået var relativt stabilt gjennom perioden.

Kostnad per liggedøgn gikk opp med seks prosent fra 2011 til 2015. Det var en nedgang i antallet liggedøgn på drøyt fem prosent, samtidig som at kostnadene til pasientbehandling (ekskludert poliklinikk) var omtrent uendret. Helse Midt-Norge hadde den svakeste regionale nedgangen i liggedøgn gjennom perioden.

Helse Nord

Kostnaden per DRG-poeng økte med en prosent fra 2011 til 2015, mot en reduksjon på fire prosent for landet samlet. I Helse Nord økte kostnadene med fire prosent i perioden, mens aktiviteten økte med 2,5 prosent, se figur 5.4. Det er dermed en svakere aktivitetsvekst som står bak en svakere produktivitetutvikling i Helse Nord. Hvis pensjonskostnadene holdes ute, så beregnes en økning i kostnad per DRG-poeng på fire prosent.

Fra 2014 til 2015 hadde Helse Nord en sterkere aktivitetsvekst sammenlignet med de forutgående årene. I 2015 økte DRG-poengene med 2,1 prosent. Det vil si at mesteparten av aktivitetsveksten gjennom perioden kom siste år. Dette året gikk kostnaden per DRG-poeng ned med en prosent.

Helse Nord hadde i 2015 det høyeste nivået på kostnad per DRG-poeng, og det relative kostnadsnivået var 22 prosent over landsgjennomsnittet - mot 18 prosent over i 2011. Økningen kommer fordi Helse Nord har hatt en svakere produktivitetutvikling enn de øvrige regionene.

Kostnaden per liggedøgn økte med 11 prosent fra 2011 til 2015. Antallet liggedøgn gikk ned med ni prosent samtidig som kostnadene til behandling av døgn- og dagpasienter økte med en prosent. Helse Nord hadde den sterkeste regionale nedgangen i liggedøgn gjennom perioden.

Tabell 5.5 Utvikling og prosentvis endring i kostnader til pasientbehandling, DRG-poeng og liggedøgn for Helse Midt-Norge.

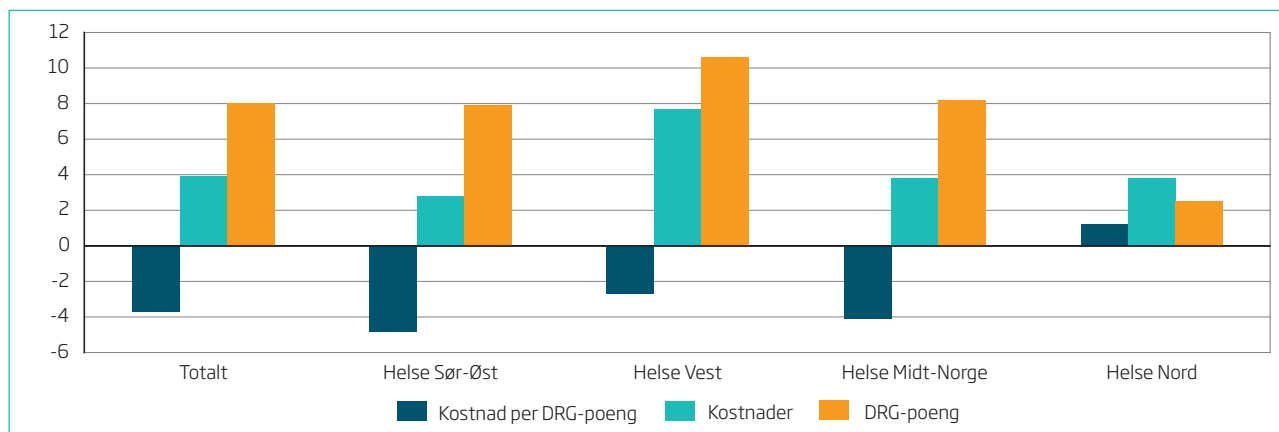
	2011	2014	2015	Prosent endring 2011-15	Prosent endring 2014-15
Kostnader (mill. kr)	10 460	10 919	10 855	3,8	-0,6
Kostnader uten pensjon (mill. kr)	8 827	9 280	9 366	6,1	0,9
Kostnader uten poliklinikk (mill. kr)	8 560	8 731	8 592	0,4	-1,6
DRG-poeng	185 079	195 952	200 207	8,2	2,2
Liggedøgn	536 703	505 595	508 407	-5,3	0,6
Kostnad per DRG-poeng (kr)	56 517	55 724	54 218	-4,1	-2,7
Kostnad uten pensjon per DRG-poeng (kr)	47 695	47 360	46 783	-1,9	-1,2
Kostnad per liggedøgn	15 948	17 268	16 900	6,0	-2,1

Tabell 5.6 Utvikling og prosentvis endring i kostnader til pasientbehandling, DRG-poeng og liggedøgn for Helse Nord.

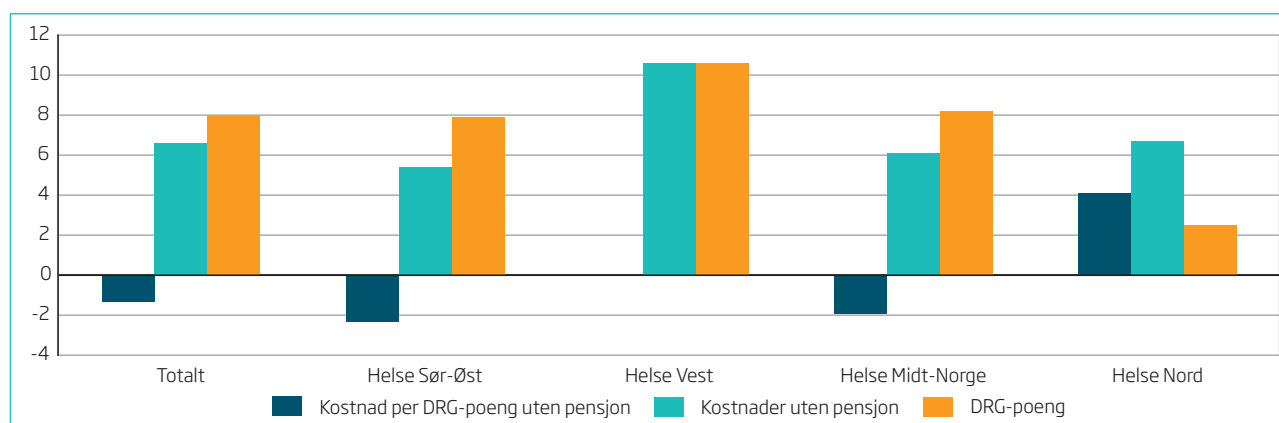
	2011	2014	2015	Prosent endring 2011-15	Prosent endring 2014-15
Kostnader (mill. kr)	7 988	8 219	8 288	3,8	0,9
Kostnader uten pensjon (mill. kr)	6 823	7 082	7 283	6,7	2,8
Kostnader uten poliklinikk (mill. kr)	6 634	6 680	6 694	0,9	0,2
DRG-poeng	123 989	124 450	127 105	2,5	2,1
Liggedøgn	393 661	359 137	356 664	-9,4	-0,7
Kostnad per DRG-poeng (kr)	64 426	66 039	65 210	1,2	-1,3
Kostnad uten pensjon per DRG-poeng (kr)	55 033	56 905	57 297	4,1	0,7
Kostnad per liggedøgn	16 853	18 600	18 767	11,4	0,9

Regionale sammenligninger

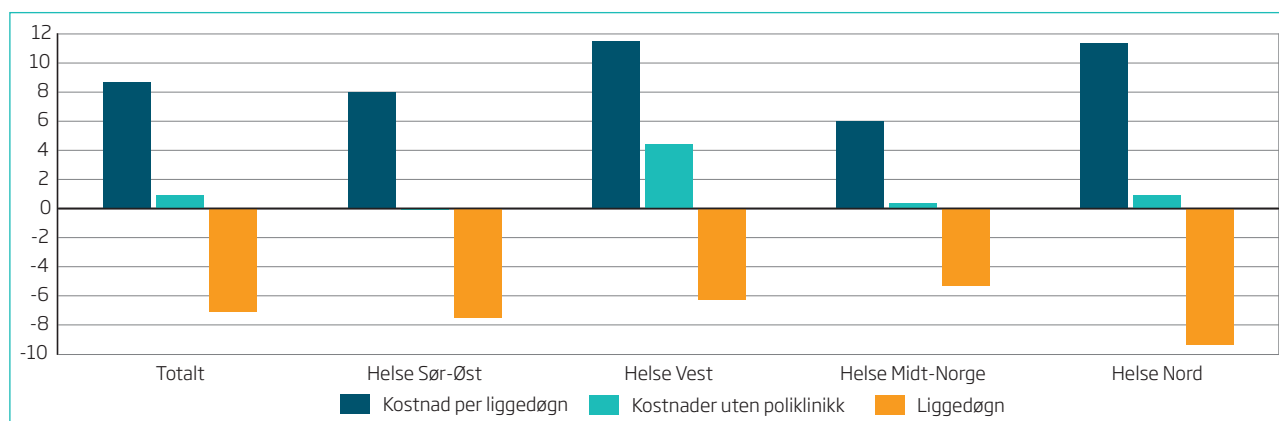
Figur 5.4 Prosentvis endring i kostnad per DRG-poeng, herav kostnadsendring og aktivitetsendring, 2011-2015.



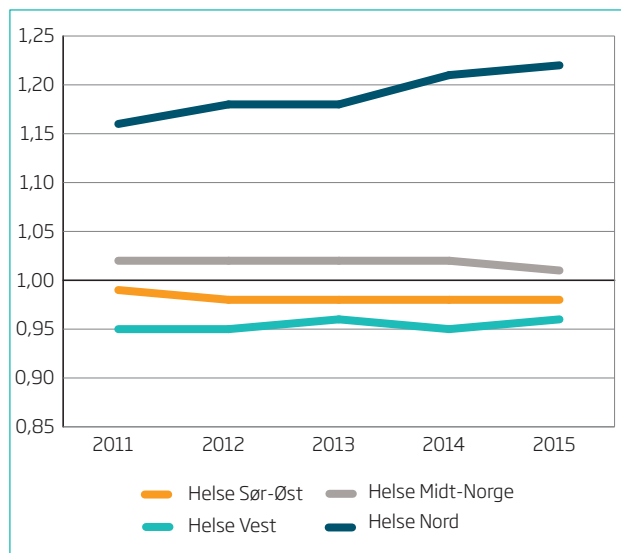
Figur 5.5 Prosentvis endring i kostnad uten pensjon per DRG-poeng, herav kostnadsendring og aktivitetsendring, 2011-2015.



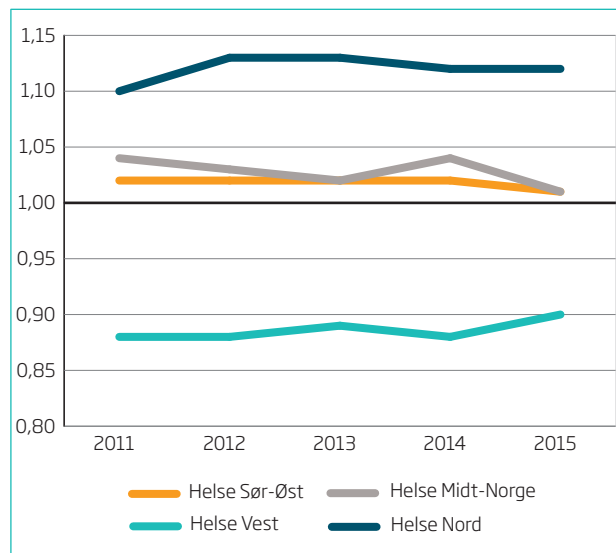
Figur 5.6 Prosentvis endring i kostnad per liggedøgn, herav kostnadsendring og endring i liggedøgn, 2011-2015.



Figur 5.7 Regional utvikling i relativt nivå på kostnad per DRG-poeng.



Figur 5.8 Regional utvikling i relativt nivå på kostnad per liggedøgn.



5.4 VARIASJONER MELLOM HELSEFORETAK

I dette avsnittet presenteres kostnad per DRG-poeng for 2015, og utvikling fra 2014. Resultatene kommenteres på bakgrunn av tabell 5.7, kostnad per DRG-poeng inklusive pensjon. Utviklingen i kostnad per DRG-poeng eksklusive pensjon vises i tabell 5.8. Se også avsnitt 5.1 og 5.2 for diskusjon av pensjonskostnader, deflator og realendring i kostnader. Figur 5.9²⁰ viser det relative nivået på kostnad per DRG-poeng i 2014 og i 2015.

Helseforetak i Sør-Øst

Fra 2014 til 2015 gikk kostnaden per DRG-poeng ned med 2,5 prosent for Helse Sør-Øst samlet, omtrent i tråd med gjennomsnittet for landet samlet. Bak dette resultatet var det en vekst i DRG-poengene på 3,1 prosent, og en vekst i kostnadene på 0,5 prosent, se tabell 5.7.

Akershus Universitetssykehus, Oslo Universitetssykehus og Sykehuset Telemark hadde en sterkere produktivitetsforbedring i 2015 sammenlignet med gjennomsnittet for Helse Sør-Øst, med en nedgang

i kostnad per DRG-poeng i størrelsen 3,3 til 3,9 prosent. For Akershus Universitetssykehus og Oslo Universitetssykehus skyldtes dette i hovedsak en vekst i DRG-poengene som var sterkere enn gjennomsnittet for regionen. For Akershus Universitetssykehus var det også en marginal nedgang i kostnadene. Sterkere produktivitetsforbedring ved Sykehuset Telemark kom i hovedsak på bakgrunn av en sterkere reduksjon i kostnadene på tre prosent.

Vestre Viken og Sykehuset i Vestfold hadde det laveste kostnadsnivået i 2015. Akershus Universitetssykehus og Oslo Universitetssykehus har i 2015 et nivå på kostnad per DRG-poeng som er høyere enn gjennomsnittet for foretakene i Helse Sør-Øst, som vist i figur 5.9 og tabell 5.7.

Sørlandet Sykehus, Sykehuset i Vestfold og Diakonhjemmets sykehus hadde en svakere produktivitetsforbedring i 2015 sammenlignet med gjennomsnittet for foretakene i Helse Sør-Øst, med en reduksjon i kostnad per DRG-poeng i størrelsesorden 0,5 til 1,6 prosent. For Sørlandet Sykehus og Sykehuset i Vestfold skyldtes dette svakere vekst i antall DRG-poeng. For Diakonhjemmets sykehus var veksten i DRG-poeng sterkere, med en økning på 5,6 prosent – men kostnadene økte også omtrent tilsvarende. I 2015 har Diakonhjemmets sykehus et

²⁰ Sunnaas sykehus, Betanien hospital, Martina Hansens hospital, Revmatismesykehuset AS og Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus presenteres ikke i figur 5.9, men inngår ved beregning av nasjonalt gjennomsnitt.

nivå på kostnad per DRG-poeng som er høyere enn gjennomsnittet for foretakene i Helse Sør-Øst.

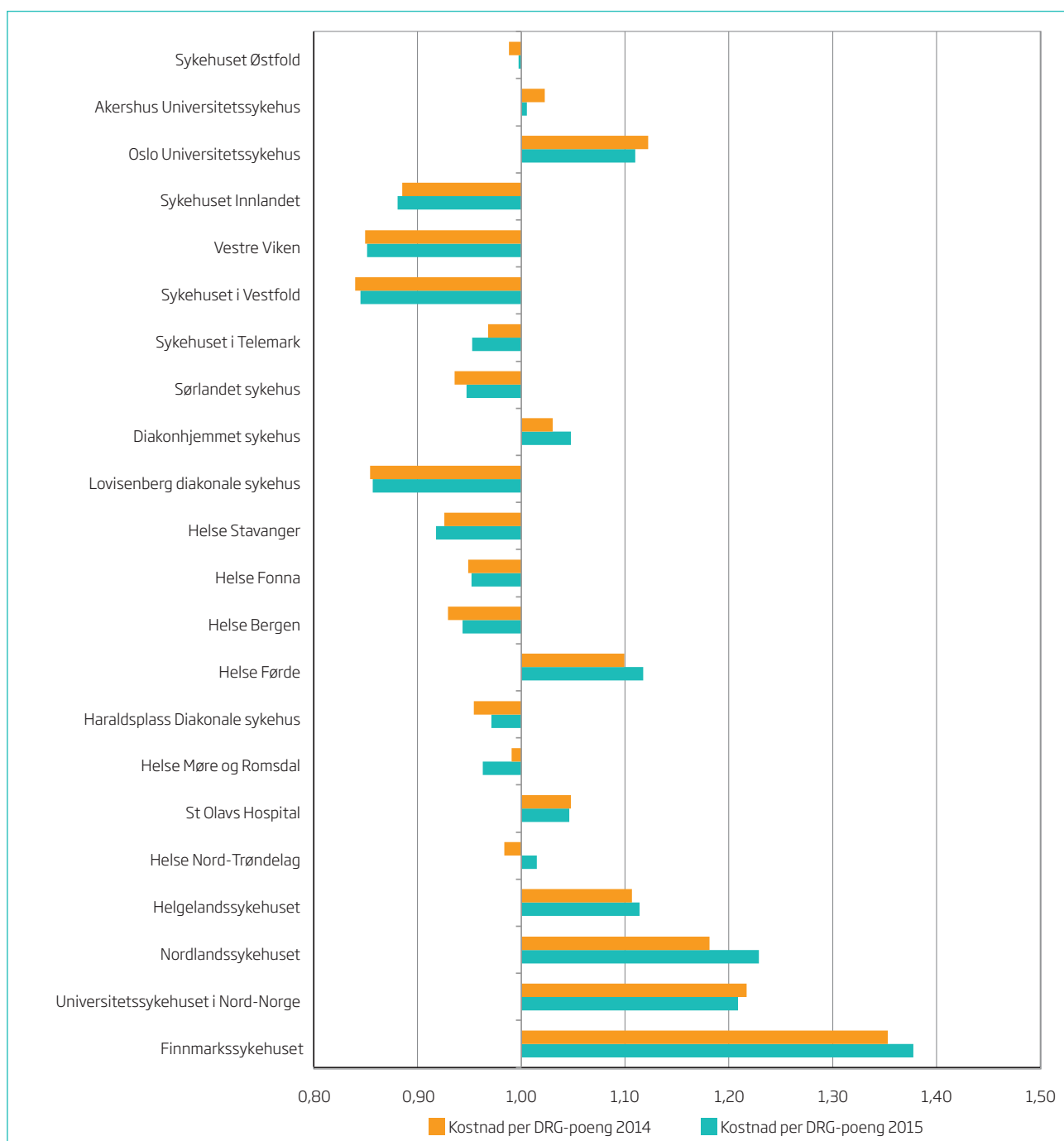
Helseforetak i Vest

Kostnaden per DRG-poeng gikk ned med 1,3 prosent fra 2014 til 2015 i Helse Vest. Produktivetsforbedringen var noe svakere enn 2,2 prosent for

landet samlet. I Helse Vest økte aktiviteten med 3,5 prosent i løpet av 2015, mens kostnadene økte med 2,1 prosent. Kostnadsveksten var dermed noe sterkere enn 0,7 prosent for landsgjennomsnittet, se tabell 5.7.

Helse Fonna og Helse Stavanger hadde en nedgang i kostnad per DRG-poeng på henholdsvis 1,9 og

Figur 5.9 Relativt nivå på kostnad per DRG-poeng 2014 og 2015, 1 = landsgjennomsnitt.



3,1 prosent, som var en sterkere produktivetsforbedring enn gjennomsnittet for regionen. For Helse Stavanger skyldtes sterkere nedgang i kostnadsnivået svakere kostnadsvekst. For Helse Fonna skyldtes sterkere produktivetsforbedring en sterkere vekst i antall DRG-poeng. Helse Stavanger er i 2015 det foretaket i Helse Vest som har det laveste relative kostnadsnivået i 2015, se figur 5.9.

Helse Bergen, Helse Førde og Haraldsplass diakonale sykehus hadde en produktivetsforbedring i størrelsesorden 0,5 til 0,7 prosent, som var noe svakere enn gjennomsnittet for regionen på 1,3 prosent. For Helse Bergen skyldtes dette sterkere kostnadsvekst. Helse Førde hadde noe svakere aktivitetsvekst kombinert med noe sterkere kostnadsvekst. Ved Haraldsplass diakonale sykehus var det både svakere kostnadsvekst og svakere aktivitetsvekst, men svakere aktivitetsvekst gir

Tabell 5.7 Kostnad per DRG-poeng og endring 2014-15 dekomponert i kostnads- og aktivitetseffekt.

Helseforetak	Kostnad per DRG-poeng 2015			Endring 2014-15 dekomponert	
	Relativt	Absolutt	Pst. endr. 14-15	Kostnadsendring	Aktivitetsendring
Helse Sør-Øst	0,98	52 211	-2,5	0,5	3,1
Helse Vest	0,96	51 115	-1,3	2,1	3,5
Helse Midt-Norge	1,01	54 218	-2,7	-0,6	2,2
Helse Nord	1,22	65 210	-1,3	0,9	2,1
Totalt	1,00	53 449	-2,2	0,7	3,0
Sykehuset Østfold	1,00	53 306	-1,3	2,3	3,6
Akershus Universitetssykehus	1,01	53 734	-3,9	-0,3	3,7
Oslo Universitetssykehus	1,11	59 324	-3,3	0,2	3,6
Sunnaas sykehus	1,45	77 407	5,5	5,6	0,1
Sykehuset Innlandet	0,88	47 082	-2,7	-0,5	2,3
Vestre Viken	0,85	45 499	-2,0	3,2	5,3
Sykehuset i Vestfold	0,85	45 168	-1,6	-0,2	1,5
Sykehuset i Telemark	0,95	50 914	-3,8	-3,0	0,9
Sørlandet sykehus	0,95	50 636	-1,0	0,7	1,7
Diakonhjemmet sykehus	1,05	56 009	-0,5	5,1	5,6
Lovisenberg diakonale sykehus	0,86	45 800	-1,9	-1,4	0,5
Martina Hansens hospital	0,72	38 656	-1,1	1,9	3,0
Revmatismesykehuset as	0,80	42 574	-1,8	0,5	2,4
Betanien hospital	0,65	34 997	-13,6	-8,9	5,4
Helse Stavanger	0,92	49 051	-3,1	0,5	3,6
Helse Fonna	0,95	50 886	-1,9	2,7	4,6
Helse Bergen	0,94	50 423	-0,7	3,1	3,9
Helse Førde	1,12	59 720	-0,6	2,4	3,0
Haraldsplass Diakon. Sykehus	0,97	51 908	-0,5	-0,3	0,2
Haugesund san.for.revm	1,15	61 544	19,6	4,1	-12,9
Helse Møre og Romsdal	0,96	51 467	-4,9	-1,3	3,8
St Olavs Hospital	1,05	55 913	-2,4	-1,1	1,3
Helse Nord-Trøndelag	1,01	54 239	0,9	2,6	1,7
Helgelandssykehuset	1,11	59 537	-1,6	3,6	5,2
Nordlandssykehuset	1,23	65 681	1,7	2,1	0,4
Universitetssykehuset i Nord-Norge	1,21	64 606	-2,9	-0,6	2,4
Finnmarkssykehuset	1,38	73 634	-0,4	1,5	1,9

resultatet. Helse Førde hadde det høyeste relative kostnadsnivået i Helse Vest.

Helseforetak i Midt-Norge

For Helse Midt-Norge gikk kostnaden per DRG-poeng ned med 2,7 prosent fra 2014 til 2015. Produktivitetsforbedringen for foretakene i Helse Midt-Norge var dermed sterkere enn gjennomsnittet

for landet, som vist i tabell 5.7. Bak produktivetsforbedringen i Helse Midt-Norge var det en nedgang i kostnadene på 0,6 prosent, og en vekst i DRG-poengene på 2,2 prosent. Sterkere produktivetsforbedring i Helse Midt-Norge kom på grunn av kostnadsreduksjonen. For landet samlet økte kostnadene til pasientbehandling med 0,7 prosent.

Tabell 5.8 Kostnad uten pensjon per DRG-poeng, og endring 2014-15 dekomponert i kostnads- og aktivitetseffekt.

Helseforetak	Kostnad uten pensjon per DRG-poeng 2015			Endring 2014-15 dekomponert	
	Relativt	Absolutt	Pst.endr. 14-15	Kostnads- endring	Aktivitets- endring
Helse Sør-Øst	0,97	45 030	-1,7	1,4	3,1
Helse Vest	0,95	44 072	-0,1	3,4	3,5
Helse Midt-Norge	1,01	46 783	-1,2	0,9	2,2
Helse Nord	1,24	57 297	0,7	2,8	2,1
Totalt	1,00	46 194	-1,1	1,9	3,0
Sykehuset Østfold	1,00	46 137	0,9	4,5	3,6
Akershus Universitetssykehus	1,02	47 346	-3,1	0,4	3,7
Oslo Universitetssykehus	1,11	51 250	-2,2	1,3	3,6
Sunnaas sykehus	1,39	64 044	5,2	5,3	0,1
Sykehuset Innlandet	0,88	40 605	-1,6	0,6	2,3
Vestre Viken	0,84	38 732	-3,6	1,5	5,3
Sykehuset i Vestfold	0,83	38 396	-0,2	1,3	1,5
Sykehuset i Telemark	0,94	43 605	-2,7	-1,8	0,9
Sørlandet sykehus	0,94	43 421	0,1	1,8	1,7
Diakonhjemmet sykehus	1,05	48 529	1,0	6,7	5,6
Lovisenberg diakonale sykehus	0,87	40 178	-0,2	0,3	0,5
Martina Hansens hospital	0,72	33 344	0,3	3,3	3,0
Revmatismesykehuset as	0,76	35 289	-1,9	0,4	2,4
Betanien hospital	0,65	30 250	-13,0	-8,4	5,4
Helse Stavanger	0,92	42 468	-1,6	1,9	3,6
Helse Fonna	0,95	44 055	-0,4	4,2	4,6
Helse Bergen	0,94	43 374	0,4	4,3	3,9
Helse Førde	1,12	51 704	0,9	3,9	3,0
Haraldsplass Diakon. Sykehus	0,95	43 808	-0,1	0,1	0,2
Haugesund san.for.revm	1,16	53 773	20,9	5,2	-12,9
Helse Møre og Romsdal	0,96	44 179	-3,4	0,3	3,8
St Olavs Hospital	1,05	48 422	-1,1	0,2	1,3
Helse Nord-Trøndelag	1,01	46 690	3,2	4,9	1,7
Helgelandssykehuset	1,16	53 735	0,9	6,1	5,2
Nordlandssykehuset	1,25	57 954	3,7	4,1	0,4
Universitetssykehuset i Nord-Norge	1,21	56 113	-1,3	1,1	2,4
Finmarkssykehuset	1,42	65 424	2,1	4,0	1,9

Helse Møre og Romsdal hadde en sterkere nedgang i kostnad per DRG-poeng på nær fem prosent fra 2014 til 2015. Bak den sterke produktivetsforbedringen var det en aktivitetsvekst som var sterkere enn gjennomsnittet for regionen, sammen med en kostnadsreduksjon som også var sterkere. Helse Møre og Romsdal hadde i 2015 det laveste kostnadsnivået blant helseforetakene i Midt-Norge, se figur 5.9 og tabell 5.7.

For Helse Nord-Trøndelag var det en annen utvikling, med en økning i kostnad per DRG-poeng på nær en prosent i løpet av 2015. Bakgrunnen for produktivetsnedgangen var sterkere vekst i kostnader til pasientbehandling. St. Olavs Hospital hadde en produktivetsutvikling som var nærmest gjennomsnittet for regionen.

Helseforetak i Nord

I Helse Nord gikk kostnaden per DRG-poeng ned med 1,3 prosent fra 2014 til 2015. Produktivetsforbedringen for helseforetakene i Nord var dermed noe svakere enn for landet samlet, som vist i tabell 5.7. I Helse Nord økte kostnadene med 0,9 prosent i 2015, og DRG-poengene økte med 2,1 prosent. Svakere produktivetsforbedring skyldtes dermed svakere aktivitetsvekst.

Ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) gikk kostnaden per DRG-poeng ned med nær tre prosent fra 2014 til 2015. Sterkere produktivetsforbedring relateres i hovedsak til en nedgang i kostnader til pasientbehandling ved UNN, mot en svak kostnadsvekst for regionen samlet.

Nordlandssykehuset får derimot en økning i kostnader per DRG-poeng fra 2014 til 2015. Produktivetsnedgangen var på 1,7 prosent. Kostnadene økte med 2,1 prosent mot om lag en prosent for regionen samlet. Aktiviteten ved Nordlandssykehuset økte svakere med 0,4 prosent mot 2,1 prosent på regionalt nivå.

Helgelandssykehuset hadde en sterkere vekst i antall DRG-poeng i løpet av 2015, med en vekst på 5,2 prosent mot 2,1 prosent for regionen samlet. Kostnadene økte også, men svakere enn aktiviteten.

5.5 DATAGRUNNLAG OG DEFINISJONER

Utvalg

Beregninger av kostnad per DRG-poeng og kostnad per liggedøgn i somatiske sykehus er eksklusive private sykehus, Oslo legevakt, Bergen legevakt og Betanien Bergen. Private avtaleinstitusjoner er inkludert. Se tabellene 5.7 og 5.8 for oversikt over hvilke enheter som inngår.

Kostnader

Informasjon om kostnader er hentet fra driftsregnskapene som offentlige helseforetak og private institusjoner har rapportert til Statistisk Sentralbyrå for perioden 2011 - 2015. Se også kapittel 3 for en nærmere beskrivelse.

Pensjonskostnader

Dette er kostnader som er ført på konto 541 i helseforetakenes kontoplan. Grunnet regnskapsført effekt av reduserte fremtidige pensjonsforpliktelser er regnskapsførte pensjonskostnader kunstig lavt i 2014. SAMDATA og SSB har derfor estimert pensjonskostnader for 2014 ved å ikke ta inn planendringen i kostnadsgrunnlaget.

Deflator

Se avsnitt 5.1.

Avgrensning av kostnader til pasientbehandling

Ved beregning av kostnadsindikatorer avgrenses kostnadsgrunnlaget til kostnader som kan relateres til foretakets pasientbehandling, og hvor det rapporteres pasientdata i form av DRG-poeng, opphold eller polikliniske kontakter.

Kostnader som gjelder aktivitet utover pasientbehandling er tatt ut av kostnadsgrunnlaget for indikatorberegningene og innrapporterte regnskapstall er tilrettelagt spesielt for å ivareta dette hensynet. Tilretteleggingen er gjort med bakgrunn i spesifiseringer fra det enkelte foretak og består i å korrigere for kostnader knyttet til følgende:

- For somatisk sektor ekskluderes polikliniske episoder som ikke genererer ISF-refusjoner (radiologi- og laboratorievirksomhet). Kostnadene estimeres på grunnlag av regnskapsførte refusjoner fra Helfo og egenandeler.
- Forskning, utvikling og øvrige prosjekter. Kostnader til forskning estimeres i utgangspunktet ved hjelp av forskningskostnader rapportert til NIFU, men andre metoder kan også benyttes i samråd med helseforetakene.
- Kostnader knyttet til hjemmeadministrerte medikamenter (H-resept), som ikke registreres som aktivitet i pasientdata.
- Kostnader for administrasjon av behandlingshjelpemidler.
- Kostnadsførte fakturaer for pasienter i opptaksområdet behandlet ved andre helseforetak, avtaleinstitusjoner eller private institusjoner.
- Driftstilskudd til enheter/virksomheter som ikke inngår i institusjonenes eller helseforetakets pasientdata som rapporteres til NPR. Herunder inngår tilskudd til kommunalt samarbeid og kommunale øyeblikkelighjelp-plasser og drift av nasjonale og regionale kompetansesenter.
- Pasientskadeerstatning.
- Salg av varer og tjenester²¹.
- Utleie av bygningsmasse.

Ved beregning av kostnad per liggedøgn i somatisk sektor korrigeres kostnadsgrunnlaget ytterligere for kostnader knyttet til polikliniske episoder. Kostnader for poliklinisk aktivitet estimeres ved å benytte andel av samlede DRG-poeng som er fra poliklinikk og trekke denne andelen ut av samlede driftskostnader for DRG-aktiviteten.

Kostnadene det korrigeres for antas å være inklusive pensjonskostnader. Når det beregnes kostnader til pasientbehandling eksklusive pensjonskostnader så justeres også korreksjonsstørrelsene nevnt i kulepunktene over for pensjon.

Aktivitet

Somatiske sykehus

DRG-poeng benyttes som et aktivitetsmål justert for forventet ressurskrav i pasientbehandlingen. Ved beregning av kostnad per DRG-poeng benyttes sum av DRG-poeng fra pasientdata for både døgn-, dag og polikliniske episoder. DRG-poeng fra døgn- og dagvirksomheten tar utgangspunkt i korrigerede DRG-vektorer for alle opphold, inkludert opphold knyttet til ordningen «Raskere tilbake» og opphold for utenlandske pasienter. DRG-poengene for 2011 - 2014 er korrigerede for å være sammenlignbare med DRG-poengene i 2015. Se kapittel 7 for nærmere beskrivelse.

Liggedøgn beregnes som et aktivitetsmål knyttet til dag- og døgnepisoder. Episoder hvor pasienten er skrevet ut og inn samme dag er gitt liggetid lik 0,5 døgn.

²¹ Kostnadene er estimert ved salgsinntekter og andre inntekter som ikke gjelder pasientbehandling, samt også salg av varer og tjenester til andre helseforetak.

6. Helseforetakenes økonomiske situasjon

De regionale helseforetakene hadde også i 2015 positive økonomiske resultat, både hver for seg og samlet. Det er fjerde året på rad at alle de fire regionale helseforetakene oppnår positivt økonomisk resultat. Dette bidrar til et bedre grunnlag for å kunne gjennomføre investeringer i kommende år.

Investeringene i de regionale helseforetakene var i 2015 på nær 8,5 mrd kroner, hvilket er litt lavere enn i 2014. Det er imidlertid årlige svingninger i investeringsnivået i takt med aktiviteten i store byggeprosjekter. I siste 5 årsperiode har investeringer i varige driftsmidler og immaterielle eiendeler bidratt til en økning i balanseførte eiendeler på drøyt 10 mrd kroner. Investeringene i denne 5 årsperioden finansieres i hovedsak (82 prosent) med regionenes egne midler. De resterende 18 prosent er finansiert med investeringslån.

Det har siste år, og i hovedsak også siste 5 år, vært en reduksjon i de regionale helseforetakenes gjeldsgrad (gjeld/egenkapital). Dette skyldes positive økonomiske resultat som bidrar til økt egenkapital, samt lavere vekst i langsiktig og kortsiktig gjeld.

6.1 REGNSKAPSMESSIG RESULTAT

Foretaksgruppen²² i de regionale helseforetakene hadde hver for seg og samlet et positivt økonomisk resultat også i 2015, som vist i tabell 6.1 og 6.2. Resultatet siste år var på drøyt 2,7 mrd kroner. Helse Sør-Øst og Helse Nord har et bedre økonomisk resultat i 2015 sammenlignet med 2014, mens det motsatte er tilfellet for Helse Vest og Helse

Midt-Norge. Resultatene er imidlertid bedre enn budsjettert for alle regionale helseforetak.

Det akkumulerte økonomiske resultatet for perioden 2002 til 2015, dvs. etter foretaksreformen, er for første gang positivt. Fra 2002 til 2008 hadde de regionale helseforetakene samlet negative økonomiske resultat, mens fra 2009 og frem til i dag har de samlet oppnådd positive økonomiske resultat.

Tabell 6.1 Regnskapsmessig resultat og eiers styringskrav¹⁶ for foretaksgruppen samlet i perioden 2011-2015, samt samlet for 2002-2015.¹⁷ Millioner kroner.

	2011	2012	2013	2014	2015	Akk. 2011-2015	Akk. 2002-2015
Eiers styringskrav	0	0	0	10 100	-	10 100	-298
Regnskapsført resultat	767	1 737	1 906	12 877	2 736	20 022	1 083
Avvik ift. eiers styringskrav	767	1 737	1 906	2 777	-	9 922	1 381
Avvik i pst av inntekt	0,7 pst	1,5 pst	1,5 pst	2,2 pst	1,9 pst		

²² Foretaksgruppen omfatter alle helseforetak i de regionale helseforetakene, inkludert morselskapet (RHF-et).

²³ Det er for 2015 ikke satt et konkret styringskrav til RHF-ene. I foretaksmøtet er RHF-ene gitt i oppdrag at de «innretter virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som følger av Prop. 1 S (2014-2015), foretaksmøtet og oppdragsdokumentet for 2015, slik at sørge-for-ansvaret oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.» Hva dette betyr konkret vil (kunne) variere mellom de fire RHF-ene.

Tabell 6.2 Regnskapsmessig resultat korrigert for eiers styringskrav for foretaksgruppen i de regionale helseforetakene i perioden 2011-2015, samt samlet for 2002-2015. Millioner kroner.

	2011	2012	2013	2014	2015 ¹	Akk. 2011-2015	Akk. 2002-2015
Helse Sør-Øst	-478	211	483	816	1 046	2 078	-2 061
Helse Vest	455	565	648	796	680	3 143	1 549
Helse Midt-Norge	417	524	286	802	393	2 422	1 041
Helse Nord	373	437	488	363	617	2 279	852
Totalt	767	1 737	1 906	2 777	2 736	9 922	1 381

1) Det er ikke satt et konkret styringskrav for RHF-ene i 2015, jf fotnote 23.

6.2 INVESTERINGER I VARIGE DRIFTSMIDLER

Investeringsnivået i helseforetak og for RHF samlet varierer ofte mellom år i takt med nivået på større byggeprosjekter. Slike prosjekter gir et vesentlig høyere investeringsnivå i en periode. Tabell 6.3 viser utviklingen i investeringer (tilgang) og endring i balanseførte verdier («netto investeringer») siste 5 år. Investeringsnivået har økt jevnt frem mot 2014, med et noe lavere nivå i 2015. Dette skyldes i stor grad større byggeprosjekter i flere regioner, herunder nytt Østfold-sykehus og nye bygg ved Nordlandssykehuset. Balanseførte verdier for bygninger, utstyr og immaterielle eiendeler har også økt siste 5 år, med drøyt 10 mrd kroner. Det har

dermed i denne perioden vært en oppbygging av realkapital når man ser RHF-ene samlet.

Tabell 6.4 viser årlig endring i varige driftsmidler (som bygninger, medisinsk-teknisk utstyr (MTU), transportmidler osv.) og immaterielle eiendeler (IT programvare o.l.) for de fire regionale helseforetakene, mens tabell 6.5 viser tilsvarende tall for kun MTU. I løpet av siste 5 år har det blitt foretatt en del større investeringer i alle regioner unntatt Helse Midt-Norge, som har en nedgang i balanseførte verdier i den perioden. Helse Midt-Norge har imidlertid gjennomført store investeringer før siste 5 årsperioden gjennom bygging av nytt sykehus i Trondheim (sykehusdelen ferdig i 2010).

Tabell 6.3 Årlige investeringer og årlig endring i balanseførte verdier for immaterielle eiendeler og varige driftsmidler nasjonalt 2011-2015. Millioner kroner.

	2011	2012	2013	2014	2015	Akk. 2011-2015
Investeringer (tilgang)	5 272	7 115	9 598	10 836	8 480	41 301
Av- og nedskrivninger	5 803	5 803	5 717	5 747	6 025	29 097
Korr for salg av anleggsmidler	139	169	172	176	217	874
Andre korreksjoner	-72	-39	639	390	165	1 084
Årlig endring i balanseførte verdier	-599	1 181	3 069	4 523	2 073	10 247

Tabell 6.4 Årlig endring i balanseførte verdier for immaterielle eiendeler og varige driftsmidler for foretaksgruppen i regionene i perioden 2011-2015. Millioner kroner.

	2011	2012	2013	2014	2015	Akk. 2011-2015
Helse Sør-Øst	-1 002	166	2 322	2 701	796	4 983
Helse Vest	382	238	290	830	586	2 326
Helse Midt-Norge	-159	224	-523	-96	-374	-928
Helse Nord	180	552	980	1 089	1 065	3 866
Totalt	-599	1 181	3 069	4 523	2 073	10 247

24 Eiers styringskrav i 2014 skyldes endringer i regler for beregning av pensjonskostnader, se Prop 235 (2014-2015) Endringer i statsbudsjettet 2014.

Tabell 6.5 Årlig endring i balanseførte verdier for medisinsk-teknisk utstyr (MTU) for foretaksgruppen i regionene i perioden 2011-2015. Millioner kroner.

	2011	2012	2013	2014	2015	Akk. 2011-2015
Helse Sør-Øst	49	-43	149	232	607	994
Helse Vest	102	26	64	42	-19	215
Helse Midt-Norge	-61	-99	-40	34	2	-163
Helse Nord	15	91	87	5	189	387
Totalt	105	-25	261	313	780	1 433

Både de regionale helseforetakene selv og analyser gjennomført av McKinsey (2013)²⁵ på oppdrag fra Legeforeningen påpeker behovet for økte investeringer i medisinsk teknisk utstyr. Tabell 6.5 viser en positiv utvikling i denne type investeringer, men at det er indikasjoner på at de store investeringene i MTU skjer ved større byggeprosjekter. Det har også for investeringer i MTU vært et høyere nivå i Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord, enn i Helse Midt-Norge.

6.2.1 Finansiering av investeringer

Investeringer stiller krav til at foretaket har tilgang på likviditet (dvs. økonomiske midler). Dette kan hentes fra primært to kilder²⁶:

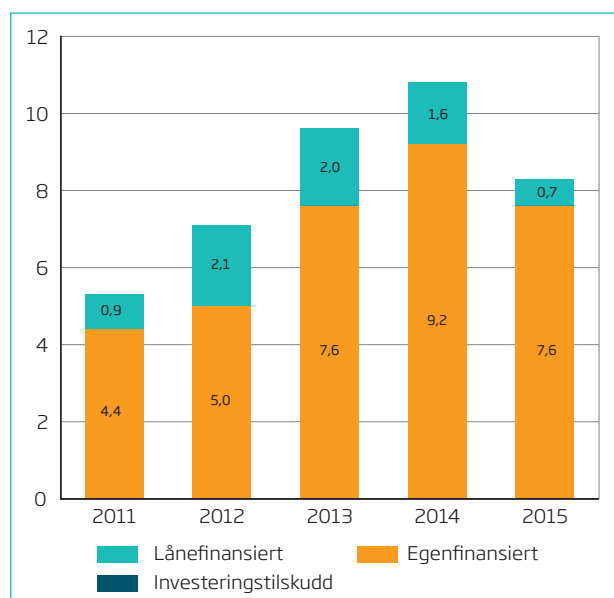
1. Basisbevilgning

Foretakenes basisbevilgning skal blant annet dekke årlige avskrivningskostnader. Dette er «ikke betalbare kostnader» og midler i basisbevilgningen tilsvarende dette beløpet kan brukes til investeringer eller drift, eventuelt holdes tilbake for å bli benyttet i kommende år. Avskrivningskostnader for foretaksgruppen i regionene utgjorde i 2015 om lag 5,9 mrd kroner.²⁷

2. Investeringslån fra staten

Helseforetakene kan få investeringslån fra staten, en ordning som administreres av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Lånebehov i oppstartsår og samlet lånebehov for prosjektet prioriteres opp mot andre formål ved utarbeidelse av statsbudsjettet. Investeringslån utgjorde i 2015 om lag 0,7 mrd kroner.

Det er vist at investeringsnivået i de regionale helseforetakene samlet økte i perioden 2011 til 2014, for deretter å være noe lavere i 2015. Forklaringen på endringen siste år er kun fluktuasjoner i utbyggingsintensitet i de større byggeprosjektene.

Figur 6.1 Finansiering av investeringer (kontantstrøm) 2011-2015. Milliarder kroner.

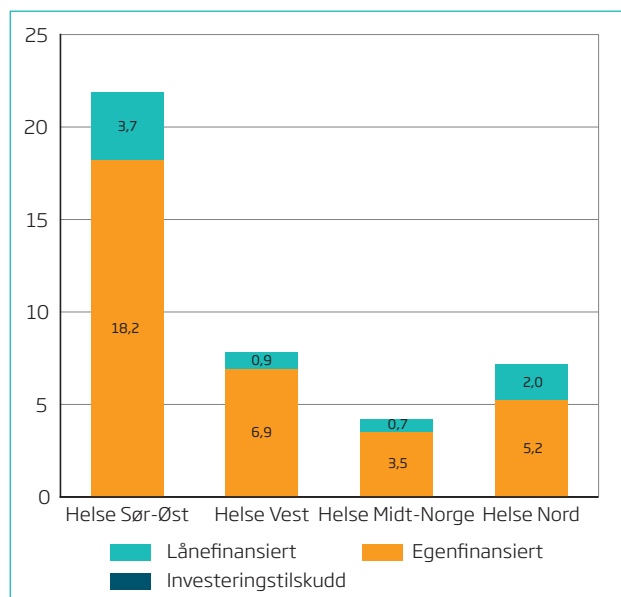
25 «Investeringer i spesialisthelsetjenesten i Norge. Bygg, Medisinskteknisk utstyr, Kompetanse», McKinsey juni 2013.

26 Investeringstilskudd er en ordning som ikke har vært benyttet de seneste årene.

27 Kilde: Årsregnskap RHF.

Investeringene er i all hovedsak finansiert med RHF-enes egne midler, som vist i figur 6.1. Andelen finansiert med investeringslån er 18 prosent for perioden 2011 til 2015 samlet.

Figur 6.2 Kilder for finansiering av investeringer per region akkumulerte for 2011-2015. Milliarder kroner.



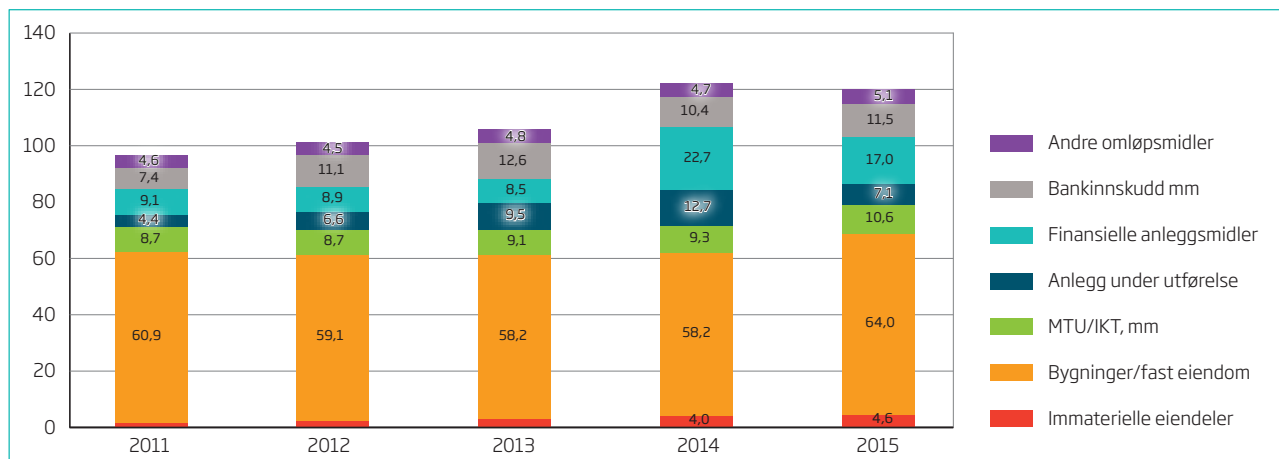
6.3 EIENDELER OG GJELD

Balansen i årsregnskapet synliggjør hvilke økonomiske ressurser foretakene eier (eiendeler) og hvordan de er finansiert gjennom egenkapital og gjeld. I dette avsnittet vises det noen hovedtall for eiendeler, gjeld og egenkapital for foretaksgruppen i regionene. Målet med dette er å gi et overordnet bilde på helseforetakenes finansielle stilling. Balanseførte verdier mellom ulike år er ikke korrigert for endringer i prisnivå.

Figur 6.3 viser verdien av eiendelene samlet og fordelingen på de ulike eiendelskategoriene. Samlede eiendeler var marginalt lavere i 2015 sammenlignet med året før. Økningen i balanseførte verdier for bygninger/fast eiendom motsvares til dels av reduksjon i anlegg under utførelse, og skyldes ferdigstilling av byggeprosjekt. Samlet sett er det en svak økning i immaterielle og varige driftsmidler. Reduksjonen i eiendeler kan knyttes mer til reduksjon i balanseførte pensjonsmidler.

Tabell 6.6 viser endringen i balanseførte verdier for immaterielle og varige driftsmidler fra 2003 til 2015, dvs. i perioden etter foretaksreformen.²⁸ I denne perioden har alle de fire regionale helseforetakene økt disse eiendelene med om lag 25 prosent eller mer. Sterkest vekst har Helse Midt-Norge, og da særlig knyttet til bygging av St. Olavs Hospital. Regionen er nå inne i en fase med lavere byggevirksomhet og reduksjon i balanseførte verdier for

Figur 6.3 Balanseførte eiendeler i 2011-2015 for foretakene samlet. Milliarder kroner.



²⁸ Utfordringer med fastsettelse av åpningsbalansen i 2002 er bakgrunnen for å sammenligne med 2003.

varige driftsmidler. Det vises også at det de siste årene har foregått en større byggevirkosomhet i Helse Nord, og at det er Helse Nord som også har størst økning siste år.

Eiendelene er i økende grad finansiert gjennom egenkapital, som de regionale helseforetakene bygger opp gjennom positive økonomiske resultat. Dette fremgår av figur 6.4, hvor det vises at dette har vært en utvikling i hele siste femårsperiode. Reduksjonen i driftskreditt kan i stor grad knyttes til pålegg fra sentrale myndigheter, og en etablert praksis når avviket mellom pensjonskostnaden og pensjonspremien er større enn forutsatt.

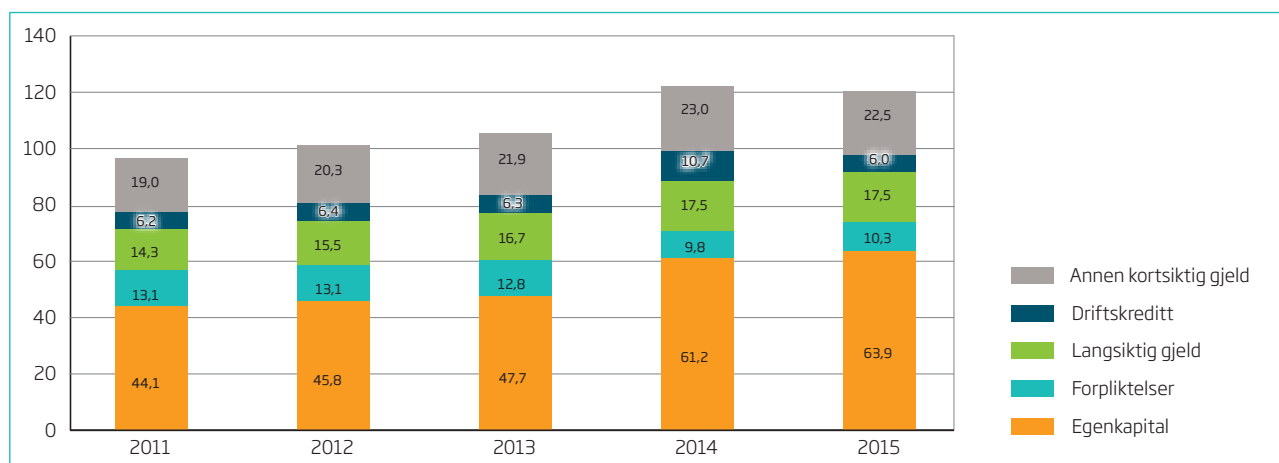
Det var i all hovedsak kun mindre endringer siste år i de regionale helseforetakenes langsiktige gjeld til HOD, som vist i tabell 6.7.

Gjeldsgrad er definert som forholdstallet mellom gjeld og egenkapital, og skal gi et bilde på gjeldsbelastningen i de regionale helseforetakene. Figur 6.5 viser utviklingen i gjeldsgrad for de regionale helseforetakene siste fem år. I tråd med positive økonomiske resultat (som bidrar til bedret egenkapital) og kun mindre endringer i langsiktig og kortsiktig gjeld, har gjeldsgraden blitt redusert de siste to årene for alle regioner. Styrken i reduksjonen varierer, og når man ser utviklingen siste fem år har

Tabell 6.6 Balanseførte verdier for immaterielle og varige driftsmidler 2003, 2014 og 2015. Foretaksgruppen. Millioner kroner.

	2003	2014	2015	Endr. 2014-15	Pst endr. 2014-15	Endr. 2003-15	Pst endr. 2003-15
Helse Sør-Øst	36 913	45 097	45 892	796	1,8	8 979	24,3
Helse Vest	12 095	14 445	15 031	586	4,1	2 936	24,3
Helse Midt-Norge	9 001	14 094	13 729	-365	-2,6	4 728	52,5
Helse Nord	8 578	10 671	11 736	1 065	10,0	3 158	36,8
Totalt	66 587	84 306	86 388	2 081	2,5	19 801	29,7

Figur 6.4 Balanseført egenkapital og gjeld i 2011-2015 for foretakene samlet. Milliarder kroner.

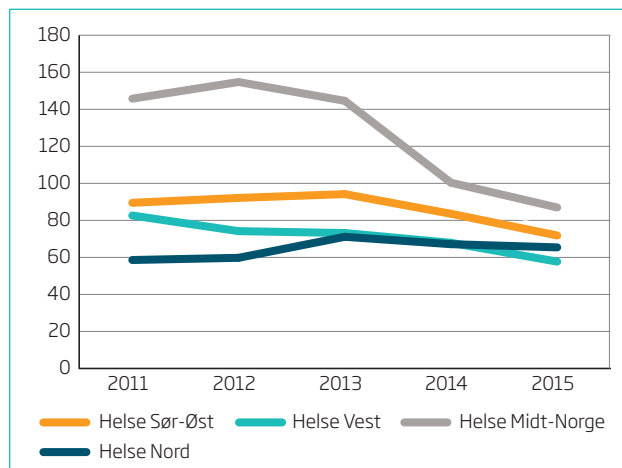


Tabell 6.7 Foretaksgruppens langsiktige gjeld til HOD 2011-2015. Millioner kroner.

	2011	2012	2013	2014	2015	Endr. 2014-2015
Helse Sør-Øst	6 688	7 576	8 328	8 857	8 684	-173
Helse Vest	2 196	2 227	2 288	2 371	2 375	4
Helse Midt-Norge	3 695	3 714	3 763	3 519	3 275	-244
Helse Nord	1 372	1 656	2 003	2 429	2 692	263
Totalt	13 951	15 174	16 381	17 175	17 026	-149

også enkelte regioner erfart en midlertid økning i gjeldsgraden. Hovedbildet er imidlertid redusert gjeldsgrad for de regionale helseforetakene.

Figur 6.5 Utvikling i gjeldsgrad (gjeld/egenkapital) regionalt 2011-2015. Prosent.



6.4 DATAGRUNNLAG OG DEFINISJONER

Datagrunnlaget for kapitlet er årsregnskap for helseforetakene og for foretaksgruppen i de regionale helseforetakene i perioden 2011 til 2015. I noen beregninger brukes det data tilbake til starten av foretaksreformen i 2002.

Regnskapsmessig resultat viser de totale inntekter fratrukket de kostnader som er påløpt i perioden. I siste femårsperiode har eier i ett av årene (2014) stilt et annet styringskrav enn økonomisk balanse. Det er for 2015 ikke satt konkrete styringskrav til RHF-ene, jf fotnote 23. Det vises derfor både tall for regnskapsmessig resultat og resultat korrigert for styringskrav.

Investeringer vises gjennom to størrelser, investeringer og årlig endring i balanseførte verdier. Investeringer defineres som tilgang i immaterielle eiendeler og varige driftsmidler. Kilden til dette er relevante noter i årsregnskapet. Årlig endring i balanseførte verdier for immaterielle eiendeler og varige driftsmidler defineres som en form for «netto investeringer», ved at denne størrelsen tar hensyn til av- og nedskrivninger av nevnte eiendeler, samt korreksjoner ved salg av eiendeler og andre

relevante forhold. Investeringer i finansielle anleggsmidler er ikke inkludert.

Ved beskrivelse av finansiering av investeringer er det tatt utgangspunkt i opplysninger fra kontantstrømoppstillingen. Investeringer defineres da som utbetalinger vedrørende kjøp av driftsmidler.

Eiendelene kategoriseres grovt sett i anleggsmidler og omløpsmidler. Anleggsmidlene inndeles videre i immaterielle driftsmidler, varige driftsmidler (bygninger, medisinsk-teknisk utstyr (MTU), anlegg under utførelse, m.m.) og finansielle anleggsmidler. Omløpsmidlene inndeles i varer, fordringer og bankinnskudd o.l. Pågående byggeprosjekter føres som anlegg under utførelse, og denne størrelsen inkluderer både bygninger, MTU, IKT og annet. Det er først ved ferdigstilling av (deler av) bygg at en verdimeessig dekomponering i nevnte kategorier blir synlig i årsregnskapet.

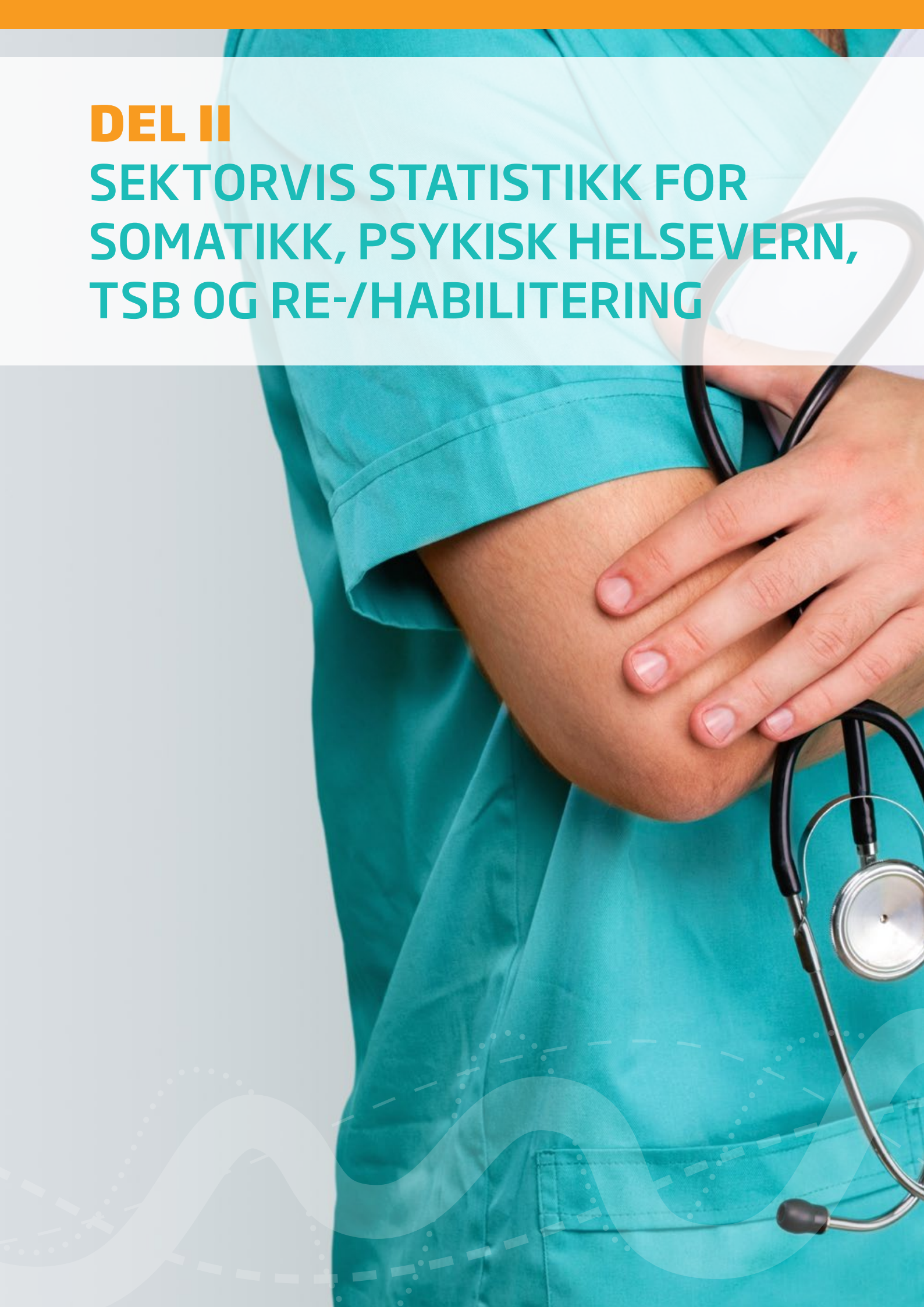
Gjeldsgrad er en indikator for gjeldsbelastningen til de regionale helseforetakene. Gjeldsgrad er definert som summen av kortsiktig- og langsiktig gjeld, sett i forhold til samlet egenkapital. Avsetning for forpliktelser er ikke inkludert i sum gjeld i denne indikatoren.

Det benyttes nominelle og ikke priskorrigerede størrelser i dette kapitlet.

Grunnlagstall for figurer og noen ytterligere data finnes på nettsiden helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata

DEL II

SEKTORVIS STATISTIKK FOR SOMATIKK, PSYKISK HELSEVERN, TSB OG RE-/HABILITERING



7. Aktivitet og ressurs- utnyttelse i somatiske sykehus

Det ble utført over 5,70 millioner polikliniske konsultasjoner i 2015, en økning på 4,7 prosent fra 2014. Noe av økningen i polikliniske konsultasjoner var knyttet til økt antall kontakter per pasient. På nasjonalt nivå var det 3,24 polikliniske kontakter per pasient i 2011 og 3,38 kontakter per pasient i 2015. Andelen nye polikliniske pasienter har blitt redusert i alle regionene i perioden 2011 til 2015. Nedgangen var tydeligst i Helse Sør-Øst og Helse Vest.

Alle regionene har en vekst i antall DRG-poeng i perioden fra 2011 til 2015, med en økning på tre prosent siste år. Helse Vest hadde sterkeste vekst. Indeksen for pasientsammen-setningen, som gir en indikasjon på hvor ressurskrevende et opphold er, viser en økning for døgnopphold de to siste årene. For dagopphold var det en økning siste år, mens indeksen for polikliniske konsultasjoner har økt hvert år fra 2011 til 2015.

Det var en vekst i antall opphold med kirurgiske behandlinger fra 2014 til 2015, og mye av økningen var knyttet til en vekst i dagkirurgi. Det meste av økningen i kirurgisk behandling gjaldt planlagte behandlinger, og kom hovedsakelig på offentlige sykehus. Andelen dagkirurgi av all kirurgi holdt seg relativt stabilt i perioden fra 2011 til 2015, men det var en betydelig variasjon mellom helseforetakene.

Gjennomsnittlig liggetid ble redusert fra 4,7 til 4,2 dager i perioden fra 2011 til 2015. Det var en reduksjon både for medisinsk og kirurgisk behandling. Nedgangen fra 2011 til 2012 var markant for pasientene samlet og for de eldste aldersgruppene, og gjaldt alle regionene. Denne nedgangen sammenfaller med innføring av ny ordning for betaling for utskrivningsklare pasienter. Fra 2012 og fram til 2015 fortsatte nedgangen i de fleste regionene, men utviklingen var litt ulik. Helse Vest hadde en tydelig nedgang også de fire siste årene, mens Helse Nord hadde et stabilt nivå de siste tre årene.

Nivået av reinnleggelser var stabilt fra 2012 til 2015. I underkant av 9 prosent av alle dag- og døgnopphold var en reinnleggelse for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivning fra sykehus. Risikoen for reinnleggelse øker med alder og i 2015 var 14 prosent av oppholdene for pasienter 80 år og eldre en reinnleggelse. Variasjonen mellom helseforetakene i andel reinnleggelser var relativt stor og forskjellene mellom foretakene ser ut til å være økende.

Andelen langtidsliggedøgn var lavere i 2015 enn hva den var i 2011 og utgjorde 7,1 prosent av alle liggedøgn i 2015. For den eldste aldersgruppen var det en tydelig økning i andelen langtidsliggedøgn fra 2013 til 2014, men nivået gikk litt ned i 2015.

Alle tall i dette kapitlet er tilgjengelig for alle helseforetak for årene 2011-2015 på helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata

7.1 INNLEDNING

Dette kapitlet viser utviklingen i aktivitet i somatiske sykehus og gir grunnlagsinformasjon som belyser ressursutnyttelsen i de enkelte helseregionene og helseforetakene. Kapitlet beskriver aktivitetsutviklingen i form av DRG-poeng, indeks for pasientsammensetning, antall opphold og konsultasjoner per pasient, andel nye pasienter på poliklinikkene, forskjeller i liggetid, andel dagkirurgi og reinnleggelser. I kapitlet presenteres figurer og tall hovedsakelig på et regionalt nivå. Aktivitet og utvikling på helseforetaksnivå blir trukket fram der dette er hensiktsmessig. Data-grunnlaget for ressursbruk er eksklusive private sykehus, Oslo legevakt, Bergen legevakt og Rusakuten ved Bergen legevakt. Totaltallene avviker derfor fra nasjonal statistikk i kapittel 2 og 8. Aktivitetsutviklingen etter pasientens bosted, korrigert for befolkningsvekst, blir belyst i kapittel 8.

7.2 UTVIKLING I AKTIVITET OG DRG-POENG

Aktivitetsutvikling

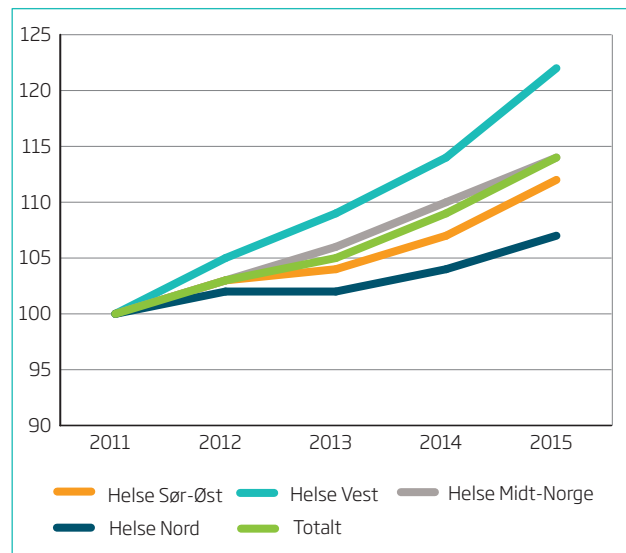
Det ble utført over 5,70 millioner polikliniske konsultasjoner i 2015 ved de helseforetak/sykehus som utgjør datagrunnlaget for dette kapitlet. Dette var en økning på 4,7 prosent fra 2014 og på 13,6 prosent fra 2011 til 2015. Størst vekst var det i Helse Vest, med en økning på 7,1 prosent siste år. Den svakeste veksten var i Helse Nord.

Det var en svak nedgang i antall dagbehandlinger²⁹ fra 2014 til 2015. Nedgangen gjaldt for ikke-kirurgisk dagbehandling, og hovedsakelig for Oslo Universitetssykehus³⁰ (OUS). Ved flertallet av helseforetakene var det en økning i medisinsk dagbehandling. Det var også en økning i antall opphold med dagkirurgi, både i perioden under ett

²⁹ Dagbehandling består av planlagte dagpasienter og øyeblikkelig hjelp uten overnatting og inkluderer både dagmedisin og kirurgisk dagbehandling.

³⁰ Nedgangen i dagbehandling kategorisert i en medisinsk DRG kan skyldes en registreringsendring ved OUS. Det var flere opphold i 2014 sammenlignet med i 2015 som ble kategorisert i en poliklinisk DRG, men som var registrert som dagbehandling (omsorgsnivå innlagt).

Figur 7.1 Prosent endring i polikliniske konsultasjoner etter region 2011-2015 (2011=100).



og det siste året. For de eldste aldersgruppene var det en vekst i all dagbehandling siste år.

Det har vært en liten vekst i antall døgnopphold i perioden 2011 til 2015. Veksten var sterkest i Helse Vest. Økningen i antall døgnopphold gjaldt hovedsakelig aldersgruppen 67 til 79 år, med en vekst på 18 prosent totalt og nesten fem prosent det siste året. Dette er en forventet økning med utgangspunkt i befolkningsveksten for aldersgruppen. Det var også en liten økning for de eldste pasientene (80 år og over). For denne aldersgruppen har befolkningsnivået holdt seg stabilt de siste årene.

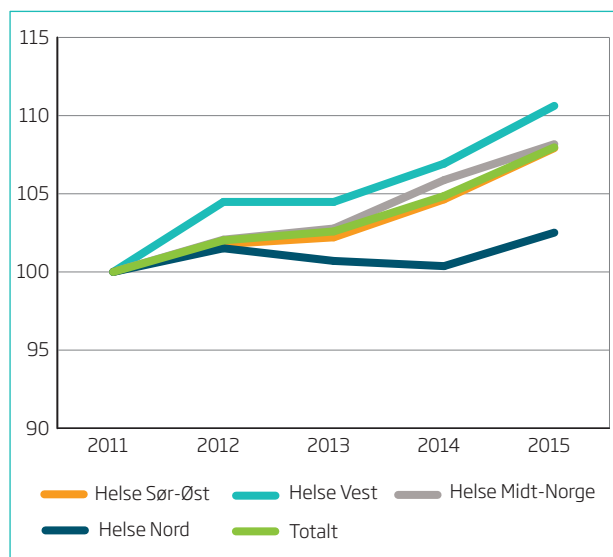
Utvikling i DRG-poeng

DRG-poengene er et aktivitetsmål som tar hensyn til at ulike sykehus har ulik pasientsammensetning, noe som gjør det mulig å sammenligne ressursbruk. Alle opphold og konsultasjoner kan klassifiseres i DRG-systemet³¹. DRG-poeng for døgnopphold utgjør 74 prosent av det totale antallet DRG-poeng i 2015, mens dagbehandling og poliklinikk utgjør henholdsvis 7 og 19 prosent. I dette avsnittet presenteres DRG-poeng som er korrigert for systemendringer i ISF, se avsnitt 7.9.

³¹ Episoder med manglende informasjon blir gruppert i en DRG for ikke-grupperbare (470). Det er også et lite antall episoder hvert år som ikke er gruppert i noen DRG.

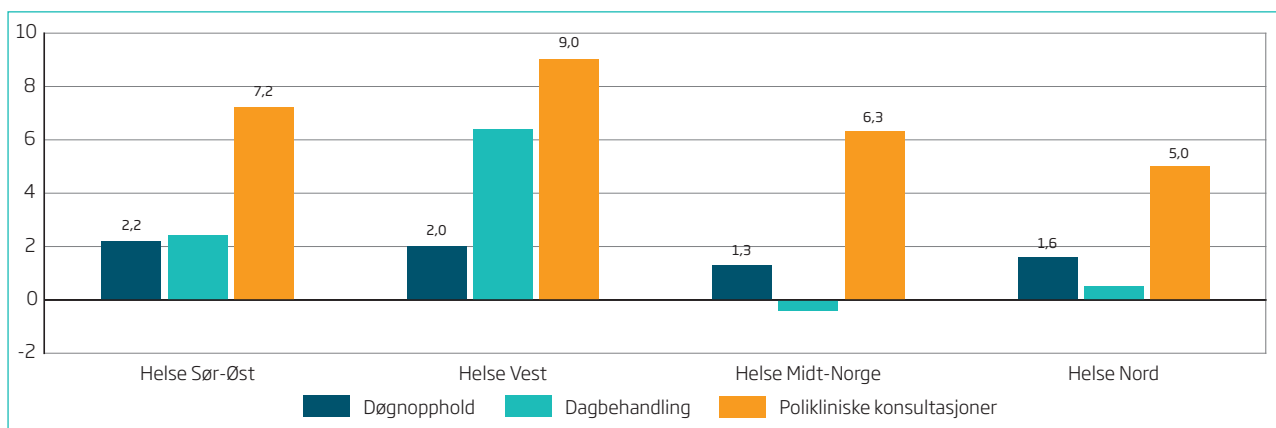
På nasjonalt nivå økte antall DRG-poeng totalt med tre prosent siste år, og åtte prosent fra 2011 til 2015. Alle regionene hadde et høyere nivå av DRG-poeng i 2015 enn i 2011, se figur 7.2. Figur 7.3 og 7.4 viser utvikling for regionene inndelt etter behandlingsnivå henholdsvis for 2014-15 og 2011-15. Helse Vest hadde en sterkere prosentvis vekst enn de andre regionene, både for døgnopphold og for poliklinikk de siste fem årene. Alle regionene hadde en relativt høy vekst for poliklinisk virksomhet. Helse Nord hadde en reduksjon i DRG-poeng for dagbehandling på nesten ti prosent fra 2012 til 2013, men hadde deretter et stabilt nivå.

Figur 7.2 Realutviklingen i DRG-poeng¹ etter region 2011-2015 (2011=100).



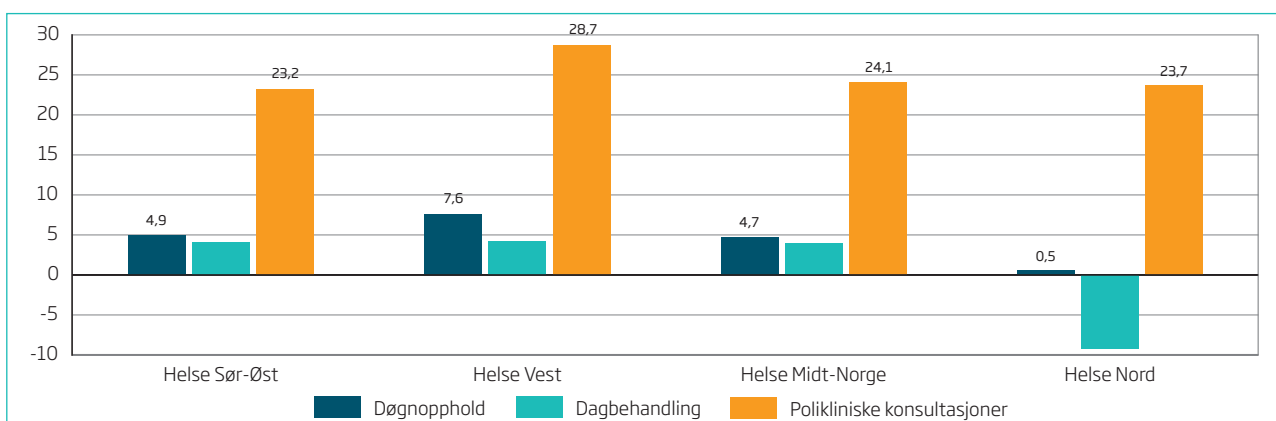
¹ DRG-poeng er korrigert for systemendringer i ISF.

Figur 7.3 Prosentvis endring i DRG-poeng¹ etter behandlingsnivå og region 2014-2015.



¹ DRG-poeng korrigert for systemendringer i ISF.

Figur 7.4 Prosentvis endring i DRG-poeng¹ etter behandlingsnivå og region 2011-2015.



¹ DRG-poeng korrigert for systemendringer i ISF.

7.3 INDEKS FOR PASIENTSAMMENSETNING

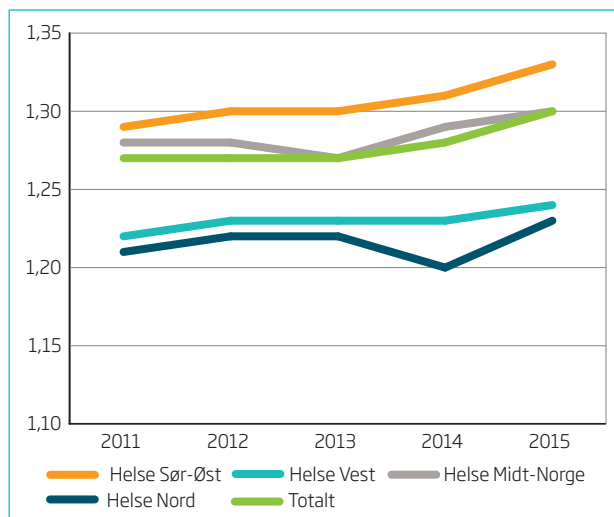
Indeks for pasientsammensetning representerer gjennomsnittlig antall DRG-poeng per behandlingsepisode. Indeksen gir en indikasjon på hvor ressurskrevende oppholdene eller konsultasjonene er i gjennomsnitt. Indeksen er basert på sum DRG-poeng³² dividert med sum opphold eller konsultasjoner.

Figur 7.5 viser indeks for pasientsammensetning for døgnopphold etter region. Helse Sør-Øst hadde den høyeste indeksen for pasientsammensetning for døgnopphold. Oslo universitetssykehus, som har et nasjonalt ansvar for mange pasientgrupper, har i 2015 en indeks for døgnopphold på 1,76, mot landsgjennomsnittet på 1,30. Helse Midt-Norge har i 2015 samme nivå som det nasjonale, mens Helse Vest og Helse Nord har et noe lavere nivå, henholdsvis 1,23 og 1,24. Forskjellen mellom regionene i indeks for døgnopphold var noe større i 2014 og 2015 enn i de foregående årene.

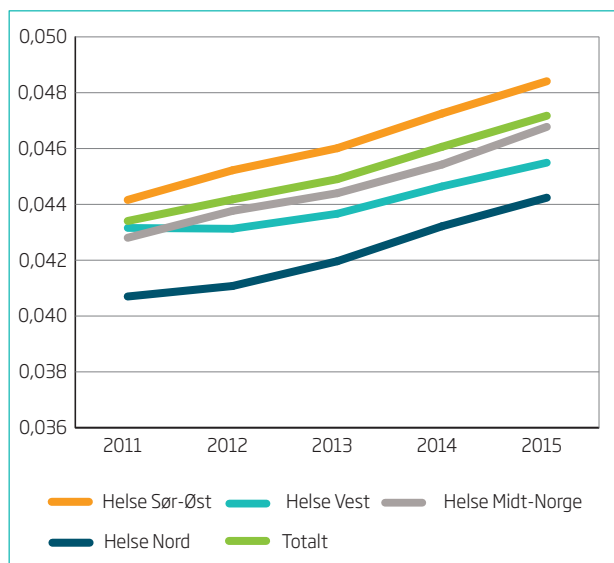
Som vist tidligere har det vært en betydelig økning i polikliniske konsultasjoner. Figur 7.6 viser at polikliniske konsultasjoner i gjennomsnitt samtidig har blitt noe mer ressurskrevende. Veksten i indeks for pasientsammensetning har imidlertid vært omtrent lik i alle regionene, noe som betyr at variasjonen mellom regionene har vært stabil. Det nasjonale nivået var på 0,047 i 2015. I samme år hadde Helse Sør-Øst det høyeste nivået (0,048), hvor Akershus Universitetssykehus hadde en indeks på 0,055. Helse Nord har det laveste nivået alle år, hvor både Helgelandssykehuset og Finnmarksykehuset peker seg ut med et lavere nivå (0,040 i 2015).

Også for dagbehandling var det en liten vekst i indeksen for pasientsammensetning, med størst økning siste år. Veksten siste år kan knyttes til økt dagkirurgisk aktivitet. Helse Midt-Norge har et høyere indeksnivå enn de andre regionene alle år, men har en mindre vekst gjennom femårsperioden. St. Olavs Hospital har i 2015 en indeks på 0,37, noe som var høyere enn det nasjonale nivået (0,30). Ved St. Olavs Hospital utgjør dagkirurgi en stor del av dag-

Figur 7.5 Indeks for pasientsammensetning for døgnopphold etter region 2011-2015.



Figur 7.6 Indeks for pasientsammensetning for polikliniske konsultasjoner etter region 2011-2015.



behandlingen et kirurgisk inngrep for landet samlet, mens på St. Olav Hospital var denne andelen på 72 prosent.

³² DRG-poeng korrigert for systemendringer i ISF.

7.4 GJENNOMSTRØMNING AV PASIENTER

Antall opphold og kontakter per pasient

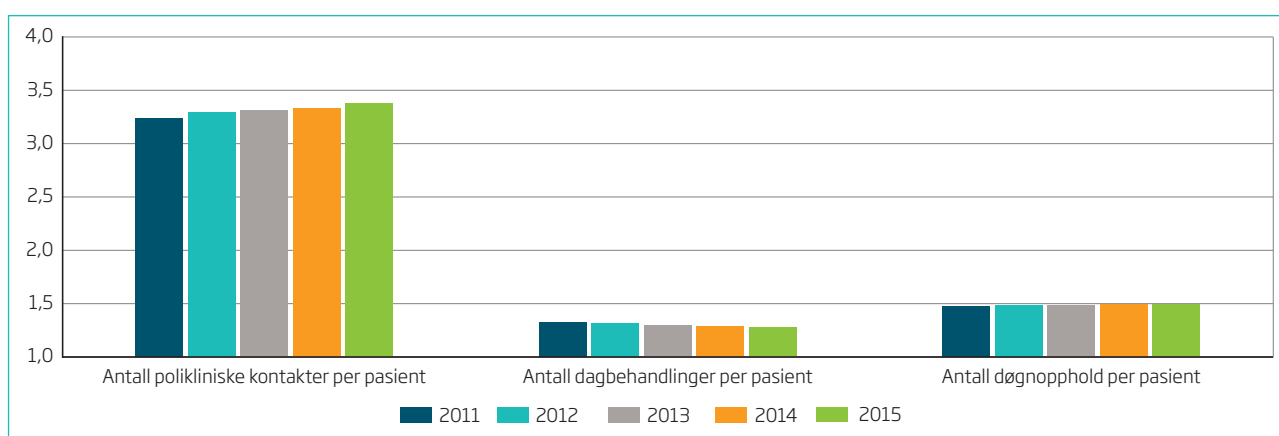
På nasjonalt nivå var det i 2011 3,24 polikliniske konsultasjoner per pasient, mens dette i 2015 var økt til 3,38 konsultasjoner per pasient. Alle regionene har en vekst i antall kontakter per pasient, med størst økning i Helse Vest og Helse Midt-Norge. Den samme utviklingen finner vi også for de eldste aldersgruppene (67-79 år, 80 og over)³³. Helse Midt-Norge har flest polikliniske kontakter per pasient alle år, mens Helse Nord har færrest konsultasjoner per pasient. Det var større forskjell mellom regionene i 2015 enn i 2011. Både sykehuse-nes praksis, samt oppgavefordeling mellom sykehusene, private avtalespesialister og primærhelse-

tjenesten, kan påvirke antall kontakter pasientene har med sykehusene.

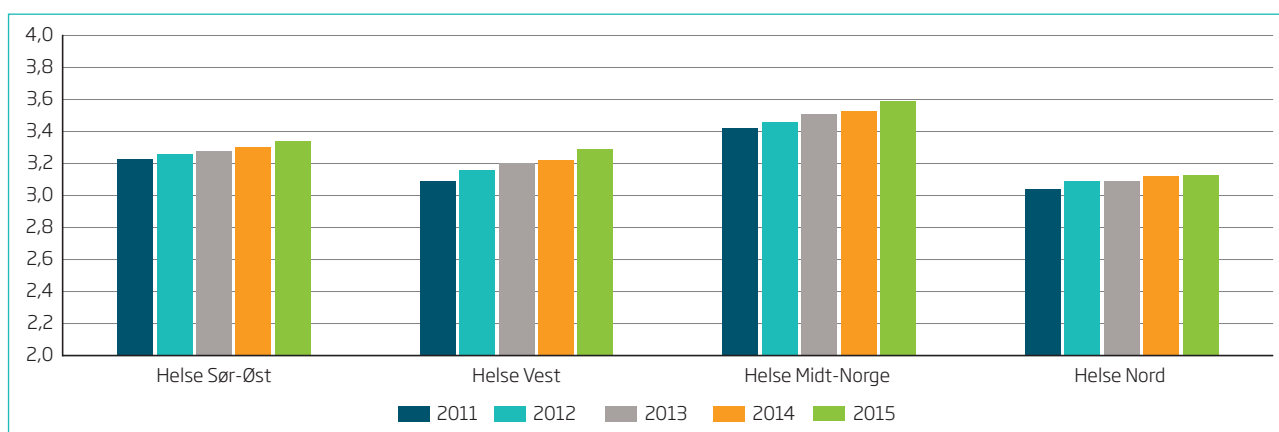
Mens antallet polikliniske kontakter per pasient har økt, har antallet dagbehandlinger per pasient blitt noe redusert. Helse Sør-Øst har det høyeste nivået gjennom perioden, mens Helse Midt-Norge har det laveste. Variasjonen mellom regionene har holdt seg relativt stabil.

Gjennomsnittlig antall døgnopphold per pasient holdt seg stabil i perioden. Helse Vest har det laveste nivået alle år, mens Helse Nord har det høyeste. For den eldste aldersgruppen, 80 år og over, hadde imidlertid Helse Vest flest døgnopphold per pasient i 2015. Variasjonen mellom regionene var i hele perioden relativt lav og ble noe redusert det siste året.

Figur 7.7 Gjennomsnittlig antall opphold og konsultasjoner per pasient 2011-2015.



Figur 7.8 Gjennomsnittlig antall polikliniske konsultasjoner per pasient etter region 2011-2015.



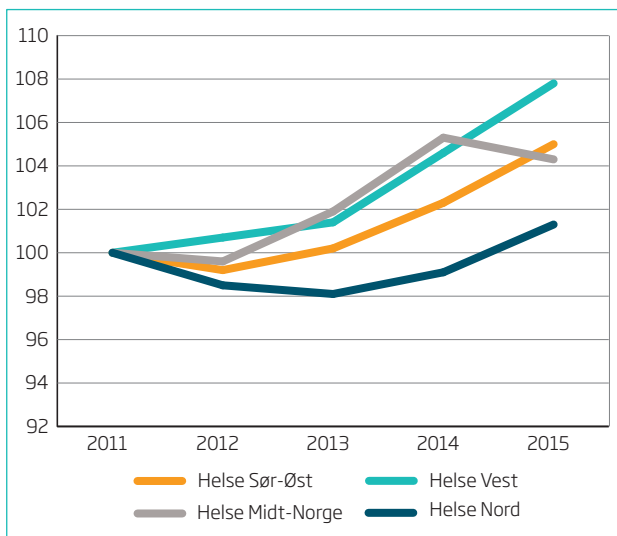
³³ Helse Vest har størst økning i antallet polikliniske konsultasjoner per pasient for aldersgruppen 67-79 år, mens Helse Midt-Norge har størst økning for pasienter 80 år og over.

Andel nye pasienter på poliklinikkene

Andel nye pasienter er pasienter i det aktuelle året som ikke hadde noen kontakter med spesialisthelsetjenesten (somatiske sykehus) det foregående året. Utredning av nye pasienter kan generelt sett være mer ressurskrevende enn kontroller av pasienter som tidligere er utredet. Dersom kontroller legger beslag på en større andel av kapasiteten, kan det bidra til å svekke muligheten til å ta imot nye pasienter som står på venteliste.

Figur 7.9 viser utviklingen i antallet nye polikliniske pasienter. Helse Nord hadde en nedgang i antall nye pasienter fram til 2013, men har en vekst de to siste årene. Helse Vest har størst vekst perioden under ett og veksten var betydelig fra 2013 til 2015.

Figur 7.9 Prosent endring i antallet nye polikliniske pasienter etter region 2011-2015 (2011=100).



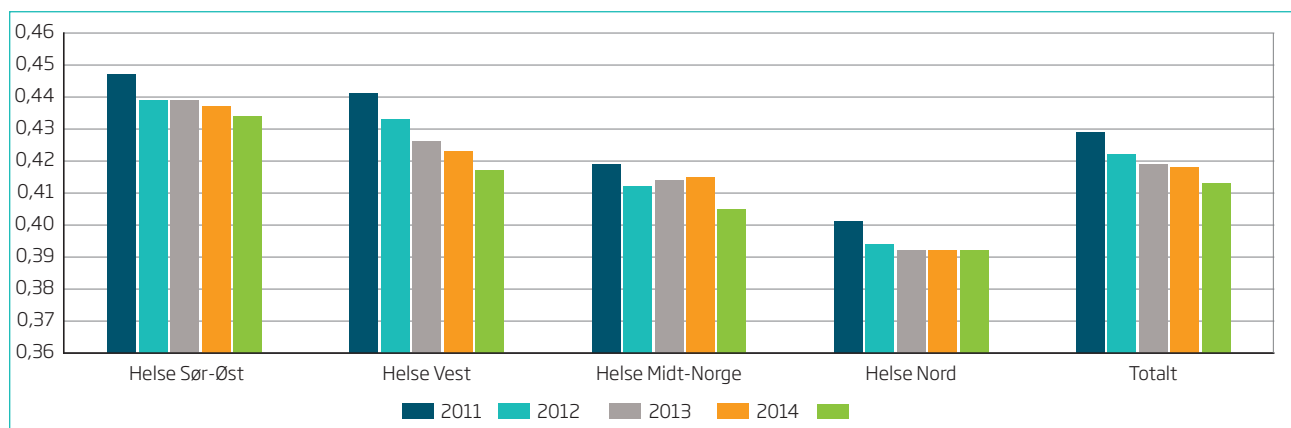
Helse Midt-Norge hadde en vekst fra 2012 til 2014, men har hatt en svak nedgang det siste året.

Figur 7.10 viser at alle regionene hadde en lavere andel nye pasienter i 2015 sammenlignet med 2011. Helse Sør-Øst har en høyere andel nye pasienter på poliklinikkene enn de andre regionene. Dette skyldes til dels at regionen har mange nasjonale funksjoner og tar imot pasienter som ellers bruker andre sykehus som lokalsykehus. Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus har i hele perioden et høyere nivå enn for landet samlet. I 2015 var andelen nye pasienter på 43 prosent for Norge totalt, mens begge de overnevnte foretakene hadde en andel på 56 prosent. Helse Nord har et lavere nivå av nye pasienter på poliklinikkene enn de andre regionene, og har hatt et stabilt nivå de fire siste årene. Størst nedgang i andelen nye polikliniske pasienter var det i Helse Vest, men selv der var nedgangen kun fra 44 prosent i 2011 til nær 42 prosent i 2015.

7.5 REDUSERTE LIGGETIDER

Medisinsk teknologisk utvikling har gitt nye behandlingsmetoder som er mindre belastende for pasientene og bidrar til en mer effektiv pasientbehandling. Samtidig har det vært et uttalt helsepolitisk mål at kommunene skal ta en større del av oppfølgingen av pasienter som er ferdig behandlet når dette vurderes som faglig forsvarlig. I 2012 ble samhandlingsreformen og ny ordning for kommunalt

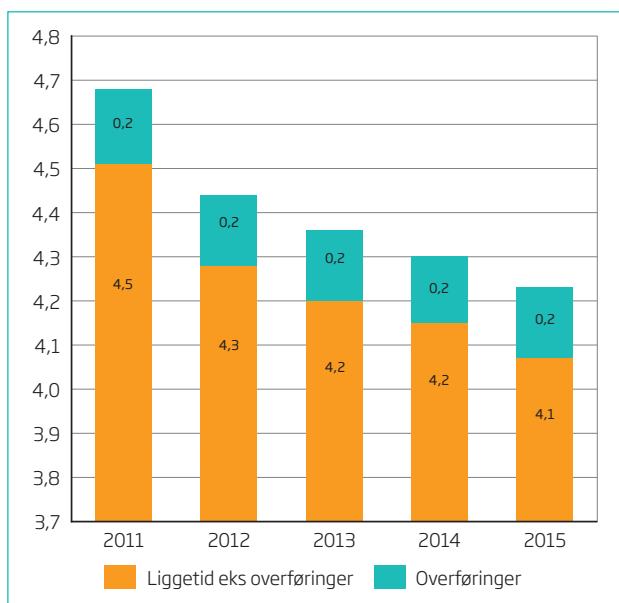
Figur 7.10 Andel nye pasienter på poliklinikkene 2011-2015 etter region.



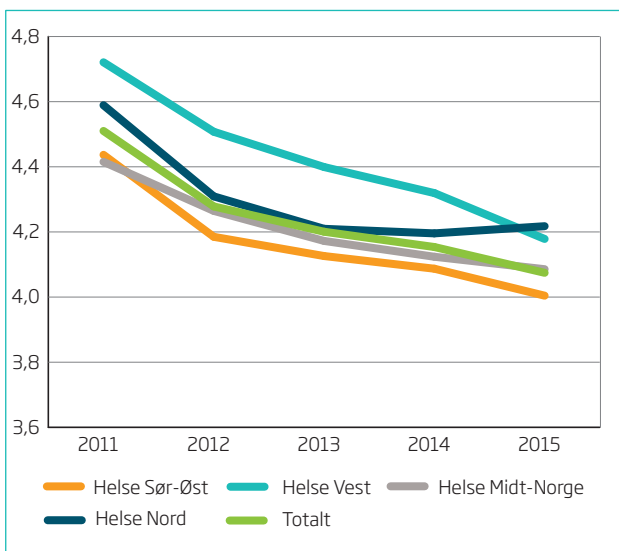
finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter i spesialisthelsetjenesten innført. Ordningen gir kommunene et sterkere insentiv til å ta imot pasienter som er meldt utskrivningsklare. I perioden fra 2011 til 2015 har gjennomsnittlig liggetid på norske sykehus blitt redusert fra 4,7 til 4,2 døgn, med størst nedgang fra 2011 til 2012.

Pasienter som overføres mellom sykehus har i gjennomsnitt noe lengre liggetid enn andre

Figur 7.11 Gjennomsnittlig liggetid totalt og korrigeret for overføringer 2011-2015.



Figur 7.12 Utvikling i gjennomsnittlig liggetid korrigeret for overføringer etter region 2011-2015.



pasienter. Dette skyldes trolig at disse pasientene oftere har mer alvorlige tilstander. Antallet pasienter som overføres mellom sykehus varierer mellom lokalsykehus og større sykehus, og kan bidra til forskjeller mellom helseforetakene i gjennomsnittlig liggetid. Videre i dette avsnittet presenteres derfor gjennomsnittlig liggetid korrigeret for overføringer mellom sykehus³⁴. Både total liggetid og liggetid korrigeret for overføringer er tilgjengelig på våre nettsider.

Figur 7.12 viser regionale forskjeller i gjennomsnittlig liggetid korrigeret for overføringer mellom sykehus. Alle regionene har hatt en nedgang i gjennomsnittlig liggetid fra 2011 til 2015. Helse Vest, som i 2011 hadde det høyeste nivået, har en sterkere reduksjon enn de andre regionene. Helse Nord har et stabilt nivå de tre siste årene. Forskjellen mellom regionene i gjennomsnittlig liggetid var noe mindre i 2015 enn i 2011.

Utviklingen i liggetid for eldre pasienter

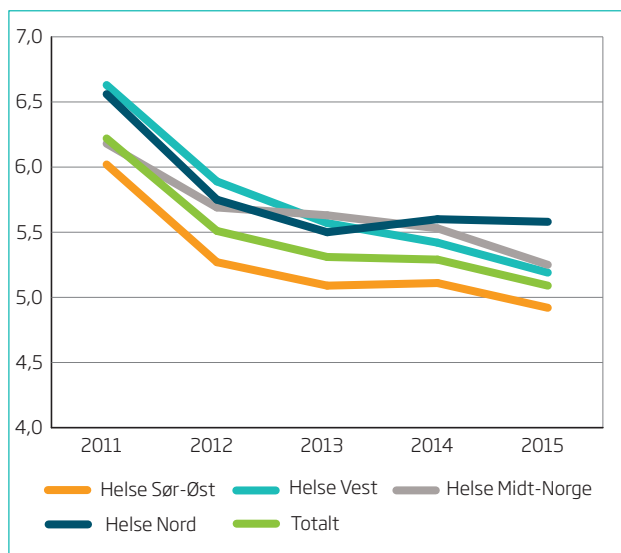
For de eldste aldersgruppene var den største nedgangen i gjennomsnittlig liggetid fra 2011 til 2012, og denne endringen er i stor grad knyttet til innføring av kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.

Begge aldersgruppene (67-79 år og 80 år og over) har også en liten nedgang fra 2012 og fram til og med 2015. I 2015 hadde Helse Vest høyest gjennomsnittlig liggetid for aldersgruppen 67 til 79 år, som kan knyttes til et høyere nivå ved Helse Stavanger og Helse Bergen. For den eldste aldersgruppen, 80 år og over, har Helse Nord høyest gjennomsnittlig liggetid siste år (2015). Helse Sør-Øst har i hele perioden et lavere nivå sammenlignet med de andre regionene for den eldste pasientgruppen. Dette fremgår av figur 7.13.

Summen av liggedøgn har økt siste 5 år med i overkant av 40 000 døgn for aldersgruppen 67 til 79 år. Dette skyldes primært en vekst i befolkningstall, pasienter og døgnopphold. I perioden fra 2011 til 2015 økte antallet personer i aldersgruppen fra 67 til 79 år med 21 prosent, og antallet døgnopphold for denne aldersgruppen økte med 18 prosent.

³⁴ Døgnopphold hvor pasientene ikke er skrevet inn eller ut på annet sykehus samme dag som de er innlagt eller skrevet ut av det aktuelle sykehuset.

Figur 7.13 Utvikling i gjennomsnittlig liggetid korrigert for overføringer etter region 80 år og over 2011-2015.



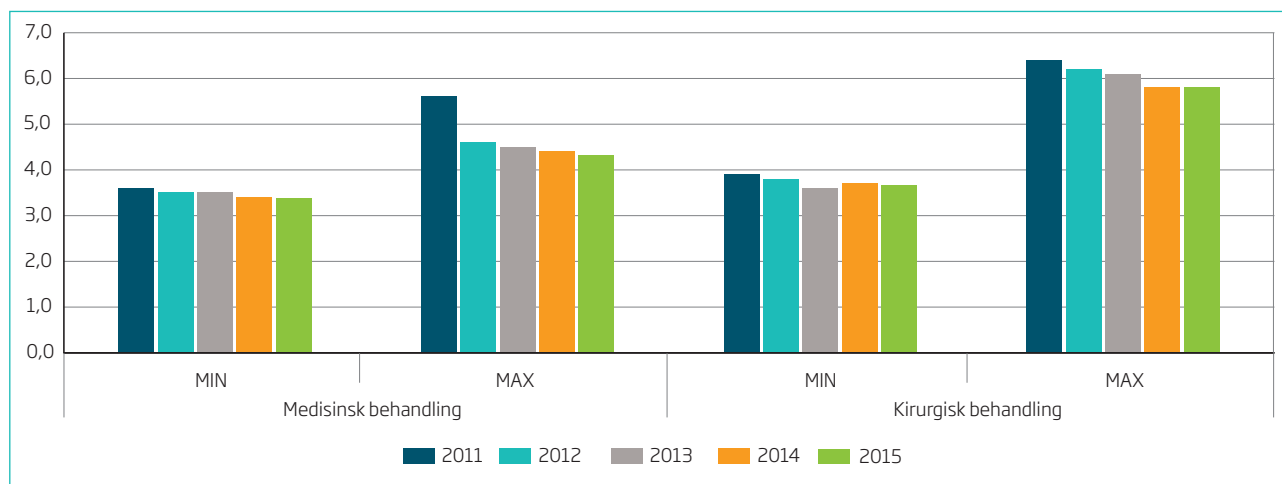
De eldste pasientene, 80 år og over, har en nedgang på omtrent 62 000 liggedøgn fra 2011 til 2012 og 106 000 liggedøgn for 5 års perioden totalt. Aldersgruppens andel av alle liggedøgnene ble redusert fra 2011 til 2012 og var stabil fra 2012 til 2014, med en liten nedgang siste år.

Liggetid ved medisinsk og kirurgisk behandling

Fra 2014 til 2015 har gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold med medisinsk (ikke-kirurgisk) behandling holdt seg relativt stabil, og fra 2011 til 2015 har liggetid for disse oppholdene blitt redusert med 0,4 dager. Helse Vest hadde i 2011 et høyere nivå sammenlignet med de andre regionene, men har en sterkere nedgang, og har omtrent samme nivå som landet samlet i 2015. Andel liggedøgn ved opphold for medisinsk behandling var stabilt gjennom perioden og utgjør om lag 70 prosent av alle liggedøgn.

Gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold med kirurgisk behandling ble redusert med 0,7 dager i perioden fra 2011 til 2015, og nivået på gjennomsnittlig liggetid for kirurgiske opphold var på 4,8 dager i 2015. Figur 7.14 viser laveste og høyeste gjennomsnittlig liggetid på helseforetaksnivå³⁵ etter type behandling. For medisinsk behandling ble variasjonen³⁶ mellom helseforetakene redusert fra 2011 til 2012 og har holdt seg stabil fra 2012 til 2015. For kirurgisk behandling var variasjonen mellom helseforetakene noe høyere i 2015 sammenlignet med 2011. Avstanden mellom høyeste og laveste liggetid (helseforetak) var lavere i 2015 enn i 2011 som vist i figur 7.14.

Figur 7.14 Variasjon¹ mellom helseforetak gjennomsnittlig liggetid (korrigert for overføringer) for døgnopphold etter type behandling 2011-2015.



¹ Viser høyeste og laveste gjennomsnittlige liggetid ved helseforetakene.

³⁵ Eksklusive Sunnaas sykehus, Martina Hansens Hospital, Betanien Hospital, Revmatismesykehuset Lillehammer, Haugesund sanfor, Revm. og Betanien Bergen.

³⁶ Målt med variasjonskoeffisient (Standardavvik/gjennomsnitt).

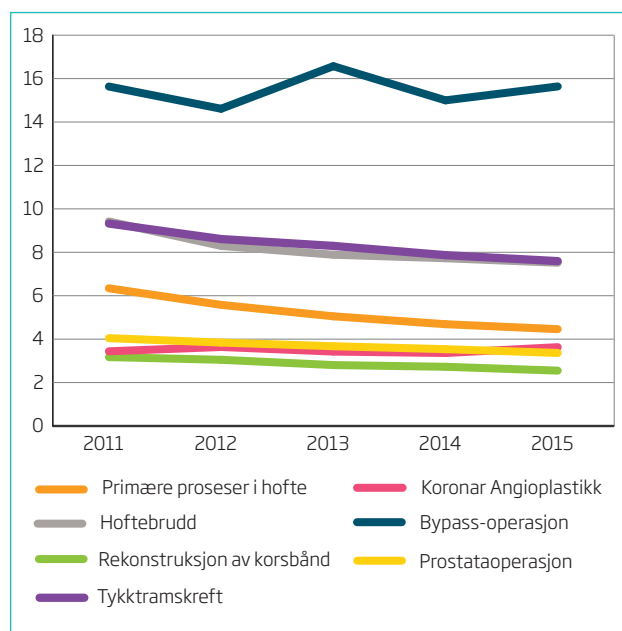
Liggetid for utvalgte pasientgrupper

I årets SAMDATA har vi også analysert forskjeller i liggetid for noen utvalgte pasientgrupper. Data for helseforetakene de siste fem årene er tilgjengelig på vår nettside³⁷. Det er beregnet gjennomsnittlig liggetid for følgende pasientgrupper:

- Primære hofteprotese-operasjoner
- Operasjoner av hoftebrudd
- Rekonstruksjon av korsbånd
- Operasjon av tykktarmskreft
- Koronar angioplastikk (PTCA, PCI)
- Bypass-operasjoner
- Prostataoperasjoner

Definisjonen av *primære hofteprotese-operasjoner* og *operasjoner av hoftebrudd* er endret fra fjorårets presentasjon og blir beskrevet nærmere i avsnittet om datagrunnlag og metode. Definisjonen av rekonstruksjon av korsbånd og operasjon av tykktarmskreft er hentet fra Riksrevisjonen³⁸, mens definisjonene for koronar angioplastikk, bypass og prostataoperasjoner er hentet fra NOMESKO-rapportene³⁹.

Figur 7.15 Utvikling i liggetid (korrigert for overføringer) 2011-2015 etter pasientgrupper 2011-2015.



Figur 7.15 viser utviklingen i gjennomsnittlig liggetid fra 2011 til 2015 for de utvalgte pasientgruppene. Det har vært en nedgang i gjennomsnittlig liggetid for primære proteser i hofte, rekonstruksjon av korsbånd, tykktarmskreft, hoftebrudd og prostataoperasjon. Gjennomsnittlig liggetid for koronar angioplastikk (PCI) har vært relativt stabil i perioden. For pasienter som har fått utført bypass-operasjoner, har liggetiden variert noe siste fem år. Dette kan til dels skyldes tilfeldigheter i datagrunnlaget da antall bypass-operasjoner er relativt lavt (400-600 operasjoner årlig).

For primære hofteproteseoperasjoner har det vært en nedgang i gjennomsnittlig liggetid i alle regionene, og for landet samlet ble gjennomsnittlig liggetid redusert med nesten to dager fra 2011 og fram til 2015. Figur 7.16 viser variasjon mellom helseforetakene⁴⁰ i 2015. Differansen mellom helseforetak med høyeste og laveste liggetid var i overkant av fem dager i 2015. Forskjellen mellom helseforetakene økte fra 2011 til 2013, men ble redusert igjen fram mot 2015.

Ved *operasjoner av hoftebrudd*⁴¹ gikk gjennomsnittlig liggetid ned fra 9,1 dager i 2011 til 6,6 dager i 2015. Nedgangen var betydelig fra 2011 til 2012, og kan være knyttet til innføringen av samhandlingsreformen og en reduksjon i liggedager for pasienter som er meldt utskrivningsklar. Helse Midt-Norge, som hadde det høyeste nivået i 2011, hadde størst reduksjon i gjennomsnittlig liggetid gjennom perioden.

Ved *rekonstruksjon av korsbånd* var liggetiden i Helse Vest høyere enn i de andre regionene i perioden 2011 til 2014. Siste år, fra 2014 til 2015, hadde Helse Vest en nedgang på 1 liggedag, mens Helse Midt-Norge og Helse Nord⁴² hadde en økning på i overkant av 1 dag. I 2015 var det Helse Midt-Norge som hadde lengst gjennomsnittlig liggetid for denne pasientgruppen.

37 helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata

38 Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus. Dokument 3:4 (2013-2014).

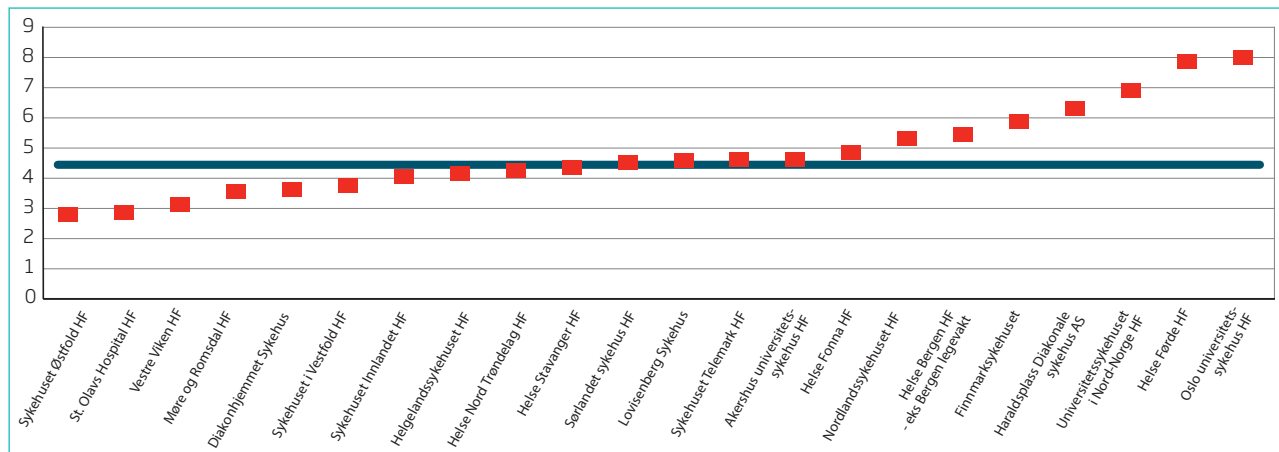
39 nowbase.org/da

40 Eksklusive Sunnaas sykehus, Revmatismesykehuset Lillehammer, Betanien hospital, Martina Hansens hospital, Haugesund sanitetsforenings Revmatismesykehus og Stiftelsen Betanien Bergen. Heltrukken linje viser gjennomsnittlig liggetid.

41 Gjennomsnittsalder for denne pasientgruppen 82 år i 2015.

42 Helse Nord har kun 18 opphold for denne pasientgruppen. For Norge totalt var det 766 opphold. Rekonstruksjon av korsbånd er operasjoner som i stor grad utføres dagkirurgisk.

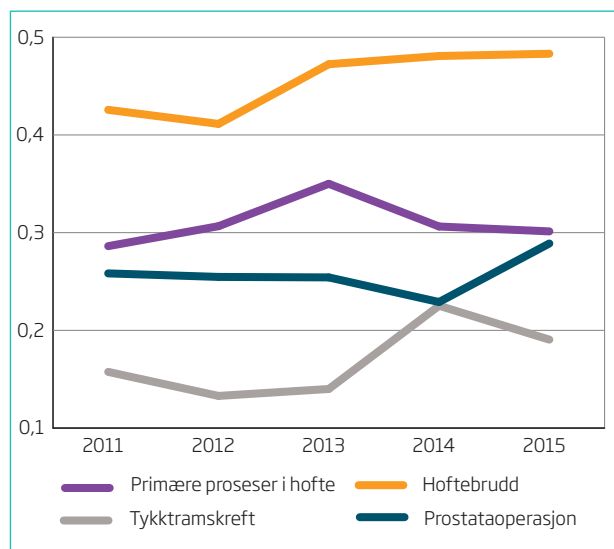
Figur 7.16 Variasjon mellom helseforetak i gjennomsnittlige liggetid for primære hofteproteseoperasjoner i 2015.



PCI og bypass-operasjoner utføres bare på de mest spesialiserte sykehusene, og variasjoner mellom regionene vil i stor grad gjenspeile variasjoner mellom disse enhetene. Helse Vest og Helse Nord har i 2015 en litt høyere gjennomsnittlig liggetid for pasientgruppen PCI sammenlignet med de to andre regionene, henholdsvis 4,2 og 4,1 dager. Helse Sør-Øst har den kortest liggetiden for denne pasientgruppen (2,9 dager i 2015). Når det gjelder bypass-operasjoner var det i 2011 store regionale variasjoner i liggetid, hvor Helse Midt-Norge hadde i overkant av 12 dager, mens Helse Vest hadde i overkant av 21 dager. Utviklingen fram mot 2015, med blant annet en tydelig nedgang i Helse Vest, bidro til mindre nivåforskjeller mellom regionene. I 2015 var det helse Sør-Øst som hadde den høyeste gjennomsnittlige liggetiden etter bypass-operasjon (17,7 dager).

Alle regionene har en nedgang i gjennomsnittlig liggetid for prosedyren prostatectomi fra 2011 til 2015. Helse Vest og Helse Nord, som var de regionene med lengst liggetid i 2011, hadde størst nedgang.

Figur 7.17 viser mål på variasjonen i gjennomsnittlig liggetid mellom de ulike foretakene i perioden 2011 til 2015 for fire pasientgrupper. For primære proteser i hofte og hoftebrudd var det ingen/liten endring i variasjon det siste året. For tykktarmskreft ble variasjonen noe høyere fra 2013 til 2014, men lavere igjen i 2015. For prosedyren prostatectomi var det økt variasjon fra 2014 til 2015.

Figur 7.17 Variasjonskoeffisient¹ for liggetid mellom helseforetakene for fire utvalgte pasientgrupper 2011-2015.

1 Variasjonskoeffisient (Standardavvik/gjennomsnitt). Multiplisert med 100 uttrykker denne prosent variasjon mellom helseforetakene.

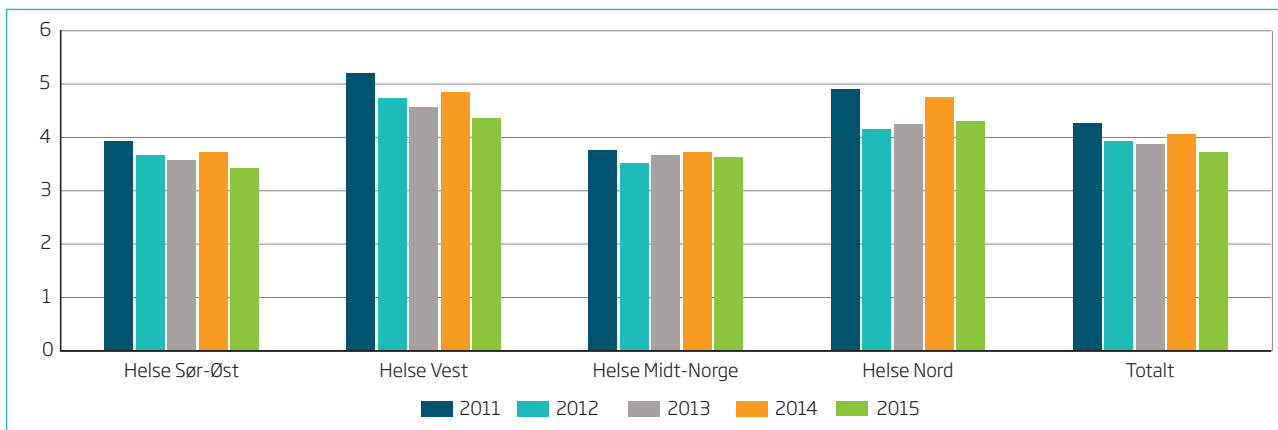
7.6 UTVIKLING I LANGTIDSOPPHOLD

Et *langtidsopphold* er definert som et opphold med varighet ut over en øvre liggetidsgrense⁴³ (trimpunkt) for den enkelte DRG. Antall langtidsliggedøgn er summen av alle liggedøgn over trimpunktet.

Alle regionene, untatt Helse Midt-Norge, har en nedgang i antall langtidsopphold i perioden 2011-2015 sett under ett. For Norge totalt var det

⁴³ Trimpunktet er en statistisk fastsatt øvre liggetidsgrense for den aktuelle DRG-en. Den er fastsatt som 1,65 standardavvik over gjennomsnittlig liggetid.

Figur 7.18 Andel døgnopphold for langtidsliggere av alle døgnopphold etter region 2011-2015.



en økning i antall opphold fra 2013 til 2014 og en tydelig nedgang det siste året (ned 7,3 prosent).

For perioden 2011 til 2015, har *andelen* langtidsopphold blitt redusert med 0,5 prosentpoeng. Helse Midt-Norge har hatt et mer stabilt nivå gjennom hele perioden sammenlignet med de andre regionene, mens Helse Vest har hatt sterkest nedgang, som vist i figur 7.18. Utviklingen bidro til et jevnere nivå mellom regionene.

Antallet langtidsliggedøgn ble redusert med over 40 000 døgn fra 2011 til 2015, og med drøye 15 000 siste år. Helse Midt-Norge har stabilt nivå det siste året, mens det var en nedgang i de tre andre regionene.

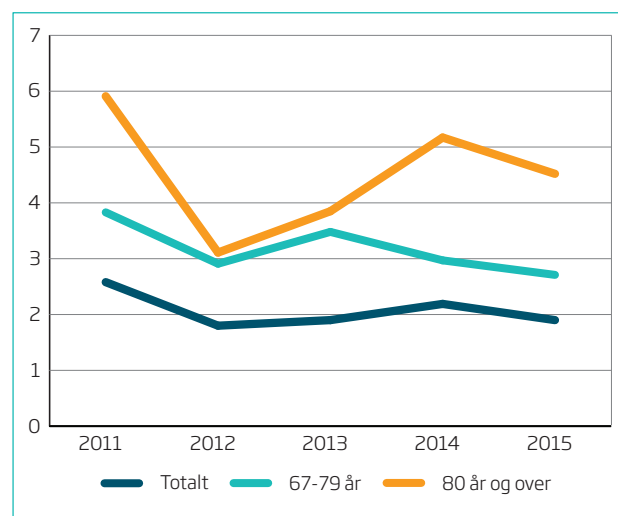
I 2015 utgjorde langtidsliggedøgn 7,1 prosent av alle liggedøgn. Alle regionene har en nedgang i andel langtidsliggedøgn fra 2011 til 2015. Helse Vest har den høyeste andelen i 2011, men har hatt størst reduksjon gjennom hele perioden. Forskjellen mellom regionene var mindre i 2015 enn i 2011.

Langtidsopphold blant eldre pasienter

Ved innføringen av samhandlingsreformen i 2012 gikk variasjonen mellom regionene i andelen langtidsliggedøgn ned, se figur 7.19. Stor nedgang i Helse Vest og Helse Nord, som hadde det høyeste nivået i 2011, bidro til dette. Endringen var særlig knyttet til den eldste aldersgruppen. Forskjellen mellom regionene økte igjen for de over 80 år fra 2012 og fram mot 2014, mens for aldersgruppen 67 til 79 år var forskjellen mellom regionene mer stabil.

Figur 7.20 viser at andelen langtidsliggedøgn for den eldste aldersgruppen øker en del fra 2013 til 2014, men går litt ned igjen i 2015. Økningen fra 2013 til 2014 var særlig tydelig i Helse Nord. Denne trenden tilsvarer utviklingen i liggedager for utskrivningsklare pasienter for aldersgruppen⁴⁴.

Det er store variasjoner mellom helseforetakene i andelen langtidsliggedøgn og tall på dette er tilgjengelig på vår nettside helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata.

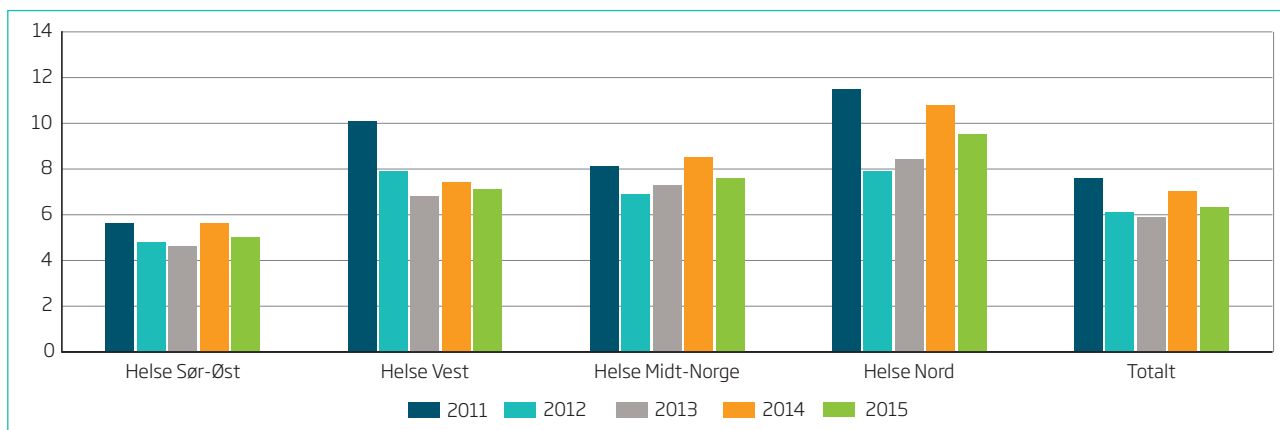
Figur 7.19 Variasjon¹ mellom regionene i andel langtidsliggedager for totalt² og eldre pasienter 2011-2015.

¹ Differansen mellom regionen med høyest andel og regionen med lavest andel (maks-min).

² Totalt for alle aldre.

⁴⁴ Se rapporten Samhandlingsstatistikk 2014-15 (kap12) på Helsedirektoratets nettsider.

Figur 7.20 Andel langtidsliggedøgn av alle liggedøgn for pasienter 80 år og eldre etter region 2011-2015.



7.7 ØKNING I KIRURGISK BEHANDLING OG STABIL ANDEL DAGKIRURGI

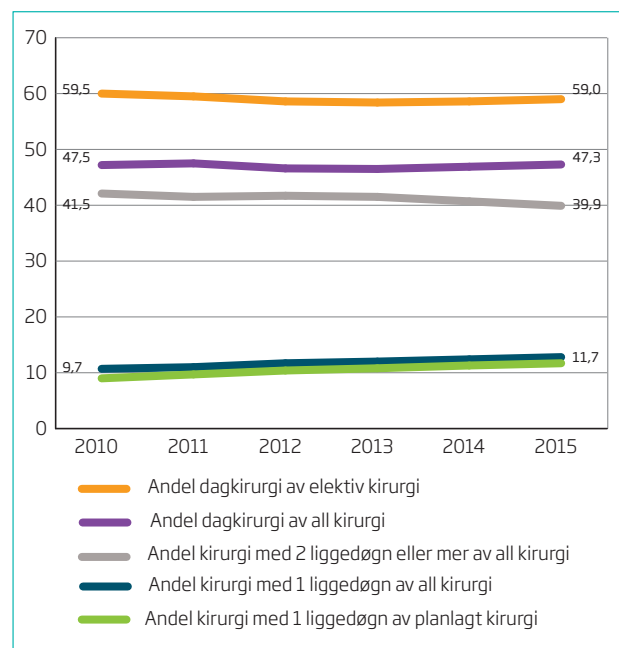
I 2014 ba Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) Helsedirektoratet om å endre ISF-regelverket for kirurgi for å stimulere til økt bruk av dagkirurgi der dette er hensiktsmessig. Endringen gjaldt fra 1. januar 2015, og innebar at ressursberegningen for dagkirurgi ble økt med 10 prosent. Endringen var budsjettneutryl, som betyr at ressursberegningen for døgnkirurgi ble redusert med tilsvarende antall DRG poeng som økningen i dagkirurgien.

I 2015 økte omfanget av kirurgiske behandlinger totalt med om lag 11 100 opphold eller 2,9 prosent. Omlag 62 prosent av veksten i kirurgisk behandling var dagkirurgi. Det var nesten 7 000 flere dagkirurgiske opphold i 2015 enn i 2014. Den faktiske veksten i dagkirurgiske behandlinger var mer enn dobbelt så stor som veksten i kirurgiske behandlinger med en liggedag (økning på 2 895 behandlinger). Antallet kirurgiske behandlinger med to liggedager eller mer økte også med knapt 1 300 opphold.

Andel dagkirurgi av all kirurgi har hatt et stabilt nivå rundt 46-47 prosent i perioden fra 2011 til 2015⁴⁵. Nivået var 46,9 prosent i 2014 og 47,3 prosent i 2015. For planlagt behandling var andelen dagkirurgi

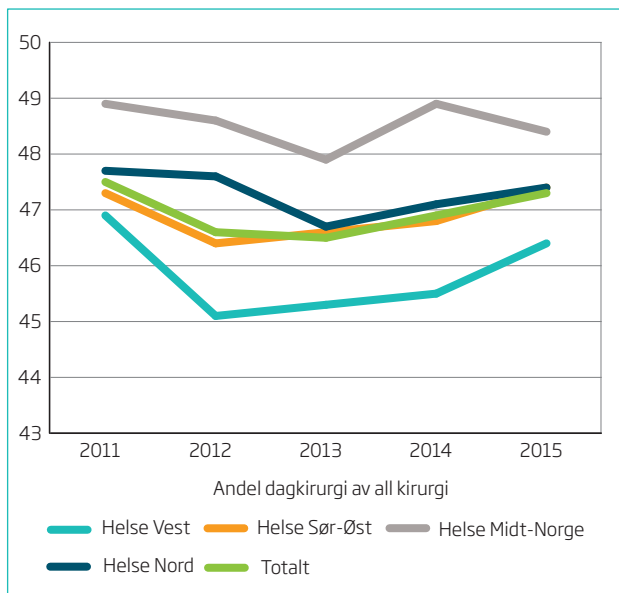
noe høyere (59 prosent). Det meste av økningen i kirurgisk behandling fra 2014 til 2015 gjaldt planlagte behandlinger (økning på om lag 9 500 opphold hvorav dagkirurgi stod for 70 prosent). Økningen i både dagkirurgiske og døgnkirurgiske behandlinger kom på offentlige sykehus. Det var en nedgang i kirurgisk behandling på private sykehus fra 2014 til 2015 på 1700 opphold, og det meste av dette var dagkirurgi.

Figur 7.21 Kirurgisk behandling etter liggetid 2011-2015.



⁴⁵ Nivået avhenger noe av hva og hvordan dette telles. Her er data er eksklusive alle svangerskapsavbrytelser, samt DRG 36 (kirurgisk behandling på øyet), DRG 1690 (dagkirurgisk behandling for prosedyrer i munnhulen) og DRG 2660 (dagkirurgi ved hudtransplantasjon og/eller revisjon). Data er eksklusive Sunnaas sykehus, Martina Hansens hospital, Revmatismesykehuset Lillehammer, Oslo legevakt, Bergen legevakt og Rusakutten ved Bergen legevakt.

Figur 7.22 Andel dagkirurgi av all kirurgi etter regionalt helseforetak 2011-2015.



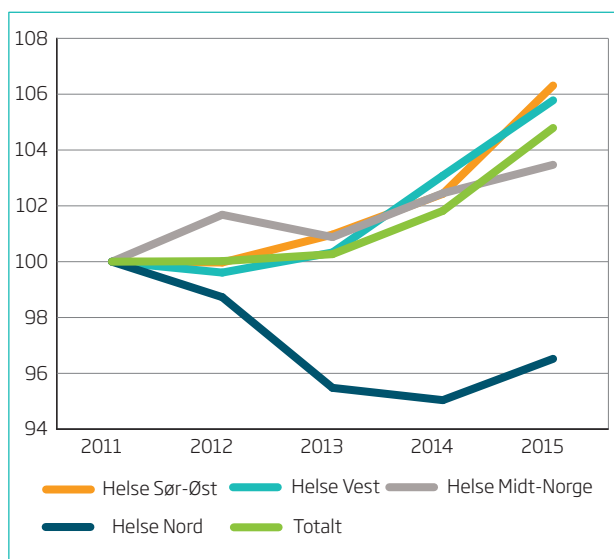
Fra 2014 til 2015 har veksten i kirurgiske behandlinger vært særlig sterk for øyesykdommer (+2 642 opphold, 7,2 prosent), sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer (+2 149 opphold, 6,5 prosent), sykdommer i sirkulasjonsorganer (+1 475 opphold, 4,1 prosent) og sykdommer i fordøyelsessystemet (+1 122 opphold, 3,2 prosent). Mellom 57 og 104 prosent av veksten i disse hoveddiagnosegruppene gjaldt dagkirurgisk behandling (57 prosent av veksten i kirurgiske behandlinger i fordøyelsessystemet og 104 prosent av veksten i kirurgisk behandling av øyesykdommer). Det var også en vekst i kirurgisk behandling av nyre- og urinveissykdommer (+1 198 opphold, 8,2 prosent), men her stod dagkirurgi for kun 33 prosent av veksten. 49 prosent av veksten i kirurgisk behandling siste år for denne hoveddiagnosegruppen gjaldt kirurgisk behandling med 1 overnatting.

Fra 2011 til 2015 har andelen dagkirurgi av all kirurgi variert mellom 46,5 prosent og 47,5 prosent på nasjonalt nivå. Andelen kirurgiske behandlinger med én liggedag har økt i samme periode fra 10,3 til 12,6 prosent av all kirurgi, mens andelen kirurgisk behandling med to eller flere liggedøgn har falt fra 40 til 37,8 prosent. Mye av veksten i kirurgisk behandling med én liggedag kan knyttes til en nedgang i behandlinger med to eller tre liggedøgn, noe som fremkommer tydeligst når vi studerer endringer i hoveddiagnosegruppene. I 2014 og 2015

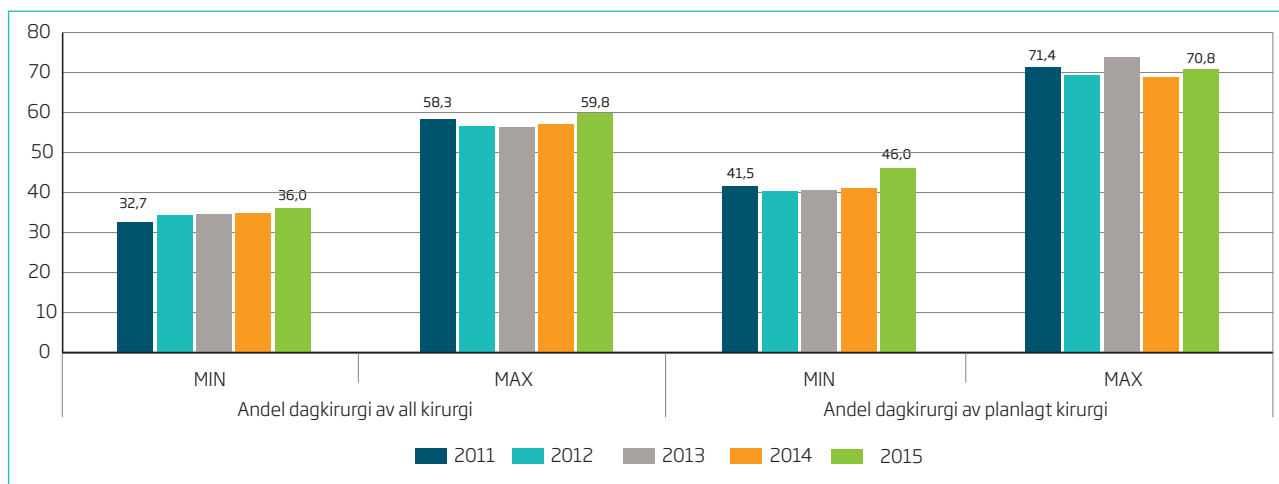
stod dagkirurgiske behandlinger for henholdsvis 70 og 62 prosent av veksten i kirurgiske behandlinger, mens opphold med én liggedag stod for henholdsvis 40 og 26 prosent. Den prosentvise veksten i kirurgisk behandling med én liggedag var likevel høyere (6,1 prosent) enn veksten i dagkirurgiske behandlinger (3,9 prosent).

Selv om nivået av dagkirurgi var stabilt, var det betydelige variasjoner mellom helseforetakene i andelen dagkirurgi. Flere store helseforetak (OUS, Helse Bergen) har et lavere nivå av dagkirurgi (36-37 prosent) enn mange andre helseforetak. Dette kan antakelig knyttes til graden av spesialisering og at disse sykehusene har mange pasienter med høy grad av kompleksitet. Dette gjelder imidlertid også for St. Olavs hospital som likevel har et betydelig høyere nivå av dagkirurgi (58,2 prosent av elektiv kirurgi i 2015) enn Helse Bergen (46 prosent av elektiv kirurgi i 2015). Andelen dagkirurgi (av elektiv kirurgi) er også lavere enn for mange andre sykehus/helseforetak ved Diakonhjemmets sykehus. I sammenligning med andre helseforetak hadde Sykehuset Østfold og Helse Fonna et særlig høyt nivå av dagkirurgi totalt (henholdsvis 70,8 og 67,9 prosent av elektiv kirurgi).

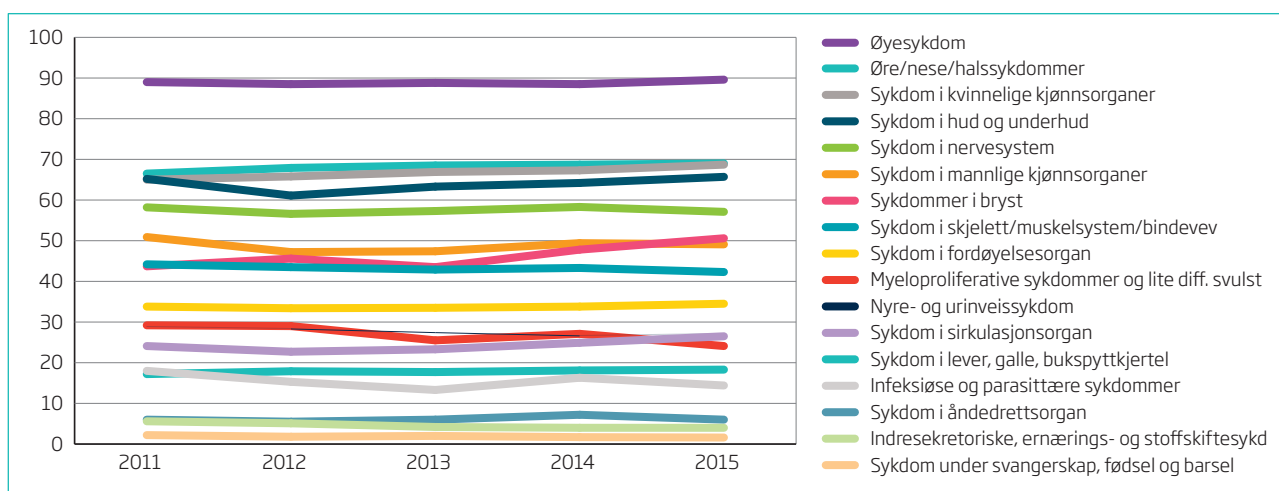
Figur 7.23 Prosent vekst i dagkirurgiske opphold etter regionalt helseforetak fra 2011 til 2015 (2011=100).



Figur 7.24 Variasjon mellom helseforetak i nivå av dagkirurgi 2011-2015.



Figur 7.25 Andel dagkirurgi av all kirurgi etter hoveddiagnosegruppe 2011-2015.



Om finansiering av dagkirurgi

Fra 1999 ble poliklinisk dagbehandling (hovedsakelig kirurgisk behandling) inkludert i ISF. Omleggingen innebar at takstfinansiering av disse behandlingene opphørte. Etter dette har dagvirksomheten blitt finansiert gjennom samme ordning som døgnvirksomheten. Ressursberegningene for det daværende DRG-systemet ble gjort for den samlede døgn- og dagvirksomheten. Dette gjorde at vektene, fungerte som et finansielt insentiv for å øke andelen dagbehandling. Fra og med 2008 ble også den resterende polikliniske virksomheten inkludert i ISF til en felles aktivitetsbasert finansieringsordning for hele den somatiske spesialisthelsetjenesten. Videre ble det i 2009 etablert separate DRG-er for dagkirurgi. Fra 2010 ble omtrent all aktivitet kostnadsbereg-

net, og alle DRG-er fikk en kostnadsvekt basert på beregnet ressursbruk. Inntil 2010 hadde døgn- og dagvirksomheten felles kostnadsvekter, men fra 2010 fikk dagkirurgi og døgnkirurgi ulike vekter basert på relativ ressursbruk. For dagkirurgi resulterte endringen i at prisvridningen opphørte og finansielle insentiver ble borte. Fra 2015 ønsket Helse- og omsorgsdepartementet at ISF igjen skulle skal stimulere til bruk av dagkirurgi der dette var hensiktsmessig og ba Helsedirektoratet om å endre ISF-regelverket for kirurgi. Endringen innebærer at vektene (ressursberegningen) for dagkirurgi ble økt med ti prosent i 2015. Løsningen var budsjettneuttral. Dette medfører at kostnadsvektene (ressursberegningen) for døgnkirurgi reduseres med tilsvarende antall DRG poeng.

7.8 ØKT VARIASJON MELLOM HELSEFORETAK I REINNLEGGELSER FOR ØYEBLIKKELIG HJELP

En reinnleggelse kort tid etter en utskrivning vurderes generelt som lite ønskelig både fra pasientens side og for sykehuset. Reinnleggelser kan være særlig belastende for pasienter med alvorlig sykdom eller svært svekket helsetilstand. Opphold for øyeblikkelig hjelp gjør det vanskelig å planlegge for effektiv ressursbruk og styring av sykehusene. I både et pasientperspektiv og ressursperspektiv vil det likevel noen ganger være ønskelig å avslutte sykehusoppholdet tidlig – med mulighet for retur og reinnleggelse dersom det oppstår medisinsk behov for dette.

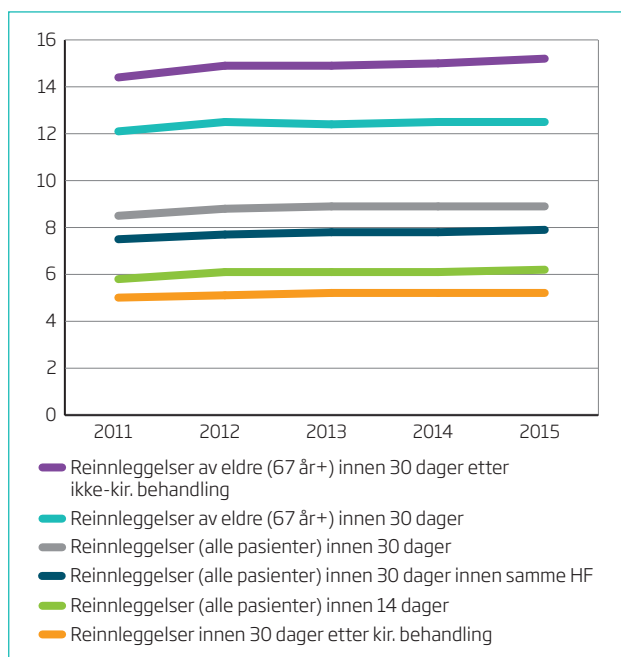
På nasjonalt nivå var nivået av reinnleggelser stabilt fra 2012 til 2015. Knappe ni prosent av alle dag- og døgnopphold var en reinnleggelse for øyeblikkelig hjelp av en pasient som hadde vært behandlet på sykehus opptil 30 dager tidligere. De fleste reinnleggelser (69 prosent) kommer i løpet av de første 14 dagene etter en behandling, og 45 prosent kommer innen den første uken. Dette har vært uendret fra 2011 til 2015. De fleste reinnleggelser (87-88 prosent) gjøres på samme sykehus som pasienten tidligere var innlagt på, og kommer etter

en ikke-kirurgisk behandling (behandling klassifisert i medisinske DRG).

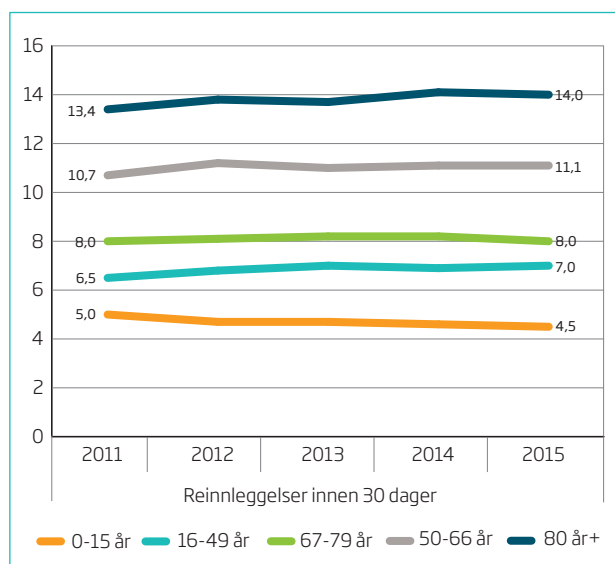
Risikoen for reinnleggelse øker med alder. I 2015 var 14 prosent av oppholdene for pasienter 80 år og eldre en reinnleggelse, mens tilsvarende tall for aldersgruppene 50-66 og 67-79 år var henholdsvis 8,0 og 11,1 prosent. Fra 2011 til 2015 har andelen reinnleggelser økt noe for de eldste aldersgruppene, men falt noe for barn. I 2011 sto eldre over 66 år for 46 prosent av reinnleggelser innen samme helseforetak. I 2015 var denne andelen økt til 49,3 prosent. Det var andelen reinnleggelser blant yngre eldre (67-79 år) som økte, fra 22,7 til 26,3 prosent.

Figur 7.28 viser utviklingen i reinnleggelser for de regionale helseforetakene og indikerer en variasjon mellom regionene fra 8,7 prosent i Helse Sør-Øst til 9,7 prosent i Helse Vest. Fra 2011 til 2015 har Helse Vest hatt noe økning i nivået av reinnleggelser. Veksten knyttet til Helse Stavanger og Helse Førde. I Helse Nord økte reinnleggelsene også fra 2011 til 2014, men siste år falt andelen reinnleggelser med 0,6 prosentpoeng i denne regionen. I Helse Midt-Norge økte nivået av reinnleggelser i 2015 (økning i Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag), mens Helse Sør-Øst har hatt stabilt nivå etter 2012.

Figur 7.26 Utviklingen i andel reinnleggelser 2011-2015.



Figur 7.27 Utviklingen i andel reinnleggelser innen 30 dager etter alder 2011-2015.

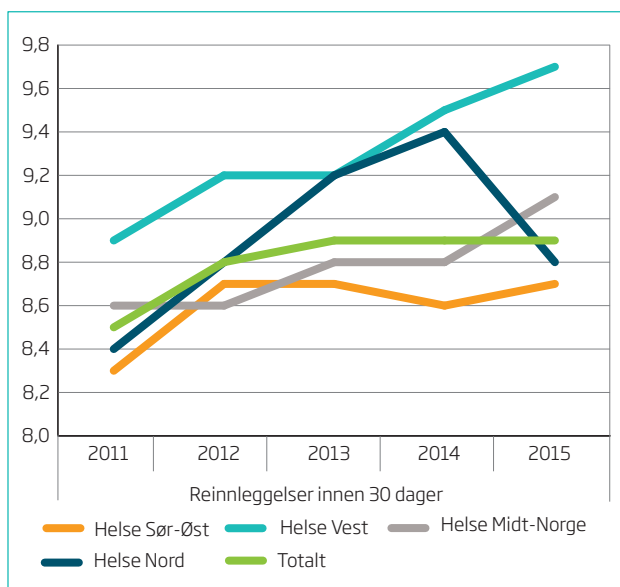


Det er betydelig variasjon mellom helseforetakene i andel reinnleggelser, og det er indikasjoner på at forskjellene mellom helseforetakene er økende. OUS har lavest nivå av reinnleggelser av pasienter behandlet i eget helseforetak. Dette skyldes en høy andel gjestepasienter som eventuelt reinnlegges ved andre sykehus. Tall på reinnleggelser for bostedsområdene viser at personer bosatt i OUS sitt bostedsområde har et like høyt nivå av reinnleggelser som pasienter bosatt i Møre og Romsdal. De helseforetakene som har det høyeste nivået av reinnleggelser for pasienter behandlet i eget sykehus var Diakonhjemmets sykehus,

Akershus universitetssykehus, Helse Fonna, Sykehuset Østfold og Helse Nord-Trøndelag. Disse sykehusene/foretakene har høyest nivå av reinnleggelser av pasienter behandlet i eget helseforetak for både pasienter totalt og for eldre pasienter. Dette innebærer at det ikke er befolkningens alderssammensetning som forklarer den høye andelen med reinnleggelser.

Oppdaterte tall for hvert av helseforetakene og bostedsområdene etter år og tertial finner du på web helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata.

Figur 7.28 Utviklingen i andel reinnleggelser innen 30 dager etter regionalt helseforetak 2011-2015.

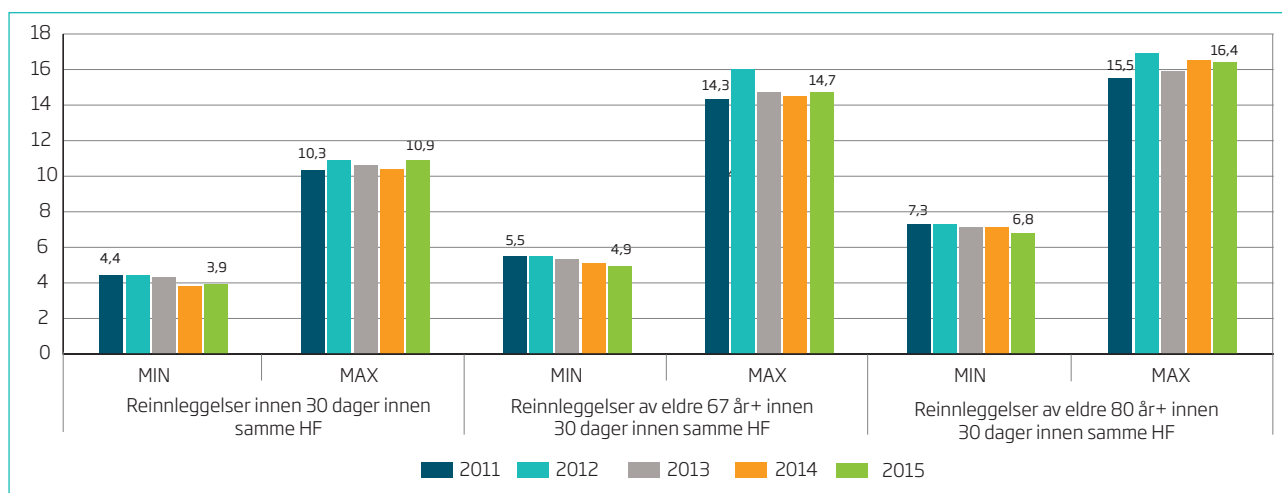


7.9 DATAGRUNNLAG OG DEFINISJONER

Datagrunnlaget for dette kapitlet er rapporterte pasientdata til Norsk pasientregister (NPR), som omfatter offentlig finansierte behandlingsepisoder ved helseforetak i Norge. Datagrunnlaget i dette kapitlet inkluderer ikke private sykehus, Oslo legevakt, Bergen legevakt og Rusakutten ved Bergen legevakt. Totaltallene avviker derfor fra nasjonal statistikk i kapittel 2 og 8.

Vi gjør oppmerksom på at antall sykehusopphold som benyttes i SAMDATA-rapportene ikke er identisk med antall opphold som danner grunnlag for ISF-refusjon.

Figur 7.29 Variasjon mellom helseforetak i nivå av reinnleggelser etter behandling i eget HF.



Definisjon av behandlingsnivå/omsorgsnivå er tilsvarende fjorårets definisjon. For nærmere beskrivelse av definisjoner og datagrunnlag, se Helsedirektoratets nettsider helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata.

DRG- poeng og indeks for pasient-sammensetning:

Kostnadsvektene (DRG-poengene) uttrykker hva et opphold i en DRG (diagnoserelatert gruppe) koster i gjennomsnitt, relativt til andre opphold i andre DRG-er. DRG-poengene kan benyttes som et grovt mål på case-mix og gjør det mulig å sammenligne ressursbruk ved behandling av ulike pasientgrupper. Alle opphold og konsultasjoner kan klassifiseres i DRG-systemet. DRG-poeng som er korrigert for systemendringer i ISF blir også presentert, der DRG-poengene i 2011-14 er korrigert for å være sammenlignbare med DRG-poengene i 2015. Korreksjonen er basert på årlige regrupperinger av ISF-data og er gjort separat per helseforetak for døgn-, dagopphold og polikliniske konsultasjoner.

Indeks for pasientsammensetning er gjennomsnittlig antall DRG-poeng per behandlingsepisode, og gir et bilde på hvor ressurskrevende gjennomsnittsoppholdet/konsultasjonen er. Indeksen er beregnet separat for døgnopphold, dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner. DRG-poengene for årene 2011-2014 er korrigert for systemendringer i ISF for å være sammenlignbare med DRG-poengene i 2015. På nasjonalt nivå⁴⁶ var systemendringen fra 2014 til 2015 -0,83 prosent for døgnopphold, 8,51 prosent for dagbehandling og -0,13 prosent for poliklinikk. Dette betyr at DRG-poengene i 2011-2014 nedjusteres noe for døgnopphold og for polikliniske konsultasjoner og oppjusteres for dagbehandling. Det var imidlertid forskjeller mellom regioner og helseforetak. Ved beregning av totalt antall korrigerte DRG-poeng benyttes summen av de korrigerte behandlingsnivåene.

Antall opphold per pasient:

Gjennomsnittlig antall opphold og konsultasjoner per pasient er sum opphold eller konsultasjoner dividert på sum pasienter. Ettersom samme pasient

kan ha hatt opphold ved flere helseforetak, tilsvarer tallene for helseforetakene sum opphold ved helseforetaket dividert med sum pasienter ved samme helseforetak. Regionale tall er beregnet på samme vis. Andel nye pasienter er andel pasienter i det aktuelle år som ikke hadde noen kontakter med spesialisthelsetjenesten (somatiske sykehus) i foregående år.

Liggetid:

Gjennomsnittlig liggetid er beregnet med grunnlag i alle døgnopphold eksklusive rehabilitering. For nærmere informasjon om rehabilitering – se kapittel 11. For å måle aktiviteten i inneværende år er oppholdstid på 366 eller flere dager satt lik 366. Innlagte pasienter som skrives inn og ut samme dag (0 liggedøgn) inngår ikke i dette tallgrunnlaget. Gjennomsnittlig liggetid er definert som sum liggedøgn (utskrivningsdato minus innleggelsesdato) dividert på sum opphold. Vi har også beregnet liggetid kontrollert for overføringer mellom sykehus. En overføring er definert som at pasienten skrives ut og inn samme dag. Både oppholdet før og etter er fjernet fra analysen av liggetid.

Definisjon for pasientgruppene *primære hofteprotese-operasjoner* og *operasjoner av hoftebrudd* er endret i årets rapport. Endringen bidrar til en strengere avgrensning av de aktuelle gruppene. Tallene vil derfor avvike fra fjorårets rapport. Tallene er oppdatert tilbake i tid. For proteseinnsetting er det satt krav til tilstandskodene: M16.0 (primær hofteleddsartrose, bilateral) eller M16.1 (primær hofteleddsartrose, uten opplysning om bilateral manifestasjon) og en av følgende prosedyrekoder: NFB20, NFB30, NFB40, og NFB99. For hoftebrudd (proximale femurfracturer) er det satt krav til tilstandskoder: S72.0 (brudd i lårhals) eller S72.1 (pertrokantært brudd, S72.2 (subtrokantært brudd) og en av følgende prosedyrekoder: NFJ00-3, NFJ10-3, NFJ20-3, NFJ40-3, NFJ50-3, NFJ60-3, NFJ70-3, NFJ80-3, NFJ90-3, NFB02, NFB12, NFB20, NFB30, NFB40, NFB99.

Langtidsopphold er definert som opphold med varighet ut over trimpunkt⁴⁷ for den enkelte DRG. Antall langtidsliggedøgn er summen av alle ligge-

46 Eksklusive private sykehus, Oslo legevakt, Bergen legevakt, Rusakutten ved Bergen legevakt og Stiftelsen Betanien Bergen.

47 Trimpunktet er en statistisk fastsatt øvre liggetidsgrense for den aktuelle DRG.

døgn over trimpunktet (liggetid minus trimpunkt). I årets rapport er langtidsopphold eksklusive rehabilitering. Tallen vil derfor avvike fra fjorårets rapport. Tallene er oppdatert tilbake i tid.

Dagkirurgi:

Dagkirurgi er definert som behandling klassifisert i en kirurgisk DRG med liggetid lik 0. Alle opphold i en kirurgisk DRG med 0 liggedager er inkludert, uavhengig av om dette er registrert som et avdelingsopphold eller som en poliklinisk kontakt.

Data er eksklusive alle svangerskapsavbrytelser, samt DRG 36 (kirurgisk behandling på øyet), DRG 1690 (dagkirurgisk behandling for prosedyrer i munnhulen) og DRG 2660 (dagkirurgi ved hudtransplantasjon og/eller revisjon). Dette skyldes endringer i medisinsk praksis, endring i definisjoner av hva som er en kirurgisk behandling og spørsmål behandlet i Avregningsutvalget.

Data er eksklusive Sunnaas sykehus, Martina Hansens hospital, Revmatismesykehuset Lillehammer, Oslo legevakt, Bergen legevakt og Rusakutten ved Bergen legevakt.

Reinnleggelser:

Tallene representerer andel reinnleggelser av dag og døgnopphold. En reinnleggelse er definert som et dag- eller døgnopphold for øyeblikkelig hjelp 7, 14 eller 30 dager etter en forutgående behandling. Pasienten har ikke nødvendigvis samme diagnose som ved forrige behandling. Rehabilitering, dagbehandling for dialyse-, samt kjemoterapi og stråleterapi inngår ikke i datagrunnlaget.

Data er eksklusive Sunnaas sykehus, Martina Hansens hospital, Revmatismesykehuset Lillehammer, Oslo legevakt, Betanien hospital, Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus, Stiftelsen Betanien Bergen, Bergen legevakt, Rusakutten ved Bergen legevakt og private sykehus.

8. Behandling i somatiske sykehus

Fra 2011 til 2013 var antall pasienter per innbygger i somatisk spesialisthelsetjeneste relativt stabilt, men de påfølgende to årene var det en markant vekst. Veksten i 2014 og 2015 skyldes i hovedsak en økning polikliniske pasienter. Antall innlagte pasienter per innbygger ble redusert i alle regionene.

I likhet med veksten i antall pasienter, var det en økning i antall polikliniske konsultasjoner per innbygger, og da særlig de to siste årene. Veksten i bruk av polikliniske tjenester kom i alle fire regioner, med størst vekst i Helse Vest og Helse Midt-Norge.

For Norge totalt var det en svak nedgang i antall døgnopphold per innbygger de siste fem årene. Endringen i døgnopphold per innbygger skyldes en nedgang i opphold for medisinske øyeblikkelig-hjelpsinnleggelser. Det var en liten økning for planlagt kirurgisk døgnbehandling.

Sykehusbruk for pasienter med utvalgte ikke-smittsomme sykdommer inngår i dette kapitlet. De utvalgte ikke-smittsomme sykdomsgruppene er KOLS, diabetes type 2, hjerte- og karsykdommer og kreft. I tillegg presenteres det også tall for pasienter med fedme.

Antall kreftpasienter per innbygger har økt de siste fem årene. Aktivitetsveksten for kreftpasienter kan særlig knyttes til vekst i kjemoterapi og andre polikliniske konsultasjoner. Antall døgnopphold for kreftpasienter ble redusert fra 2011 til 2015, mens antall stråleterapikonsultasjoner per innbygger hadde en svak økning fra 2011 til 2015.

Antall pasienter per innbygger med hjerte- og karsykdommer holdt et stabilt nivå i perioden 2011 til 2015. For denne gruppen var det en nedgang i antall døgnopphold, og for polikliniske konsultasjoner var nivået omtrent det samme i 2015 som i 2011.

Antall pasienter i sykehus med KOLS var stabilt i perioden, mens antall døgnopphold per innbygger for KOLS-pasienter ble redusert. Polikliniske konsultasjoner per innbygger for pasienter med KOLS varierte noe mellom de ulike regionene, men for Norge totalt var det en nedgang.

Det var også et stabilt nivå for diabetespasienter (type-2) per innbygger i hele femårsperioden. Sykehusbruken for denne gruppen er i hovedsak poliklinisk, og det var en økning i antall konsultasjoner per innbygger perioden sett under ett. Denne veksten var i hovedsak knyttet til vekst fra 2014 til 2015.

Det var i femårsperioden en økning antall pasienter per innbygger som hadde fedme og overvekt som hovedårsak til sykehuskontakt. Antall fedmepasienter per innbygger var likevel fortsatt relativt lavt sammenlignet med de andre ikke-smittsomme sykdomsgruppene.

8.1 INNLEDNING

I dette kapitlet er fokuset på pasienter i somatiske sykehus og utviklingen av deres bruk av helse-tjenester. Dataene som presenteres tar utgangspunkt i pasientens bostedsområde, og vil derfor være uavhengig av hvilket sykehus pasienten ble behandlet ved. Det blir gitt en beskrivelse både på nasjonalt og regionalt nivå, samt nivåforskjeller mellom regionene. Forskjeller mellom bostedsområder blir kommentert der dette er hensiktsmessig. Data for bostedsområder innen regionene er tilgjengelig på Helsedirektoratets nettside.⁴⁸

Bruk av somatiske sykehustjenester er forskjellig for ulike aldersgrupper. Målt per innbygger øker sykehusbruken desto eldre man blir. Endring i antall innbyggere og utviklingen i befolkningssammensetningen har derfor betydning for bruk av sykehus. I perioden fra 2011 til 2015 økte befolkningen samlet med nær 250 000 innbyggere, hvilket var en vekst på nærmere fem prosent. Blant befolkningen over 67 år var utviklingen noe ulik. De yngre eldre (67-79 år) hadde en vekst på drøyt 20 prosent i samme periode noe som tilsvarer en økning på nær 92 000 innbyggere. I aldersgruppen 80 år og eldre holdt antall innbyggere seg omtrent på et uendret nivå de siste fem årene.

8.2 INNLAGTE- OG POLIKLINISKE PASIENTER

Pasienter

Tabell 8.1 viser utviklingen i raten (per innbygger) for alle pasienter, samt for innlagte⁴⁹ - og polikliniske⁵⁰ pasienter, både totalt og for aldersgruppene 67-79 år og 80 år og eldre. Fra 2011 til 2015 var det en vekst i antall pasienter per innbygger. Denne veksten var i hovedsak et resultat av en økning i antall polikliniske pasienter. Fram mot 2013 holdt nivået av pasienter per innbygger seg stabilt, både for totalt antall pasienter og polikliniske pasienter. Fra 2013 til 2015 var det en relativ høy vekst, og spesielt høy var veksten i polikliniske pasienter fra 2014 til 2015.

Figur 8.1 og 8.2 viser at Helse Nord hadde den høyeste pasientraten, både for innlagte og polikliniske pasienter i perioden 2011 til 2015. Helse Nord hadde en nedgang i polikliniske pasienter per innbygger fra 2011 til 2013. Det siste året (2014 til 2015) var det en tydelig økning i polikliniske pasienter også i Helse Nord. Helse Vest hadde den sterkeste veksten i rate for polikliniske pasienter fra 2011 til 2015, som kan knyttes til økt nivå i Bergens-området. I 2015 hadde Bergensområdet flere polikliniske pasienter per innbygger enn gjennomsnittet. Alle regionene hadde en nedgang i antall innlagte pasienter per innbygger i perioden 2011 til 2015.

Tabell 8.1 Antall pasienter per 1 000 innbyggere etter behandlingsnivå og alder i 2011-2015.

		2011	2012	2013	2014	2015	Prosent endr. 2011-2015	Prosent endr. 2014-2015
Alle pasienter	Totalt	354	353	353	358	363	2,5	1,6
	67-79 år	536	537	537	541	548	2,3	1,4
	80 år og eldre	644	648	649	657	667	3,7	1,6
Innlagte pasienter	Totalt	118	117	115	114	113	-4,1	-1,1
	67-79 år	204	203	200	198	196	-3,6	-0,6
	80 år og eldre	346	349	346	346	348	0,6	0,6
Polikliniske pasienter	Totalt	321	321	322	328	335	4,3	2,2
	67-79 år	498	500	503	508	517	3,9	1,8
	80 år og eldre	520	528	532	544	558	7,3	2,6

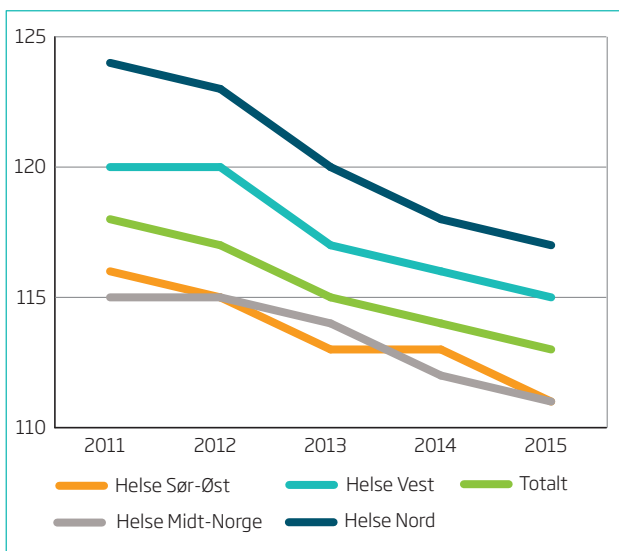
49 Inklusive alle innlagte pasienter.

50 Inklusive dagkirurgi, poliklinisk rehabilitering, dialyse, kjemo- og stråleterapi.

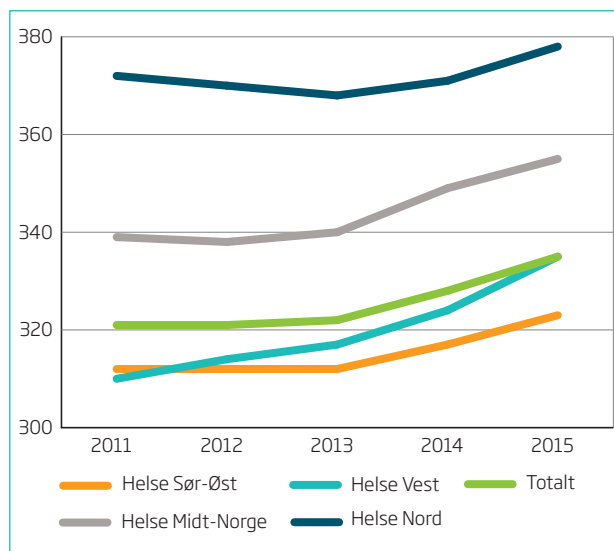
Befolkningsstrukturen endrer seg stadig, og for å forstå utviklingen av eldre sin andel av sykehusbruk, må befolkningsutviklingen tas i betraktning. Figur 8.3 presenterer andel eldre pasienter av alle pasienter samt eldre sin andel av befolkningen. Aldersgruppen 67 til 79 år er en sterkt voksende del av befolkningen, og utgjør dermed en større andel av alle pasienter i 2015 enn i 2011. Andelen 80 år og eldre i befolkningen holdt seg relativt stabil i perioden 2011 til 2015, og det samme gjelder andelen pasienter i denne aldersgruppen.

For de yngre eldre (67-79 år) var det en nedgang i antall innlagte pasienter per innbygger de siste fem årene. Spesielt sterk var nedgangen i Helse Nord. Det var også en nedgang i områdene tilknyttet Oslo Universitetssykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus. For polikliniske pasienter i aldersgruppen 67 til 79 år var det en samlet vekst på omtrent fire prosent fra 2011 til 2015, med størst vekst siste år. Helse Nord var den eneste regionen som ikke hadde en økning i polikliniske pasienter per innbygger perioden sett under ett, men hadde en økning siste år. Helse Nord hadde i hele perioden et høyere nivå sammenlignet med de andre regionene⁵¹.

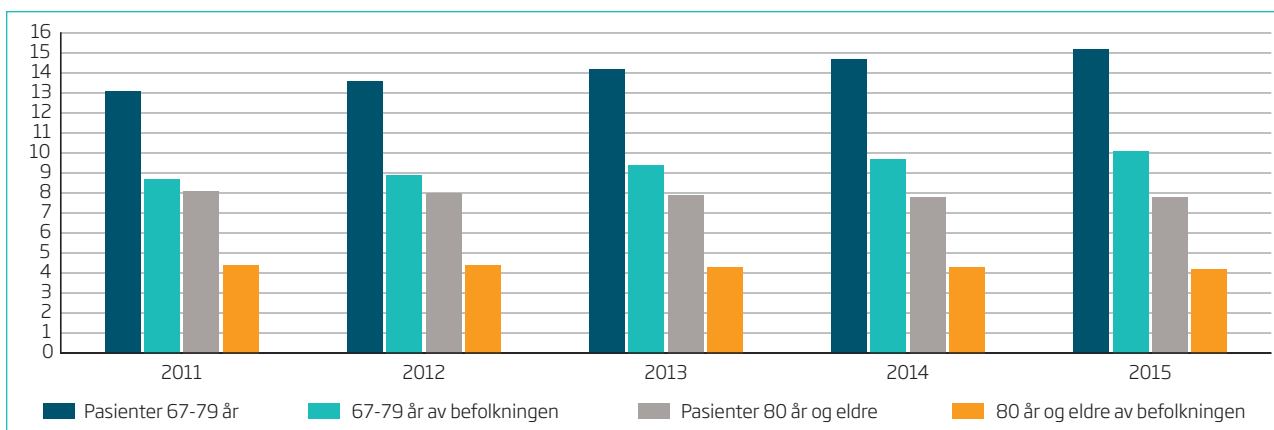
Figur 8.1 Antall innlagte pasienter per 1 000 innbyggere etter region 2011-2015.



Figur 8.2 Antall polikliniske pasienter per 1 000 innbyggere etter region 2011-2015.



Figur 8.3 Andel eldre pasienter og andel eldre i befolkningen.



⁵¹ Omfanget av private avtalespesialister er mindre i Helse Nord og Helse Midt-Norge sammenliknet med Helse Sør-Øst og Helse Vest. Dette forklarer noe av forskjellen i rate mellom regionene.

For aldersgruppen 80 år og eldre var det en svak vekst i antall innlagte pasienter per innbygger i femårsperioden. Det var en liten nedgang i Helse Sør-Øst, mens de andre regionene hadde en vekst. Alle regionene hadde en vekst siste år. Også for denne aldersgruppen var det en tydelig nedgang i raten for områdene tilhørende Oslo Universitets-sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus. Disse områdene hadde i 2011 flere pasienter per innbygger sammenlignet med de andre områdene. Når det gjelder antall polikliniske pasienter, var det en betydelig vekst de to siste årene. Størst var veksten i Helse Vest, der både Bergens- og Stavanger-området hadde en markant økning. Helse Nord hadde lavest vekst, men var samtidig den regionen som i alle fem årene hadde høyest antall polikliniske pasienter per innbygger.

Opphold og konsultasjoner

Tabell 8.2 viser utviklingen i all aktivitet ved somatiske sykehus i Norge. Tabell 8.3 presenterer en oversikt over utviklingen i antall døgnopphold⁵² og polikliniske konsultasjoner⁵³ per innbygger for hele befolkningen, samt for aldersgruppene 67-79 år og 80 år og eldre. Tabellen viser at det i hovedsak var en liten, men vedvarende nedgang i antall døgnopphold per innbygger. For antall polikliniske konsultasjoner per innbygger, var det i perioden et økende nivå, med sterkest vekst siste år.

Figur 8.4 viser døgnopphold per innbygger korrigert for befolknings sammensetning for de ulike regionene. I perioden 2011 til 2015 hadde Helse Nord den største nedgangen i døgnopphold per innbygger. Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge hadde også en nedgang i den samme perioden. Helse Vest var den eneste regionen som hadde en vekst i antall døgnopphold de siste fem årene, med

Tabell 8.2 Antall opphold og konsultasjoner per 1 000 innbyggere 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	2015	Prosent endr. 2011-15
Døgnopphold rehabilitering	3,3	2,8	2,8	2,5	2,3	-29,8
Døgnopphold 2 liggedager eller mer	112,2	111,9	109,8	108,5	107,8	-3,9
Døgnopphold 1 liggedag	43,3	44,2	44,5	45,0	45,6	5,5
Opphold 0 liggedager	29,6	28,7	27,4	27,1	25,4	-14,4
Dagkirurgi	41,8	41,5	40,6	40,9	41,5	-0,8
Polikliniske konsultasjoner	913,9	924,9	936,8	959,4	999,2	9,3
Poliklinisk rehabilitering	20,4	24,3	19,1	20,1	19,7	3,4
Polikliniske kjemoterapi	20,2	23,1	24,0	24,7	26,9	32,7
Poliklinisk stråleterapi	37,8	38,1	37,8	37,5	38,6	2,1
Dialyse	28,8	29,8	30,2	31,4	32,1	11,5

Tabell 8.3 Antall opphold og konsultasjoner per 1 000 innbyggere etter alder 2011-2015.

		2011	2012	2013	2014	2015	Prosent endr. 2011-15
Døgnopphold	Totalt	155	156	154	154	153	-1,6
	67-79 år	334	335	329	327	328	-3,1
	80 år og eldre	570	580	576	581	588	2,2
Polikliniske konsultasjoner	Totalt	914	925	937	959	999	6,2
	67-79 år	1 711	1 740	1 757	1 787	1 861	7,6
	80 år og eldre	1 602	1 660	1 705	1 777	1 860	14,3

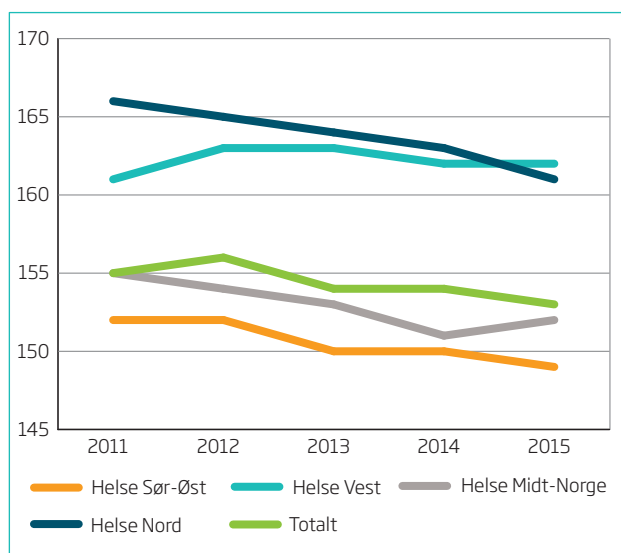
⁵² Døgnopphold omfatter opphold med én eller flere liggedager (eksklusive døgn-rehabilitering).

⁵³ Eksklusive poliklinisk rehabilitering, dialyse, kjemo- og stråleterapi.

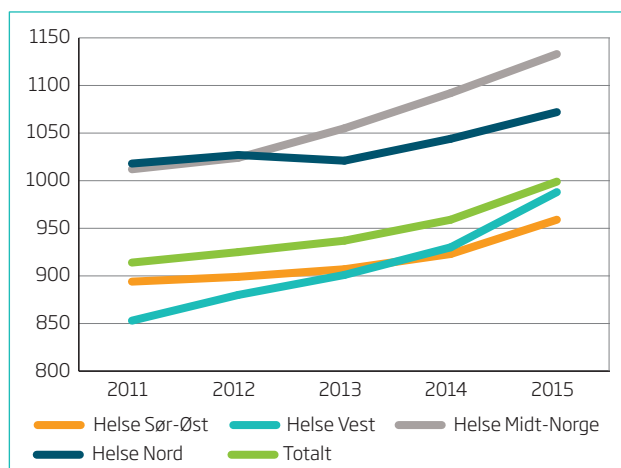
en særlig vekst fra 2011 til 2012. Variasjonen⁵⁴ i døgnopphold (kjønns- og aldersstandardisert) viser at forskjellen mellom bostedsområdene ble noe mindre fra 2011 til 2015.

Figur 8.5 viser at det var en betydelig økning i antall polikliniske konsultasjoner per innbygger de siste fem årene. Fra 2014 til 2015 økte antall polikliniske konsultasjoner med nærmere 254 000 konsultasjoner, og tilsvarende en økning på 40 konsultasjoner per 1 000 innbyggere. Som nevnt tidligere, var antall polikliniske pasienter per innbygger relativt stabilt

Figur 8.4 Døgnopphold per 1 000 innbyggere etter region 2011-2015. Kjønns- og aldersstandardiserte rater.



Figur 8.5 Polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere etter region 2011-2015. Kjønns- og aldersstandardiserte rater.



54 Variasjonskoeffisient=Standardavvik/gjennomsnitt. Multiplisert med 100 uttrykker denne prosent variasjon mellom regionene og bostedsområdene.

fra 2011 til 2013. I samme periode var det derimot en økning i antall polikliniske konsultasjoner per pasient. Fra 2013 og fram til 2015 var det en vekst i antall pasienter, men en enda sterkere vekst for polikliniske konsultasjoner. Dette innebærer en økning i antall konsultasjoner per pasient også de to siste årene.

Veksten i poliklinisk aktivitet var gjennomgående for alle regioner, men størst i Helse Vest. Bergensområdet hadde en vekst på om lag 20 prosent fra 2011 til 2015. Helse Midt Norge hadde høyest antall polikliniske konsultasjoner per innbygger i perioden 2013 til 2015, med et nivå på 1 133 konsultasjoner per 1 000 innbyggere i 2015. Til sammenligning hadde Helse Sør-Øst 959 konsultasjoner per 1 000 innbyggere samme år. Variasjonen⁵⁵ mellom regionene i konsultasjonsrate ble redusert fra 2011 til 2013, økte noe i 2014, og ble igjen redusert i 2015. Når det gjelder bostedsområdene ble forskjellene noe redusert i løpet av femårsperioden. Figur 8.6 viser variasjon mellom bostedsområdene i 2015.

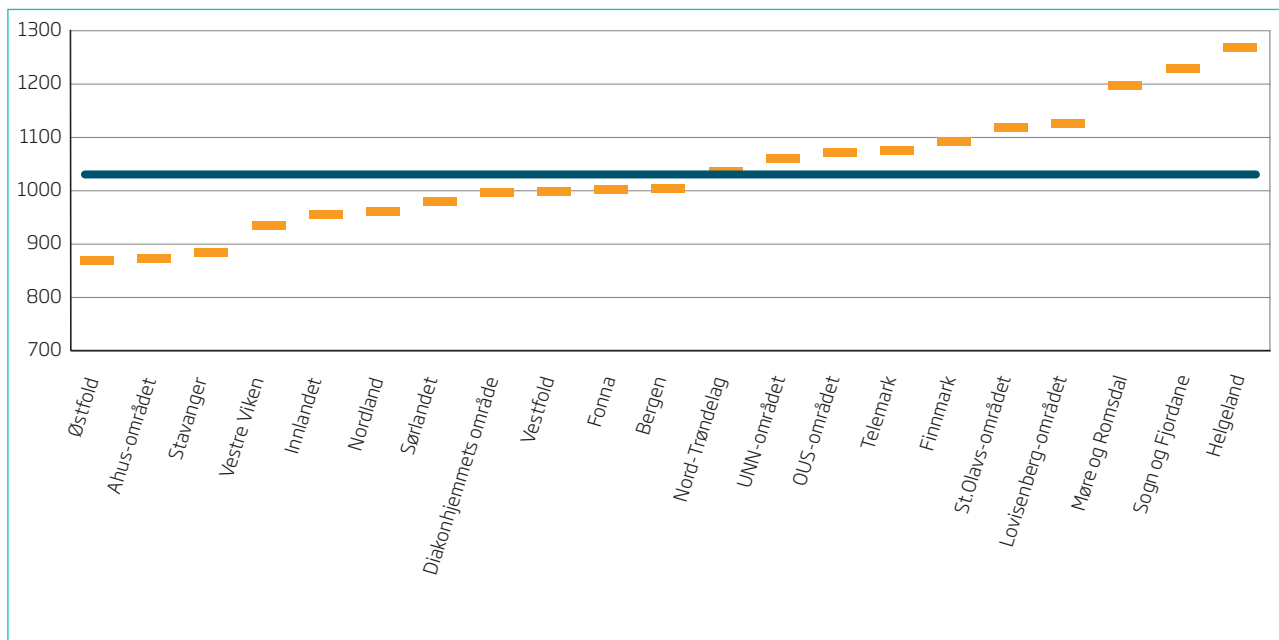
Det var ingen fagområder som skilte seg vesentlig ut når det gjelder økningen i antall poliklinisk konsultasjoner. Det kan likevel påpekes at det var størst vekst knyttet til *sykdommer i muskel- skjelettsystemet og bindevev, øyesykdommer, ØNH-sykdommer og sykdommer i åndedretsorganer*. Det var også en økning i poliklinisk aktivitet ved private avtaleinstitusjoner⁵⁶.

Figur 8.7 og 8.8 viser hvordan *andelen* døgnopphold for de to eldste aldersgruppene (av døgnopphold totalt) utviklet seg de siste fem årene. Andelen døgnopphold økte med i underkant av tre prosentpoeng for aldersgruppen 67-79 år i denne perioden. For aldersgruppen 80 år og eldre, holdt andelen seg relativt stabil i samme periode. I 2015 hadde Helse Nord høyest andel av døgnopphold for gruppen 67-79 år, mens Helse Midt-Norge hadde høyest andel av døgnopphold for pasienter 80 år og eldre. Dette er i samsvar med befolkningssammensetningen, da Helse Nord hadde størst andel yngre eldre, og Helse Midt-Norge hadde høyest andel av aldersgruppen 80 år og eldre.

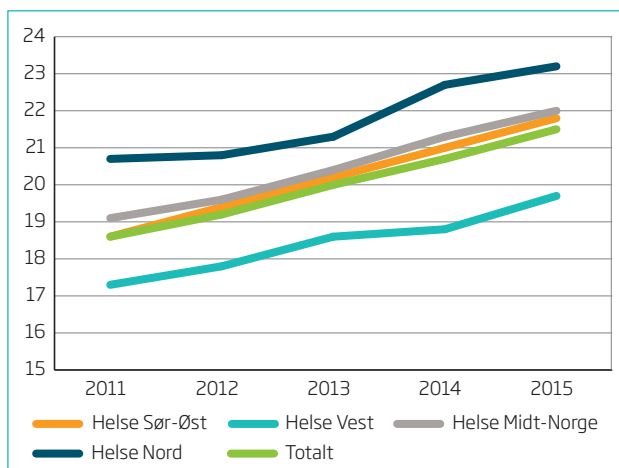
55 Målt med variasjonskoeffisient.

56 Noe av denne økningen skyldes sannsynligvis en registrerings- og/ eller rapporteringsendring, som en følge av at polikliniske konsultasjoner ved private sykehus ble inkludert i ISF fra og med 2015.

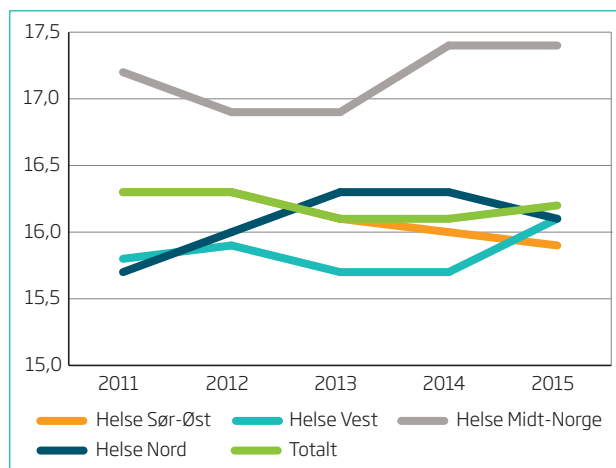
Figur 8.6 Variasjon mellom bostedsområdene for polikliniske konsultasjoner 2015. Kjønnns- og aldersstandardisert rate.



Figur 8.7 Andel døgnopphold for yngre eldre 67-79 år etter region 2011-2015.



Figur 8.8 Andel døgnopphold for eldre 80 år og over etter region 2011-2015.



Antall døgnopphold per innbygger for de yngre eldre gikk ned i perioden 2012 til 2015. Dette gjelder alle regionene, med unntak av Helse Vest som hadde en svak økning. Helse Vest og Helse Nord hadde i 2015 et høyere nivå enn de andre to regionene. For eldre over 80 år var det en vekst i antall døgnopphold per innbygger i hele perioden. Veksten var gjennomgående for alle regioner, og høyest i Helse Vest. Helse Nord hadde en reduksjon siste år.

For de eldste aldersgruppene var det en betydelig økning i antall polikliniske konsultasjoner per innbygger. Økningen var størst i Helse Vest for begge aldersgruppene. Helse Midt-Norge hadde også en tydelig vekst i konsultasjoner per innbygger, og særlig sterk var veksten i Nord-Trøndelag, som imidlertid hadde et lavt nivå som utgangspunkt i 2011.

8.3 PLANLAGT BEHANDLING OG ØYEBLIKKELIG HJELP INNEN KIRURGI OG MEDISIN

Døgnvirksomhet utgjør en stor andel av ressursbruken i sykehuset. I dette avsnittet gis det en gjennomgang av utviklingen i døgnopphold for behandlingstypene kirurgi og medisin⁵⁷, og hastegrad (planlagt og øyeblikkelig-hjelp). Tabell 8.4 gir en oversikt over utviklingen for døgnopphold etter type behandling og hastegrad de siste fem årene.

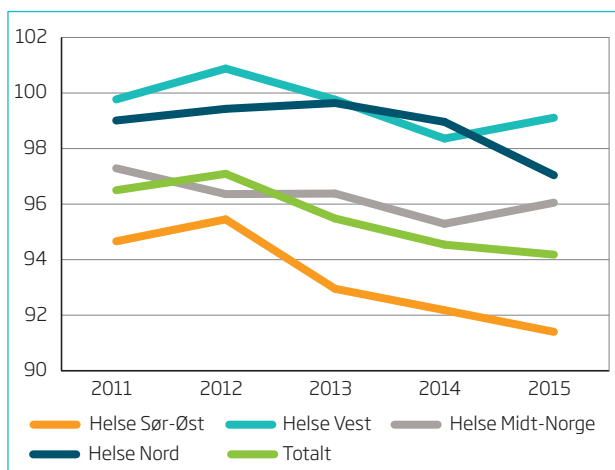
Nedgang i døgnopphold per innbygger skyldes i hovedsak en reduksjon i antall medisinske øyeblikkelig-hjelpsinnleggelser (ø-hjelp). Nedgangen var størst i Helse Sør-Øst. Helse Vest hadde en liten reduksjon i femårsperioden under ett, og en liten økning fra 2014 til 2015. Figur 8.9 viser at Helse Vest og Helse Nord hadde et noe høyere nivå enn de andre regionene i perioden. Antallet kirurgiske ø-hjelpsinnleggelser per innbygger hadde en svak nedgang i perioden 2011 til 2015, med et om lag uendret nivå fra 2014 til 2015. Det var en nedgang i Helse Nord og Helse Midt-Norge, mens Helse Sør-Øst og Helse Vest holdt et stabilt nivå fra 2011 til 2015.

For Norge totalt var det et relativt stabilt nivå for planlagte medisinske innleggelser per innbygger fra 2011 til 2015. Helse Midt-Norge hadde en nedgang fra 2011 til 2015, mens Helse Vest hadde en liten

økning. Nivået i Helse Sør-Øst holdt seg stabilt gjennom hele perioden. Helse Nord hadde i hele perioden det høyeste nivået av planlagte medisinske innleggelser per innbygger.

For planlagt kirurgi var det en vekst i innleggelser per innbygger fra 2011 til 2015. Alle regionene, med unntak av Helse Nord, hadde en økning i denne perioden. Økningen var størst i Helse Vest og kan knyttes til en sterkere vekst ved områdene Telemark og Fonna.

Figur 8.9 Medisinske ø-hjelpsinnleggelser per 1 000 innbyggere etter region 2011-2015.



Tabell 8.4 Døgnopphold etter hastegrad og type behandling per 1 000 innbyggere 2011-2015.

		2011	2012	2013	2014	2015	Prosent endr. 2011-2015
Per 1 000 innbyggere	Planlagt med. behandling	19,0	18,6	18,7	18,9	18,9	-1,0
	Planlagt kir. behandling	23,8	24,2	24,2	24,6	24,8	4,3
	Ø-hjelp med. behandling	96,5	97,1	95,5	94,5	94,2	-2,4
	Ø-hjelp kir. behandling	16,1	16,2	15,9	15,4	15,6	-3,4
Prosent av døgnopphold	Planlagt med. behandling	12,2	11,9	12,1	12,3	12,3	-
	Planlagt kir. behandling	15,3	15,5	15,7	16,0	16,7	-
	Ø-hjelp med. behandling	62,1	62,2	61,9	61,6	63,4	-
	Ø-hjelp kir. behandling	10,4	10,4	10,3	10,1	10,5	-

⁵⁷ Medisin er her definert som opphold kategorisert i ikke-kirurgisk DRG, se også avsnitt 8.5.

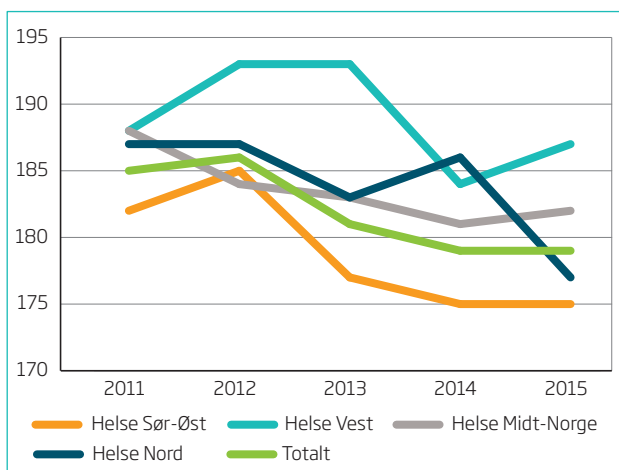
Aldersgruppen 67 til 79 år hadde en nedgang i antall medisinske ø-hjelpsinnleggelser per innbygger. Figur 8.10 viser en sterkere reduksjon i Helse Nord fra 2014 til 2015. Regionen var dermed omtrent på nivå med Helse Sør-Øst, som hadde færrest medisinske ø-hjelpsinnleggelser for denne aldersgruppen i 2015.

Tabell 8.5 viser at det også var en nedgang i kirurgiske ø-hjelpsinnleggelser per innbygger for de yngre eldre (67-79 år), hvor Helse Nord og Helse Midt Norge hadde størst nedgang. For planlagte medisinske innleggelser var det en økning

for landet samlet. Helse Sør-Øst og helse Vest hadde en vekst, mens de to andre regionene hadde en nedgang. For planlagt kirurgi var det for landet samlet en økning, og også her var det regionale forskjeller med nedgang i Helse Nord og vekst i de tre andre regionene.

Tabell 8.6 viser at det var en vekst i medisinske ø-hjelpsinnleggelser for aldersgruppen 80 år og eldre 2011-2015. Helse Sør-Øst var den eneste regionen som hadde en nedgang i denne perioden. Når det gjelder kirurgiske ø-hjelpsinnleggelser var det for alle regionene en reduksjon, med størst nedgang i Helse Vest. For planlagte medisinske innleggelser var det gjennomgående en vekst i alle regionene, med svakest vekst i Helse Midt-Norge. Antallet planlagte kirurgiske innleggelser økte de siste fem årene, med størst vekst i Helse Vest og Helse Sør-Øst.

Figur 8.10 Medisinske ø-hjelpsinnleggelser 67-79 år per 1 000 innbyggere etter region 2011-2015.



Tabell 8.5 Døgnoophold etter type behandling og hastegrad per 1 000 innbyggere for aldersgruppen 67-79 år 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	2015	Prosent endr. 2011-2015
Ø-hjelp med. behandling	185	186	181	179	179	-3,3
Ø-hjelp kir. behandling	32	32	31	30	30	-8,2
Planlagt med. behandling	46	45	46	47	47	2,3
Planlagt kir. behandling	71	72	71	72	73	3,0

Tabell 8.6 Døgnoophold etter type behandling og hastegrad per 1 000 innbygger for aldersgruppen 80 år og eldre 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	2015	Prosent endr. 2011-2015
Ø-hjelp med. behandling	407	417	411	410	414	1,7
Ø-hjelp kir. behandling	67	66	64	65	65	-3,2
Planlagt med. behandling	41	40	44	47	48	19,0
Planlagt kir. behandling	55	57	57	58	61	11,5

8.4 IKKE-SMITTSOMME SYKDOMMER

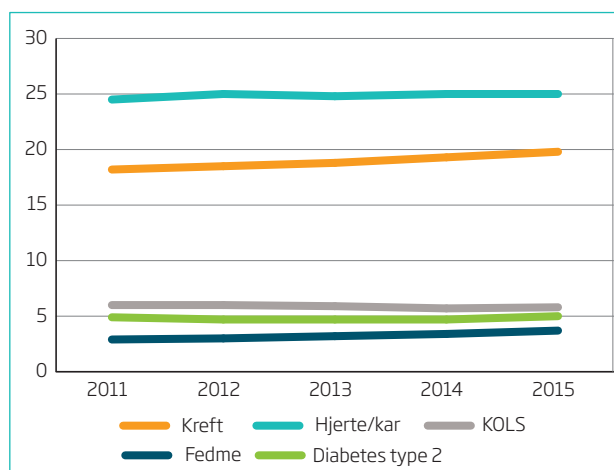
Ikke-smittsomme sykdommer (NCD)⁵⁸ er et voksende folkehelseproblem verden over. Norge har forpliktet seg til WHO sitt mål om 25 prosent reduksjon i for tidlig død forårsaket av denne typen sykdommer innen 2025. For å nå dette målet er det utarbeidet en egen NCD-strategi. Et ledd i denne strategien er å framskaffe og utarbeide data om bruk av helsetjenester for de ikke-smittsomme sykdomsgruppene, med utgangspunkt i sykehusdata. I dette avsnittet vil det bli en gjennomgang av utviklingen i bruk av helsetjenester for utvalgte pasientgrupper. Det er spesielt fire sykdomsgrupper som er sentrale: Diabetes type-2, KOLS, hjerte- og karsykdommer og kreft. Videre har vi også utarbeidet tall for pasienter der fedme var hovedårsaken til kontakten med sykehuset. Definisjon av pasientgrupper er gitt i avsnitt 8.5.

Pasienter, døgnoophold og poliklinikk

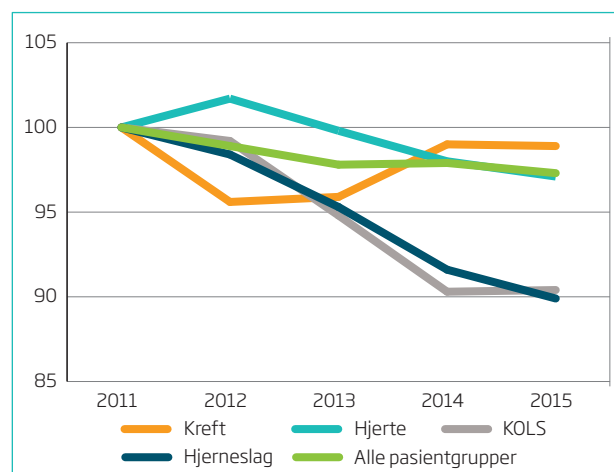
Pasienter med utvalgte hjerte- og karsykdommer, KOLS og diabetes type-2 hadde et stabilt nivå per innbygger de siste fem årene. Dette står i kontrast med utviklingen for alle pasienter, hvor det var en tydelig økning fra 2013. Det har derimot blitt flere kreftpasienter i løpet av femårsperioden, som vist i figur 8.11. Pasienter som var i kontakt med sykehus på grunn av fedme, var på et lavere nivå enn de andre pasientgruppene, men omfanget per innbygger økte i perioden.

Ved enkelte ikke-smittsomme sykdomsgrupper får pasientene som gruppe et tilbud om både døgnoophold og en poliklinisk oppfølging, mens det for andre sykdomsgrupper i hovedsak er enten et døgntilbud eller et poliklinisk tilbud. Figur 8.12 og 8.13 viser utviklingen de siste fem årene for døgnoophold og polikliniske konsultasjoner per innbygger for de utvalgte ikke-smittsomme sykdomsgruppene, samt for alle de ikke-smittsomme sykdomsgruppene samlet. I tråd med trenden på landsbasis for alle døgnoophold samlet, gikk raten for antall døgnoophold ned også for de ikke-smittsomme sykdommene. For polikliniske konsultasjoner var det en økning for de ikke-smittsomme sykdomsgruppene samlet, men her var variasjonen mellom de ulike pasientgruppene større.

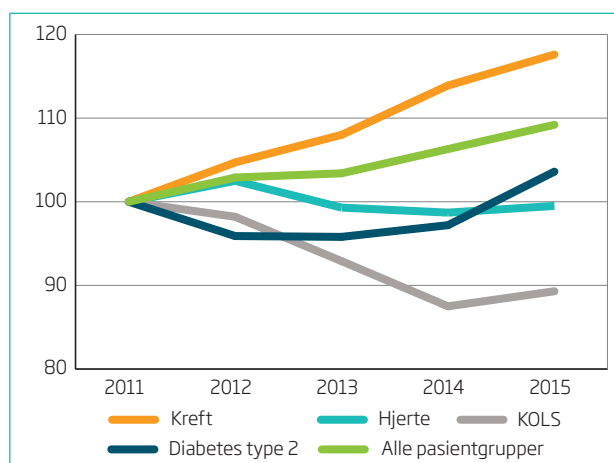
Figur 8.11 Antall pasienter i sykehus per 1 000 innbyggere for utvalgte ikke-smittsomme sykdomsgrupper 2011-2015.



Figur 8.12 Døgnoophold for pasienter med utvalgte ikke-smittsomme sykdommer 2011-2015 (2011=100).



Figur 8.13 Polikliniske konsultasjoner for pasienter med ikke-smittsomme sykdommer 2011-2015 (2011=100).



58 NCD står for Noncommunicable Chronic Diseases).

Kreft

Sammenlignet med de andre ikke-smittsomme sykdommene, hadde kreftpasienter som gruppe et relativt høyt nivå både for døgnopphold og polikliniske konsultasjoner. Helse Sør-Øst og Helse Nord hadde i perioden 2011 til 2015 en reduksjon i antall døgnopphold per innbygger, mens Helse Midt-Norge holdt seg på et relativt stabilt nivå gjennom hele perioden. I Helse Vest var det en økning fra 2011 til 2015. Døgnraten for alle regioner samlet ble redusert fra 2011 til 2012, og økte deretter fram til 2014. Fra 2014 til 2015 holdt raten seg stabil, men var noe lavere enn i 2011.

Når det gjelder polikliniske konsultasjoner per innbygger økte nivået gjennom hele perioden. Også for kjemoterapi økte antall konsultasjoner per innbygger i alle regioner. Antall strålebehandlinger per innbygger hadde en svak økning i perioden 2011 til 2015, og det var kun mindre nivåforskjeller mellom regionene.

Utviklingen for de ulike krefttypene (som bryst-, prostata-, tykktarm-, lunge- og føyflekkreft)⁵⁹ vil kunne avvike noe fra kreftgruppene samlet. De siste fem årene var det en jevn økning i antall pasienter og polikliniske konsultasjoner for brystkreft. Antall døgnopphold for brystkreftpasienter holdt et relativt stabilt nivå. Pasientraten for prostatakraft var stabil i femårsperioden, mens antall polikliniske konsultasjoner per innbygger økte noe. Døgnopphold for pasienter med prostatakraft ble derimot redusert. Pasienter per innbygger med tykktarmskreft holdt et stabilt nivå de siste fem årene, mens det var en svak økning i pasientraten for føyflekkreft og lungekreft. For tykktarmskreft var det en svak nedgang i polikliniske per innbygger fra 2011 til 2015, mens både pasientgruppene lungekreft og føyflekkreft hadde en økning. Døgnopphold per innbygger for tykktarmskreft - og føyflekkreft-pasienter hadde et stabilt nivå, mens raten i døgnopphold for pasienter med lungekreft ble noe redusert.

Hjerte- og karsykdommer

I løpet av de siste fem årene var det en reduksjon i antall pasienter per innbygger for koronar iskemisk hjertesykdom. Det samme gjaldt for hypertensive

(blodtrykks-) lidelser. Antall pasienter per innbygger med hjertesvikt hadde et relativt stabilt nivå gjennom hele perioden. Pasienter med arterieflimmer/-flutter hadde en jevn, men svak økning fra 2011 til 2014, mens det var tilnærmet ingen endring i raten fra 2014 til 2015.

I likhet med kreftpasienter, hadde også hjerte/kar-pasienter et relativt høyt nivå av både døgnopphold og polikliniske konsultasjoner per innbygger i perioden 2011 til 2015 sammenlignet med de andre ikke-smittsomme sykdomsgruppene. For både koronar iskemisk sykdom og hypertensive lidelser var det en nedgang i polikliniske konsultasjoner. Døgnopphold for pasienter med hypertensive lidelser holdt et stabilt lavt nivå, mens det var en nedgang i raten for døgnopphold for pasienter med koronar iskemisk sykdom. For pasienter med hjertesvikt holdt raten for døgnopphold seg relativt stabil, mens det var en økning i antall polikliniske konsultasjoner. For pasienter med arterieflimmer/-flutter økte antall døgnopphold per innbygger noe i perioden 2011 til 2015. Raten for polikliniske konsultasjoner holdt seg stabil i denne perioden.

KOLS

Antall KOLS-pasienter per innbygger holdt seg relativt stabilt fra 2011 til 2015. Døgnopphold per innbygger for KOLS-pasienter hadde en reduksjon fra 2011 til 2014, men var stabil fra 2014 til 2015. Det var ingen store regionale forskjeller i raten for døgnopphold for denne pasientgruppen. Når det gjelder polikliniske konsultasjoner var forskjellene noe større, og utviklingen i regionene var også noe ulik. Alle regionene, med unntak av Helse Nord, hadde en nedgang de siste fem årene. Antall polikliniske konsultasjoner for KOLS-pasienter skilte seg ut fra antall polikliniske konsultasjoner for alle pasienter. Totalt for alle pasienter var det en økning i raten for polikliniske konsultasjoner per innbygger, mens det fram til 2014 var en nedgang i denne raten for pasienter med KOLS. Fra 2014 til 2015 var det derimot også en svak økning i antall polikliniske konsultasjoner for KOLS-pasienter.

Diabetes type-2 og fedme

Antall pasienter per innbygger med diabetes type-2 holdt et stabilt nivå i perioden 2012 til 2014, mens det fra 2014 til 2015 var en liten økning. Det var noen regionale forskjeller, med Helse Vest som

⁵⁹ Befolkningstallene det forholdes til er ulik for de forskjellige pasientgruppene. Blant annet benyttes det for brystkreft kvinner 16 år og eldre, og for prostatakraft brukes menn 50 år og eldre.

hadde i underkant av fire pasienter per 1 000 innbyggere mot Helse Nord som hadde opp mot syv pasienter. Diabetes type-2-pasienter sin bruk av sykehus er i hovedsak rettet mot det polikliniske tilbudet. Siste fem år var det en svak økning i antall polikliniske konsultasjoner per innbygger for denne pasientgruppen. Også for polikliniske konsultasjoner hadde Helse Nord det høyest nivået.

Pasienter som er i kontakt med sykehus angående fedme, har vist et økende nivå per innbygger de siste fem årene, men hadde fortsatt et lavere nivå sammenlignet med de andre ikke-smittsomme pasientgruppene. Dette gjelder både for antallet pasienter og polikliniske konsultasjoner. Det var også i perioden en svak økning i døgnopphold. Det var noe forskjell i raten mellom bostedsområdene for denne gruppen, noe som kan tyde på at forbruksnivået også kan være påvirket av tilbudet og dermed tilgjengelighet til tjenestene. Variasjonen mellom de ulike regionene var også relativt stor, hvor Helse-Nord hadde færrest og Helse Midt-Norge flest konsultasjoner per innbygger.

8.5 DATAGRUNNLAG OG DEFINISJONER

Datagrunnlaget for dette kapitlet er pasientdata fra Norsk pasientregister (NPR), som inneholder informasjon om alle typer opphold og konsultasjoner ved samtlige somatiske helseforetak og sykehus. Offentlig finansierte opphold og konsultasjoner ved private sykehus inngår også i NPR, mens privat-finansiert aktivitet er ekskludert.

Private somatiske avtalespesialister inngår ikke som en del av datagrunnlaget for analysene for dette kapitlet. Dette vil spesielt påvirke tolkningen av ulikheter i bruk av polikliniske tjenester. Det er større bruk av private somatiske avtalespesialister i Helse Sør-Øst og Helse Vest enn i Helse Midt-Norge og Helse Nord. For de to førstnevnte regionene må derfor data om poliklinisk aktivitet tolkes med noe varsomhet.

Befolkningstall brukt i beregning av rater (per innbygger) er hentet fra SSB, og er fra 1. januar påfølgende år.

I dette kapitlet fokuseres det på behandlingsnivåene døgnopphold og polikliniske konsultasjoner. Definisjonen av behandlingsnivå er den samme som i fjorårets rapport.

Alle fødsler (DRG 370-375, 382) og friske nyfødte (DRG 390-391) er definert som øyeblikkelig hjelp. Det er ulik registreringspraksis vedrørende hastegrad ved sykehusene som er årsaken til behovet for denne definisjonen. Utover dette, foretas kategorisering i øyeblikkelig hjelp versus planlagt ut fra registrert hastegrad.

Kategorisering i kirurgi og medisin bestemmes av om døgnoppholdet grupperes i en kirurgisk DRG eller ikke. Medisinske døgnopphold er gruppert i en ikke-kirurgisk DRG. For å bli gruppert i en kirurgisk DRG må det være registrert minst en operasjonsstuekrevenende prosedyre.

For de ikke-smittsomme sykdomsgruppene benyttes følgende definisjoner:

Pasientgruppe	Definisjon koder	Kommentar
Kreftsykdommer	Hovedtilstandskode C0x.x-C9x.x, samt kjemoterapi (DRG 410x, 492x og 856x) og strålebehandling (DRG 409x og 851x)	Etterundersøkelser (Z08.x) og etterbehandling (Z42.x-Z48.x) inngår ikke i datagrunnlaget. Ovennevnte gjelder også for de spesifikke undergruppene.
Kjemoterapi	Episode gruppert i DRG 410A-D, DRG 492, 4920 eller 856x (fra 2014).	
Strålebehandling	Episode gruppert i DRG 409x eller 851x (fra 2014).	
Brystkreft	Hovedtilstandskode C50.x, samt kjemoterapi hvor C50.x er tilleggskode	
Prostatakreft	Hovedtilstandskode C61.x, samt kjemoterapi hvor C61.x er tilleggskode	
Lungekreft	Hovedtilstandskode C34.x, samt kjemoterapi hvor C34.x er tilleggskode	
Tykkarmskreft	Hovedtilstandskode C18.x, samt kjemoterapi hvor C18.x er tilleggskode	
Malign melanom	Hovedtilstandskode C43.x, samt kjemoterapi hvor C43.x er tilleggskode	
Hjerte/hjernekar sykdommer	Hovedtilstandskode I0x.x-I5x.x, I60.x-I64.x	Sykdommer hos gravide, fødende og kvinner i barseltid, samt medfødte lidelser og hjerte-karforstyrrelser som oppstår i perinatalperioden er ikke inkludert i datagrunnlaget.
Koronar iskemisk hjertesykdom	Hovedtilstandskode I20.x-I22.x, I24.x-I25.x	
Hypertensive lidelser	Hovedtilstandskode I10.x-I13.x, I15.x	Svangerskapshypertensjon er ikke inkludert i datagrunnlaget.
Hjertesvikt	Hovedtilstandskode I50.x, I42.0	
Atrierflimmer/-flutter	Hovedtilstandskode I48.x	
Hjerneslag	Hovedtilstandskode I60.x-I64.x	Det kan diskuteres om subaraknoidalblødning (I60.x), subduralblødning (I62.0) og epiduralblødning (I62.1) skal klassifiseres som hjerneslag, men er inkludert i datagrunnlaget.
KOLS	Hovedtilstandskode J40.x-J44.x, samt J44.x som tilleggstilstandskode ved J12.x-J18.x, J20.x eller J96.x.	
Diabetes pasienter		
Diabetes samlet	Hovedtilstandskode E10.x-E14.x og O24.x	
Diabetes type 2	Hovedtilstandskode E11.x og O24.1	

9. Psykisk helsevern

Siden 1998 har det vært en markert økning i personellinnsatsen i den polikliniske og ambulante virksomheten i det psykiske helsevernet. Både i tjenestene for barn og unge og i tjenestene for voksne har årsverk per innbygger blitt mer enn fordoblet.

Siden 1998 har antall døgnplasser per innbygger for voksne blitt halvert. Nedgangen har i de senere år vært kraftigere ved sykehusene enn ved DPS-ene. I tjenesten for barn og unge har antall plasser per innbygger blitt redusert med åtte prosent. 65 institusjoner har etablert et tilbud med brukerstyrte plasser, 63 institusjoner i tjenestene for voksne og to institusjoner i tjenestene for barn og unge.

Innen det psykiske helsevernet for barn og unge har det siden 1998 vært en betydelig økning i antall pasienter per innbygger (152 prosent). De siste årene har imidlertid raten flatet ut, mens konsultasjonsraten fortsatt vokser.

Siden 1998 har det også vært en betydelig vekst i den polikliniske aktiviteten for voksne. Antall konsultasjoner per innbygger har økt med 167 prosent. Antall oppholdsdøgn per innbygger har i samme periode blitt redusert med 53 prosent. Med nedkorting av oppholdenes varighet var det fram til 2006 likevel en økning i utskrivningsraten. Veksten har senere avtatt, og fra 2014 til 2015 gikk antall utskrivninger per innbygger ned med to prosent. Utskrivningsraten er i 2015 tre prosent lavere enn ved opptrappingsplanens avslutning i 2008.

I det psykiske helsevernet for barn og unge har det siden 2012 vært en betydelig økning i antall og andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser. Andelen har økt fra 47 til 61 prosent. I tjenestene for voksne har ø-hjelpsrate siden 2010 holdt seg stabil, mens andelen har økt fra 63 til 67 prosent. Det er store forskjeller i ø-hjelpsrate mellom helseforetakene.

I 2015 ble drøyt 58 000 pasienter behandlet i det psykiske helsevernet for barn og unge, eller 5,2 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen, en vekst i raten på 1 prosent siden 2011. Tjenestene for voksne behandlet totalt ca. 190 000 pasienter, eller 4,7 prosent av befolkningen 18 år eller eldre. Siden 2011 har raten økt med åtte prosent. 2/3 av veksten har kommet det siste året.

I tjenestene til barn og unge utgjorde hyperkinetiske forstyrrelser (28 prosent), nevrotiske lidelser (25 prosent) og atferdsforstyrrelser (20 prosent) de største gruppene. I tjenestene til voksne har hovedtyngden av pasientene en affektiv eller nevrotisk lidelse (30 prosent i hver gruppe). Blant døgnpasientene er det i tillegg mange pasienter som er diagnostisert med en psykoselidelse (21 prosent). Disse står samtidig for 37 prosent av oppholdsdøgnene.

I kapitlet beskrives også utviklingen i helseregionene og forskjeller i tjenestetilbud mellom foretakene. Tall for helseforetak og regioner finnes på helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata.

9.1 PERSONELLINNSATS - PSYKISK HELSEVERN

På grunn av forsinket publisering av personellstatistikk fra SSB kan vi i årets rapport ikke presentere tall for samlet personellinnsats i sektoren. Omtalen vil derfor bli avgrenset til utviklingen i personellinnsats i poliklinisk og ambulant virksomhet og hos avtalespesialistene.

Poliklinisk og ambulant personell

Nasjonale utviklingstrekk

Det er en politisk målsetting å vri personellinnsatsen innen det psykiske helsevernet fra døgnbasert virksomhet til poliklinisk og ambulant virksomhet. Figur 9.1 viser utviklingen i poliklinisk og ambulant årsverk for perioden 1998-2015. Tallene er framstilt som rater i forhold til antall innbyggere i målgruppen for tjenesten. Absolutt-tallene som ligger til grunn for figuren er gjengitt i tabell 9.1.

For perioden 1998-2015 har det vært en betydelig vekst i den polikliniske og ambulante virksomheten, både i tjenestene for barn og unge og i tjenestene for voksne. Veksten i ambulante årsverk har særlig

kommet fra 2009 og utover. I tjenestene for barn og unge har økningen i den ambulante virksomheten avtatt siste år, mens det er fortsatt vekst i tjenestene for voksne⁶⁰.

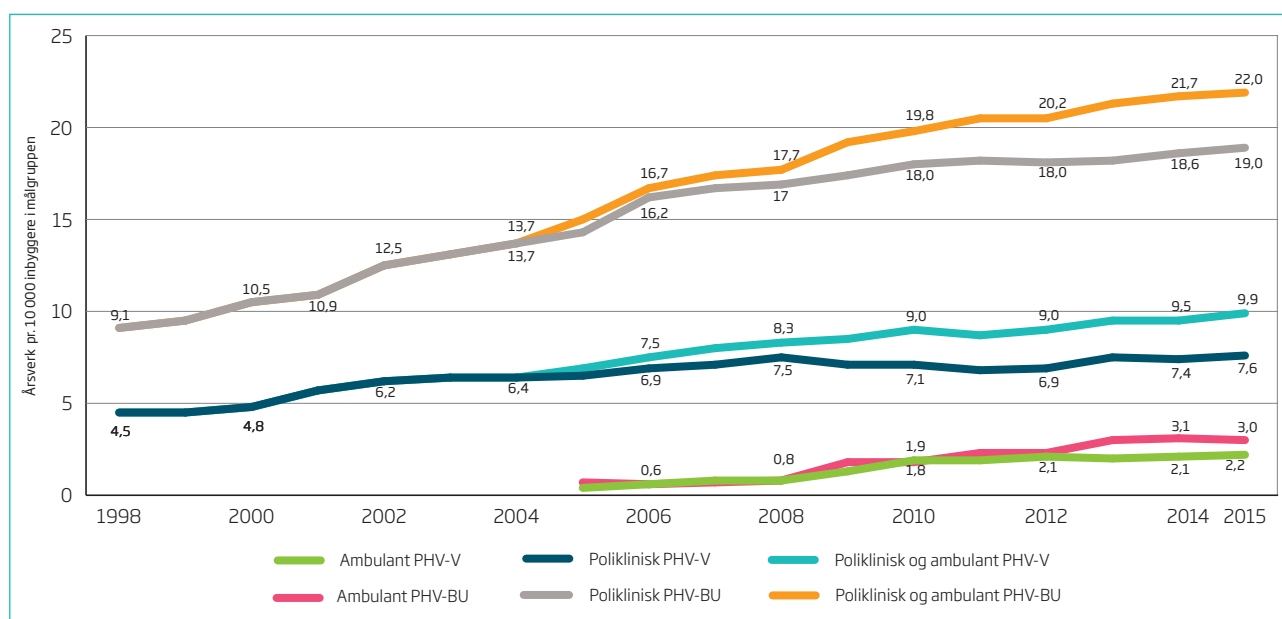
Sist år var det en økning på 1 prosent i årsverksraten for poliklinisk og ambulant personell i tjenestene for barn og unge (35 årsverk). I tjenestene for voksne var veksten 4 prosent (208 årsverk), størst i de ambulante tjenestene med hele 7 prosent økning i raten (71 årsverk).

I 2014 utgjorde polikliniske og ambulante årsverk hhv. 56 og 9 prosent av årsverkene i tjenestene for barn og unge. I tjenestene for voksne var andelene 18 og 6 prosent.

Regionale utviklingstrekk

Figur 9.2 viser regional utvikling i årsverksratene for poliklinikker og ambulant virksomhet innen det psykiske helsevernet for barn og unge over perioden 2011-2015. Figur 9.3 viser den tilsvarende utviklingen i tjenestene for voksne. Heltrukne linjer viser utviklingen ved poliklinikkene, stiplede linjer viser utviklingen for den ambulante virksomheten.

Figur 9.1 Årsverk i poliklinisk og ambulant virksomhet i det psykiske helsevernet 1998-2015. Rater per 10 000 innbyggere, 0-17 år (tjenester for barn og unge) og 18 år og eldre (tjenester for voksne).

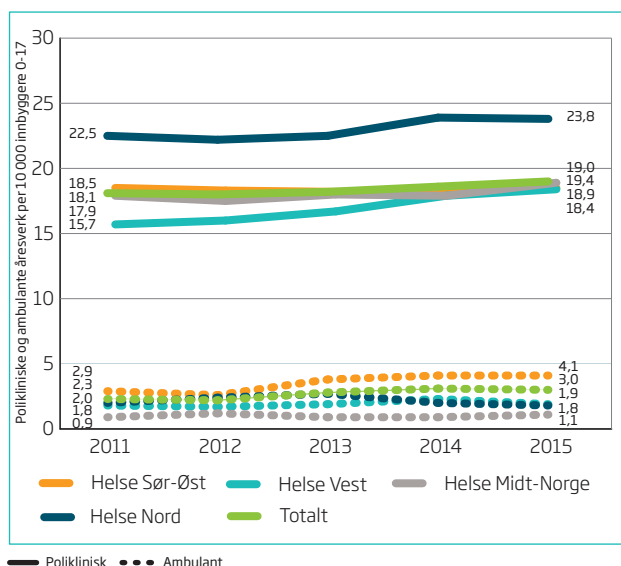


⁶⁰ Da personellet ofte både arbeider poliklinisk og ambulant, kan det være vanskelig å skille årsverkene fra hverandre. Dette kan medføre noe ulik registrering mellom år, og utvikling bør derfor sees samlet.

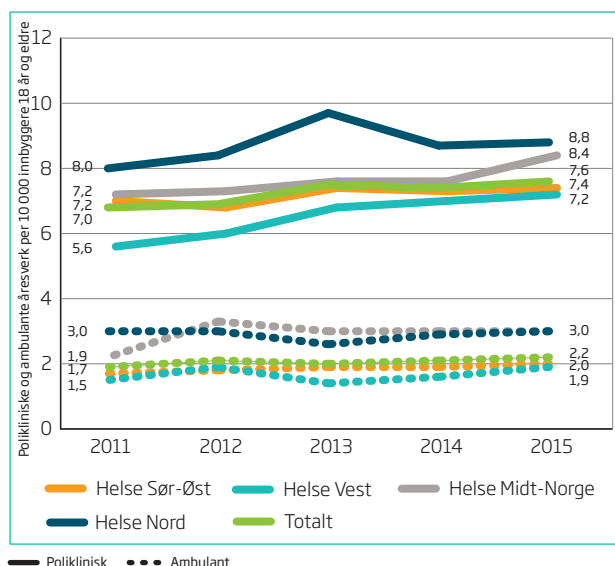
Tabell 9.1 Antall årsverk i det psykiske helsevernet etter målgruppe og driftsform 1998-2015.

	PHV-BU			PHV-V		
	Poliklinikk	Ambulant	Poliklinisk og ambulant	Poliklinikk	Ambulant	Poliklinisk og ambulant
1998	951		951	1 535		1 535
1999	1 001		1 001	1 558		1 558
2000	1 117		1 117	1 647		1 647
2001	1 162		1 162	1 987		1 987
2002	1 347		1 347	2 142		2 142
2003	1 417		1 417	2 220		2 220
2004	1 487		1 487	2 243		2 243
2005	1 568	71	1 639	2 318	138	2 456
2006	1 773	63	1 836	2 475	218	2 693
2007	1 837	78	1 915	2 598	304	2 902
2008	1 861	92	1 953	2 786	287	3 073
2009	1 935	198	2 133	2 668	500	3 168
2010	2 004	205	2 209	2 697	721	3 418
2011	2 028	258	2 286	2 638	727	3 365
2012	2 022	249	2 271	2 706	841	3 547
2013	2 052	321	2 373	2 993	796	3 789
2014	2 098	347	2 445	2 995	840	3 835
2015	2 139	340	2 480	3 132	911	4 043

Figur 9.2 Årsverk i poliklinisk og i ambulant virksomhet i det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år.



Figur 9.3 Årsverk i poliklinisk og i ambulant virksomhet i det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre.



Over perioden 2011-2015 har det i tjenestene for barn og unge samlet sett vært en vekst i årsverksraten for poliklinikkene (heltrukne linjer) på 5 prosent. Veksten var sterkest i Helse Vest med 17 prosent, slik at regionen nå har nærmet seg de øvrige regioner i rateverdi. I Helse Midt-Norge og i

Helse Nord var veksten 6 prosent. I Helse Sør-Øst har raten holdt seg stabil.

Den ambulante virksomheten (stiplede linjer) har et begrenset omfang. Relativt sett har det imidlertid vært en betydelig vekst i årsverksraten. Denne har i

perioden økt med 31 prosent, mest i Helse Sør-Øst med 41 prosent, fulgt av Helse Midt-Norge med 22 prosent og Helse Nord med 10 prosent. I Helse Nord er det registrert en nedgang på 12 prosent.

I alle regioner har det i perioden vært en vekst i den polikliniske årsverksraten i virksomheten for voksne, størst i Helse Vest med 27 prosent, fulgt av Helse Midt-Norge med 17 prosent og Helse Nord med 9 prosent. I Helse Sør-Øst var veksten 7 prosent. Samlet sett var veksten 12 prosent. De høyere ratene i Helse Nord og Helse Midt-Norge må sees i sammenheng med færre årsverk for avtalespesialister i disse regionene (se nedenfor).

Også i det psykiske helsevernet for voksne har den ambulante virksomheten begrenset omfang. Helse Nord har hatt en svak nedgang i den ambulante virksomheten (- 2 prosent), men har likevel fortsatt den høyeste raten. I de øvrige regioner har det vært en relativ vekst på hhv. 35 prosent i Helse Midt-Norge, 27 prosent i Helse Vest og 17 prosent i Helse Sør-Øst. På landsbasis var veksten 19 prosent.

Avtalespesialister

Figur 9.4 viser utviklingen i årsverksratene (avtalte årsverk) på landsbasis og i helseregionene over perioden 2011-2015. Det er få pasienter hos avtalespesialistene som er under 18 år. Ratene er derfor beregnet i forhold til antall innbyggere 18 år og eldre.

Antall årsverk for avtalepsykiatere har holdt seg stabilt i perioden (183 årsverk), mens det har vært en økning fra 419 til 430 årsverk for avtalepsykologene. Ettersom befolkningen samtidig har økt, har det likevel vært en nedgang i raten både for psykiaterne (5 prosent) og for psykologene (3 prosent).

Ratene for psykiatere har gått ned i Helse Sør-Øst og Helse Vest med hhv. 6 og 7 prosent, mens det er en 5 prosent økning i Helse Nord. I Helse Midt-Norge er raten stabil. Helse Sør-Øst og Helse Vest har fortsatt langt høyere rate enn Helse Midt-Norge og Helse Nord.

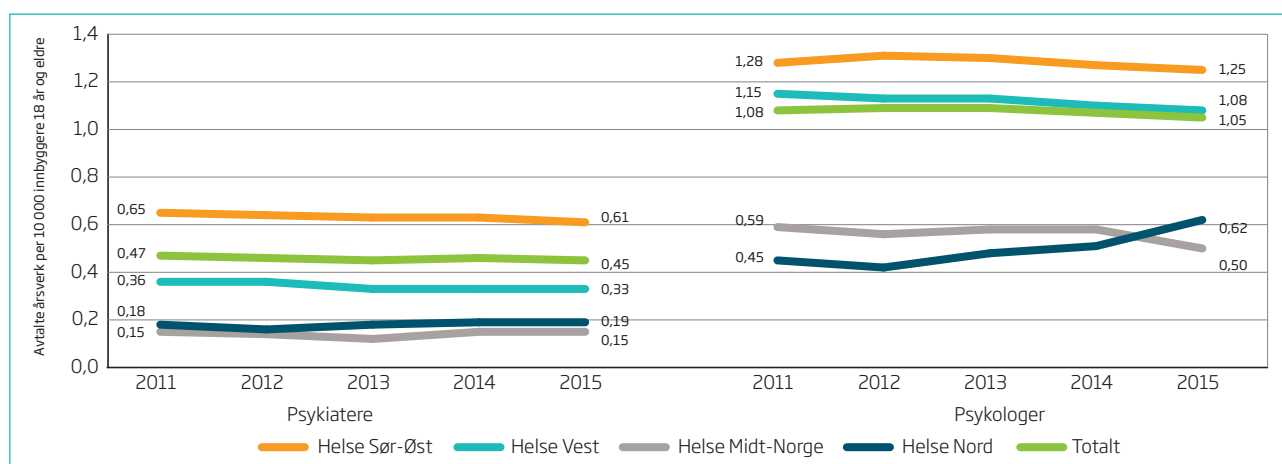
Årsverksraten for psykologer har økt med 38 prosent i Helse Nord. I de øvrige regionene har raten blitt redusert med hhv. 15 prosent i Helse Midt-Norge, 7 prosent i Helse Vest og 3 prosent i Helse Sør-Øst. Det er fortsatt langt høyere rater for avtalepsykologer i Helse Sør-Øst og i Helse Vest enn i Helse Midt-Norge og i Helse Nord.

9.2 DØGNPLASSER I DET PSYKISKE HELSEVERNET

Nasjonal utvikling

Figur 9.5 og tabell 9.2 viser utviklingen i døgnkapasiteten i det psykiske helsevernet for perioden 1998-2015. Figur 9.5 viser utviklingen i raten, dvs. døgnplasser per 10 000 innbyggere i målgruppen for

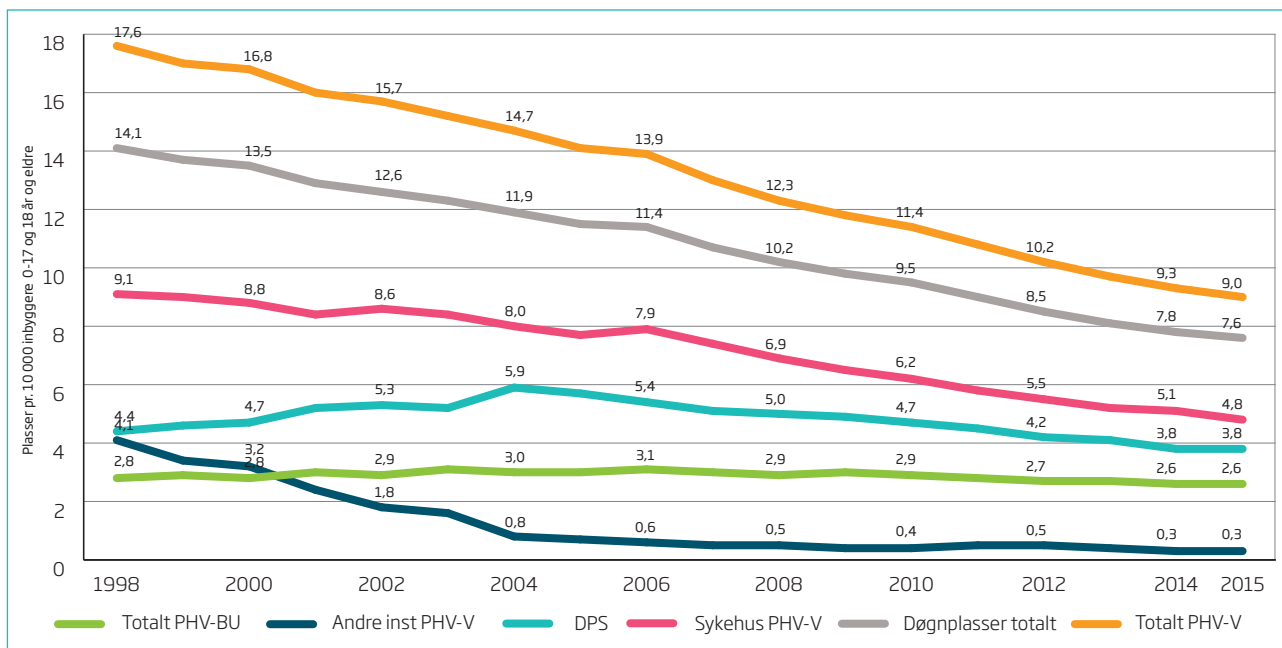
Figur 9.4 Avtalte årsverk for avtalepsykiatere og avtalepsykologer 2011-2015. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre.



tjenesten (0-17 år, 18 år og eldre og totalt). I tjenestene for voksne er tallene brutt ned på sykehus, DPS og andre institusjoner. Tabell 9.3 viser antallet døgnplasser som ligger til grunn for beregningen.

I perioden fra 1998 har det vært en betydelig nedgang i antall døgnplasser i det psykiske helsevernet for voksne (-39 prosent). Ettersom voksbefolkningen i samme periode har økt, har raten per voksne innbygger blitt redusert med 49 prosent.

Figur 9.5 Døgnplasser per 10 000 innbyggere 0-17 år (PHV-BU) og 18 år og eldre (PHV-V) samt totalt i det psykiske helsevernet 1998-2015.



Tabell 9.2 Døgnplasser i det psykiske helsevernet etter institusjonstype og sektor 1998-2015.

År	Døgnplasser PHV-BU	Døgnplasser PHV-V				Døgnplasser totalt
		Sykehus	DPS	Andre inst.	Totalt PHV-V	
1998	296	3 098	1 492	1 390	5 980	6 276
1999	301	3 070	1 581	1 177	5 828	6 129
2000	297	3 018	1 634	1 117	5 769	6 066
2001	315	2 920	1 782	815	5 517	5 832
2002	312	2 982	1 845	618	5 445	5 757
2003	333	2 940	1 801	555	5 296	5 629
2004	326	2 814	2 091	264	5 169	5 495
2005	331	2 740	2 033	232	5 005	5 336
2006	335	2 838	1 939	203	4 980	5 315
2007	334	2 689	1 865	192	4 746	5 080
2008	323	2 539	1 833	185	4 557	4 880
2009	329	2 438	1 844	151	4 433	4 762
2010	326	2 377	1 788	169	4 334	4 660
2011	313	2 257	1 757	180	4 194	4 507
2012	301	2 174	1 645	185	4 004	4 305
2013	305	2 069	1 634	154	3 857	4 162
2014	293	2 077	1 543	137	3 757	4 050
2015	295	1 964	1 557	143	3 664	3 959

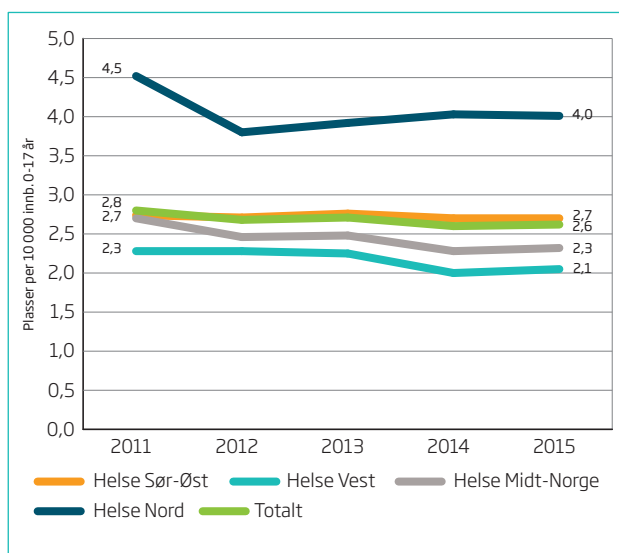
Nedgangen har vært størst for gruppen «andre institusjoner», som i hovedsak ble nedlagt eller omformet til DPS-avdelinger i perioden fram til 2004. Nedgangen har de senere årene vært noe kraftigere ved sykehusene (18 prosent reduksjon i raten siden 2011) enn ved DPS-ene (16 prosent reduksjon).

Plasstallet i tjenestene til barn og unge er betydelig lavere enn for voksne, men har holdt seg relativt stabilt. Korrigert for økningen i antall barn og unge i befolkningen har det likevel vært en nedgang på 8 prosent siden 1998. Av totalt 295 døgnplasser i 2015 er det 90 akuttplasser og ved 2 helseforetak er det brukerstyrte plasser for ungdom.

Av de totalt 3 664 døgnplassene i det psykiske helsevernet for voksne rapporteres 996 plasser (27 prosent) å være akuttplasser, 266 plasser (7 prosent) i sikkerhetsposter og 290 plasser (8 prosent) ved alderspsykiatriske poster. 63 institusjoner rapporterer å ha etablert et tilbud med brukerstyrte plasser, samme antall som året før.

Tallene som er referert over viser kapasiteten ved utgangen av året. Institusjonene har i varierende grad feriestengt og/eller redusert kapasitet i helgene. Justerer vi for dette, reduseres kapasiteten til 3 490 døgnplasser for voksne, 259 plasser for barn og unge, totalt 3 749 plasser.

Figur 9.6 Døgnplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge 2011-2015. Rate per 10 000 innbygger 0-17 år.



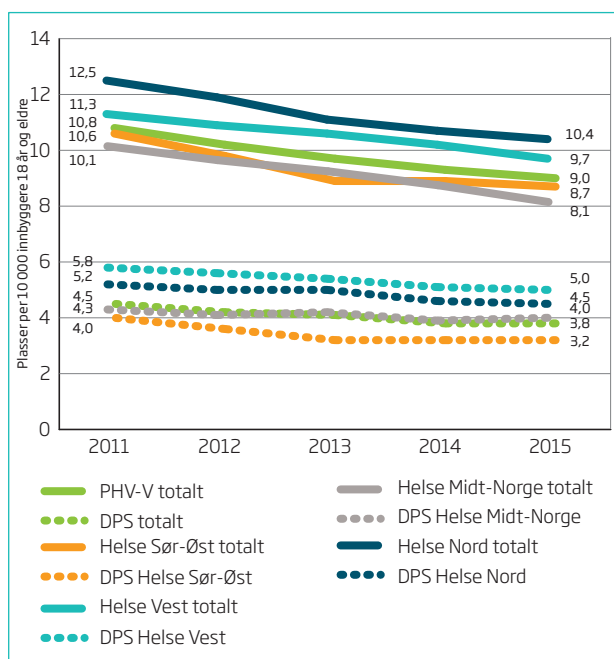
Regionale utviklingstrekk

Figur 9.6 viser utviklingen i antall døgnplasser per innbygger i tjenestene for barn og unge på regionalt nivå, fordelt etter pasientenes bosted. Figur 9.7 viser den tilsvarende utviklingen i raten for voksne. I tillegg til totalraten har vi her lagt inn raten for DPS-ene.

Fra 2011 til 2015 ble døgnplassraten for barn og unge redusert med 11 prosent, siste år med 0,1 prosent. Det har vært en nedgang i raten i samtlige regioner i femårsperioden, størst i Helse Midt-Norge og Helse Nord med henholdsvis 15 og 11 prosent, fulgt av Helse Vest med 8 prosent. I Helse Sør-Øst var det en nedgang på 2 prosent i perioden. Siste år var det en svak økning i døgnplassdekningen for alle regioner med unntak for Helse Nord, størst var økningen i Helse Vest (5 prosent). Helse Nord har gjennom hele perioden hatt en høyere rate enn de øvrige regionene, mens Helse Vest har hatt en lavere rate.

Over perioden 2011-2015 ble døgnplassraten for voksne redusert med 17 prosent. Det har vært en nedgang i alle regioner, størst i Helse Midt-Norge med 20 prosent, minst i Helse Vest med 14 prosent. Døgnplassraten for DPS-ene har på landsbasis blitt redusert i samme takt som totalraten (-16 prosent).

Figur 9.7 Døgnplasser i det psykiske helsevernet for voksne 2011-2015. Plasser per 10 000 innbyggere 18 år og eldre, totalt og ved DPS.



Andel døgnplasser i DPS har i perioden holdt seg stabil (42-43 prosent), men med en økning i Helse Midt-Norge og en reduksjon i Helse Nord. Helse Sør-Øst har en vesentlig lavere andel plasser i DPS (37 prosent) enn de øvrige regionene (44-51 prosent).

Forskjeller mellom foretaksområdene

Figur 9.8 viser spredningen i døgnkapasitet mellom foretaksområdene, målt som rate i prosent av landsgjennomsnittet.

Det er store forskjeller i døgnkapasiteten mellom foretaksområdene, spesielt innen tjenestene for barn og unge, men også mellom institusjonstyper i tjenestene for voksne. Når tjenestene for voksne sees samlet er imidlertid forskjellene mindre. Dette innebærer at foretakene har kommet ulikt langt i overføring av ressurser og tjenester fra sykehus til DPS. Tall for de enkelte regioner og foretaksområder finnes på Helsedirektoratets hjemmesider (helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata).

9.3 PASIENTER OG BRUK AV TJENESTER

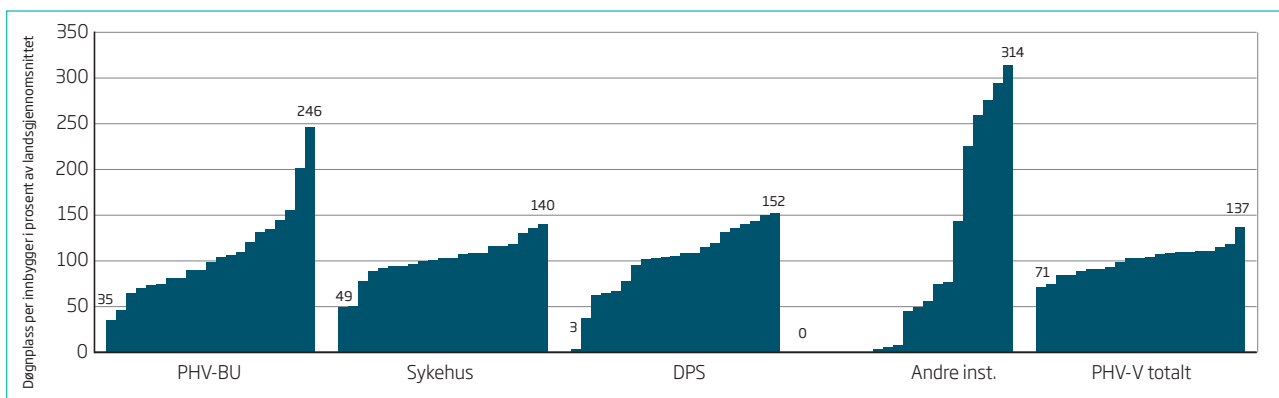
Nasjonale utviklingstrekk

Figur 9.9 viser utviklingen for noen sentrale behandlingsindikatorer i perioden 1998-2015.

Innen det psykiske helsevernet for barn og unge har det vært en betydelig økning i pasientraten i offentlig virksomhet (drøyt 150 prosent) etter opptrappingsplanens start i 1999. De siste årene har veksten stoppet opp, men fra 2014 til 2015 finner vi igjen en økning⁶¹. Antallet polikliniske konsultasjoner per innbygger under 18 år har fortsatt å øke.

I perioden har det også vært en betydelig vekst i den polikliniske aktiviteten for voksne. Konsultasjonsraten har økt med 167 prosent. Etter avslutningen av opptrappingsplanen har imidlertid veksten i konsultasjonsraten avtatt, men med en prosent økning siste år. Gjennom hele perioden har det vært en markert nedgang i antall oppholdsdøgn i det psykiske helsevernet for voksne. Døgnraten har blitt redusert med 53 prosent. Med nedkorting av oppholdenes varighet var det fram til 2006 likevel en økning i utskrivningsraten⁶². Veksten har senere avtatt, og fra 2014 til 2015 er det en nedgang på 2 prosent.

Figur 9.8 Døgnplasser per innbygger (0-17 år, 18 år og eldre og totalt). Prosent av landsgjennomsnittet. Foretaksområder 2015.



61 Frem til 2008 kunne en ikke følge pasientene på tvers av institusjoner. Fra 2008 er dette mulig. Som følge av dette sank den registrerte pasientraten fra 481 til 447 pasienter per 10 000 innbyggere 0-17 år.

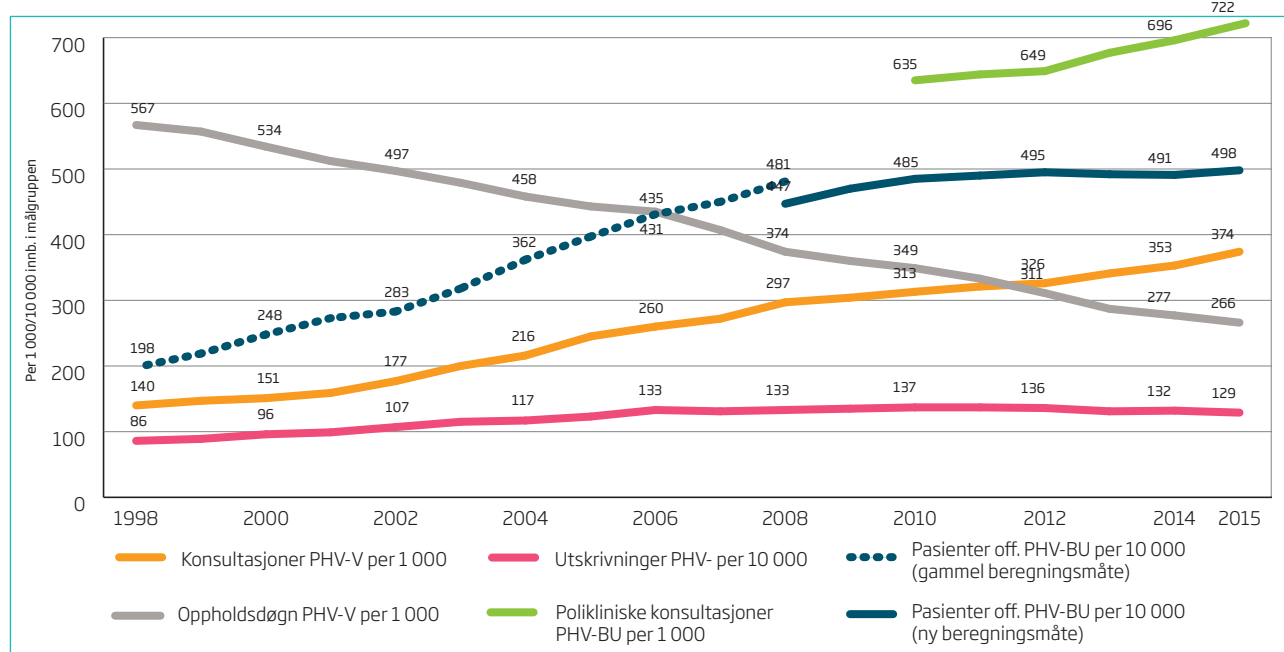
62 Gjennomsnittlig varighet av oppholdene ble redusert fra 66 døgn i 1998 til 21 døgn i 2015.

Pasienter i psykisk helsevern for barn og unge

I tabell 9.3 og 9.4 gjengis de absolutte tallene og befolkningsbaserte ratene for pasienter i offentlig virksomhet og for avtalespesialister for siste

femårsperiode, fordelt på ulike behandlingsformer. Tallene for avtalespesialistene er ikke komplette. I tabell 9.4 er de estimerte tallene og ratene for pasienter hos avtalespesialister tatt med.

Figur 9.9 Oppholdsdøgn, utskrivinger og polikliniske konsultasjoner i det psykiske helsevernet for voksne per 1 000/10 000 innbyggere 18 år og eldre, samt polikliniske konsultasjoner og antall pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge per 10 000/1 000 innbyggere 0-17 år, 1998-2015.



Tabell 9.3 Registrert antall pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge etter behandlingsform 2011-2015.

	Pasienter i off. virksomhet				Pas. 0-17 år hos avtalespes.			Pasienter totalt
	Døgn	Dag	Poliklinikk	Totalt	Psykiatere	Psykologer	Totalt	
(N=)								
2011	1 734	447	54 675	54 838	670	1 947	2 576	57 184
2012	1 806	513	55 480	55 582	722	2 227	2 907	57 615
2013	2 071	707	55 169	55 304	686	2 164	2 809	57 286
2014	2 022	733	55 146	55 263	700	2 041	2 704	57 181
2015	1 973	855	56 044	56 162	734	2 026	2 705	58 125
Per 10 000 innb. 0-17 år								
2011	16	4	489	490	6	17	23	511
2012	16	5	494	495	6	20	26	513
2013	18	6	490	492	6	19	25	509
2014	18	7	490	491	6	18	24	508
2015	18	8	497	498	7	18	24	516

Tabell 9.4 Registrerte og estimert antall pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge etter behandlingsform 2011-2015.

	Offentlig virksomhet totalt	Pas. 0-17 år hos avtalespes.		Pasienter 0-17 år totalt		Prosent av avtalepas. som inngår
		Registrert	Estimert	Registrert	Estimert	
(N=)						
2011	54 838	2 576	2 831	57 184	57 416	91
2012	55 582	2 907	3 093	57 615	57 745	94
2013	55 304	2 809	2 942	57 286	57 380	95
2014	55 263	2 704	2 878	57 181	57 355	94
2015	56 162	2 705	2 865	58 125	58 234	97
Per 10 000 innb. 0-17 år						
2011	490	23	25	511	513	
2012	495	26	28	513	514	
2013	492	25	26	509	510	
2014	491	24	26	508	510	
2015	498	24	25	516	517	

I det psykiske helsevernet for barn og unge ble det i 2015 behandlet om lag 58 000 pasienter samlet i offentlige institusjoner og hos avtalespesialistene. Veksten de siste årene stoppet opp mellom 2012 og 2014, men siste år er det igjen vekst i antall pasienter i offentlige institusjoner⁶³. Antallet pasienter hos avtalespesialister er tilnærmet uendret siste år. I løpet av siste femårsperiode har det vært en økning i pasientraten i offentlig virksomhet (1,6 prosent) og uendret rate for pasienter behandlet hos avtalespesialister⁶⁴. Samlet økte raten med 0,6 prosent (estimerte tall).

Pasienter i psykisk helsevern for voksne

I tabell 9.5 og 9.6 gjengis de absolutte tallene og rater for pasienter i offentlig virksomhet og for avtalespesialister for siste femårsperiode, fordelt på ulike behandlingsformer. Tallene for avtalespesialistene er ikke komplette. I tabell 9.6 er de estimerte tallene og ratene for pasienter hos avtalespesialister tatt med.

Innen det psykiske helsevernet for voksne ble det i 2015 behandlet om lag 190 000 pasienter, en økning fra ca. 171 000 i 2011. Dette gir en økning

på 11 prosent. Justert for befolkningsveksten blir veksten på 5 prosent. I 2015 ble 26 636 pasienter behandlet i døgnavdelinger, en nedgang på 2 prosent fra året før. Siden 2011 har det vært en nedgang i pasientraten for døgnavdelingene på om lag 8 prosent. Totalt ble 144 000 pasienter behandlet ved offentlige institusjoner og poliklinikker og 54 000 ble behandlet hos avtalespesialister (pasienter 18 år og eldre). Det har siden 2011 vært en jevn økning i pasientraten ved poliklinikkene. Veksten var totalt på 17 prosent. Hos avtalespesialistene har pasientraten økt med 5,4 prosent siden 2011. Veksten i avtalepasienter kom de siste to årene.

Regionale utviklingstrekk

Psykisk helsevern for barn og unge

I det psykiske helsevernet for barn og unge var det i siste femårsperiode en svak vekst i antall behandlede pasienter og i pasientraten fram til 2012, deretter stoppet veksten opp fram til 2014. Siste år økte imidlertid den nasjonale raten på nytt⁶³. Helse Nord og Sør-Øst hadde en nedgang i pasientraten totalt i femårsperioden (med henholdsvis -11,5 og -4 prosent), mens de øvrige to regionene hadde en økning i hele femårsperioden. Veksten var størst i Helse Midt-Norge med om lag 18 prosent, etterfulgt av Helse Vest hvor raten økte med 10 prosent i perioden. Figur 9.10 viser utviklingen i pasientraten

63 Denne utviklingen kan delvis være knyttet til at sektoren er i ferd med å skifte pasientdatasystem, se nærmere omtale under Data og definisjoner.

64 Estimerte tall for pasienter hos avtalespesialister.

Tabell 9.5 Registrert antall pasienter i det psykiske helsevernet for voksne etter behandlingsform 2011-2015.

	Offentlig virksomhet				Avtalespesialister (18 år og eldre)			Pasienter totalt
	Døgn	Dag	Poliklinikk	Totalt	Psykiatere	Psykologer	Totalt	
(N=)								
2011	27 534	3 183	117 704	125 804	15 534	32 264	47 044	164 500
2012	27 807	2 847	121 885	129 608	16 189	33 147	48 499	167 625
2013	27 240	2 380	127 037	133 935	16 154	32 907	48 173	169 907
2014	27 251	2 173	131 643	138 369	17 057	32 895	49 130	174 936
2015	26 636	1 623	137 842	143 801	18 245	34 269	51 566	188 219
Per 10 000 innb. 18 år og eldre								
2011	71	8	295	318	40	83	122	425
2012	71	7	297	319	41	84	123	427
2013	68	6	302	321	41	83	121	426
2014	67	5	309	327	42	81	122	433
2015	65	4	337	352	45	84	126	461

Tabell 9.6 Registrerte og estimert antall pasienter i det psykiske helsevernet for voksne 2011-2015.

	Offentlig virksomhet totalt	Avtalespesialister		Pasienter totalt		Prosent av avtalepasientene som inngår
		Registrert	Estimert	Registrert	Estimert	
Absolutt-tall						
2011	125 804	47 044	51 697	167 083	171 166	91
2012	129 608	48 499	51 595	171 865	174 563	94
2013	133 935	48 173	50 453	175 625	177 598	95
2014	138 369	48 782	52 288	180 858	183 589	94
2015	143 801	51 566	54 487	188 219	190 192	97
Per 10 000 innb. 18 år og eldre						
2011	325	122	134	443	436	
2012	330	123	131	444	435	
2013	336	121	127	446	431	
2014	342	122	129	454	440	
2015	352	126	133	461	465	

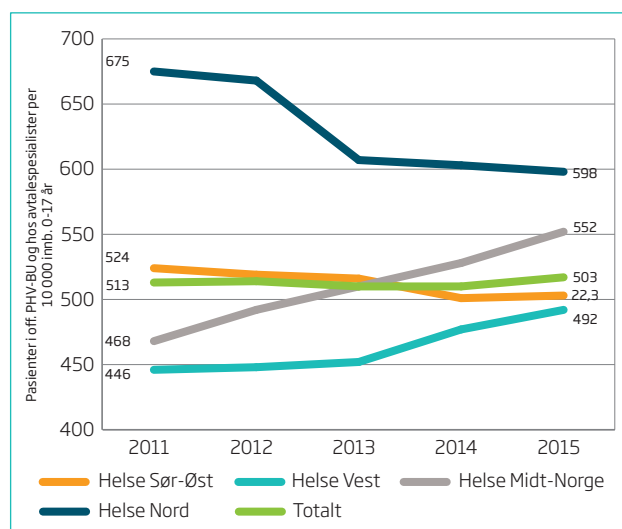
i offentlige institusjoner og hos avtalespesialister i siste femårsperiode.

Pasienter bosatt i Helse Nord hadde i hele perioden høyere pasientrate enn de øvrige regionene, mens pasienter fra Helse Vest hadde laveste rate. Forskjellene mellom regionene har blitt mindre i løpet av perioden, noe som primært skyldes vekst i Helse Vest og avtagende rate i Helse Nord siste tre år.

Figur 9.11 viser utviklingen i konsultasjonsraten i offentlige institusjoner og hos avtalespesialister fra 2011 til 2015.

Raten for konsultasjoner (med takstrefusjon) i PHV-BU økte med omlag 12 prosent fra 2011 til 2015 på nasjonalt nivå. Konsultasjonsraten var i 2013 omtrent på samme nivå for tre av regionene, mens Helse Vest hadde en betydelig lavere rate. Fra 2013 til 2014 økte raten kraftig i Helse Midt-Norge⁶⁵ og fra 2014 hadde regionen en høyere konsultasjonsrate enn de øvrige regionene. Det var også vekst fra 2014 til 2015 i regionen, men lavere enn året før. I Helse Vest var det også vært vekst i konsultasjonsraten de siste tre år, og regionen har dermed nærmet seg de øvrige regionene. For perioden sett under ett

Figur 9.10 Pasienter 0-17 år i offentlig virksomhet og hos avtalespesialister per 10 000 innbyggere etter bostedsområde 2011-2015.



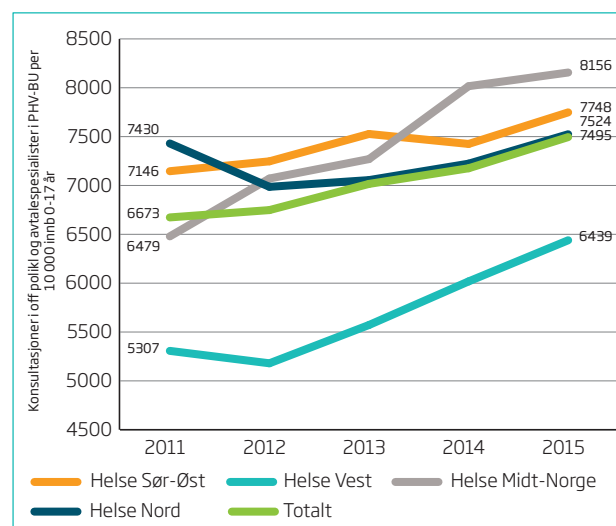
var det en økning i raten i alle regioner, størst var veksten i Helse Midt-Norge (26 prosent) og Helse Vest (21 prosent). Mangel på vekst i konsultasjonsraten mellom enkelte år kan henge sammen med overgang til nytt pasientdatasystem i Helse Vest (2010-2012), Helse Nord (2012-2013) og Helse Sør-Øst (2013-15).

I figurene 9.12 og 9.13 gjengis utviklingen i utskrivningsrater og døgnrater i regionene i PHV-BU i perioden 2011-2015.

I det psykiske helsevernet for barn og unge blir flest pasienter behandlet poliklinisk. Pasienter i døgnbehandling utgjør en svært liten andel av pasientene, i 2015 var det nær 2 000 døgnpasienter av totalt om lag 58 000 pasienter. Disse pasientene stod for nær 3 000 utskrivninger og 82 000 oppholdsdøgn fordelt på 295 døgnplasser.

I løpet av siste femårsperiode har døgnplassraten og døgnraten blitt redusert med hhv. 7 prosent og 6 prosent, mens utskrivningsraten har økt med 19 prosent. Dette skyldes flere, men kortere opphold i løpet av perioden. Veksten i raten for utskrivninger skyldes primært vekst i Helse Sør-Øst, der en har hatt en økning på 50 prosent i utskrivningsraten og 27 prosent i døgnraten. Helse Vest hadde 20 prosent nedgang i døgnraten, men likevel

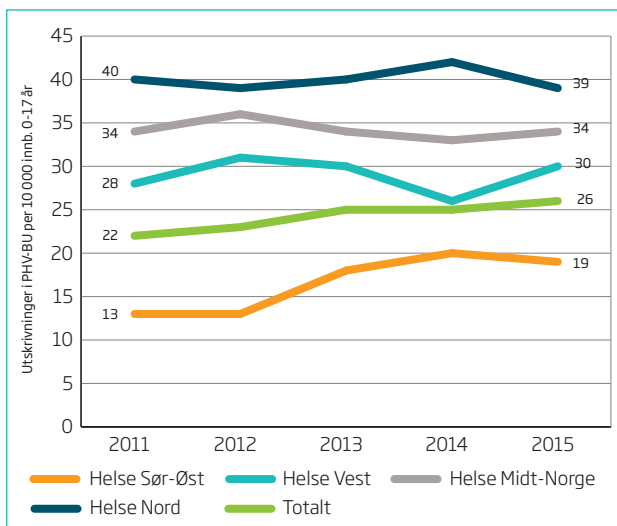
Figur 9.11 Konsultasjoner med takst ved offentlige poliklinikker og hos avtalespesialister (registrerte konsultasjoner) i psykisk helsevern for barn og unge per 10 000 innbyggere 0-17 år etter bostedsområde 2011-2015.



65 Norsk pasientregister oppgir at analyser av datamaterialet og tilbakemeldinger fra sektoren tyder på at endringer i registreringsrutiner er årsak til økningen i rapporterte kontakter fra enheter i Helse Midt-Norge. Rapport IS-2289: Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2014.

9 prosent vekst i utskrivningsraten. Helse Midt-Norge hadde 35 prosent reduksjon i døgnraten, mens utskrivningsraten er stabil. I Helse Nord lå både døgnraten og utskrivningsraten omtrent på samme nivå i 2015 som i 2011. Helse Nord har i hele perioden hatt høyere døgn- og utskrivningsrater enn de øvrige regionene, mens Helse Sør-Øst har hatt de laveste utskrivningsratene.

Figur 9.12 Utskrivninger fra døgntilrettelagt psykiatri for barn og unge per 10 000 innbyggere 0-17 år etter bostedsområde 2011-2015.

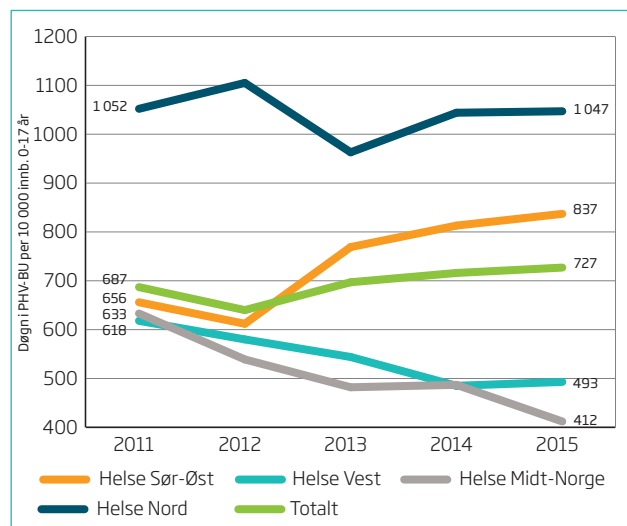


Psykisk helsevern for voksne

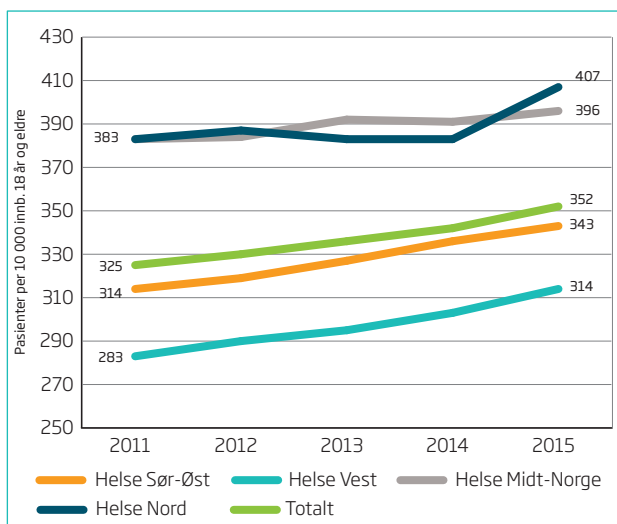
Figur 9.14 viser pasientrater for regionene for offentlige institusjoner og poliklinikker over perioden 2011 til 2015.

På landsbasis økte pasientraten med 8 prosent over perioden 2011 til 2015. Størst var veksten i Helse Vest (11 prosent), fulgt av Helse Sør-Øst (9 prosent) og Helse Nord (6 prosent). Veksten var lavest i Helse Midt-Norge (3 prosent). Helse Nord og Helse

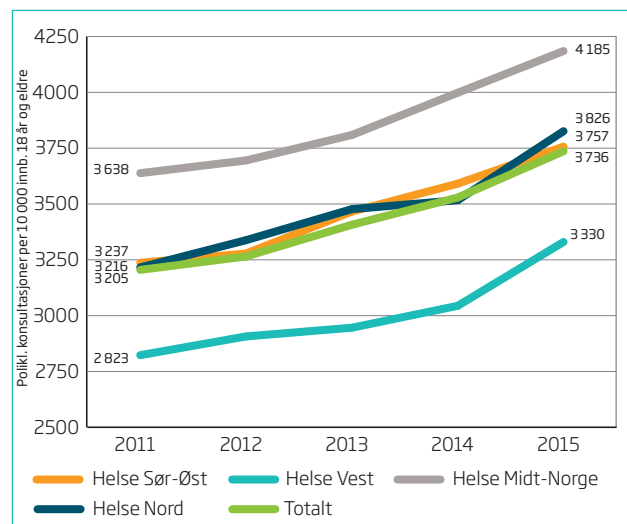
Figur 9.13 Oppholdsdøgn i psykiatri for barn og unge per 10 000 innbyggere 0-17 år etter bostedsområde 2011-2015.



Figur 9.14 Pasienter totalt i offentlige institusjoner i det psykiske helsevernet for voksne. Per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Etter bostedsområde 2011-2015



Figur 9.15 Polikliniske konsultasjoner ved offentlige poliklinikker i psykiatri for voksne. Per 10 000 innbyggere 18 år og eldre etter bostedsområde 2011-2015.



Midt-Norge har gjennom hele perioden høyere pasientrate enn de øvrige regionene, mens Helse Vest har de laveste ratene. Dette må sees på bakgrunn av mer utbygde tjenester fra avtalespesialister i Helse Sør-Øst og i Helse Vest.

Figur 9.15 viser utviklingen i den polikliniske aktiviteten i regionene.

Over perioden 2011 til 2015 har det vært en vekst i konsultasjonsraten på 17 prosent. Det har vært vekst i alle regioner, fra 15 til 19 prosent. Helse Midt-Norge har gjennom hele perioden hatt en høyere konsultasjonsrate enn de øvrige, mens Helse Vest har hatt en lavere rate.

Innen det psykiske helsevernet for voksne står avtalespesialistene for en vesentlig andel av konsultasjonene. Hvis alle konsultasjoner sees under ett vil vi dermed kunne få et annet bilde. Figur 9.16 viser samlet konsultasjonsrate ved poliklinikkene og hos avtalespesialistene både for barn og unge og for voksne i 2015. Konsultasjonene er fordelt etter pasientenes bosted.

Avtalespesialistene behandler i liten grad pasienter under 18 år, og tallene påvirker ikke totalfordelingen. Innen tjenestene for voksne er aktiviteten hos avtalespesialistene vesentlig høyere, samtidig som ratene ved de offentlige poliklinikkene er vesentlig lavere enn i tjenestene for barn og unge. Avtalespesialistene er i tillegg konsentrert i Helse Sør-Øst

og Helse Vest. Som en følge av dette får Sør-Øst de høyeste konsultasjonsratene samlet sett, mens Helse Vest og Helse Midt-Norge får om lag samme rate. Lavest rater finner vi i Helse Nord.

Figur 9.17 og 9.18 viser utviklingen for døgnaktiviteten i regionene.

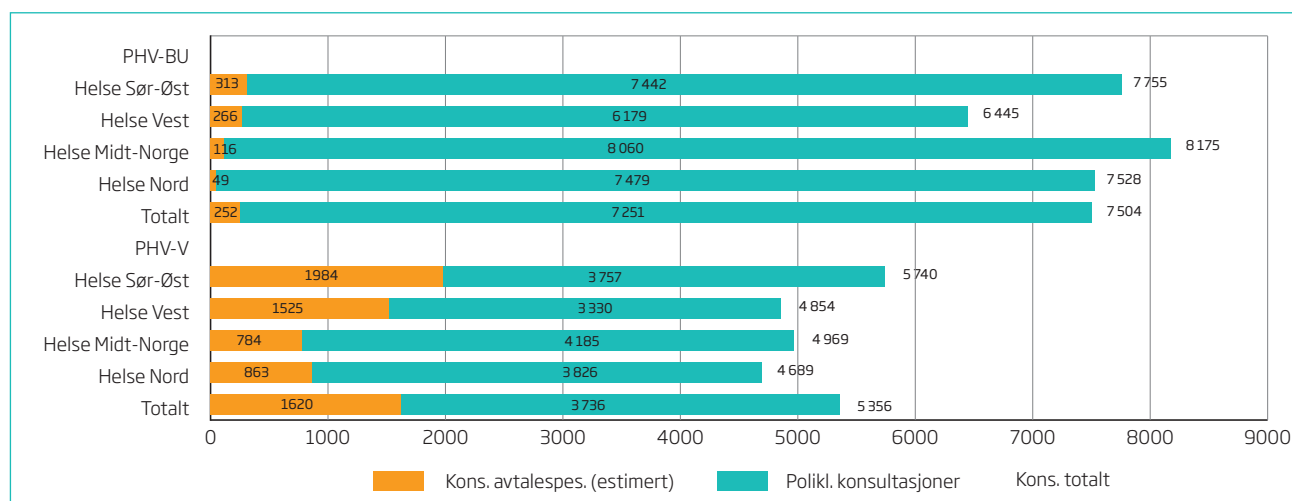
På landsbasis ble oppholdsdøgnsraten redusert med 20 prosent fra 2011 til 2015. Størst var nedgangen i Helse Sør-Øst (23 prosent), mot hhv. 16 prosent i Helse Vest, 17 prosent i Helse Nord og 19 prosent i Helse Midt-Norge. Helse Nord og Helse Vest har gjennomgående høyere rater enn Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge, og har også hatt mindre nedgang enn de øvrige regionene.

På landsbasis har det også vært en nedgang i utskrivningsraten på 6 prosent. Nedgangen har særlig kommet i Helse Nord (12 prosent) og i Helse Sør-Øst (9 prosent). Helse Midt-Norge har en nedgang på 2 prosent, mens utskrivningene i Helse Vest har økt med 1 prosent. Helse Nord har gjennomgående høyere utskrivningsrater, mens Helse Sør-Vest har gjennomgående lavere rater enn de øvrige regionene.

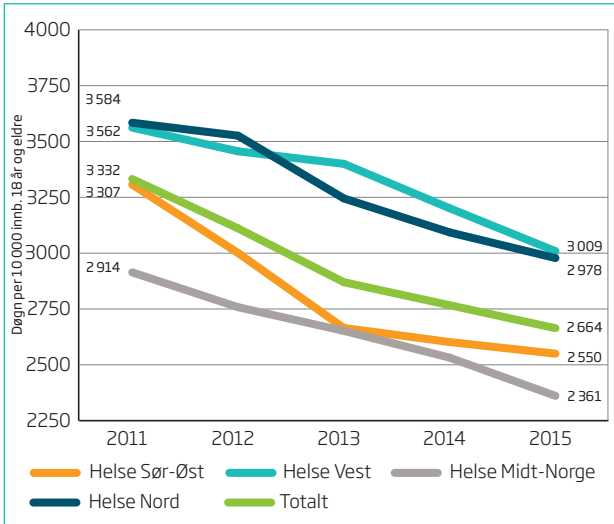
Forskjeller i behandlingsaktiviteten mellom foretaksområdene

Figur 9.19 viser forskjeller i behandlingsaktivitet, brutt ned på pasientenes bostedsområde (foretaksområde). Figuren viser behandlingsratene for de

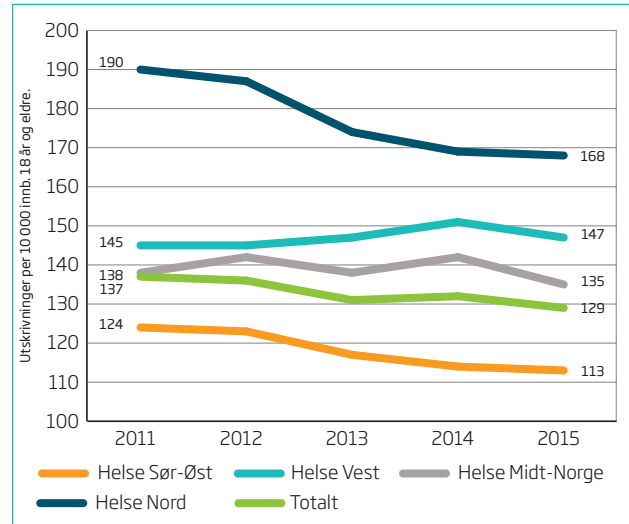
Figur 9.16 Konsultasjoner hos avtalespesialister, ved offentlige poliklinikker og totalt. Rater per 10 000 innbyggere i målgruppen (0-17 år, 18 år og eldre) 2015.



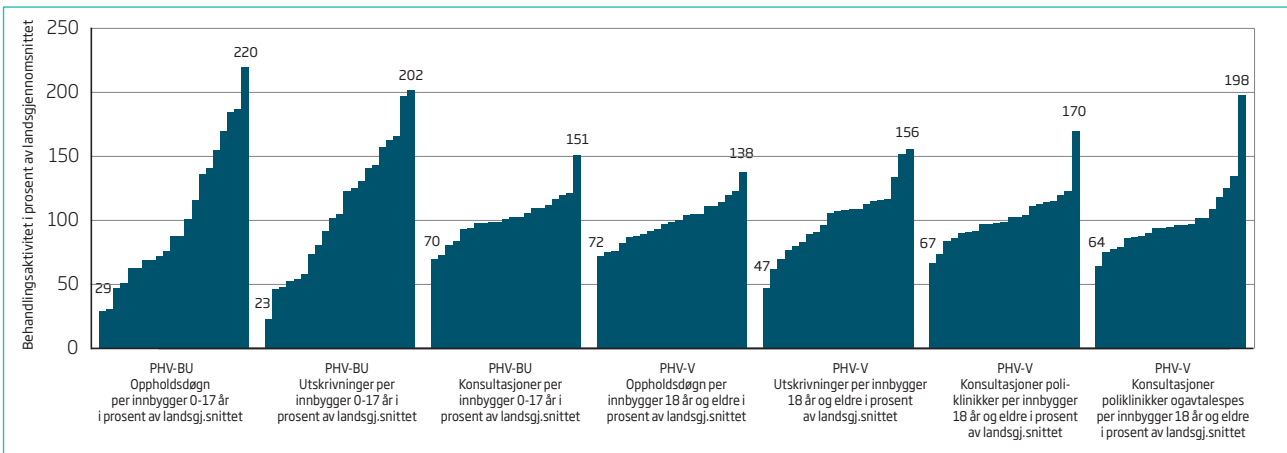
Figur 9.17 Oppholdsdøgn i det psykiske helsevernet for voksne. Døgn per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Regioner 2011-2015.



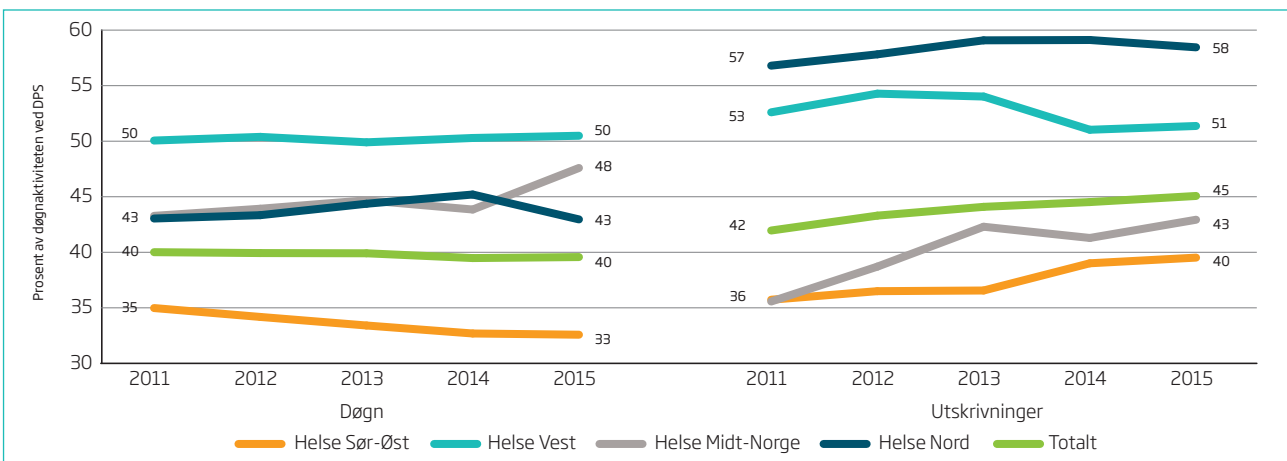
Figur 9.18 Utskrivinger i det psykiske helsevernet for voksne. Regioner 2011-2015.



Figur 9.19 Oppholdsdøgn, utskrivinger og konsultasjoner per innbygger i prosent av landgjennomsnittet. Foretaksområder 2015.



Figur 9.20 Andel oppholdsdøgn og utskrivinger ved DPS totalt og per region 2011-2015.



enkelte foretaksområdene, som prosent av raten per innbygger på landsbasis.

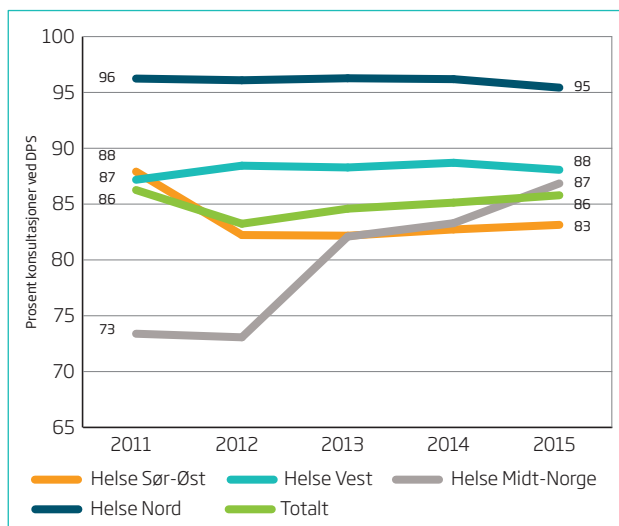
Det er betydelige forskjeller i behandlingsratene, og dermed i tilbudet til befolkningen i de enkelte bostedsområdene. Størst forskjeller finner vi i døgntilbudet innen det psykiske helsevernet for barn og unge. På Helsedirektoratets hjemmesider finnes tall for de enkelte helseregioner og foretaksområder (helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata).

Aktivitetsutvikling ved de distriktpsikiatriske sentrene

Det er en politisk målsetting at veksten innen det psykiske helsevernet for voksne skal skje ved DPS-ene. Vi har foran sett på den samlede utviklingen i form av rater for oppholdsdøgn, utskrivninger og konsultasjoner, nasjonalt og regionalt. I dette avsnittet vil vi undersøke om vi har fått en forskyvning av virksomheten i retning DPS over perioden 2011-2015.

Figur 9.20 viser andel døgn og utskrivninger som finner sted ved DPS-ene. Figur 9.21 viser andel polikliniske konsultasjoner ved DPS-ene. Virksomheten er fordelt ut fra hvilken region institusjonene er tilknyttet eller har avtale med, ikke pasientenes bosted. Ytterligere tall vil senere bli publisert i rapporten «Distriktpsikiatriske tjenester 2015» og på direktoratets hjemmesider (helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata).

Figur 9.21 Andel polikliniske konsultasjoner ved DPS 2011-2015.



Andel oppholdsdøgn ved DPS-ene har på landsbasis holdt seg stabil på 40 prosent. Det har vært en økning i Helse Midt-Norge (5 prosentpoeng), og en nedgang i Helse Sør-Øst (-2 prosentpoeng). Helse Vest har gjennom hele perioden hatt en høyere andel og Helse Sør-Øst en lavere andel oppholdsdøgn ved DPS enn de øvrige regionene. Økningen i Helse Midt-Norge er særlig knyttet til at avdelinger ved sykehusene i Namsos og Levanger er blitt overført til DPS. I de øvrige regioner er andelen stabil.

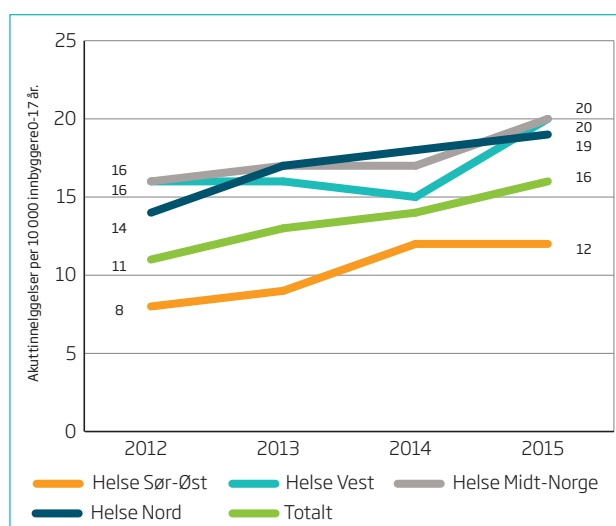
På tross av stabil andel oppholdsdøgn har andelen utskrivninger fra DPS økt fra 42 til 45 prosent. Økningen skyldes kraftigere nedgang i varigheten av oppholdene ved DPS-ene enn ved øvrige institusjoner. Økningen er igjen kraftigst i Helse Midt-Norge (7 prosentpoeng). Helse Vest har en svak nedgang (-2 prosentpoeng).

Brorparten av de polikliniske konsultasjonene utføres ved DPS-ene.

Omfanget av øyeblikkelig hjelp-innleggelser

Det er en målsetting å vri virksomheten fra døgnbehandling til poliklinisk og ambulante tjenester. Dette vil kunne skape økt press på institusjonene i form av flere, og større andel, øyeblikkelig hjelp innleggelser, her definert som innleggelse innen 24 timer.

Figur 9.22 Ø-hjelpsinnleggelser i det psykiske helsevernet for barn og unge 2012-2015. Per 10 000 innbyggere 0-17 år.



Figur 9.22 og 9.23 viser utviklingen i ø-hjelpsinnleggelser i det psykiske helsevernet for barn og unge over perioden 2012 til 2015. Figur 9.22 viser innleggelser som ø-hjelp i forhold til antall innbyggere 0-17 år. Figur 9.23 viser prosentandelen av innleggelsene som skjer som ø-hjelp. Innleggelsene er fordelt etter pasientenes bosted.

I det psykiske helsevernet for barn og unge har ø-hjelpsraten økt fra 11 til 16 per 10 000 innbyggere (0-17 år), eller med 61 prosent. Andel ø-hjelpsinnleggelser har i samme periode økt med 14 prosentpoeng, fra 47 til 61 prosent.

Det har vært en økning i andelen ø-hjelpsinnleggelser i alle regioner, størst i Helse Sør-Øst (15 prosentpoeng), og minst i Helse Nord (9 prosentpoeng). Helse Nord har gjennom hele perioden en lavere andel ø-hjelpsinnleggelser enn de øvrige regionene. Dette gjenspeiler at den samlede innleggelsesraten er høyere i Helse Nord enn i de øvrige regionene. Helse Vest har i tre av fire år den høyeste andelen ø-hjelpsinnleggelser.

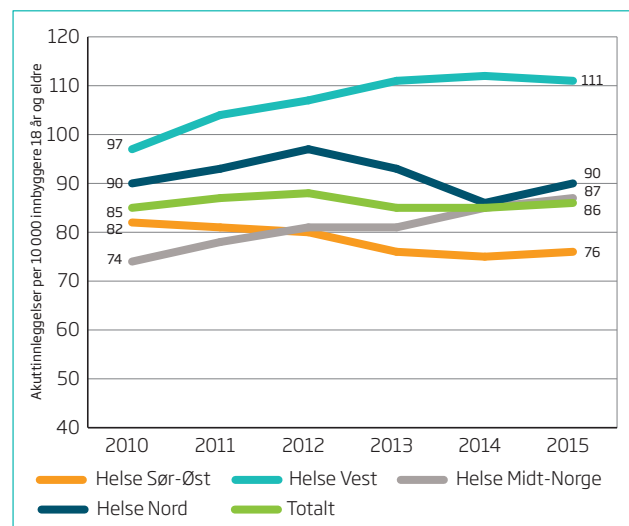
Figur 9.24 og 9.25 viser den tilsvarende utviklingen for voksne over perioden 2010 til 2015, som rater per innbygger 18 år og eldre, og som andel av innleggelsene totalt.

Innen det psykiske helsevernet for voksne har ø-hjelpsraten holdt seg relativt stabil, rundt 85 ø-hjelpsinnleggelser per 10 000 innbyggere (18 år

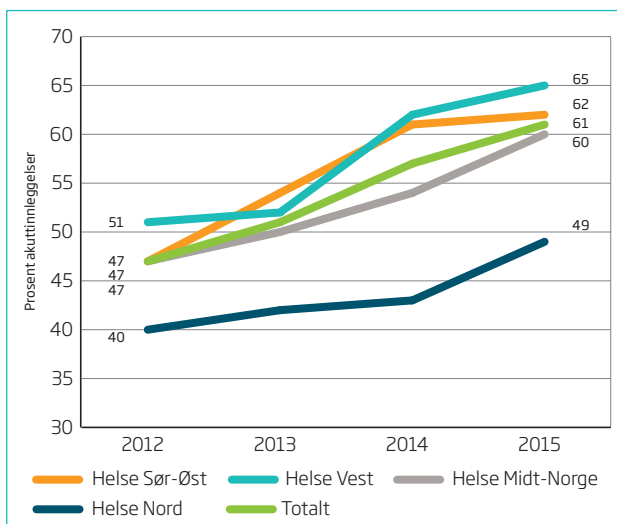
og eldre). Andel ø-hjelpsinnleggelser har likevel økt fra 63 til 67 prosent, ettersom samlet innleggelsesrate har blitt redusert.

Det er betydelige forskjeller mellom regionene. Helse Vest har både høyere rate og høyere andel ø-hjelpsinnleggelser enn de øvrige regionene. Regionen har også hatt en økning både i rate og andel i løpet av perioden. Helse Sør-Øst har hatt en nedgang i ø-hjelpsrate, og har nå den laveste raten. Andelen ø-hjelpsinnleggelser har imidlertid holdt seg stabil, og ligger nær landsgjennomsnittet. Helse Midt-Norge har hatt en økning både i rate og andel

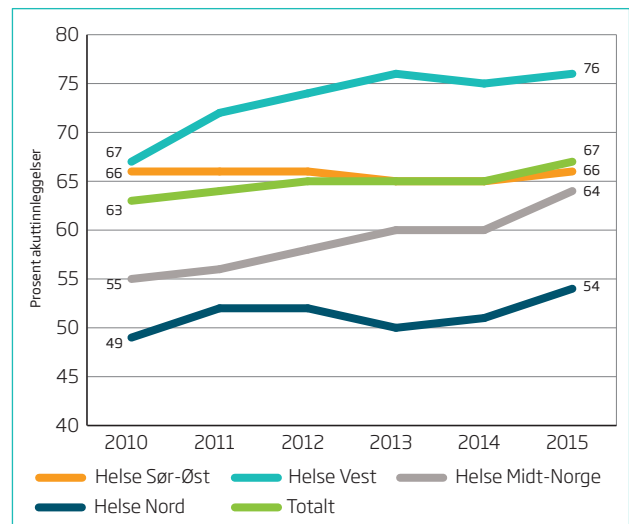
Figur 9.24 Ø-hjelpsinnleggelser i det psykiske helsevernet for voksne 2010-2015. Per 10 000 innbyggere 18 år og eldre.



Figur 9.23 Prosentandel ø-hjelpsinnleggelser i det psykiske helsevernet for barn og unge 2012-2015.



Figur 9.25 Prosentandel ø-hjelpsinnleggelser i det psykiske helsevernet for voksne 2010-2015.



ø-hjelpsinnleggelser og ligger nå nært landsgjennomsnittet. I Helse Nord ligger ø-hjelpsraten på samme nivå i 2015 som i 2010. På grunn av flere innleggelser totalt har regionen likevel lavere andel ø-hjelpsinnleggelser enn de øvrige.

Forskjeller i ø-hjelpsinnleggelser mellom bostedsområdene

Figur 9.26 viser forskjeller i øyeblikkelig hjelpsinleggelser, brutt ned på helseforetaksområder i 2015.

Det er store forskjeller i omfanget av ø-hjelpsinnleggelsene mellom foretakene. Innen tjenestene for voksne varierer andel ø-hjelp fra 39 til 88 prosent. I tjenestene for barn og unge varierer andelen fra 17 til 98 prosent. I tjenestene for barn og unge er det en klar negativ sammenheng mellom raten for innleggelser totalt og andel ø-hjelpsinnleggelser. Jo lavere innleggsrate, jo høyere andel ø-hjelpsinnleggelser ($r=-0,69$). Vi finner ingen tilsvarende sammenheng innen tjenestene for voksne ($r=-0,12$).

Tall for de enkelte bostedsområdene finnes på Helseledningsdirektoratets hjemmesider (helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata).

Pasientsammensetning i 2014

Kjønns- og aldersfordeling

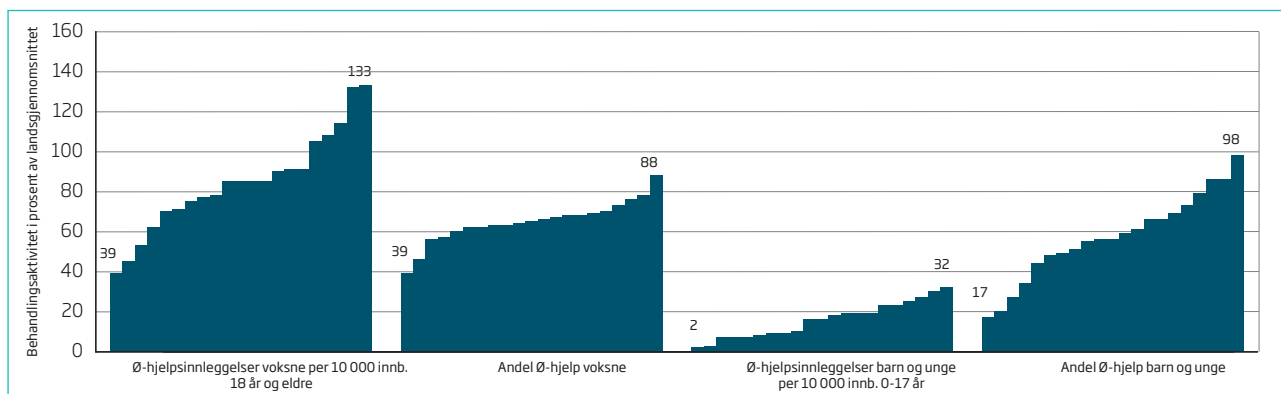
I figur 9.27 presenteres fordeling av pasienter i PHV-BU og PHV-V i 2015 etter kjønn. Figuren viser prosentandel kvinner for ulike behandlingsformer i offentlig virksomhet og hos avtalespesialister, samt for virksomhetene samlet.

Gutter utgjorde en større andel av pasientene i PHV-BU både i offentlige institusjoner og hos avtalespesialister. Unntaket var pasienter i døgnbehandling, der det var en større andel jenter enn gutter i 2015 (68 prosent kvinner). I det psykiske helsevernet for voksne var det for alle behandlingsformer et flertall av kvinner i 2015, lavest blant døgnpasientene (53 prosent), og høyest hos avtalepsykiaterne (66 prosent).

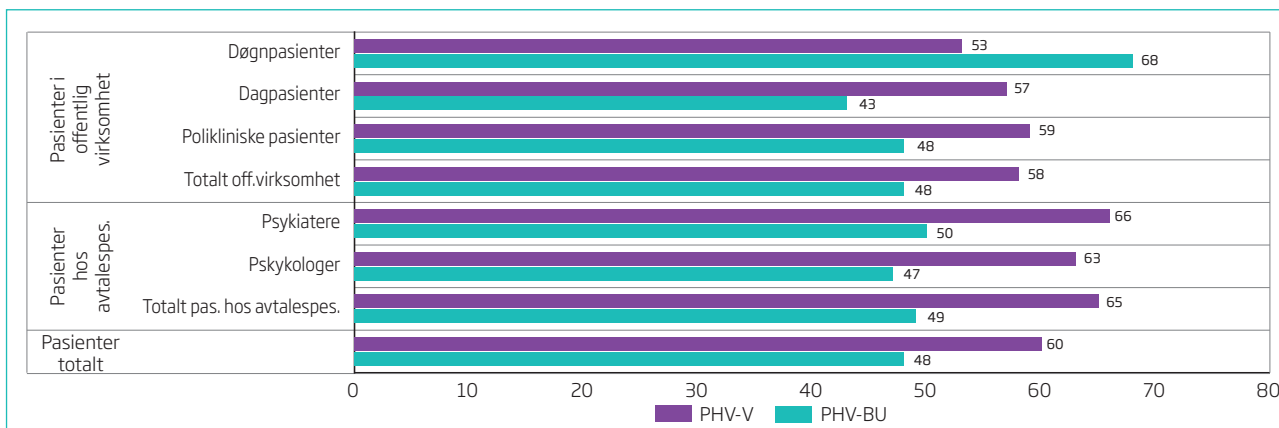
Figur 9.28 viser rater for pasienter under behandling i det psykiske helsevern, fordelt på kjønn og alder i 2015.

Guttene har høyere rate enn jentene fram til 12 års alder. For øvrige aldersgrupper er ratene høyere for kvinner enn for menn. Pasientratene stiger fram til aldersgruppen 13-17 år (menn) og 18-23 år (kvinner), for deretter å avta med stigende alder. Vi kan ellers merke oss at mennene har et kraftig fall i raten fra aldersgruppen 13-17 til 18-22 år, mens kvinnene fortsatt har en økning i pasientraten. Dette skyldes dels at færre menn enn kvinner fortsatt blir

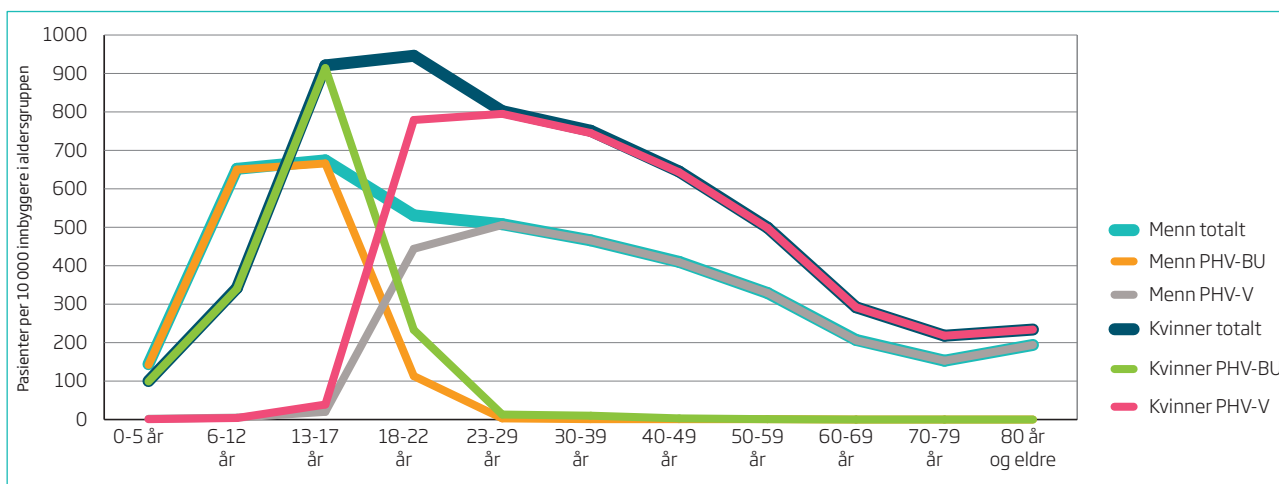
Figur 9.26 Øyeblikkelig hjelpinnleggelser i det psykiske helsevernet. Rater per 10 000 innbyggere i målgruppen samt prosent av innleggelsene totalt 2015.



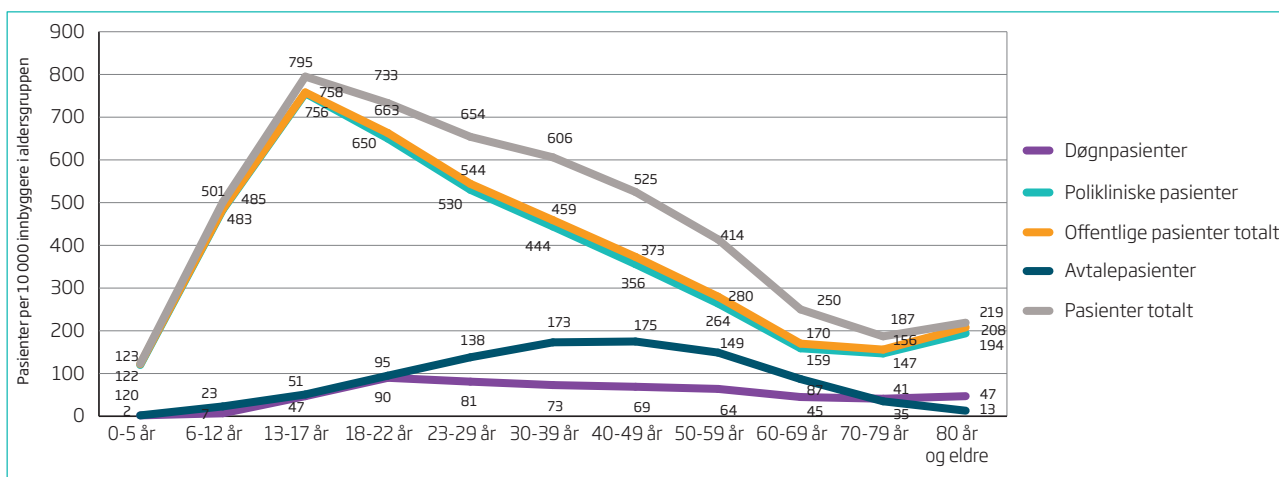
Figur 9.27 Prosentandel kvinnelige pasienter i PHV-BU og PHV-V etter behandlingsform i 2015.



Figur 9.28 Pasienter i det psykiske helsevernet etter kjønn, alder og sektor. Per 10 000 innbyggere i 2015.



Figur 9.29 Pasienter etter alder og behandlingsform i 2015.



behandlet i tjenestene for barn og unge etter fylte 18 år, men også at flere kvinner fanges opp av tjenestene for voksne.

Figur 9.29 viser antall pasienter etter alder og behandlingsform.

Pasientene behandles i all hovedsak poliklinisk fram til 18 års alder. Flest døgnpasienter finner vi for aldersgruppen 18-22 år. Raten avtar deretter med økende alder. Unntaket er den eldste aldersgruppen (80 år og eldre). Denne aldersgruppen omfatter mange pasienter som er til utredning for organiske lidelser (demens). Tyngdepunktet for avtalespesialistene finnes i aldersgruppen 30-49 år.

Diagnosefordeling i det psykiske helsevernet for barn og unge

I tabell 9.8 presenteres diagnosefordelingen for barn og unge i 2015.

Blant pasientene som hadde en fastsatt diagnose i PHV-BU, utgjorde hyperkinetiske forstyrrelser (28 prosent), nevrotiske lidelser (25 prosent) og atferdsforstyrrelser (20 prosent) de største gruppene. Mens hyperkinetiske forstyrrelser var den største diagnosegruppen i offentlig virksomhet (28 prosent), var det flest med nevrotiske lidelser (29 prosent) og atferdsforstyrrelser (26 prosent) blant pasientene behandlet hos avtalespesialistene. Avtalepsykiatere behandlet i størst grad hyperkinetiske forstyrrelser (31 prosent) og atferdsforstyrrelser (24 prosent), mens avtalepsykologer

Tabell 9.8 Pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge etter hoveddiagnose og behandlingsform i 2015. Prosent.

Diagnosegruppe	Pasienter i off. virksomhet				Pasienter 0-17 år hos avtalespesialister.			Pasienter totalt ¹
	Døgnpasienter	Dag	Polikl.	Totalt	Psykiatere	Psykologer	Totalt	
Organiske lidelser (F0)	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,2	0,2	0,1
Ruslidelser (F1)	1,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2
Schizofrenier (F2)	5,4	0,5	0,6	0,7	0,2	0,1	0,1	0,6
Affektive lidelser (F3)	26,3	9,4	11,4	11,4	12,1	8,5	9,4	11,4
Nevrotiske lidelser (F4)	25,4	17,0	24,7	24,7	17,2	33,2	28,8	25,0
Personlighetsforstyrrelser (F6)	2,0	1,0	0,7	0,7	1,0	1,0	1,0	0,7
Utviklingsforstyrrelser (F8)	6,6	14,9	8,7	8,7	3,7	9,7	8,2	8,7
Hyperkinetiske forstyrrelser (F90)	9,7	31,0	28,2	28,1	30,8	11,1	16,1	27,5
Atferdsforstyrrelser barn og ungdom (F91-98)	10,9	21,4	19,5	19,5	24,2	25,9	25,7	19,7
Andre psykiske lidelser (F5, F7, F99)	9,0	2,9	3,5	3,5	7,5	8,4	8,2	3,7
Sykd. i nervesystemet (G)	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2	0,5	1,0	0,1
Andre diagnoser ekskl Z-diagnoser	3,6	1,5	2,4	2,4	1,0	1,3	1,2	2,3
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
N=	1 973	855	56 044	56 162	734	2 026	2 705	58 125
Herav:								
Z-diagnoser	111	178	15 552	15 580	87	317	401	15 926
ICD10 mangler, ingen påvist tilstand akse 1, mangelfull informasjon for å kode på akse 1	66	61	8 891	8 909	20	93	113	9 013

¹ Data fra avtalespesialistene omfatter om lag 97 prosent av virksomheten. Det er ikke korrigerert for dette i tabellen.

behandlet i større grad nevrotiske lidelser (33 prosent).

Diagnosefordeling i det psykiske helsevernet for voksne

Tabell 9.9 viser fordelingen av pasientene etter diagnose og behandlingsform.

Hovedtyngden av pasientene har en affektiv eller nevrotisk lidelse. Dette er spesielt uttalt hos avtalespesialistene. I offentlige tjenester er det også et betydelig innslag av pasienter med schizofreni og stofflidelser, spesielt blant døgnpasientene. Avtalespesialistene behandler i liten grad disse pasientgruppene.

Behovet for tjenester vil variere mellom pasienter med ulike diagnoser. I tabell 9.10 har vi derfor beregnet den prosentvise fordelingen av aktiviteten for pasientene i de ulike diagnosegruppene.

Blant pasienter i offentlig virksomhet står pasienter med en psykoselidelse (F2) for en langt høyere andel av aktiviteten enn av pasientene. Dette gjelder både for døgn og poliklinikk. Blant døgnpasientene står pasienter med stofflidelser og nevrotiske lidelser for en lavere andel av oppholdsdøgnene enn av pasientene.

9.4 DATAGRUNNLAG OG DEFINISJONER

Personelldata

Data om personell i poliklinikker og ambulant virksomhet er samlet inn av Helsedirektoratet. Tallene skal gjenspeile antall ansatte omregnet til heltidsansatte ut fra stillingsbrøk i midten av november.

Tabell 9.9 Pasienter etter hoveddiagnose og behandlingsform i det psykiske helsevernet for voksne 2015. Prosent.

Diagnosegruppe	Pasienter i off. virksomhet				Pasienter 18 år og eldre hos avtalespesialister			Pasienter totalt
	Døgn	Dag	Polikl.	Totalt	Psykiatere	Psykologer	Totalt	
Organiske lidelser (F0)	3,0	0,6	2,8	2,8	0,5	1,5	1,2	3,0
Ruslidelser (F1)	13,7	5,5	4,1	5,1	1,4	1,0	1,2	13,7
Schizofrenier (F2)	21,0	22,9	9,0	9,3	2,1	0,8	1,3	21,0
Affektive lidelser (F3)	28,0	32,1	30,4	30,0	39,5	30,7	33,9	28,0
Nevrotiske lidelser (F4)	19,1	21,3	29,7	29,4	38,6	48,6	45,2	19,1
Personlighetsforstyrrelser (F6)	5,9	5,4	5,7	5,6	4,2	4,4	4,3	5,9
Hyperkinetiske forstyrrelser (F90)	1,2	2,4	5,2	5,0	6,6	3,2	4,2	1,2
Atferdsforstyr. barn og ungdom (F91-98)	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,6	0,5	0,2
Andre psykiske lidelser (F5, F7, F8, F99)	5,1	8,2	9,8	9,5	4,5	6,6	5,8	5,1
Sykdommer i nervesystemet (G)	1,8	0,4	1,9	2,0	1,4	0,9	1,1	1,8
Andre diagnoser ekskl. Z-diagnoser	0,9	0,7	1,0	1,0	1,0	1,5	1,3	0,9
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
N=	26 636	1 623	137 842	143 801	18 246	34 268	51 566	188 219
Herav:								
Z-diagnoser	849	104	24 545	25 027	877	2 963	3 832	28 628
ICD10 mangler	290	106	1 915	2 268	461	1 504	1 963	4 212

Tabell 9.10 Behandlingsaktivitet etter hoveddiagnose i det psykiske helsevernet for voksne 2015. Prosent.

Diagnosegruppe	Offentlig virksomhet			Avtalespesialister		
	Oppholds- døgn	Oppholds- dager	Polikliniske konsulta- sjoner	Konsulta- sjoner psykiater	Konsulta- sjoner psykologer	Konsulta- sjoner totalt
Organiske lidelser (F0)	2	2	1	0	1	0
Ruslidelser (F1)	6	13	3	1	1	1
Schizofrenier (F2)	37	25	18	2	1	1
Affektive lidelser (F3)	27	25	30	41	32	35
Nevrotiske lidelser (F4)	12	16	26	40	51	47
Personlighetsforstyrrelser (F6)	6	10	8	5	6	6
Hyperkinetiske forstyrrelser (F90)	1	1	4	4	2	3
Atferdsforstyr. barn og ungdom (F91-98)	0	0	0	0	0	0
Andre psykiske lidelser (F5, F7, F8, F99)	6	5	9	3	5	4
Sykdommer i nervesystemet (G)	1	1	1	1	1	1
Andre diagnoser ekskl. Z-diagnoser	1	1	0	1	1	1
Totalt	100	100	100	100	100	100
N=	1 088 494	16 603	1 526 715	217 043	422 245	639 288
Herav:						
Z-diagnoser	19 544	886	113 365	5 928	18 401	24 329
ICD10 mangler	34 185	159	7343	1 979	8 384	10 363

Personell knyttet til rusrelatert behandling blir i stigende grad skilt ut fra det psykiske helsevernet for voksne og i stedet registrert under TSB. Dette dreier seg i hovedsak om arbeid rundt henvisninger til TSB og LAR (Legemiddelassistert rehabilitering).

Tall for personellinnsats hos avtalespesialistene er innhentet av SSB, og angir antall avtalte årsverk.

Døgnplasser

Data om døgnplasser er samlet inn av Statistisk sentralbyrå. Oppgavene i kapitlet tar utgangspunkt i antall døgnplasser ved utgangen av året. SSB samler nå også inn data der det korrigeres for feriestengninger mv. Siden vekten i dette kapitlet ligger på utviklingstall, har vi ikke benyttet disse i fremstillingen.

Pasientdata

Tallene som presenteres i dette kapitlet bygger på pasientdata innsamlet av NPR.

Enheter/helseforetak som har endret pasientadministrativt system fra BUP-data til DIPS rapporterer en markant lavere aktivitet (konsultasjoner/tiltak) etter konvertering til nytt system. Nedgangen gjelder spesielt aktivitetstypen utredning, men også i noen grad kontakter knyttet til behandling. For 2015-data gjelder dette Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset Innlandet HF. Tidligere har andre enheter tatt i bruk DIPS som pasientadministrativt system; Helse Stavanger HF i 2010 og Vestre Viken HF, Helse Fonna HF og Helse Førde HF og to private institusjoner i Helse Sør-Øst i 2011, Helse Nord samt Helse Bergen HF i 2012 og Sykehuset Østfold HF og Telemark HF i 2013. For 2014-data gjelder dette Oslo Universitetssykehus og Sørlandet sykehus HF. Dette medfører at antall polikliniske tiltak for disse enhetene ikke er korrekte.

På bakgrunn av dette presenteres konsultasjoner med takstrefusjon i stedet for tiltak, da dette i mindre grad er påvirket av overgangen til nytt datasystem enn polikliniske tiltak. Vi kan imidlertid

ikke utelukke at også disse tallene er noe under-rapportert, da vurderingssamtaler, ettervern og telefonsamtaler i noen grad ikke fanges opp i nytt pasientdatasystem.

I beregning av døgnopphold, vil døgnopphold som starter samme dag som et eksisterende døgnopphold avsluttes, betraktes som ett sammenhengende opphold.

For et fåtall mindre institusjoner i psykisk helsevern for voksne foreligger ikke pasientdata på individnivå for enkelte år. Vi har her benyttet manuelle oppgaver fra institusjonen.

Data for avtalespesialistene er ikke komplette. NPR har estimert at data omfatter omlag 97 prosent av virksomheten i 2015. I enkelte tabeller har vi estimert pasienttall, korrigert for underrapportering. I andre tabeller benyttes de rapporterte tallene direkte.

For å beregne antall behandlede pasienter benyttes et felles kryptert personnummer på tvers av tjenester og institusjoner. For de data som foreligger er registreringen av kryptert nummer nær komplett, over 99 prosent for alle datasettene.

For definisjoner, omtale av datagrunnlag og grunnlagsdata henvises det til Helsedirektoratets nettsider: helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata.

10. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Ved utgangen av 2015 var det 1 947 døgnplasser innen døgnbasert rusbehandling, 41 flere plasser enn året før.

Det var om lag 627 000 oppholdsdøgn i 2015, en økning på sju prosent fra året før. Dette gir en dekningsrate på 153 oppholdsdøgn per 1 000 voksne innbyggere i 2015. Det var om lag 14 400 innleggelser ved institusjonene i tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2015, seks prosent flere innleggelser enn i 2014. Dette gir 35 innleggelser per 10 000 voksne innbyggere. Døgnbehandlingen i helseforetakene hadde en median varighet på 12 dager, men det var store forskjeller mellom regionene. Samlet sett var median varighet av døgnbehandlingen i TSB på 14 dager og 95 prosent av behandlingene var avsluttet innen 100 dager. Varigheten av døgnbehandling har vært stabil de siste årene.

Ved helseforetakene var en fjerdedel innlagt som øyeblikkelig hjelp. Foretakene har de siste årene etablert det meste av akuttberedskapen ved egne enheter. Samlet sett utgjør øyeblikkelig hjelp-innleggelser 18 prosent av alle innleggelsene i TSB. I alt 12 prosent av utskrivningene fra helseforetakene ble overført til annen spesialisthelsetjenesten og en tredjedel av utskrivningene hadde ingen ny behandling i spesialisthelsetjenesten i løpet av det påfølgende året.

Om lag 32 000 pasienter mottok behandling i TSB i 2015. Dette utgjorde fem prosents økning fra 2014. Dette gir en rate på 78 pasienter per 10 000 voksne innbyggere. Inkluderes henvisningene til rusbehandling som er vurdert i psykisk helsevern, øker pasientraten til 81 pasienter per 10 000 innbyggere; 106 menn per 10 000 menn og 56 kvinner per 10 000 kvinner. Det er små geografiske forskjeller når vi ser på antall pasienter som mottar døgnbehandling i 2015. De geografiske forskjellene er ett resultat av ulikt tilbud av dag- og poliklinisk behandling innen rus- og avhengighetsmedisinen til befolkningen.

Det var om lag 1 100 årsverk i den polikliniske rusbehandlingen i TSB i 2015. Veksten siste år utgjorde 3 prosent, mens siste to år hadde antall polikliniske årsverk økt med 12 prosent. Om lag 10 prosent av årsverkene arbeidet ambulant.

Om lag 440 000 konsultasjoner ble utført i TSB i 2015, 13 prosent flere enn året før. Dette gir en dekningsrate på 108 konsultasjoner per 1 000 voksne innbyggere. Helseforetakene utførte over tre fjerdedeler av det polikliniske tilbudet, mens de private avtaleinstitusjonene utførte en fjerdedel. Andel konsultasjoner med refusjon var på 88 prosent i 2015. Regionene hadde ulik profil i sitt polikliniske behandlingstilbud. Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst hadde svært små endringer i profil fra 2014 til 2015, mens Helse Vest og Helse Nord endret profilen gjennom økt andel individuelle konsultasjoner og redusert andel telefonkonsultasjoner. Disse regionene hadde også en større andel pasienter behandlet for bruk av opiater.

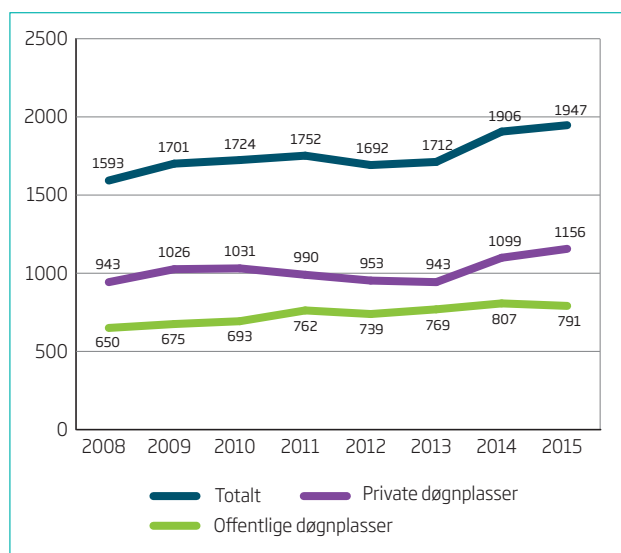
10.1 DØGNPLASSER

Nasjonale tall

Antall døgnplasser gir en indikasjon på kapasiteten i døgntilbudet i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Statistikken viser antall døgnplasser ved utgangen av året. Utviklingen over perioden 2008 til 2015, fordelt på døgnplasser ved offentlige helseforetak og private avtaleinstitusjoner, er vist i figur 10.1.

Fra 2013 til 2015 har det vært en økning på 235 døgnplasser, en økning på 14 prosent. Siste år var det en økning på 41 døgnplasser. Økningen her var knyttet til to nye avtaleinngåelser som trådte i kraft i 2015 og noen utvidelser av eksisterende avtaler. Ved helseforetakene ble døgnkapasiteten svakt redusert i løpet av det siste år.

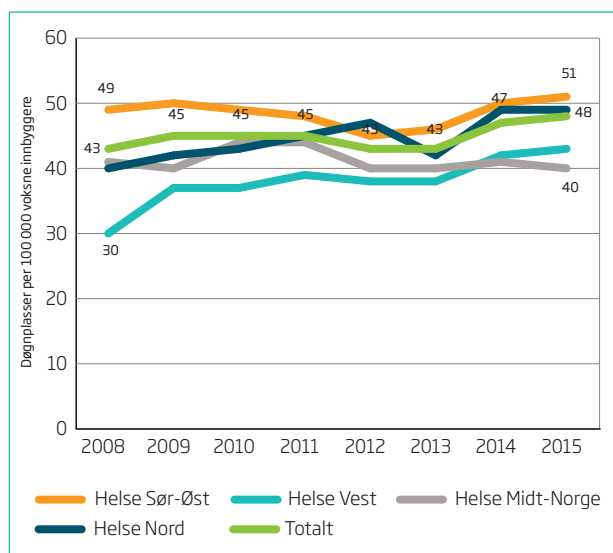
Figur 10.1 Antall døgnplasser i TSB ved helseforetakene og private avtaleinstitusjoner.



Regionale tall

Oppdragsdokumentene fra Helse - og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene for 2014 ga måltall for økning i antall døgnplasser for hver region. 200 flere plasser skulle etableres, fordelt på 110 plasser i Helse Sør-Øst, 40 plasser i Helse Vest og 25 plasser i Helse Midt-Norge og 25 plasser i Helse Nord. Kapasitetsøkningen skulle bidra til flere langtidsplasser og til økt behandlingsskapasitet for pasienter med samtidig rus- og psykiske lidelser, akutt- og abstinensbehandling, gravide/familier med rusproblemer og unge med mer omfattende hjelpebehov. Helse Sør-Øst hadde oppfylt måltallet ved utgangen av 2014, mens Helse Vest nådde sitt måltall i 2015. Helse Nord nådde sitt måltall i 2014 gjennom å videreføre og utvide sine rammeavtaler. Helse Midt-Norge økte sin kapasitet med 7 plasser fra 2013 til 2014.

Figur 10.2 Dekningsrate for døgnplasser i TSB i regionene i perioden 2008-2015.



Tabell 10.1 Antall døgnplasser i TSB i 2015 og endring i antall døgnplasser fra 2013 og 2014.

Region	Døgnplasser 2015			Endring fra	
	Offentlig	Privat	Totalt	2013	2014
Helse Sør-Øst	446	729	1 175	151	32
Helse Vest	145	217	362	46	10
Helse Midt-Norge	105	119	224	6	-1
Helse Nord	95	91	186	32	0
Totalt	791	1 156	1 947	235	41

I Helse Sør-Øst ble en ny avtaleinstitusjon startet opp i løpet av året og denne bidro til den samlede økningen i døgnplasser fra 2014 til 2015. Ved ett helseforetak ble kapasiteten redusert, mens den ved to andre ble den utvidet i løpet av siste år. Dette ga imidlertid små utslag på regionens samlede helseforetaksplasser. Økningen i Helse Vest var primært knyttet til en ny avtaleinstitusjon som startet opp i løpet av året. Samtidig ble antall offentlige døgnplasser redusert. I Helse Midt-Norge og Helse Nord var døgnplassstallene stabile siste år.

Dekningsraten med hensyn på døgnplasser (figur 10.2) viste en fortsatt økning nasjonalt og spesielt i regionene Helse Sør-Øst og Helse Vest. Den økte avtalte kapasiteten som er gjennomført i 2014-2015 bidro mer enn befolkningsveksten og den nasjonale raten ligger nå på 48 døgnplasser per 100 000 voksne innbygger. I Helse Midt-Norge var dekningsratene uendret de siste årene og ligger for 2015 på 40 døgnplasser per 100 000 voksne innbyggere.

10.2 AKTIVITETEN VED DØGNAVDELINGENE

I dette avsnittet presenteres nasjonale og regionale utviklingstrekk basert på utvalgte indikatorer for døgnbehandlingstjenestene de siste år. Fremstillingene er basert på innrapporterte pasientdata til Norsk pasientregister. Pasientdata for sektoren representerer etter hvert tilnærmet komplett volum av aktiviteten innen sektoren, men med noen unntak. Datagrunnlaget og definisjoner for sektorstatistikken er beskrevet årlig og ligger på helse-direktoratets nettsider⁶⁶.

Varigheten av døgntilbudet har vært under debatt i løpet av de ti årene rusbehandling har vært en del av spesialisthelsetjenesten. Tilbudet har endret seg, både med hensyn til innhold og hvor tilbudet utføres. De private institusjonene utgjør en betydelig del av døgntilbudet, nå som da rusreformen trådte i kraft i 2004. Samtidig er det offentlige tilbudet i helseforetakene videreutviklet,

særlig innen akutttilbudet⁶⁷ og avrusning, og helseforetakene har også det overordnede ansvaret for LAR⁶⁸.

Volumet av døgnbehandlingen ved helseforetakene og private institusjoner

Det totale antall oppholdsdøgn innen TSB i perioden 2011-2015 er presentert i tabell 10.2. Antall oppholdsdøgn i helseforetakene er fordelt etter helseforetakets tilknytningsregion, det vil si den regionen hvor *behandlingen* finner sted. For private institusjoner er oppholdsdøgnene fordelt etter hvor *pasienten* er bosatt. Tabell 10.3 viser andel oppholdsdøgn ved helseforetakene.

På landsbasis økte antall oppholdsdøgn innen rusbehandling med sju prosent siste år. Økningen fant sted i behandlingstilbudet ved private institusjoner, mens oppholdsdøgn ved behandlingstilbudet i helseforetakene ble noe redusert. Andel oppholdsdøgn i helseforetakene lå på 37 prosent av alle oppholdsdøgn i 2015 og er tilbake på omlag samme nivå som for fem år siden. Omfanget av bidraget fra private døgninstitusjoner har imidlertid endret seg ulikt i regionene i løpet av denne perioden. I Helse Sør-Øst har omfanget av privat døgnbehandling økt, mens i Helse Vest og Helse Nord har bidraget fra private blitt redusert.

I Helse Sør-Øst økte antall oppholdsdøgn ved private institusjoner med 12 prosent fra 2014 til 2015, mens antall oppholdsdøgn ved helseforetakene var stabilt. Dette bidro til en samlet vekst på åtte prosent i løpet av siste år. Videre utgjorde andel oppholdsdøgn ved helseforetakene en tredjedel av det samlede behandlingsvolumet ved helseforetakene og private behandlinger av regionens pasienter i 2015. I Helse Vest har antall oppholdsdøgn ved private institusjoner økt med åtte prosent siste år, samtidig med at det var færre oppholdsdøgn ved helseforetakene i regionen i 2015 sammenlignet med året før. Den samlede veksten i løpet av siste år var på fire prosent. I Helse Midt-Norge økte antall oppholdsdøgn ved private institusjoner med åtte prosent, mens behandlingsvolumet ved de offentlige ble redusert med seks prosent. I Helse Nord var antall

66 Pasientdatas komplettethet er beskrevet årlig og er publisert på helsedirektoratets nettsider: www.helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata

67 lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3

68 helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-legemiddelassistert-rehabilitering-ved-opioidavhengighet

Tabell 10.2 Antall oppholdsdøgn og endringer (prosent) i oppholdsdøgn innen TSB i perioden 2011-2015.

Region ¹		2011	2012	2013	2014	2015	Endring (prosent) fra 2014
Helse Sør-Øst	HF	127 715	122 537	114 018	120 397	120 915	0,4
	Privat	213 513	224 292	213 263	221 995	250 036	12,6
	Totalt	341 228	346 829	327 281	342 392	370 951	8,3
Helse Vest	HF	35 850	40 752	44 746	48 436	47 053	-2,9
	Privat	72 072	71 347	70 456	74 333	80 586	8,4
	Totalt	107 922	112 099	115 202	122 769	127 639	4,0
Helse Midt-Norge	HF	36 404	34 124	33 544	33 987	31 886	-6,2
	Privat	45 498	41 437	41 183	39 835	43 004	8,0
	Totalt	81 902	75 561	74 727	73 822	74 890	1,4
Helse Nord	HF	25 413	29 227	29 585	29 263	29 162	-0,3
	Privat	33 788	16 381	23 343	17 489	24 477	40,0
	Totalt	59 201	45 608	52 928	46 752	53 639	14,7
Totalt	HF	225 382	226 640	221 893	232 083	229 016	-1,3
	Privat	364 871	353 457	348 245	353 652	398 103	12,6
	Totalt	590 253	580 097	570 138	585 735	627 119	7,1

¹ Antall oppholdsdøgn ved regionene er fordelt etter oppholdsdøgn ved regionens helseforetak og antall oppholdsdøgn regionens pasienter har benyttet ved private institusjoner.

Tabell 10.3 Andel (prosent) oppholdsdøgn i TSB utført ved døgnheter i helseforetakene. 2011-2015.

Region	2011	2012	2013	2014	2015
Helse Sør-Øst	37	35	35	35	33
Helse Vest	33	36	39	39	37
Helse Midt-Norge	44	45	45	46	43
Helse Nord	43	64	56	63	54
Totalt	38	39	39	40	37

oppholdsdøgn økt med 40 prosent, mens behandlingstid ved helseforetakene var uendret fra 2014 til 2015. Dette ga samlet sett en økning på 15 prosent i oppholdsdøgn innen rusbehandling i denne regionen.

Øyeblikkelig hjelp-innleggelser

Både helseforetakene og de private behandlingstjenestene tilbyr et variert behandlingstilbud innen rus- og avhengighetsmedisin. Informasjonen om pasientbehandlingen som ligger i innrapporterte pasientdata er imidlertid begrenset slik at vi har lite informasjon om selve behandlingstilbudet. Det vi kan si noe om er omfanget av øyeblikkelig hjelp-

innleggelser, varigheten av døgnbehandlingen og hvilken tilstand pasientbehandlingen har vært rettet inn mot. I beskrivelsen av virksomheten innen rusbehandling er behandlingstidene klassifisert i tre grupper: offentlige helseforetak, private institusjoner med behandlingstilbud innen rusbehandling på linje med helseforetakene (*privat TSB*) og øvrige private døgninstitusjoner innen rusbehandling. I kategorien *Private med TSB* inngår Borgestadklinikken, Lade Behandlingssenter, Rogaland A-senter og Stiftelsen Bergensklinikkene. I kategorien *Øvrige private døgninstitusjoner* inngår institusjoner med avtale gjennom hele perioden som presenteres.

Tabell 10.4 Andel (prosent) innleggelser som øyeblikkelig hjelp ved helseforetakene og ved private avtaleinstitusjoner i TSB i perioden 2011-2015.

Behandlingssted		Andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser					Innleggelser totalt ³	
		2011	2012	2013	2014	2015	2015	Endring (prosent) fra 2011
HF med TSB	Helse Sør-Øst ¹	23	26	29	31	29	5 299	-5
	Helse Vest	19	16	11	9	15	451	59
	Helse Midt-Norge	26	30	29	27	40	728	-9
	Helse Nord ²	3	5	2	2	3	807	35
	Totalt	22	24	25	26	27	7 285	1
Private med TSB ⁴		5	5	7	8	10	2 783	-4
Øvrige private døgningstusjoner ⁴		1,5	1	1	0	0	2 761	40
Totalt ⁵		15	15	16	17	18	12 829	6

1 Rusposten ved Sykehuset Telemark inngår ikke.

2 Salten DPS ved Nordlandssykehuset inngår ikke.

3 Innleggelser er her beregnede *innleggelser ved HF* basert på pasientdata og innleggelser ved private foretak fra nasjonal statistikk hvor pasientdata er supplert med manuelle korrigeringer i henhold til opplysninger fra institusjonene. I nasjonal statistikk for TSB er innleggelser basert på *institusjonsinnleggelser* ved helseforetakene.

4 De private institusjonene er gruppert i to kategorier: *Privat med TSB* (Borgestadklinikken, Lade Behandlingssenter, Rogaland A-senter og Stiftelsen Bergensklinikken) og *Øvrige private døgningstusjoner* (øvrige private institusjoner med avtaler gjennom hele perioden 2011-2015).

5 ØH-andel er beregnet på grunnlag av innrapporterte pasientdata med gyldig informasjon om innleggelsesmåte, mens antall innleggelser er det samlede antall innrapporteringer.

Offentlige helseforetak presenteres etter regions-tilknytning og døgntilbudet i helseforetakene er lenket sammen til *helseforetaksopphold* i de tilfellene hvor institusjonsopphold i helseforetaket avløser hverandre. For de private institusjonene er analyseenheten *institusjonsopphold*.

Etableringen av akuttberedskap innen rusbehandling har medvirket til flere døgnplasser, men ikke nødvendigvis til en stor økning i oppholdsdøgn i og med at øyeblikkelig hjelp-innleggelser ofte resulterer i korte opphold. I tabell 10.4 er omfanget av øyeblikkelig hjelp - innleggelser i tverrfaglig spesialisert rusbehandling presentert for perioden 2011-2015.

Tabell 10.4 viser at over en fjerdedel av innleggelsene i helseforetakene var øyeblikkelig hjelp-innleggelser og andelen økte i løpet av perioden 2011 til 2015. Økningen i øyeblikkelig hjelp-innleggelser var særlig knyttet til Helse Midt-Norge som i 2014 utvidet beredskapen med en akutt post. De regionale forskjellene tyder på at omfanget av akuttstusjoner i tverrfaglig spesialisert rusbehandling

er ulikt i helseforetakene. Dette betyr at det er psykisk helsevern som tar hånd om dette tilbudet i flere av foretakene slik som f.eks. i Helse Nord. Blant de private institusjonene med helhetlig rusbehandling er ti prosent av innleggelsene i 2015 øyeblikkelig hjelp-innleggelser. Antall innleggelser og endring i antall innleggelser fra 2011 til 2015 er inkludert i tabellen for å synliggjøre volumet av innleggelser i helseforetakene og ved de private institusjonene.

Varigheten av døgntilbudet

Varigheten av den sammenhengende døgntilbudet pasientene har mottatt i helseforetakene og ved de private institusjonene er presentert i tabell 10.5.

Varigheten av døgntilbudet ved helseforetakene hadde samlet sett en median lengde på 12 dager i 2015. Dette betyr at halvparten av døgntilbudene ved helseforetakene var avsluttet i løpet av 12 dager. Dette resultatet er stabilt i perioden. Stabilitet fant vi også for den estimerte

Tabell 10.5 Varigheten av døgntilbeholdningen etter behandlingssted. Utskrivninger fra helseforetak og private institusjoner i 2012 og 2015.

Behandlingssted	Region ¹	Varighet av døgntilbeholdningen ved utskrivning fra HF eller privat institusjon			
		2012		2015	
		Median dager	Estimert trimpunkt (95% grense) ²	Median dager	Estimert trimpunkt (95% grense) ²
HF med TSB ³	Helse Sør-Øst	11	42,5	10	44
	Helse Vest	35	234	28	204
	Helse Midt-Norge	15	132,5	8	103
	Helse Nord	21	107,5	18	98
	Totalt	12	56	12	54
Private med TSB ⁴	Helse Sør-Øst	20	199	26	275
	Helse Vest	14	43	15	46,5
	Helse Midt-Norge	7	49	9	56,5
	Helse Nord	*	*	*	*
	Totalt	14	71	14	69,5
Øvrig privat døgntilbeholdning ⁴	Helse Sør-Øst	63	387,75	52	358,5
	Helse Vest	42	246,5	51	280
	Helse Midt-Norge	49	513	163	866,5
	Helse Nord	24	239	29	246
	Totalt	56	322	51	357,75
Totalt 2012-2015 ⁵		14	98,5	14	97,5
Totalt ⁶		14	103,5	14	105

1 Antall utskrivninger ved regionens helseforetak er fordelt etter tilknytningsregion og utskrivninger ved private døgntilbeholdningsinstitusjoner er fordelt etter pasientens bostedsregion.

2 Det estimerte trimpunktet er den estimerte 95% kvantil; den grenseverdien som anslår maksimal varighet for 95 prosent av utskrivningene. Trimpunktet beregnes ved formelen $T=Q_3+1.5(Q_3-Q_1)$, hvor Q_1 er 25% kvantilen og Q_3 er 75% kvantilen.

3 Her inngår HF med døgntilbud innen TSB, unntatt HF med døgntilbud som ikke er fullstendig identifisert i pasientdata: HF-ene Nordlandssykehuset og Sykehuset i Telemark.

4 De private institusjonene er gruppert i to kategorier: Private med TSB (Borgestadklinikken, Lade Behandlingssenter, Rogaland A-senter og Stiftelsen Bergensklinikken) og Øvrig privat døgntilbeholdning (øvrige private institusjoner med avtaler gjennom hele perioden 2012-2015). Utskrivningene er fordelt etter pasientens bostedsregion.

5 Her inngår kun aktivitet ved HF som er fullstendig identifisert i pasientdata og fra private institusjoner som har avtale gjennom hele perioden 2012-2015.

6 Her inngår all aktivitet rapportert til NPR for de respektive år.

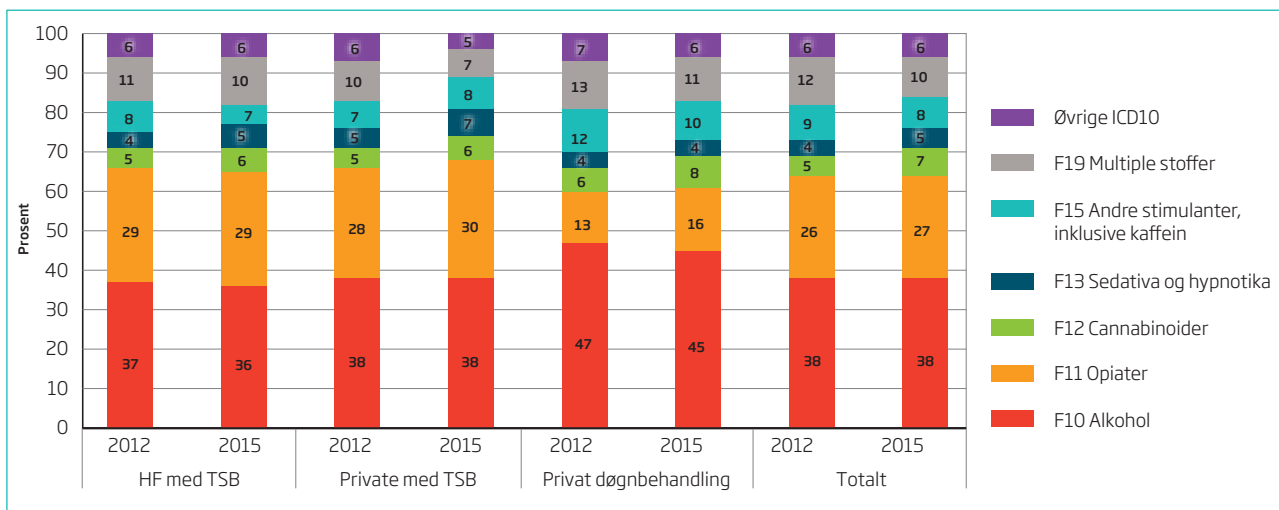
95 prosent trimpunktgrensen, som var på 54 dager både i 2012 og i 2015. Dette betyr at 95 prosent av døgntilbeholdningene i HF-ene er avsluttet innen 54 dager for begge årene.

Det var imidlertid store forskjeller mellom regionene. Særlig bidro Helse Vest og Helse Nord ved at de hadde gjennomgående lengre døgntilbeholdning i helseforetakene sammenlignet med Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge. Døgntilbeholdningen i Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord ble kortere i løpet av perioden. Endringene i Helse Vest, i

Helse Midt-Norge og i Helse Nord er knyttet til tre foretak som hver har redusert varigheten av døgntilbeholdningen fra 2012 til 2015. Helse Sør-Øst er en stor region og innad i regionen er det to helseforetak som øker varigheten av døgntilbeholdningen, mens to foretak reduserer varigheten.

Ved private institusjoner med helhetlig rusbehandling (Private med TSB) var median varighet på to uker og de fem prosent lengste døgntilbeholdningene varte 70 dager eller mer i 2015; det samme som ble beregnet for 2012. Her har imidlertid behandlingstidslengden økt

Figur 10.3 Diagnosefordelingen (i prosent) basert på pasientenes tilstandskoder ved utskrivning fra døgntilbud i helseforetakene og de private foretakene i 2012 og 2015. Prosent.



Tabell 10.6 Andel (prosent) utskrivninger med hensyn på den etterfølgende døgntilbud. Observasjonstiden er 365 dager etter utskrivning. Utskrivninger i 2014.

Behandlingssted		Overføring		Ny innleggelse		Ingen ny innleggelse i TSB eller PHV
		TSB	PHV	TSB	PHV	
HF med TSB ¹	Helse Sør-Øst	10	3	46	9	32
	Helse Vest	11	2	40	14	33
	Helse Midt-Norge	5	2	50	11	32
	Helse Nord	3	1	48	12	36
	Totalt	9	3	46	10	33
Private med TSB ²		15	3	41	9	33
Øvrige private døgntilbud ³		2	1	48	8	41

1 Her inngår HF med døgntilbud innen TSB, unntatt HF med døgntilbud som ikke er fullstendig identifisert i pasientdata: HF-ene Nordlandssykehuset og Sykehuset i Telemark.

2 I kategorien *Private med TSB* inngår Borgestadklinikken, Lade Behandlingssenter, Rogaland A-senter og Stiftelsen Bergensklinikkene.

3 I kategorien *Øvrig privat døgntilbud* inngår private institusjoner med avtaler gjennom perioden 2012- 2015.

noen dager i Helse Sør-Øst og ved den ene av de to institusjonene i Helse Vest, men uten at dette har påvirket resultatet for gruppen nevneverdig.

For de øvrige private døgninstitusjonene var median varighet redusert fra 56 dager i 2012 til 51 dager i 2015. De fem prosent lengste døgnbehandlingene var i 2012 minst 322 dager, mens de i 2015 er økt til om lag ett år og lengre.

Diagnosefordelingen viser en liten endring fra 2012 til 2015 når det gjelder diagnoseprofil. Det er ett prosentpoengs nedgang i utskrivninger grunnet alkoholproblematikk ved helseforetakene. Behandling for alkoholproblematikk utgjorde 47 prosent av utskrivningene ved de øvrige private døgninstitusjonene. I 2015 var denne andelen to prosentpoeng lavere. Ved de private institusjonene øker andel behandling rettet mot pasienter med opiatmisbruk. Døgnbehandling av pasienter med cannabisproblematikk utgjør også en noe større andel av utskrivningene i 2015 enn i 2012.

Videre behandling etter utskrivning fra døgnbehandling

Tabell 10.6 viser omfang av videre døgnbehandling innen spesialisthelsetjenesten og andel utskrivninger uten ny døgnbehandling i løpet av det påfølgende året for pasienter utskrevet i 2014. Omfanget av overføringer etter endt døgnbehandling synliggjør kontinuitet og samarbeid i behandlingen. Døgn-tilbudet innen rusbehandlingen utføres i mange tilfeller som et samarbeid mellom helseforetakene og private avtaleinstitusjoner hvor de bidrar inn i ulike faser av pasientforløpet.

I helseforetakene ble ni prosent av utskrivningene overført til videre behandling. Ved institusjonene i

kategorien *private med TSB* ble 15 prosent av utskrivningene overført til videre rusbehandling; ved helseforetak eller annen rusinstitusjon. Ved de øvrige private døgninstitusjonene var det kun en liten andel av pasientbehandlingene som ble overført til videre rusbehandling annet sted. I helseforetakene og ved private med helhetlig rusbehandling var det i tillegg tre prosent av utskrivningene som ble overført til psykisk helsevern. En tredjedel av alle utskrivningene hadde ingen ny døgnbehandling i psykisk helsevern for voksne eller i TSB i løpet av det påfølgende året. Blant utskrivningene fra de øvrige private døgninstitusjonene hadde 41 prosent ingen ny innleggelse i løpet av det påfølgende året.

10.3 POLIKLINISK VIRKSOMHET

Personell i poliklinisk og ambulant virksomhet

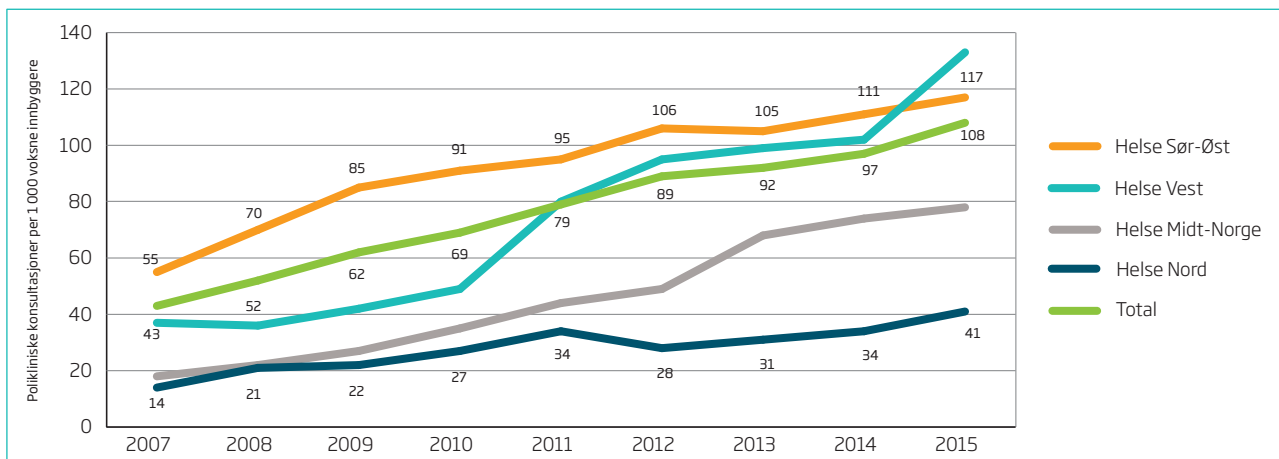
Kapasiteten i det polikliniske tilbudet innen rusbehandling er presentert ved regionale dekningsrater for årsverk avsatt til poliklinisk virksomhet. Det var om lag 1 100 årsverk i den polikliniske rusbehandlingen i TSB i 2015. Veksten siste år utgjorde 3 prosent, mens siste to år hadde antall polikliniske årsverk økt med 12 prosent. Den polikliniske kapasiteten målt ved dekningsrater i regionene for perioden 2010-2015 er presenterte i tabell 10.7.

Omfanget av årsverk som dekker den ambulante virksomheten inngår i tallgrunnlaget i tabell 10.7. Andel ambulante årsverk utgjør om lag 10 prosent av årsverkene samlet sett. I Helse Sør-Øst og Helse

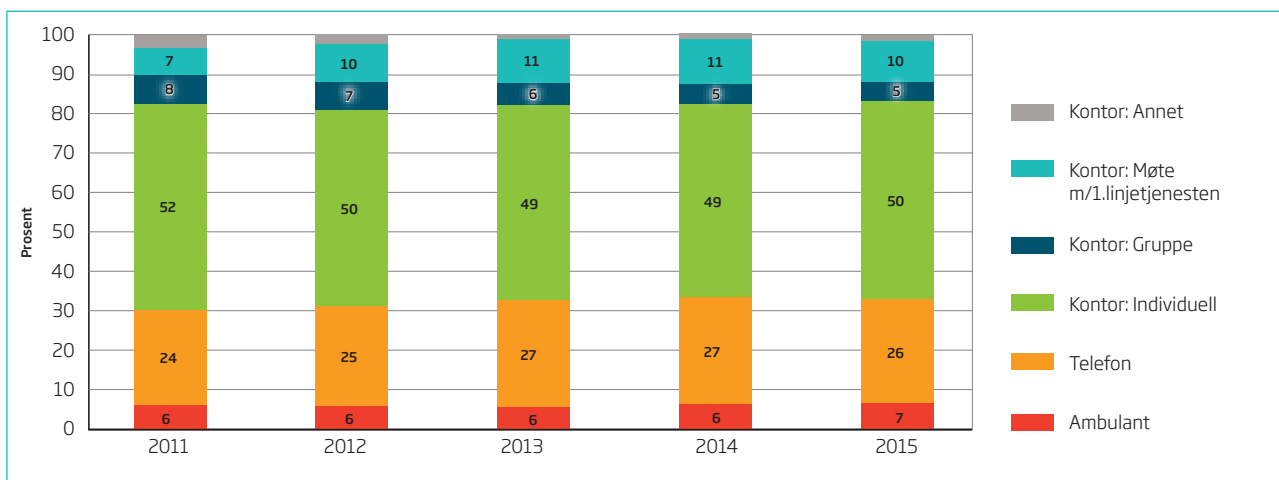
Tabell 10.7 Dekningsrater for årsverk innen poliklinisk/ambulant virksomhet i perioden 2010-2015.

Region	Polikliniske årsverk per 100 000 voksne innbyggere					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Helse Sør-Øst	25	26	29	29	29	29
Helse Vest	16	22	26	24	29	33
Helse Midt-Norge	14	16	16	20	21	20
Helse Nord	9	8	9	11	12	13
Totalt	20	22	25	24	27	27

Figur 10.4 Dekningsrater for polikliniske konsultasjoner totalt (inkludert konsultasjoner uten refusjonsrett men eksklusive medisin-utlevering innen LAR) basert på aktiviteten ved behandlingseenhetene i regionene og ved regionenes private avtaleinstitusjoner.



Figur 10.5 Profiler i den polikliniske virksomhet en innen TSB. Polikliniske konsultasjoner/kontakter innrapportert i pasientdata til Norsk pasientregister 2011-2015. Prosent.



Vest utgjør ambulante årsverk 12-13 prosent av den polikliniske kapasiteten. I Helse Nord er det ingen oppgitte ambulante årsverk blant de innrapporterte årsverkene innen poliklinisk virksomhet.

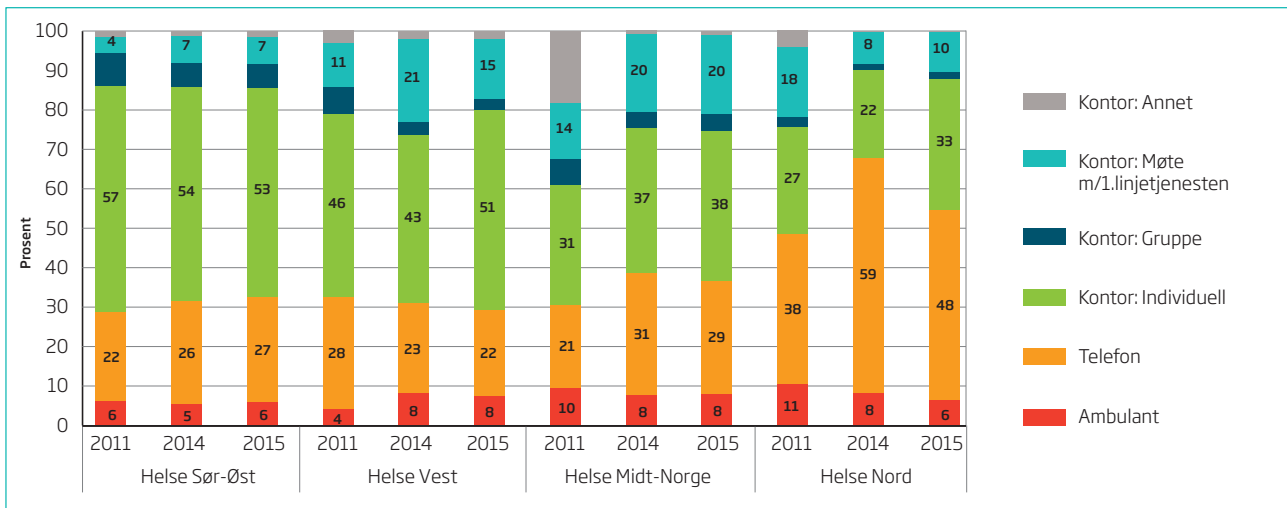
Polikliniske konsultasjoner

Om lag 440 000 polikliniske konsultasjoner/kontakter ble rapportert som poliklinisk virksomhet i TSB i 2015. Dette var en 13 prosents økning fra 2014. Helseforetakene utfører samlet sett over tre fjerdedeler av det polikliniske tilbudet, mens de private avtaleinstitusjonene utfører i underkant av en fjerdedel. Andel konsultasjoner med refusjon var på 88 prosent i 2015.

Den polikliniske aktiviteten antas å være komplett i den nasjonale statistikken fra og med 2007. Aktiviteten i denne perioden er presentert ved regionale dekningsrater i figur 10.4.

Noe av den historiske veksten i poliklinisk virksomhet i TSB var knyttet til endret sektortilknytning av psykiatriske ungdomsteam. Teamene som i sin tid ble opprettet i psykisk helsevern for å ta hånd om unge med rus og psykiske problemer, ble etter hvert ruspoliklinikker med en bredere pasientsammensetning og med oppgaver som vurderingsinstans for TSB i helseforetakene. Veksten ved helseforetakene knyttet til endret sektortilknytninger er beregnet

Figur 10.6 Profiler av polikliniske virksomhet innen TSB i regionene. Pasientdata 2011-2015. Polikliniske konsultasjoner/kontakter innrapportert i pasientdata til Norsk pasientregister 2011-2015. Prosent.



med utgangspunkt i situasjonen per 2010⁶⁹. Denne effekten utgjør åtte prosent av veksten ved helseforetakene og kun tre prosent av den samlede veksten i antall konsultasjoner, som utgjør 68 prosent i perioden 2010-2015. Siden 2010 har integreringen av LAR i helseforetakene medført en økt oppmerksomhet rettet mot denne pasientgruppen i enkelte helseforetak, gjennom at medisinutlevering og oppfølging er tatt inn i den polikliniske virksomheten. Spesielt i Helse Vest er økningen i årsverk og aktivitet i 2014 og 2015 knyttet til nyetablering og utvidelse av eksisterende virksomhet i helseforetakene rettet mot LAR-pasientene. Selve medisinutleveringen til LAR-pasientene er dekket av rammefinansieringen og denne aktiviteten inngår ikke i kravet som sendes HELFO. Denne virksomheten *kan* imidlertid inngå når helseforetakene rapporterer pasientdata til NPR. Det er ikke mulig å identifisere denne virksomheten ved bruk av NPR-meldingens kodeverk gjeldende for aktivitetsåret 2015, og følgelig kan vi ikke anslå omfanget av konsultasjoner som *kun* dreier seg om medisinutlevering. De foretakene vi har vært i kontakt med har enten bekreftet at medisinutlevering ikke er rapportert eller har angitt hvor stor andel det dreier seg om slik at dette kan korrigeres manuelt i statistikken vi presenterer.

For å få ett inntrykk av hvilke hovedtyper av tjenester som er tilbudt i den polikliniske helse-tjenesten er profiler av tilbudet presentert i figur 10.5.

Det siste året har andel kontorbaserte individual-konsultasjoner økt igjen og utgjorde for 2015 halvparten av alle konsultasjonene. Andel telefon-konsultasjoner gikk ned. Det gjorde også samarbeidsmøter med førstelinjetjenesten som fant sted ved institusjonene. Konsultasjoner som ble utført annet sted enn ved institusjonen; som her inngår i begrepet ambulante kontakter, økte fra seks til sju prosent på landsbasis siste år. Profilene for hver av regionene er ulike og disse er presentert i figur 10.6.

Andel individualkonsultasjoner har økt både i Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord, mens andelen i Helse Sør-Øst var stabil de to siste årene. Telefonkonsultasjoner utgjør en høy andel av virksomheten i Helse Midt-Norge og Helse Nord, mens Helse Vest har den laveste andelen telefon-konsultasjoner. Sammenligner vi med 2014 har alle regioner redusert omfanget av telefon-konsultasjoner, unntatt Helse Sør-Øst hvor andelen har økt med ett prosentpoeng. Samarbeidsmøter med førstelinjetjenesten utgjør en femtedel av konsultasjonene i Helse Midt-Norge i 2015, på samme nivå som året før. Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst har svært små endringer i profil fra 2014 til

69 Helsedirektoratet (2016): Private aktører i spesialisthelsetjenesten. Omfang og utvikling 2010-2014. IS-2450. helsedirektoratet.no/publikasjoner/private-aktorer-i-spesialisthelsetjenesten-omfang-og-utvikling-2010-2014

2015, mens Helse Vest og Helse Nord har økt andel individualkonsultasjoner og redusert andelen telefonkonsultasjoner.

10.4 BEFOLKNINGENS BRUK AV TJENESTENE

Nasjonale utviklingstrekk

Om lag 32 000 pasienter mottok behandling i TSB i 2015. Dette utgjorde fem prosents økning fra 2014. Antall døgnpasienter økte med 3 prosent og antall pasientene som kun mottok poliklinisk eller dagbasert behandling økte med seks prosent. Dekningsraten var i 2015 på 78 pasienter per 10 000 voksne innbyggere.

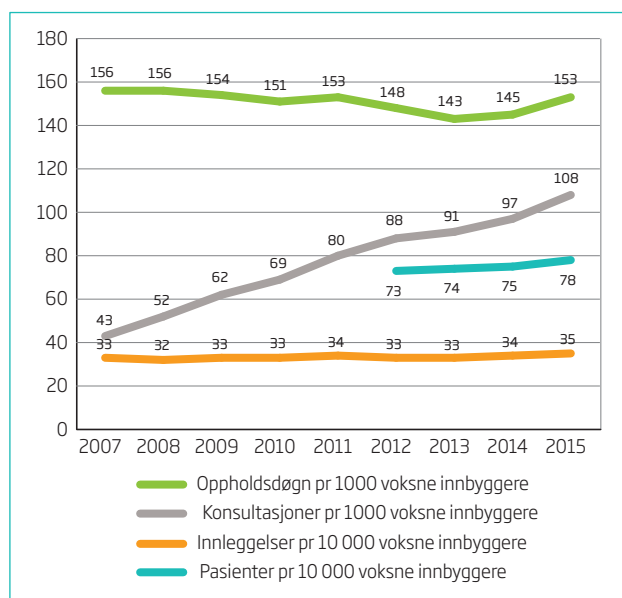
Utviklingstallene for befolkningens bruk av helse-tjenester innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling ble tidligere basert på institusjonsvise samleoppgaver til SSB (skjema 38). Denne innrapporteringen er avvirket fra og med aktivitetsåret 2015 og erstattet med statistikk basert på pasientdata som institusjonene har rapportert til Norsk pasientregister. De historiske utviklingstallene

basert på samleoppgavene gir oss trendene innen innleggelser, oppholdsdøgn og polikliniske konsultasjoner innen TSB, men med pasientdata åpner det seg nye muligheter for å beskrive aktiviteten innen sektoren og i hvilken grad dette tilbudet når frem til befolkningene i de fire regionene. De nasjonale dekningsratene i perioden 2007 til 2015 er vist i figur 10.7.

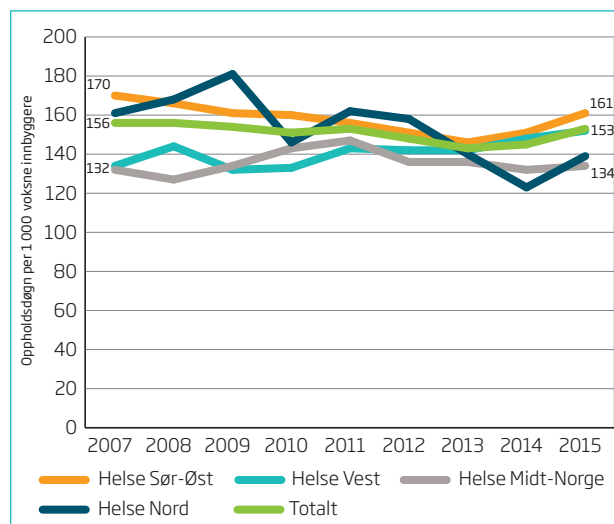
Pasientraten økte fra 75 til 78 pasienter per 10 000 voksne innbyggere siste år. Selv om antall oppholdsdøgn viser en økning fra 145 døgn per 1000 innbyggere til 153 døgn per innbyggere er den største veksten knyttet til polikliniske konsultasjoner og pasienter i poliklinisk behandling.

Noe av den historiske veksten i dekningsrate for poliklinisk virksomhet er knyttet til sektorbytte for psykiatriske ungdomsteam og ruspoliklinikker. Dette gjelder imidlertid kun poliklinisk virksomheten i helseforetakene og utgjør om lag tre prosent av den totale veksten i konsultasjoner i perioden 2010-2015. Med LAR tettere integrert i spesialisthelsetjenesten er veksten de siste årene knyttet til konsultasjoner og oppfølging av denne pasientgruppen, som også bidrar til veksten i antall pasienter det siste året. Dette tilbudet løses både ved bruk av nye årsverk, men også ved omfordeling av eksisterende kapasitet.

Figur 10.7 Dekningsrater for oppholdsdøgn, innleggelser, polikliniske konsultasjoner og pasienter i TSB.



Figur 10.8 Regionale dekningsrater basert på oppholdsdøgn i TSB.



Regionale resultater

Utviklingen innen døgntilbudet i regionene er vist ved volumet av oppholdsdøgn etter bostedsregion i figur 10.8. Veksten i antall oppholdsdøgn er på 7 prosent og er knyttet til døgntilbudet ved de private institusjonene (tabell 10.2).

Veksten i dekningsrate for oppholdsdøgn siste år gjenfinnes i regionene, med unntak av Helse Midt-Norge. Helse Sør-Øst og Helse Vest har økt antall avtaleplasser de to siste årene, og dette gjenspeiles i flere oppholdsdøgn til regionenes befolkning. Regionene har de høyeste andelen av døgntilbudet knyttet til private avtaleinstitusjoner: Helse Sør-Øst har 67 prosent av oppholdsdøgnene ved private institusjoner, mens Helse Vest har 63 prosent av oppholdsdøgnene ved private avtaleinstitusjoner (tabell 10.3). Helse Midt-Norge ligger på samme nivå i løpet av de siste årene, mens Helse Nord har et mer variabelt forløp.

Varigheten av døgntilbudet vil påvirke antall innleggelser. Tall for dette er presentert i figur 10.9. Døgntilbudet i helseforetakene i Helse Midt-Norge har blitt kortere i løpet av de siste årene (tabell 10.5) og halvparten av utskrivningene følges av en gjeninnleggelse i TSB (tabell 10.6). Dette er i stor grad knyttet til etableringen av egne akutt-plasser hvor døgntilbudet ofte blir av kortere varighet. Dette generer også flere innleggelser og bidrar til veksten i innleggelser siste år for pasientene fra denne regionen. Utviklingen av institusjonsinnleggelser etter bostedsregion i perioden 2008-2015 er vist i figur 10.9.

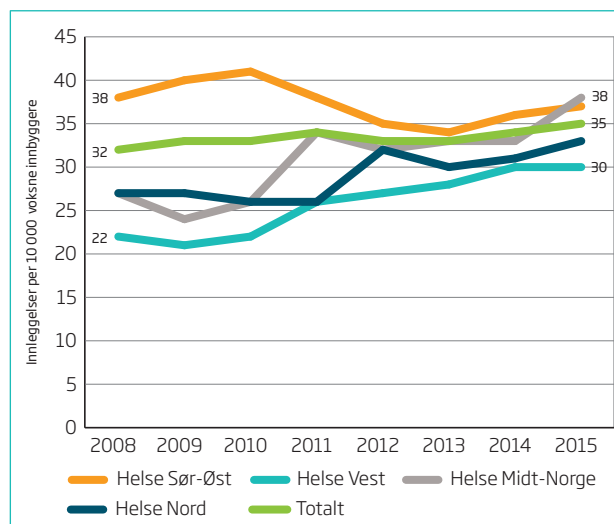
Helse Vest har ikke hatt noen betydelig vekst i antall innleggelser fra 2014 til 2015. Reduksjonen i offentlige døgnplasser har bidratt til dette. Videre har helseforetakene i regionen en lav andel gjeninnleggelser i TSB blant sine utskrivninger sammenlignet med de øvrige regionene (tabell 10.6). Helseforetakene har imidlertid samlet sett en høy andel av utskrivningene som gjeninnlegges i psykisk helsevern, men disse bidrar ikke inn i denne oversikten.

Dekningsraten for innleggelser viser ingen tydelig økt regional ulikhet og en samlet vekst på 6 prosent i antall innleggelser gjenspeiles i en innleggelsesrate som har økt fra 34 til 35 innleggelser per 10 000 voksne innbyggere i 2015.

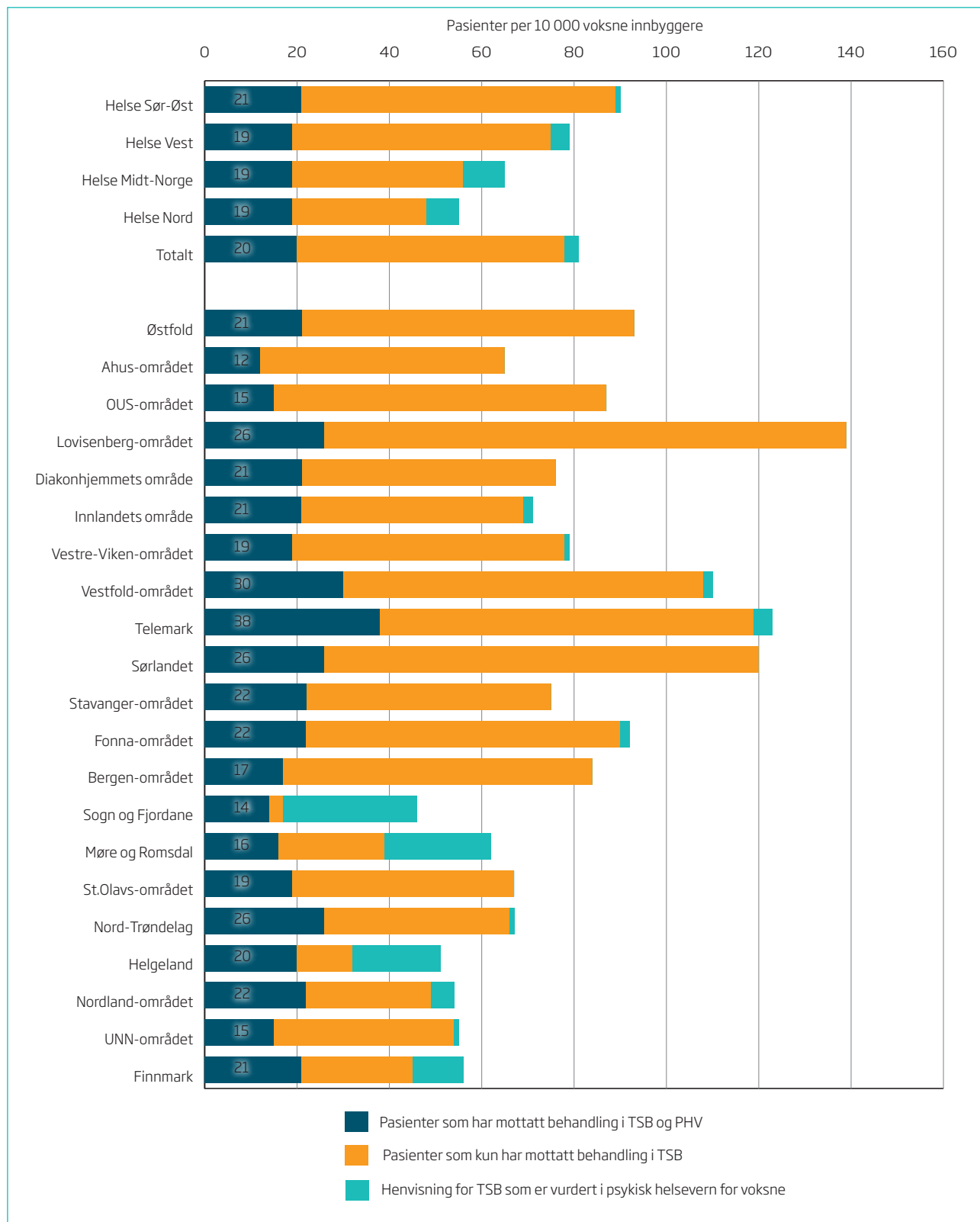
Figur 10.10 og figur 10.11 viser to oversikter med antall pasienter innen TSB i form av rater per 10 000 voksne innbyggere i bostedsområdene. I figur 10.10 skiller vi mellom *pasienter som kun mottar behandling i TSB* og *pasienter som mottar behandling både i TSB og i psykisk helsevern for voksne* i pasientratene. I figur 10.11 skiller vi på *døgnpasienter i TSB* og *pasienter som kun mottar poliklinisk/dagbasert behandling i TSB* i pasientratene. I begge figurene er kategorien *henvisninger til TSB som er vurdert og utredet i psykisk helsevern for voksne* presentert som egen gruppe. Denne siste gruppen består av polikliniske pasienter som er/har vært til utredning i psykisk helsevern for voksne uten noen påfølgende kontakt med i TSB så langt i behandlingsforløpet.

Det var betydelige geografiske forskjeller med hensyn på tilbudet av rus- og avhengighetsbehandling rundt om i landet. For å få ett riktigst mulig bilde av den geografiske fordelingen av tilbudet, er behandlingstilbudet i sektoren TSB supplert med henvisninger til rusbehandling som ble utført i psykisk helsevern. Noen av vurderingsenhetene er organisert innen psykisk helsevern og disse mottar henvisningene, gjør vurderinger av disse og besørger videre henvisning til rusbehandling. Dette bidraget fra psykisk helsevern supplerer pasientraten for noen av bostedsområder som hadde de laveste pasientratene når vi baserte pasientratene på behandlingstilbudet innen sektoren TSB.

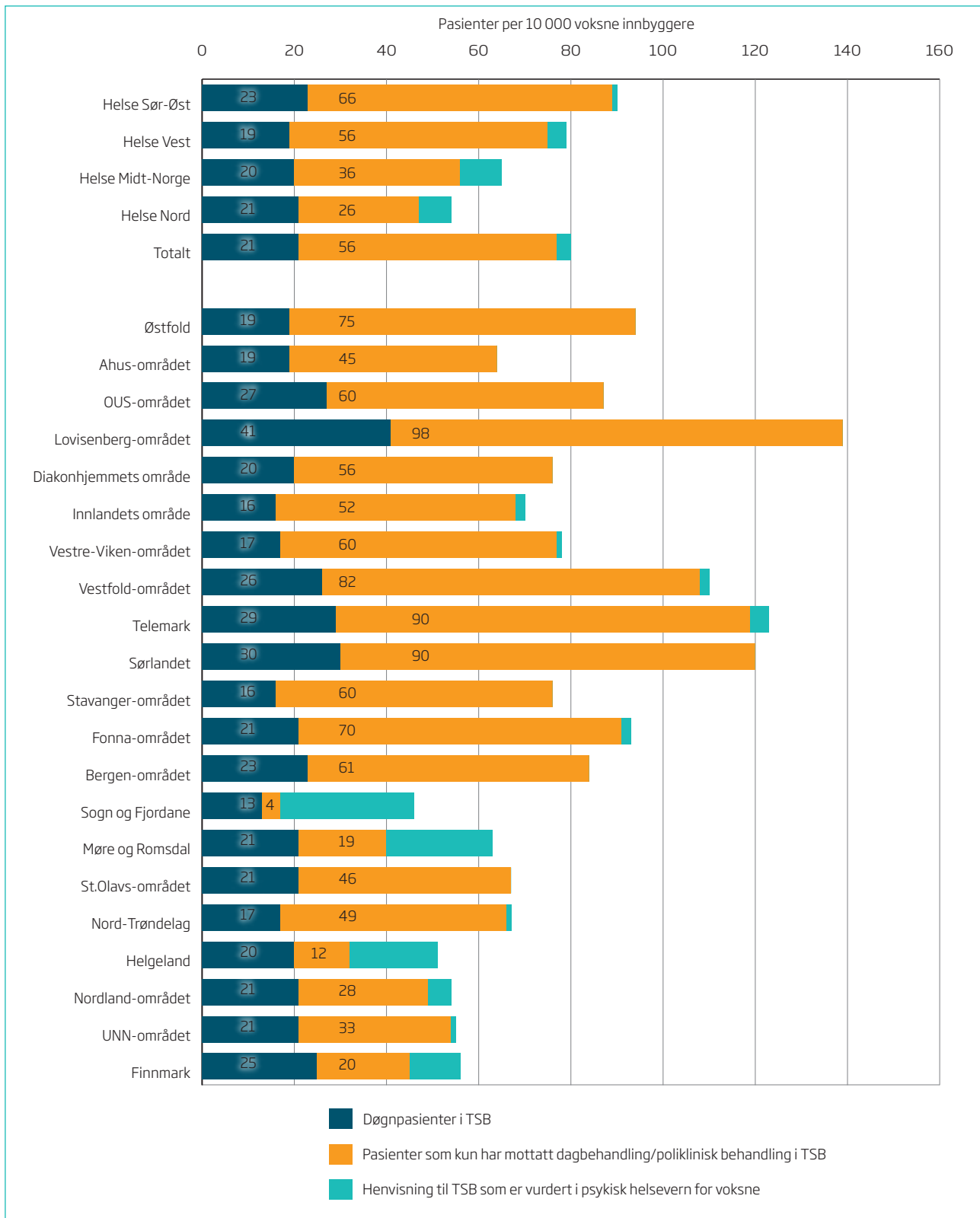
Figur 10.9 Regionale dekningsrater basert på innleggelser i TSB.



Figur 10.10 Dekningsrater for pasienter i TSB i 2015. Pasienter med henvisning til rusbehandling vurdert i psykisk helsevern for voksne og som ikke har mottatt behandling fra TSB i 2015, er lagt til.



Figur 10.11 Dekningsrater for døgnpasienter og pasienter som kun mottar poliklinisk behandling i TSB i 2015. Pasienter med henvisning til rusbehandling vurdert i psykisk helsevern for voksne og som ikke har mottatt behandling fra TSB i 2015, er lagt til.



I figur 10.10 er det også synliggjort omfanget av pasienter som har fått behandling i psykisk helsevern i tillegg til rusbehandling i TSB. Denne pasientgruppen har ett omfang på 20 pasienter per 10 000 voksne innbyggere på landsbasis og varierer ganske lite mellom områdene. Den laveste pasientraten for pasienter med tilbud i begge sektorer finner vi i Sogn og Fjordane, som i utgangspunktet ligger på et lavt ratenivå når det gjelder rusbehandling til befolkningen. UNN-området har også ett lavt ratenivå, med 15 pasienter per 10 000 voksne innbyggere hvor sektorene har samarbeidet om pasienten i løpet av 2015. Den høyeste pasientraten basert på pasienter med behandling i begge sektorer, finner vi i bostedsområder hvor den totale pasientraten ligger høyt. I Telemark og Vestfold er det hhv. 38 og 30 pasienter per 10 000 innbyggere som får behandling i begge sektorer. For Sørlandet-området og Lovisenberg-området er det 26 pasienter per 10 000 innbyggere som får behandling i begge sektorer. Alle disse fire områdene ligger også høyest med hensyn på den samlede pasientraten. De regionale pasientratene ligger imidlertid om lag på landsgjennomsnittet og viser at dette tilbudet ytes i stor grad i samme omfang i alle regionene.

I figur 10.11 er den totale pasientraten splittet opp i døgnpasienter og pasienter som kun mottar dag og/eller poliklinisk behandling i sektoren TSB. Også her er pasientraten supplert med pasienter som kun har vært vurdert og utredet i psykisk helsevern for voksne og som ennå ikke er blitt viderehenvist til rusbehandling i TSB.

Figuren viser at døgnpasientraten varierer lite mellom regionene. Det er noen forskjeller mellom helseforetaksområdene med hensyn på døgnpasientrate. Områdene Lovisenberg, Vestfold, Telemark og Sørlandet har en høyere døgnpasientrate sammenlignet med de øvrige områdene.

Disse fire områdene ligger også høyere enn de øvrige områdene når det gjelder pasienter totalt. OUS-området ligger høyt på døgnpasientraten, men skiller seg ikke ut med høy pasientrate for pasienter som kun behandles poliklinisk eller innen dagtilbud.

Vi kan dermed si at det samlet sett synes å være små geografiske forskjeller i døgntilbud målt ved antall personer som mottar dette tilbudet i 2015. De geografiske forskjellene dukker opp som ett resultat av ulik bruk av dag- og poliklinisk behandling innen rus- og avhengighetsmedisinen.

De regionale forskjellene i pasientrater til befolkningen er presentert i tabell 10.8.

Helse Sør-Øst ligger 11 prosent over landsgjennomsnittet, mens Helse Midt-Norge og Helse Nord ligger hhv 19 og 33 prosent under landsgjennomsnittet. Helse Vest ligger på linje med landsgjennomsnittet når det gjelder pasienter per innbygger. Helse Vest og Helse Nord ligger lavt med hensyn på tilbudet til kvinner sammenlignet med tilbudet til menn og Helse Sør-Øst har ett høyere ratenivå for kvinner enn for menn.

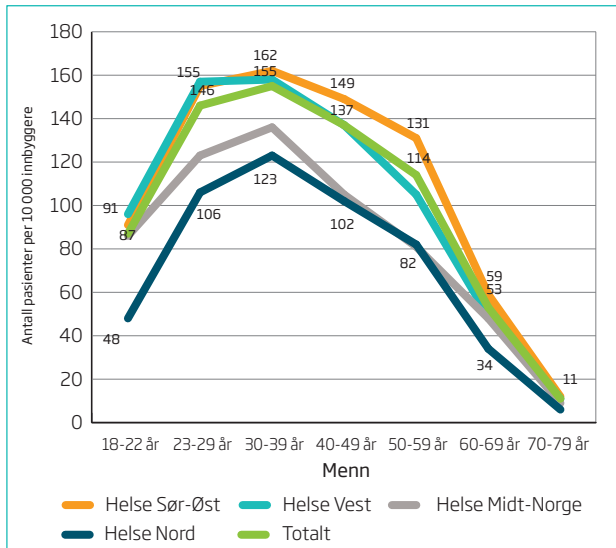
Vi vil se nærmere på om menn og kvinner i ulike aldersgrupper tilgodeses forskjellig med hensyn på behandlingstilbudet innen rus- og avhengighetsmedisin og hvordan ulikhetene mellom regionene påvirker dette. De regionale aldersspesifikke pasientratene er presentert for menn i figur 10.12 og for kvinner i figur 10.13.

I figur 10.12 er de aldersspesifikke ratene presentert for menn og vi ser tilsvarende regionale forskjeller for mange av aldersgruppene. Ratenivået i Helse Sør-Øst viser at mange unge menn på 23 år og eldre prioriteres i regionens behandlingstilbud. Det er unge menn som i betydelig mindre grad mottar rus-

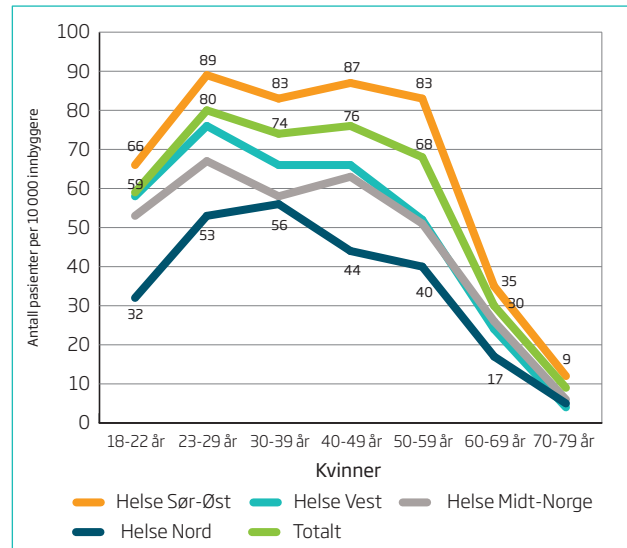
Tabell 10.8 Pasienter per 10 000 innbyggere 18 år og eldre etter bostedsregion. 2015.

Region	Rate per 10 000 voksne innbyggere			Rate i prosent av landsgjennomsnittet		
	Menn	Kvinner	Totalt	Menn	Kvinner	Totalt
Helse Sør-Øst	115	65	90	109	116	111
Helse Vest	108	49	79	102	88	98
Helse Midt-Norge	86	45	65	81	80	81
Helse Nord	74	34	54	70	60	67
Totalt	106	56	81	100	100	100

Figur 10.12 Pasienter per innbygger etter aldersgrupper for menn. Alle pasienter behandlet i TSB og pasienter henvist til rusbehandling innen psykisk helsevern. Pasientens bostedsregion. 2015.



Figur 10.13 Pasienter per innbygger etter aldersgrupper for kvinner. Alle pasienter behandlet i TSB og pasienter henvist til rusbehandling innen psykisk helsevern. Pasientens bostedsregion. 2015.



og avhengighetsbehandling i Helse Nord, og også til en viss grad i Helse Midt-Norge. Menn på 60 år og eldre er i mindre grad rammet av geografiske forskjeller sammenlignet med de yngre mennene.

I Helse Sør-Øst er det kvinner over 50 år som fremkommer med et høyt ratenivå sett i forhold til regionens relative ratenivå. I Helse Vest er det menn og kvinner under 30 år som har høyere ratenivå enn regionens relative nivå for menn og kvinner. I Helse Midt-Norge er pasientratenivåene for menn og kvinner på samme nivå som pasientraten totalt. Det synes som om unge i aldersgruppen 18-22 år og pasienter i aldersgruppen 60-69 år har litt høyere relative forekomst enn andre pasientgrupper i regionen. I Helse Nord er det pasienter i aldersgruppen 30-39 år som har ett høyere relativt ratenivå enn hva regionens generelle ratenivå skulle tilsi. Dette gjelder både kvinner og menn.

I figur 10.14 er pasientenes diagnosefordeling presentert, og her er pasientpopulasjonen delt i to; pasienter som har mottatt døgnbehandling i løpet av 2015 og pasienter som kun har vært i poliklinisk og/eller dagbasert behandling i løpet av 2015. Her vil vi spesielt se nærmere på diagnosefordelingen for den sistnevnte pasientgruppen, for å undersøke om det er spesielle regionale ulikheter i pasientpopulasjonen.

Pasientene blir tildelt ulike tilstandskoder i løpet av behandlingsforløpet, og vi har her benyttet den siste registrerte tilstandskoden i behandlingsforløpet dette året. Fordelingen av tilstandskodene som hver av pasientene er tildelt, gir noe informasjon om hva behandlingen rettes inn mot. I Helse Nord er om lag 40 prosent av disse pasientene tildelt ruslidelse på grunn av opiatproblematikk og dette beror på at en betydelig andel av pasientene utenfor døgntilbudet i løpet av dette året er LAR-pasienter. Rus- og avhengighetsbehandling grunnet bruk av opiater utgjør en relativt stor pasientgruppe i Helse Vest også, her er det snakk om 27 prosent av pasientene som kun går i poliklinisk/dagbasert behandling. En betydelig andel av pasientene mangler spesifikke tilstandskoder og grunnen til dette er at mange av pasientene er under utredning for eventuell behandling og i startfasen av forløpet i spesialisthelsetjenesten.

10.5 DATAGRUNNLAG OG DEFINISJONER

Døgnplasser

Døgnplasser rapporteres til SSB som samleoppgaver fra institusjonene (skjema 38) og oversendes Helsedirektoratet for bruk i SAMDATA slik som

tidligere år. I tillegg gjøres det kontroll mot andre opplysninger om institusjonen på nettsider og avklaringer gjøres gjennom forespørsler rettet mot enkeltinstitusjonene. To nye avtaleinstitusjoner startet opp i 2015: Kirkens Sosialtjeneste, TSB Stavanger og Blå Kors Øst, avdeling Slemdal. Utvidelsene av avtaleplasser er ellers knyttet til eksisterende avtaleinstitusjoner. I skjema 38 mangler døgnplassene i avtalen mellom Helse Vest og Kirkens Sosialtjeneste og Manifestsentrums avtaler om rusbehandling med Helse Sør-Øst og Helse Nord.

Personell

Årsverk for perioden 2009-2014 ble basert på registeruttrekk for hele spesialisthelsetjenesten som administreres av SSB. SAMDATA mottok ikke sammenlignbare årsverksdata fra SSB for 2015 og oppdatert statistikk over årsverk kunne ikke etableres for 2015. Polikliniske årsverk ble også for 2015 innhentet av Helsedirektoratet gjennom en egen manuell innsamling i perioden desember 2015-mars 2016.

Pasientdata og institusjonsstatistikk

Aktiviteten er for 2015 basert på pasientdata som er innrapportert til Norsk pasientregister (NPR) på det gjeldende NPR-meldingsformat med manuelle korrigeringer i henhold til mottatte opplysninger fra institusjonene på forespørsel. Fra 2004-2009 var aktivitetsstatistikken for sektoren TSB basert på skjema 38 fra SSB. Fra og med 2009 ble pasientdata innrapportert til NPR og for 2010-2014 ble begge datakilder benyttet for å anslå det totale aktivitetsnivået innen TSB.

Ved beregning av pasientrater er pasientdata innrapportert til TSB lagt til grunn og beregnet for perioden 2012-2015. Pasienter som er henvist til rusbehandling (fagområde 360, 365 og 370) og som kun er behandlet i psykisk helsevern er synliggjort som bidrag fra psykisk helsevern i dekningsratene etter bostedsområde. Antall pasienter vil trolig være underestimert ved noen av helseforetakene i perioden: Oslo universitetssykehus: Ruspoliklinikkene var mangelfullt identifisert i pasientdata i 2012. Sykehuset Innlandet: Ruspoliklinikk ved Lillehammer DPS er mangelfullt identifisert i

Figur 10.14 Diagnosefordelingen for pasienter med kun dagtilbud og/eller poliklinisk tilbud og pasienter med døgnbehandling i TSB etter bostedsregion i 2015.



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

Antall pasienter yngre enn 18 år inngår ikke i pasientrateberegningene. Dette gjelder 386 pasienter i 2012, 267 pasienter i 2013, 230 pasienter i 2014 og 196 pasienter i 2015. Pasientnumre uten kobling mot bosted utgjør 48 i 2012 og 2013, 43 i 2014 og 49 i 2015.

Informasjon om datagrunnlag og definisjoner kan finnes på våre nettsider: www.helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata

11. Habilitering og rehabilitering

I 2015 var det 21 285 pasienter ved habiliteringsavdelingene i helseforetakene. Dette er en økning på om lag seks prosent fra året før.⁷⁰ Veksten i pasienter var størst for voksenhabilitering med 8,2 prosent. For barn og unge var det en økning på 4,7 prosent. Veksten i pasienter har dermed vært større enn befolkningsutviklingen, som har vært i underkant av én prosent. Når vi kontrollerer for befolkningsgrunnlag, er det flest pasienter som mottar habilitering i Helse Midt-Norge og færrest i Helse Vest. Dette gjelder både for barn og unge og voksne.

I 2015 var det samlet sett 55 970 rehabiliteringspasienter i spesialisthelsetjenesten. 31 047 av disse mottok rehabilitering i sykehusene, mens 26 434 fikk rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner. Fra 2014 er det imidlertid en nedgang i antall rehabiliteringspasienter på 5,4 prosent. Nedgangen kommer både i sykehusene og i de private institusjonene. I likhet med habiliteringsfeltet, var det flest pasienter som mottok sykehusrehabilitering i Helse Midt-Norge og færrest i Helse Vest. I de private institusjonene var det flest pasienter i Helse Nord.

I 2015 stod private aktører for om lag 65 prosent av den totale aktiviteten innen døgnrehabilitering. Den øvrige døgnrehabiliteringen ble utført ved de offentlige helseforetakene. Innen dag- og poliklinisk rehabilitering stod de private aktørene for om lag 52 prosent av den totale aktiviteten.

11.1 HABILITERING

Brukere og pasienter med behov for habilitering er barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom. Habiliteringstjenestene i spesialisthelsetjenesten skal sikre spesialisert tverrfaglig utredning, diagnostisering og kartlegging av behov, og spesialisert behandling og trening.⁷¹

I dette kapitlet vil vi se på utviklingen i bruk av habilitering i spesialisthelsetjenesten den siste femårsperioden, variasjoner mellom regionene, samt diagnosesammensetningen til de som mottar habilitering. Det presiseres at tallene må tolkes med

noe forsiktighet, da det er usikkerhet knyttet til om man har klart å identifisere all habiliteringsaktivitet i helseforetakene. Dette gjelder særlig tilbake i tid, da kvaliteten rundt bruk av avdelingskodeverk var dårligere da enn den er nå.

Nasjonal utvikling

Aktiviteten innenfor habiliteringsfeltet består i stor grad av dagopphold og polikliniske konsultasjoner. Tabell 11.1 viser at det i 2015 var om lag 64 400 dagopphold og konsultasjoner innen habilitering for barn og unge. Dette er relativt stabilt fra året før, men en tydelig vekst fra 2011. Antall døgnopphold for habilitering barn og unge har holdt seg stabilt fra 2014 til 2015.

Innen habilitering for voksne har det vært en vekst i antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner fra omkring 38 400 i 2014 til 41 500 i 2015. Dette tilsvarer en vekst på åtte prosent. Fra 2011 til 2015

70 Noe av denne veksten skyldes at vi klarer å identifisere mer aktivitet i 2015 enn i 2014. Når vi korrigerer for dette, er likevel veksten i antall pasienter over fem prosent

71 Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator: helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/seksjon?Tittel=tjenestetilbudet-habilitering-og-8194

har veksten vært enda større. Både for barn og unge og for voksne vil utviklingstallene fra 2011 til 2015 være påvirket av at vi klarer å identifisere mer habiliteringsaktivitet seinere enn tidligere i perioden. Når vi korreterer for dette, ser vi likevel en tydelig vekst i femårsperioden.

Tabell 11.2 viser at det i 2015 var om lag 21 300 pasienter som mottok habilitering i spesialisthelsetjenesten. Dette er en vekst på 1 200 pasienter, eller seks prosent fra 2014⁷². Veksten i habiliteringspasienter siste år har kommet både for barn og unge og for voksne. Antall pasienter innen habilitering for barn og unge har steget fra 12 400 i 2014 til 13 000 i 2015. Dette tilsvarer en vekst på 4,7 prosent. Innen habilitering for voksne var det i 2015 i underkant av 8 300 pasienter, en vekst på 8,2 prosent fra 2014.

Variasjon i bruk av habilitering Pasienter

Også når vi kontrollerer for befolkningsutvikling, har det vært en vekst i antall habiliteringspasienter i hele perioden 2011 til 2015. Figur 11.1 viser at det for barn og unge har vært en vekst i antall pasienter

per 1 000 innbyggere 0-18 år fra 9,1 i 2011 til 10,3 i 2014 og 10,7 i 2015. Veksten i antall pasienter har kommet for alle regioner, men har vært særlig markant for Helse Nord i perioden 2011 til 2013. Noe av denne økningen skyldes at vi har klart å identifisere flere habiliteringsenheter seinere i perioden enn tidlig i perioden, men når vi korreterer for dette ser vi likevel en tydelig vekst.

Regionen med flest habiliteringspasienter for barn og unge er Helse Midt-Norge. I 2015 hadde regionen 12,5 pasienter per 1 000 innbyggere 0-18 år. Dette er en vekst fra 11,5 i 2014. Det er særlig bostedsområdet Nord-Trøndelag som ligger høyt med 17,9 pasienter per 1 000 innbyggere 0-18 år. Helse Sør-Øst ligger noe over landsgjennomsnittet med 11,3 pasienter per 1 000 innbyggere 0-18 år. Det er imidlertid stor variasjon mellom de ulike bostedsområdene innad i regionen. Lavest ligger Ahusområdet med 8,6 pasienter per 1 000 innbyggere 0-18 år, mens Sørlandet har 20,5 i den andre enden. Figur 11.3, som viser variasjon i antall pasienter mellom bostedsområder som prosent av landsgjennomsnittet, viser at Sørlandets nivå ligger 88 prosent over landsgjennomsnittet. Helse Vest

Tabell 11.1 Antall opphold og konsultasjoner for habilitering barn og unge og voksne i 2011-2015.

Type habilitering		Opphold og konsultasjoner				
		2011	2012	2013	2014	2015
Habilitering barn og unge	Døgnopphold	269	356	397	456	456
	Dagopphold og polikliniske kons.	56 031	63 092	67 138	64 269	64 408
Habilitering voksne	Døgnopphold	409	183	139	158	131
	Dagopphold og polikliniske kons.	29 834	34 840	38 261	38 442	41 535

Tabell 11.2 Antall pasienter innen habilitering barn og unge og voksne etter behandlingsnivå i 2011-2015.

Type habilitering		Pasienter				
		2011	2012	2013	2014	2015
Habilitering barn og unge	Døgnhabilitering	227	296	322	369	388
	Dag- og poliklinisk habilitering	10 722	11 697	12 197	12 255	12 816
	Totalt	10 819	11 815	12 340	12 443	13 028
Habilitering voksne	Døgnhabilitering	368	147	99	112	101
	Dag- og poliklinisk habilitering	5 814	6 726	7 341	7 579	8 209
	Totalt	6 091	6 799	7 380	7 630	8 257
Habilitering totalt		16 910	18 614	19 720	20 073	21 285

72 Noe av denne veksten skyldes at vi klarer å identifisere mer aktivitet i 2015 enn i 2014. Når vi korreterer for dette, er likevel veksten i antall pasienter over fem prosent.

skiller seg ut ved å ha klart færrest pasienter som mottar habilitering for barn og unge. I 2015 hadde regionen 8,4 pasienter per 1 000 innbyggere 0-18 år. Her er det særlig bostedsområdet Sogn og Fjordane som skiller seg ut med kun 4,6 pasienter per 1 000 innbyggere. Figur 11.3 viser at dette er 58 prosent under landsgjennomsnittet.

Også for habilitering for voksne har det vært en vekst i antall pasienter i perioden 2011 til 2015 når vi kontrollerer for befolkningsutvikling. Figur 11.2 viser at det var 1,5 pasienter per 1 000 innbyggere 19 år og over i 2011, mens det i 2014 var økt til 1,9. I 2015 var det 2,0 pasienter per 1 000 innbyggere 19 år og over for habilitering for voksne.

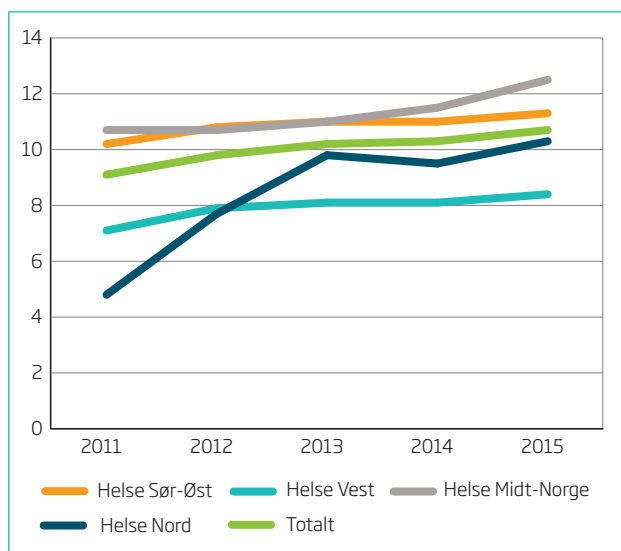
Også innen habilitering for voksne er det Helse Midt-Norge som har flest pasienter når vi kontrollerer for befolkningsgrunnlag. I 2015 hadde regionen 2,4 pasienter per 1 000 innbyggere 19 år og over, en økning fra 2,0 i 2011. Utviklingen har imidlertid gått litt opp og ned i perioden. Også for voksne er det bostedsområdet Nord-Trøndelag som drar opp gjennomsnittet for regionen, med 3,5 pasienter per 1 000 innbyggere 19 år og over. Helse Sør-Øst ligger like over landsgjennomsnittet med 2,1 pasienter per 1 000 innbyggere for voksne. Det er imidlertid stor variasjon innad i regionen, der OUS-området ligger høyest med en pasientrate på 3,9. Figur 11.3 viser at dette tilsvarer 88 prosent over landsgjennomsnittet. Helse Nord ligger like

under landsgjennomsnittet med 1,9 pasienter per 1 000 voksne innbyggere. Helse Nord er regionen med størst vekst i perioden. Noe av veksten kan forklares med at mer aktivitet kan gjenfinnes i dataene i 2015 enn i 2011, men også når vi korjierer for dette ser vi en vekst. Helse Vest er igjen regionen som har lavest nivå i antall pasienter når man kontrollerer for innbyggertall. I 2015 hadde regionen 1,7 pasienter per 1 000 innbyggere 19 år og over, en vekst fra 1,1 i 2011. Også i Helse Vest er det stor variasjon mellom bostedsområdene innad i regionen. Helse Bergen ligger lavest med 0,9 pasienter per 1 000 innbyggere 19 år og over, noe som er 56 prosent under landsgjennomsnittet (se figur 11.3), mens Fonna-området ligger relativt høyt med en pasientrate på 3,3.

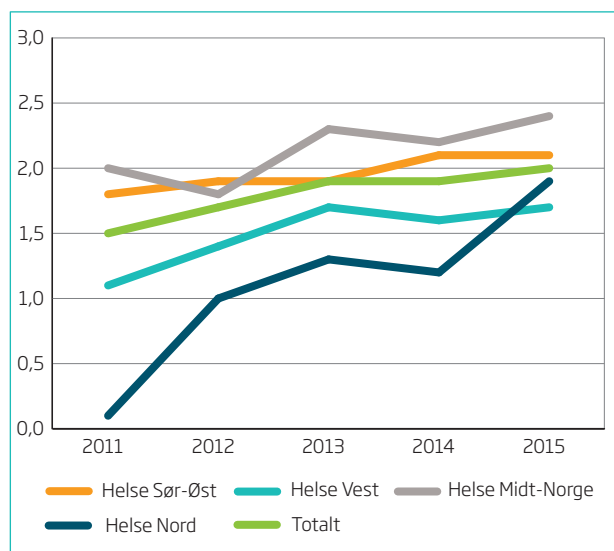
Dagopphold og konsultasjoner per pasient

Figur 11.4 viser at det er til dels store variasjoner mellom regionene når det gjelder antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner per pasient innen habilitering for barn og unge. På landsbasis fikk i gjennomsnitt hver pasient fem dagopphold eller konsultasjoner i 2015. Dette er en liten nedgang fra 5,2 i 2011 og 2014. Helse Sør-Øst og Helse Vest har i perioden begge beveget seg mot landsgjennomsnittet og hadde i 2015 også et gjennomsnitt på fem dagopphold og konsultasjoner per pasient 0-18 år. Bostedsområdet Sogn og Fjordane skiller seg imidlertid ut med kun 2,8 dagopphold og konsultasjoner per pasient.

Figur 11.1 Antall pasienter per 1 000 innbyggere 0-18 år innen habilitering for barn og unger etter region i 2011-2015.

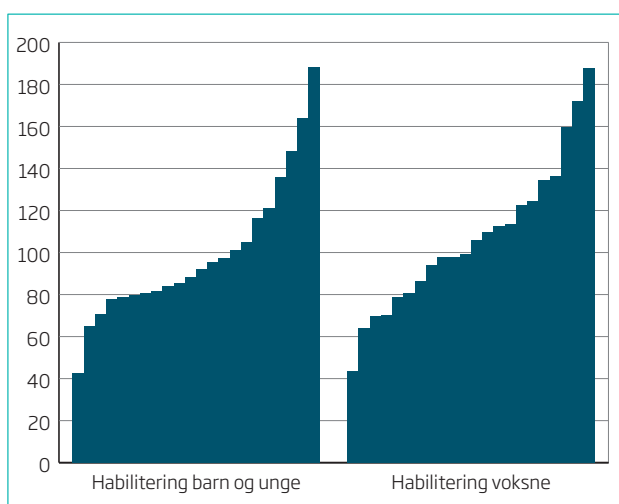


Figur 11.2 Antall pasienter per 1 000 innbyggere 19 år og over innen habilitering for voksne etter region i 2011-2015.

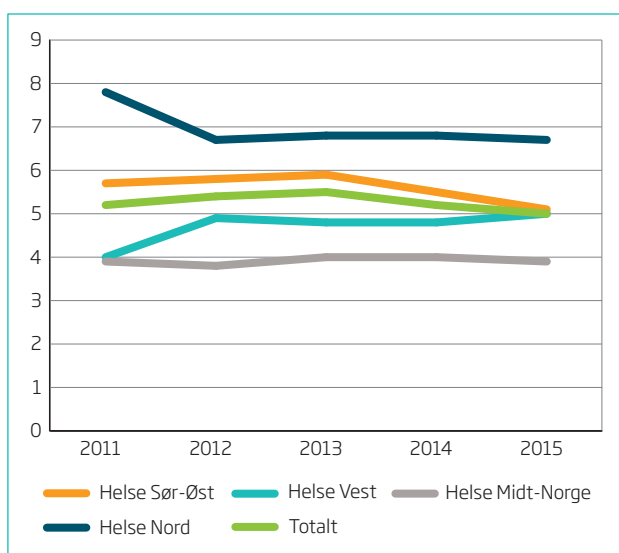


Helse Nord er regionen med flest dagopphold og konsultasjoner per pasient 0-18 år. I 2015 fikk hver pasient i gjennomsnitt 6,7 dagopphold eller konsultasjoner. Dette nivået har vært stabilt siden 2012. Det er imidlertid store variasjoner innad i regionen. Bostedsområdet Finnmark ligger lavest med 3,0 dagopphold og konsultasjoner per pasient, mens Helgeland- og Nordland-området har henholdsvis 9,5 og 9,7. Helse Midt-Norge, som har flest pasienter per 1 000 innbyggere for barn og unge, har færrest konsultasjoner per pasient. I 2015 fikk pasientene i denne regionen i gjennomsnitt 3,9

Figur 11.3 Antall habiliteringspasienter per 1 000 innbyggere etter bostedsområde i prosent av landsgjennomsnittet (=100). Tall fra 2015.



Figur 11.4 Antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner per pasient innen habilitering barn og unge etter region i 2011-2015.



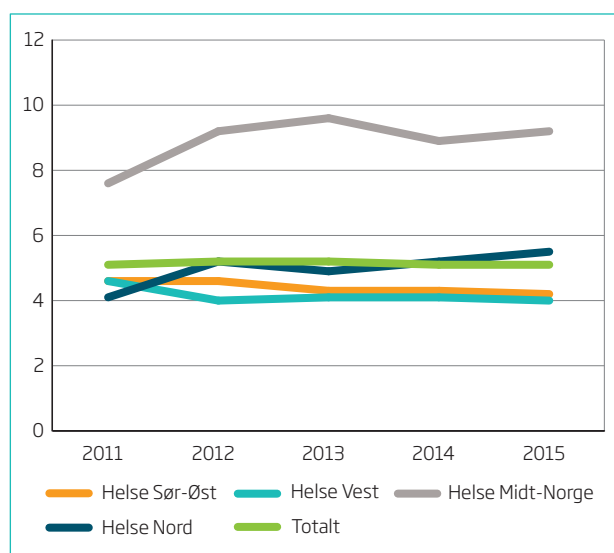
dagopphold og konsultasjoner. Dette nivået har vært stabilt i hele perioden, og det er også liten variasjon innad i regionen.

Figur 11.4 over viste at habiliteringspasientene 0-18 år i Helse Midt-Norge i gjennomsnitt fikk færrest dagopphold og konsultasjoner per pasient. Figur 11.5 viser at innen habilitering for voksne ligger regionen i motsatt ende og har desidert flest dagopphold og konsultasjoner per pasient. I 2015 fikk hver pasient i denne regionen i gjennomsnitt 9,2 opphold eller konsultasjoner, en vekst fra 7,6 i 2011. Det er særlig bostedsområdet Nord-Trøndelag som skiller seg ut med 13,7 dagopphold og konsultasjoner per voksne pasient i 2015. Landsgjennomsnittet i 2015 er 5,1 dagopphold og konsultasjoner per pasient, et nivå som har holdt seg stabilt i perioden. I Helse Nord får hver pasient i gjennomsnitt 5,5 konsultasjoner. Det varierer imidlertid innad i regionen fra 2,8 opphold og konsultasjoner per pasient i Finnmark til 9,7 i Helgeland. Helse Sør-Øst og Helse Vest ligger lavest med henholdsvis 4,2 og 4,0 dagopphold og konsultasjoner per pasient 19 år og over.

Diagnoser ved habilitering

Habilitering er et fagfelt som i stor grad ligger i grenselandet mellom psykisk helsevern og somatikk og det varierer mellom helseforetakene hvordan de

Figur 11.5 Antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner per pasient innen habilitering voksne etter region i 2011-2015.



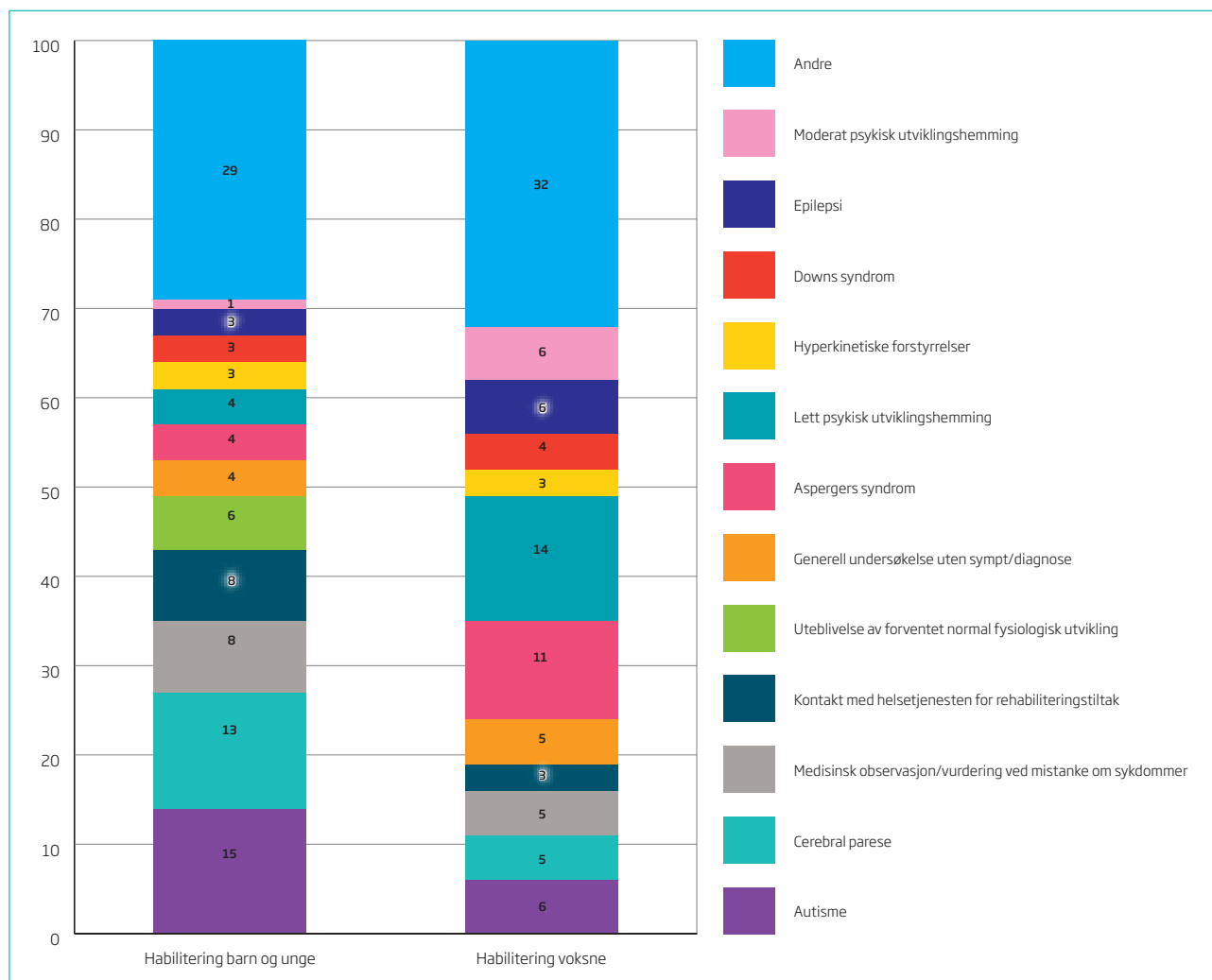
har organisert tjenestene. Figuren under viser de mest vanlige diagnosene for pasientene som mottar habilitering i spesialisthelsetjenesten, og disse gjenspeiler at dette er et fagfelt som kan sies å tilhøre flere sektorer.

Figur 11.6 viser de vanligste hoveddiagnosene innen habilitering for barn og unge i 2015. Den største pasientgruppen var de som hadde autisme som hoveddiagnose med en andel på 15 prosent. Deretter er det pasienter med cerebral parese som er den største gruppen med en andel på 13 prosent. Pasienter som var inne til medisinsk observasjon/ vurdering og pasienter som var i kontakt med helsetjenesten for rehabiliteringstiltak utgjorde begge åtte prosent. Seks prosent av pasientene som mottok barnehabilitering var der på grunn av uteblivelse av forventet normal fysiologisk utvikling.

Diagnoser som aspergers syndrom, lett psykisk utviklingshemming, hyperkinetiske forstyrrelser, downs syndrom og epilepsi utgjorde alle mellom tre og fire prosent.

Innen voksenhabilitering viser figur 11.6 at den største pasientgruppen er de som har lett psykisk utviklingshemming som hoveddiagnose med en andel på 14 prosent. Deretter er det pasientgruppen med aspergers syndrom som er den største gruppen med en andel på 11 prosent. Disse to diagnosegruppene er da andelsmessig større i voksenhabiliteringen enn i barnehabiliteringen. Pasienter med autisme, epilepsi og moderat psykisk utviklingshemming utgjør alle seks prosent. Pasienter med cerebral parese og downs syndrom utgjør henholdsvis fem og fire prosent.

Figur 11.6 De vanligste hoveddiagnosene ved habilitering for barn og unge og voksne i 2015. Enhet prosent.



11.2 REHABILITERING

De overordnede prinsippene er felles for både habilitering og rehabilitering. Forskjellene kommer primært til uttrykk i de utøvende tjenestene, hvor det først og fremst skiller mellom målgrupper. Brukere og pasienter med behov for habilitering er barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse. Rehabilitering er vanligvis rettet mot tilstander som er ervervet senere i livet. Ulikheter i metodisk tilnærming kan grovt inndeles i ny-læring og re-læring.⁷³ Tilbudet om rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er organisert på ulike måter. I sykehusene finnes det egne avdelinger for rehabilitering, i tillegg til at rehabilitering også i stor grad foregår i andre avdelinger parallelt med at pasienten mottar annen behandling. I tillegg er det et stort omfang av private rehabiliteringsinstitusjoner som utfører rehabilitering etter avtaler med de regionale helseforetakene.

I dette kapitlet vil vi se på utviklingen i bruk av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten den siste femårsperioden, variasjoner mellom regionene, forholdet mellom offentlig og privat rehabilitering, samt diagnosesammensetningen til de som mottar rehabilitering.

Nasjonal utvikling

Tabell 11.3 viser at det i 2015 var nesten 8 000 opphold for primær kompleks døgnerhabilitering i sykehusene. Dette er en vekst på 200 opphold fra 2014. Veksten i opphold for primær kompleks døgnerhabilitering har vart i hele perioden 2011 til 2015. I motsetning har antall opphold for primær vanlig døgnerhabilitering gått ned i tilsvarende periode fra om lag 5 700 i 2011 til 3 500 i 2015. Antall opphold for sekundær døgnerhabilitering har økt i perioden 2011 til 2014, men fra 2014 til 2015 har det vært en reduksjon på nesten 1 300 opphold. Vi er usikre på hva som ligger bak denne nedgangen, men vi ser at det er bruken av koden for vanlig/enkel døgnerhabilitering (Z50.89) som bidiagnose som er redusert. Nytt i ISF-regelverket for 2015 er at kravet til å bruke denne koden har blitt strengere. Nå stilles det krav om at arbeidet må ledes av en legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering, mens dette kravet tidligere kun gjaldt for bruk av koden for kompleks døgnerhabilitering (Z50.80). Om det er dette som er årsaken til at færre pasienter kodes med vanlig døgnerhabilitering som bidiagnose, er imidlertid vanskelig å si sikkert.

Antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner for rehabilitering har holdt seg tilnærmet stabilt fra 2014 til 2015, med i overkant av 109 000 opphold/konsultasjoner. Utviklingstallene for dag- og poliklinisk rehabilitering må imidlertid tolkes med forsiktighet, da disse tallene vil være påvirket av

Tabell 11.3 Antall opphold og konsultasjoner for rehabilitering i 2011-2015.

Institusjon	Type rehabilitering	Antall opphold og konsultasjoner				
		2011	2012	2013	2014	2015
Sykehus	Primær kompleks døgnerhabilitering ¹	7 496	7 599	7 758	7 776	7 972
	Primær vanlig døgnerhabilitering ¹	5 685	4 873	4 491	3 673	3 519
	Sekundær døgnerhabilitering ¹	8 591	8 884	9 119	9 324	8 039
	Dag- og poliklinisk rehabilitering ²	110 212	129 541	104 626	109 873	109 231
Private rehab. inst.	Døgnerhabilitering ¹	26 927	27 489	26 788	24 710	25 189
	Dag- og poliklinisk rehabilitering ²	12 363	20 862	24 512	32 040	54 367

1 Det presiseres at et døgnopphold igjen består av ett eller flere liggedøgn, slik at oppholdstiden for hvert døgnopphold vil variere. Utviklingen i gjennomsnittlig liggetid omtales senere i kapitlet.

2 Utviklingstallene for dag- og poliklinisk rehabilitering både i sykehus og i private institusjoner er påvirket av registreringsendringer i perioden og må derfor tolkes med forsiktighet.

73 Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator: helseidirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/seksjon?Tittel=forholdet-mellom-habilitering-og-8114

Tabell 11.4 Antall rehabiliteringspasienter i spesialisthelsetjenesten 2011-2015.

Institusjon	Type rehabilitering	Antall pasienter				
		2011	2012	2013	2014	2015
Sykehus	Primær kompleks døgnrehabilitering	6 173	6 175	6 275	6 415	6 485
	Primær vanlig døgnrehabilitering	5 213	4 417	3 942	3 403	3 199
	Sekundær døgnrehabilitering	7 961	8 200	8 314	8 618	7 523
	Dag- og poliklinisk rehabilitering ¹	16 738	17 374	14 864	15 796	15 568
	Sykehusrehabilitering totalt	33 846	34 057	31 398	32 447	31 047
Private rehab.inst.	Døgnrehabilitering	23 806	24 234	23 819	21 827	21 873
	Dag- og poliklinisk rehabilitering ¹	936	2 273	1 955	5 901	5 287
	Private rehab.inst. totalt	24 569	25 875	25 229	27 107	26 434
Spesialisthelsetjenesten totalt		57 321	59 605	54 993	59 195	55 970

1 Utviklingstallene for dag- og poliklinisk rehabilitering både i sykehus og i private institusjoner er påvirket av registreringsendringer i perioden og må derfor tolkes med forsiktighet.

endringer/presiseringer i ISF-regelverket.⁷⁴ Dette gjelder både antall episoder og antall pasienter, som omtales senere i kapitlet.

For de private rehabiliteringsinstitusjonene har det vært en vekst på nesten 500 døgnopphold fra 2014 til 2015, noe som tilsvarer 1,9 prosent. Den største veksten kommer imidlertid for dagopphold og polikliniske konsultasjoner, der det er en vekst fra 32 000 opphold/konsultasjoner i 2014 til 54 400 i 2015. Dette tilsvarer en vekst på nesten 70 prosent. Denne veksten kan i all hovedsak forklares av at registreringspraksisen for dag- og poliklinisk rehabilitering i de private institusjonene er endret. Tidligere ble dagbehandlinger i serie ofte registrert som ett opphold, mens dette nå er i ferd med å endres slik at hvert enkelt opphold/konsultasjon blir registrert, i tråd med ønsket innrapporteringsformat (jf. NPR-meldingen).

74 I ISF-regelverket for 2013 ble det presisert at rehabiliteringsprogram som i hovedsak er gruppebaserte (mer enn 50 prosent av opplegget) ikke oppfyller kravene om å benytte Z50.9 poliklinisk rehabilitering. I tidligere regelverk var ikke 50 prosent-regelen spesifisert, men det stod at hovedinnholdet skulle være individrettet. I regelverket for 2014 kom det en ny endring. Det står fortsatt at innholdet i programmet skal være individrettet, med nå kan inntil 80 prosent av tjenesteinnholdet gjennomføres som individbehandling i grupper.

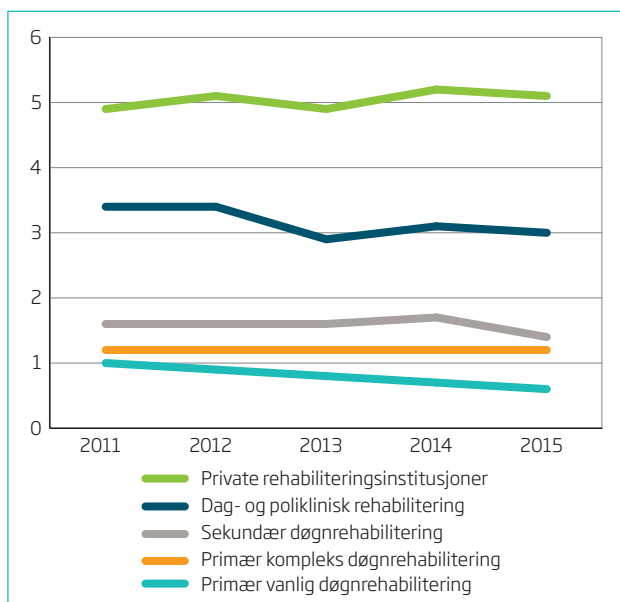
En annen presisering er knyttet til hvordan poliklinisk fedme-behandling skal kodes. Ved en del helseforetak har det vært praksis å kode denne typen behandling med Z50.9 (poliklinisk rehabilitering) som hovedtilstand i stedet for en fedmekode. Avregningsutvalget har imidlertid konkludert med at denne praksisen er feil, og at denne typen behandling ikke skal kodes som poliklinisk rehabilitering som hovedtilstand, men med en fedmekode. Disse presiseringene har påvirket hvor mye av aktiviteten som kodes med Z50.9 som hovedtilstand de ulike årene, og dette vil igjen påvirke utviklingstallene i perioden.

Tabell 11.4 viser utviklingen i antall rehabiliteringspasienter i sykehusene og de private rehabiliteringsinstitusjonene i perioden 2011 til 2015. Samlet sett har det vært en reduksjon fra nesten 59 200 pasienter som mottok rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i 2014 til 56 000 pasienter i 2015. Denne nedgangen tilsvarer 5,4 prosent og kommer både for sykehusene og de private rehabiliteringsinstitusjonene.

For sykehusrehabilitering har det samlet vært en nedgang på 1 400 pasienter fra 2014 til 2015, noe som tilsvarer 4,5 prosent. Tabellen viser at det har vært en svak vekst i antall pasienter som mottok primær kompleks døgnrehabilitering fra 2014 til 2015, mens antall pasienter som mottok primær vanlig døgnrehabilitering har gått ned i tråd med trenden fra tidligere år. For sekundær døgnrehabilitering er det imidlertid et brudd i det som har vært utviklingen tidligere år. I perioden fram til 2014 var det en jevn vekst i antall pasienter som mottok denne typen rehabilitering, men fra 2014 til 2015 er det en nedgang på over 1 000 pasienter, noe som tilsvarer 12,7 prosent. Antall pasienter som mottok dag- og poliklinisk rehabilitering har gått ned marginalt.

For de private rehabiliteringsinstitusjonene har det vært en reduksjon på nesten 700 pasienter fra 2014 til 2015. Reduksjonen kommer for dag- og poliklinisk rehabilitering, mens antall pasienter som mottok døgnrehabilitering har holdt seg tilnærmet stabilt.

Figur 11.7 Antall pasienter per 1 000 innbyggere for ulike typer rehabilitering i 2011-2015.



Figur 11.7 viser utviklingen i antall pasienter for ulike typer rehabilitering i perioden 2011 til 2015 når vi kontrollerer for befolkningsutvikling. Antall pasienter innen primær kompleks rehabilitering har holdt seg stabilt på 1,2 pasienter per 1 000 innbyggere i hele perioden, mens antall pasienter som har mottatt primær vanlig døgnerhabilitering har gått jevnt ned fra 1,0 i 2011 til 0,6 i 2015. Antall pasienter som har mottatt sekundær døgnerhabilitering har hatt en svak vekst fram mot 2014, men fra 2014 til 2015 har det vært en reduksjon fra 1,7 til 1,4 pasienter per 1 000 innbyggere. Antall pasienter som har mottatt dag- og poliklinisk rehabilitering i sykehusene må, som tidligere nevnt, tolkes med noe forsiktighet, men vi ser at det er en svak reduksjon i antall pasienter fra 2014 til 2015 når vi kontrollerer for befolkningsendring. Antall pasienter per 1 000 innbyggere i private rehabiliteringsinstitusjoner har gått litt opp og ned i perioden, men det siste året, fra 2014 til 2015, har det vært en reduksjon fra 5,2 til 5,1.

Variasjon i bruk av rehabilitering Pasienter

Tabell 11.5 viser at det er variasjon mellom regionene i antall pasienter som mottar ulike typer sykehusrehabilitering når vi kontrollerer for befolkningsgrunnlag. For primær døgnerhabilitering har alle regionene hatt en reduksjon i antall pasienter i

perioden 2011 til 2015. Regionen med flest pasienter som mottar denne typen rehabilitering er Helse Sør-Øst med 2,2 pasienter per 1 000 innbyggere. Det er særlig bostedsområdet Innlandet som skiller seg ut med å ha en pasientrate på 4,2. Figur 11.8 viser variasjonen i antall pasienter for bostedsområdene i prosent av landsgjennomsnittet, og her finner vi igjen Innlandets område som ligger 134 prosent over landsgjennomsnittet. Helse Vest er regionen med færrest pasienter som mottar primær døgnerhabilitering med 1,1 pasienter per 1 000 innbyggere. Bostedsområdet som skiller seg ut med færrest mottakere av denne typen rehabilitering er imidlertid St. Olavs-området med en pasientrate på 0,3. Figur 11.8 viser at dette ligger 81 prosent under landsgjennomsnittet.

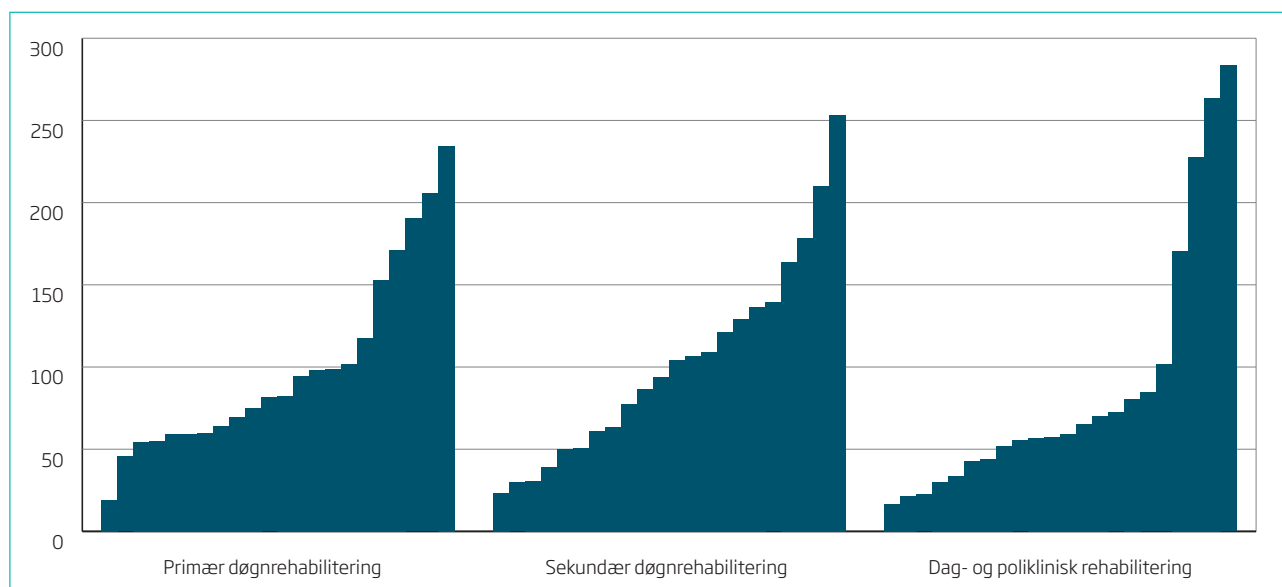
For sekundær døgnerhabilitering har alle regionene hatt en reduksjon siste år, med unntak av Helse Nord som har hatt en vekst. Helse Nord er også regionen med flest pasienter som mottar denne typen rehabilitering med 2,4 pasienter per 1 000 innbyggere. Det er særlig UNN-området som drar opp gjennomsnittet i Helse Nord med 3,7 pasienter per 1 000 innbyggere. Figur 11.8 viser videre at UNN-området ligger 153 prosent over landsgjennomsnittet i antall pasienter for denne typen rehabilitering. Regionen som ligger lavest er Helse Sør-Øst med 1,1 pasienter per 1 000 innbyggere. Det er særlig bostedsområdene Lovisenberg, Innlandet og Vestfold som drar ned nivået for regionen, alle med en pasientrate på mellom 0,3 og 0,4. Figur 11.8 viser at disse områdene ligger henholdsvis 76, 70 og 69 prosent underlandsgjennomsnittet.

For dag- og poliklinisk rehabilitering har regionene hatt litt ulik utvikling i antall pasienter i perioden. Helse Sør-Øst og Helse Vest ligger på omtrent samme nivå i antall pasienter i 2015 som i 2011 når vi kontrollerer for befolkningsutvikling, mens Helse Midt-Norge og Helse Nord har hatt en reduksjon i antall pasienter per 1 000 innbyggere. Variasjonen i antall pasienter blir enda større når vi ser på bostedsområder. Østfold ligger lavest med 0,5 dag- og polikliniske pasienter per 1 000 innbyggere, noe som er 83 prosent under landsgjennomsnittet (se figur 11.8), mens Vestfold har 8,5 i andre enden. Dette er 183 prosent over landsgjennomsnittet. Tallene for dag- og poliklinisk rehabilitering må

Tabell 11.5 Antall pasienter per 1 000 innbyggere for ulike typer sykehusrehabilitering etter region i 2011-2015.

Region	Primær døgnerhabilitering			Sekundær døgnerhabilitering			Dag- og poliklinisk rehabilitering		
	2011	2013	2015	2011	2013	2015	2011	2013	2015
Helse Sør-Øst	2,6	2,3	2,2	1,3	1,2	1,1	3,4	3,1	3,4
Helse Vest	1,4	1,2	1,1	1,8	2,3	1,7	2,2	1,9	2,1
Helse Midt-Norge	1,8	1,7	1,4	2,2	2,0	1,8	5,8	4,7	4,0
Helse Nord	2,1	1,8	1,7	1,9	2,0	2,4	2,1	1,6	1,1
Totalt	2,2	1,9	1,8	1,6	1,6	1,4	3,4	2,9	3,0

Figur 11.8 Antall pasienter per 1 000 innbyggere for ulike typer sykehusrehabilitering etter bostedsområder i prosent av landsgjennomsnittet (=100). Tall fra 2015.



imidlertid tolkes med forsiktighet da de i stor grad er påvirket av endringer i ISF-regelverket.

Tabell 11.6 viser variasjonen mellom regionene i antall pasienter som mottar rehabilitering i de private institusjonene. Når det gjelder antall pasienter totalt, har Helse Sør-Øst en stabil pasientrate på 5,0 i hele femårsperioden. Helse Nord har flest rehabiliteringspasienter i private institusjoner, men har hatt en nedgang fra 7,7 pasienter per 1 000 innbyggere i 2011 til 7,0 i 2015. Også Helse Midt-Norge har hatt en reduksjon i perioden. Helse Vest har færrest pasienter som får rehabilitering i private institusjoner med 4,1 pasienter per 1 000 innbyggere. Dette er imidlertid en vekst fra 2,9 i 2011.

For døgnerhabilitering i de private institusjonene har alle regionene hatt en reduksjon i antall pasienter i perioden, med unntak av Helse Vest som har hatt en vekst. Helse Vest er likevel regionen med færrest pasienter per 1 000 innbyggere med en rate på 3,6. Det er særlig Stavanger-området som ligger lavt med 1,7 pasienter per 1 000 innbyggere. Helse Nord har høyest nivå med 6,3 pasienter per 1 000 innbyggere, der Nordland-området ligger høyest med 7,9.

For dag- og poliklinisk rehabilitering i de private institusjonene har det vært en vekst i alle regionene. Det er flest pasienter som mottar denne typen rehabilitering i Helse Sør-Øst med 1,2 pasienter per 1 000 innbyggere, mens nivået i de andre regionene ligger mellom 0,7 og 0,8 pasienter per 1 000 innbyggere.

Tabell 11.6 Antall pasienter per 1 000 innbyggere i private rehabiliteringsinstitusjoner etter region i 2011-2015.

Region	Døgnrehabilitering			Dag- og poliklinisk rehabilitering			Totalt		
	2011	2013	2015	2011	2013	2015	2011	2013	2015
Helse Sør-Øst	4,9	4,6	3,9	0,2	0,5	1,2	5,0	5,0	5,0
Helse Vest	2,8	3,3	3,6	0,2	0,4	0,7	2,9	3,5	4,1
Helse Midt-Norge	5,5	4,9	4,8	0,2	0,3	0,8	5,7	5,1	5,5
Helse Nord	7,7	7,7	6,3	0,0	0,0	0,8	7,7	7,7	7,0
Totalt	4,8	4,7	4,2	0,2	0,4	1,0	4,9	4,9	5,1

Tabell 11.7 Gjennomsnittlig liggetid for ulike typer rehabilitering etter region i 2011-2015.

Region	Primær kompleks døgnrehabilitering			Primær vanlig døgnrehabilitering			Døgnrehabilitering private institusjoner		
	2011	2013	2015	2011	2013	2015	2011	2013	2015
Helse Sør-Øst	18,1	17,1	16,2	11,0	9,0	9,0	20,8	22,3	22,4
Helse Vest	21,6	20,1	17,9	15,7	13,6	11,9	19,2	20,2	20,4
Helse Midt-Norge	23,7	22,5	20,5	15,4	13,8	15,9	19,8	20,8	19,7
Helse Nord	15,6	17,7	13,1	14,6	13,2	14,2	19,3	19,4	17,8
Totalt	18,8	18,0	16,5	12,7	10,9	11,2	20,2	21,3	21,0

Oppholdstid

Tabell 11.7 viser utvikling og variasjon i gjennomsnittlig liggetid for ulike typer døgnrehabilitering i spesialisthelsetjenesten⁷⁵. Tabellen viser at det er pasientene som mottar døgnrehabilitering i de private institusjonene som har lengst gjennomsnittlig liggetid med 21 dager, og at liggetiden her har holdt seg relativt stabil i perioden. Det er pasientene i Helse Sør-Øst som har lengst liggetid i de private institusjonene med et gjennomsnitt på 22,4 dager, mens pasientene i Helse Nord har en gjennomsnittlig liggetid på 17,8 dager.

I sykehusene er det pasienter som mottar primær kompleks døgnrehabilitering som har lengst gjennomsnittlig liggetid med 16,5 dager. Dette er en reduksjon fra nesten 19 dager i 2011. Det er imidlertid relativt stor variasjon mellom regionene. Pasientene i Helse Midt-Norge har lengst gjennomsnittlig liggetid på 20,5 dager, og det er særlig bostedsområdet Møre og Romsdal som drar opp gjennomsnittet med en liggetid på 23,7 dager. Pasientene i Helse Nord har kortest liggetid for

primær kompleks rehabilitering med et gjennomsnitt på 13,1 dager. Det er imidlertid svært stor variasjon innad i regionen. Lavest ligger Nordland-området med en gjennomsnittlig liggetid på ni dager, men UNN-området til sammenlikning har 19,7 dager.

For primær vanlig døgnrehabilitering i sykehusene var den gjennomsnittlige liggetiden 11,2 dager i 2015, en nedgang fra 12,7 i 2011. På regionnivå varierer liggetiden fra ni dager i Helse Sør-Øst til nesten 16 dager i Helse Midt-Norge. Helse Midt-Norge er den eneste regionen som ikke har hatt en reduksjon i gjennomsnittlig liggetid for primær vanlig døgnrehabilitering i perioden 2011 til 2015. Det er imidlertid stor variasjon innad i regionen. I St. Olavs-området er den gjennomsnittlige liggetiden 6,7 dager, mens den er 16,7 i Møre og Romsdal.

Dagopphold og konsultasjoner per pasient

Figur 11.9 viser antall dagopphold og konsultasjoner per rehabiliteringspasient i sykehusene i perioden 2011 til 2015 etter region, og også her er det relativt store variasjoner mellom regionene. På landsbasis fikk hver rehabiliteringspasient i gjennomsnitt sju

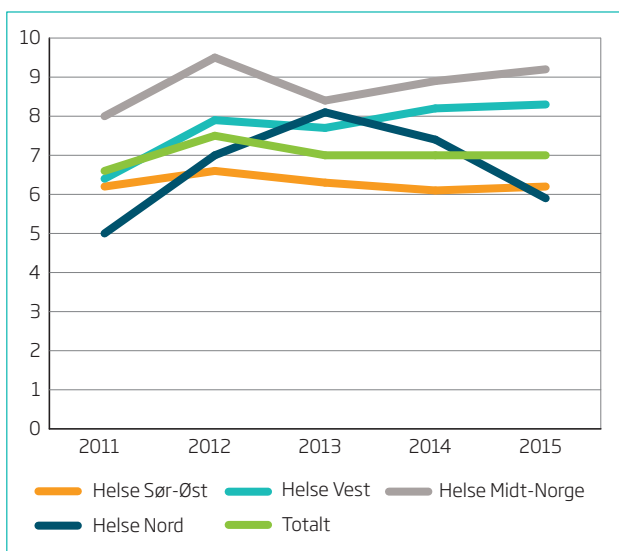
⁷⁵ Det er ikke beregnet liggetid for sekundær døgnrehabilitering da det ikke er mulig å skille mellom hva som er liggetid for rehabilitering og hva som er liggetid for den primære behandlingen.

dagopphold og polikliniske konsultasjoner i 2015. Dette nivået har vært stabilt siden 2013. Regionen der pasientene i gjennomsnitt får flest dagopphold og konsultasjoner er Helse Midt-Norge. I 2015 hadde regionen i gjennomsnitt 9,2 opphold og konsultasjoner per pasient, en økning fra åtte i 2011. I andre enden er det Helse Nord som i gjennomsnitt har færrest dagopphold og konsultasjoner per pasient med 5,9. Utviklingen i Helse Nord skiller seg litt fra de andre regionene. Fra 2011 til 2013 hadde regionen en markant økning i antall dagopphold og konsultasjoner per pasient fra 5,0 til 8,1. Deretter er det en markant nedgang til 5,9 i 2015. Vi er usikre på hva som er bakgrunnen for denne utviklingen. Helse Sør-Øst er regionen med størst variasjon innad mellom bostedsområdene. Lavest ligger Innlandets område med 2,8 dagopphold og konsultasjoner per pasient, mens pasientene i Vestre Viken-området i gjennomsnitt får 14,6 dagopphold og konsultasjoner.

Offentlig versus privat rehabilitering

I tillegg til de offentlige helseforetakene, står de private aktørene for en betydelig del av aktiviteten innenfor rehabiliteringsfeltet i spesialisthelsetjenesten. I dette avsnittet vil vi se på hvor stor andel de private sitt bidrag utgjør av den totale rehabiliteringsaktiviteten. Tidligere i dette kapitlet ble det skilt mellom sykehusrehabilitering og private rehabiliteringsinstitusjoner. Definisjonen av private aktører i dette avsnittet avviker noe fra denne

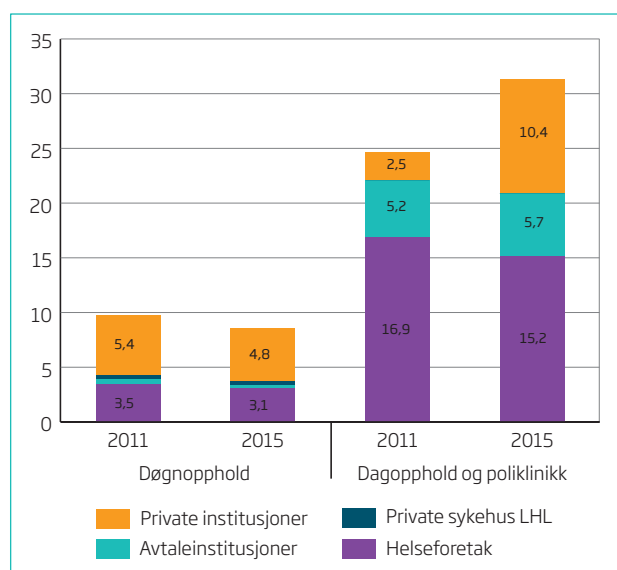
Figur 11.9 Antall dagopphold og konsultasjoner per pasient i sykehusene etter region i 2011-2015.



kategoriseringen. I tillegg til de om lag 50 private rehabiliteringsinstitusjonene omtalt tidligere i kapitlet, inngår også private avtaleinstitusjoner som mottar oppdragsdokumenter fra de regionale helseforetakene og til dels har egne opptaksområder, samt private LHL-sykehus som genererer ISF-inntekter til de regionale helseforetakene på linje med helseforetak og avtaleinstitusjoner⁷⁶.

Figur 11.10 viser antall døgnopphold og dagopphold og polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere for helseforetak og private aktører i 2011 og 2015. Figuren viser at det samlet sett har vært en reduksjon i døgnopphold både for helseforetakene og de private aktørene. Vi ser også at det er flest døgnopphold for rehabilitering i de private rehabiliteringsinstitusjonene med 4,8 opphold per 1 000 innbyggere i 2015. Når vi også inkluderer avtaleinstitusjonene og LHL-sykehusene utgjorde de private aktørene sitt bidrag 65 prosent av den totale døgnaktiviteten. Helseforetakene hadde i 2015 3,1 døgnopphold per 1 000 innbyggere, eller 35 prosent av aktiviteten. Andelsmessig bidro de private aktørene omtrent like mye til den totale døgnrehabiliteringen i 2015 som i 2011 (økning på to prosentpoeng).

Figur 11.10 Antall døgnopphold og dagopphold-konsultasjoner per 1 000 innbyggere for helseforetak og private aktører i 2011 og 2015.



⁷⁶ Se datagrunnlaget for nærmere beskrivelse av hvilke institusjoner som inngår i de ulike kategoriene.

Innen dag- og poliklinisk rehabilitering er aktiviteten til de private aktørene samlet omtrent like stor som aktiviteten ved helseforetakene i 2015. De private aktørene hadde 16,1 dagopphold og polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere, mens helseforetakene hadde 15,2. Den store veksten i antall dagopphold og konsultasjoner ved de private institusjonene skyldes i stor grad endret registreringspraksis i henhold til ønsket standard, noe som betyr at det har vært en underrapportering tidligere år.

Figur 11.11 viser at det er til dels store regionale variasjoner i nivået av dag- og poliklinisk rehabilitering, samt hvor stor andel de private sitt bidrag utgjør. På landsbasis var nivået i antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner i overkant av 31 per 1 000 innbyggere i 2015 når man ser helseforetakene og de private aktørene samlet. Helse Sør-Øst ligger omtrent på landsgjennomsnittet, mens Helse Midt-Norge er regionen med desidert flest dagopphold og konsultasjoner per 1 000 innbyggere. I 2015 hadde regionen om lag 51 dagopphold og konsultasjoner per 1 000 innbyggere, og det er særlig de private avtaleinstitusjonene, i dette tilfellet FysMed-klinikken, sitt bidrag som er med på å dra opp det samlede nivået.

Helse Nord er regionen som har lavest aktivitet innen dag- og poliklinisk rehabilitering med i underkant av 13 opphold og konsultasjoner per 1 000 innbyggere. Både helseforetakene og de private aktørene sine bidrag til aktivitet er lavere her enn i de andre regionene. Dette gjenspeiler at

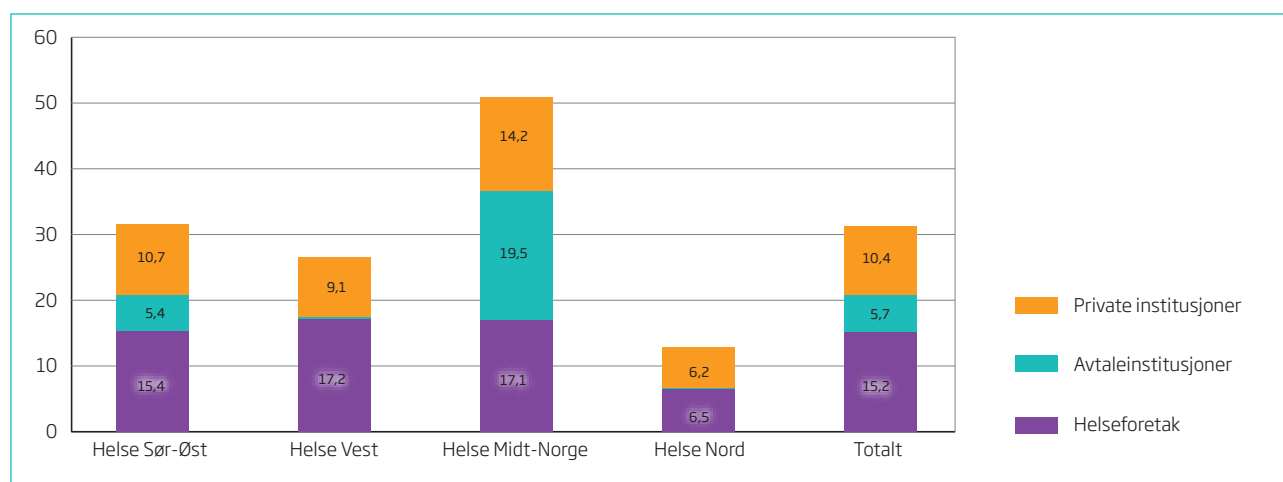
Helse Nord er en region med store reiseavstander, og at rehabiliteringstilbudet i større grad er rettet mot døgnrehabilitering. Regionen har de siste årene hatt det høyeste nivået av døgnopphold per 1 000 innbyggere både for helseforetakene og de private rehabiliteringsinstitusjonene.

Diagnoser ved rehabilitering

Figur 11.12 viser at ICD-10-hovedkapitlet sykdom i muskel- og skjelettsystemet var den største diagnosegruppen både for primær døgnrehabilitering og dag- og poliklinisk rehabilitering i sykehusene i 2015. Nesten 23 prosent av all primær døgnrehabilitering og over 37 prosent av all dag- og poliklinisk rehabilitering var knyttet til dette hovedkapitlet. Innen primær døgnrehabilitering er sykdom i sirkulasjonssystemet (19 prosent), sykdom i åndedrettsystemet (14,3 prosent) og sykdom i nervesystemet (14 prosent) de andre diagnosegruppene med størst omfang. For dag- og poliklinisk rehabilitering utgjør også sykdom i sirkulasjonssystemet er relativt stor andel (11,6 prosent), mens nesten 21 prosent av konsultasjonene kun hadde kode for rehabilitering og ingen diagnosekode i tillegg.

For sekundær døgnrehabilitering var hoveddiagnosegruppen sykdom i sirkulasjonssystemet den klart største sykdomsgruppen med en andel på over 43 prosent. Innen denne gruppen er det enkelt diagnosen hjerneinfarkt som er den desidert største med en andel på nesten 70 prosent.

Figur 11.11 Dagopphold og polikliniske konsultasjoner for rehabilitering per 1 000 innbyggere etter region og institusjon i 2015.



Rehabilitering for skader og forgiftninger utgjorde 11,4 prosent, mens diagnosegruppene sykdom i nervesystemet og sykdom i muskel- og skjelettsystemet begge stod for 8,9 prosent av aktiviteten innen sekundær døgnerhabilitering.

For de private rehabiliteringsinstitusjonene er det hovedkapitlet sykdom i muskel- og skjelettsystemet som er det klart største både innen døgnerhabilitering og dag- og poliklinisk rehabilitering. 32,9 prosent av all døgnerhabilitering og 29,2 prosent av all dag- og poliklinisk rehabilitering er knyttet til denne sykdomsgruppen. Innen døgnerhabilitering er i tillegg sykdom i nervesystemet og sykdom i sirkulasjonssystemer to relativt store grupper, begge med en andel på om lag ti prosent av aktiviteten. Innen dag- og poliklinisk rehabilitering er endokrine ernærings sykdommer og psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser større diagnosegrupper, med en andel på henholdsvis 16,1 og 12,8 prosent av aktiviteten.

11.3 DATAGRUNNLAG OG DEFINISJONER

I forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator defineres habilitering og rehabilitering slik⁷⁷:

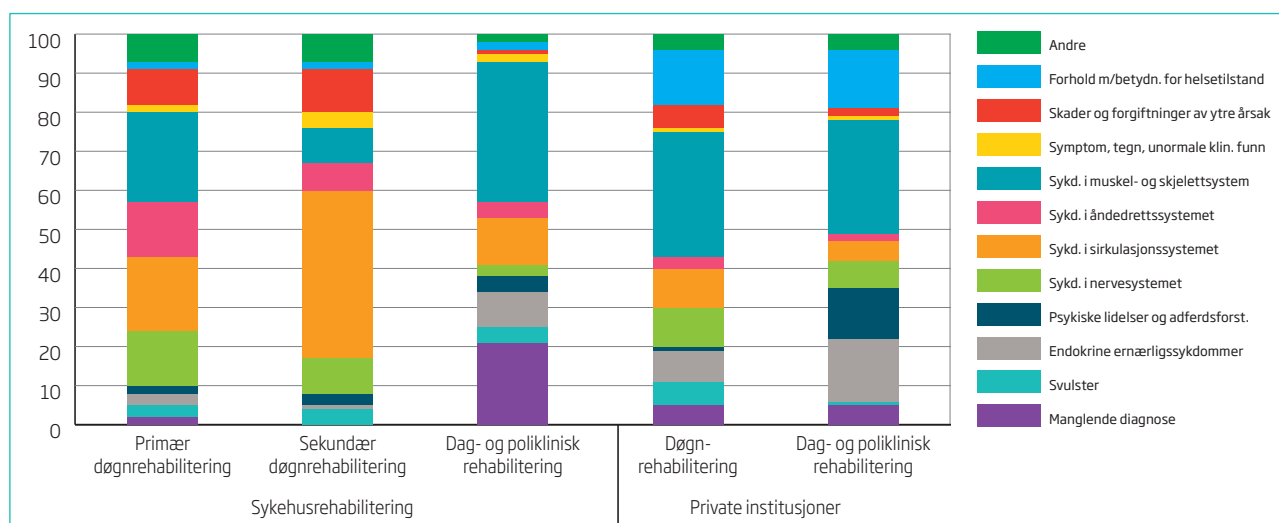
«Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.»

Data i dette kapitlet kommer fra Norsk pasientregister (NPR). Kapitlet inneholder informasjon om habilitering og rehabilitering som skjer i regi av de regionale helseforetakene eller ved de private rehabiliteringsinstitusjonene. Befolkningstall brukt til rateberegning er hentet fra SSB og er fra 1. januar påfølgende år.

Habilitering

Habiliteringsaktiviteten i spesialisthelsetjenesten er identifisert ved bruk av informasjon om behandlingssted som foretakene rapporterer inn til NPR. Habiliteringsaktiviteten inngår både i data fra psykisk helsevern barn og unge, psykisk helse-

Figur 11.12 Andel opphold og konsultasjoner etter diagnoseklassifisering i ICD-10 for ulike typer rehabilitering i 2015.



77 Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator: lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256?q=forskrifthabilitering,rehabilitering

vern voksne og i somatikkdata. Innenfor habilitering blir det skilt mellom habilitering for barn og unge og habilitering for voksne. Alle pasienter mellom 0-18 år er definert å tilhøre habilitering for barn og unge, mens pasienter fra 19 år og oppover tilhører habilitering for voksne.

Tallene på aktivitet og pasienter i årets SAMDATA-rapport avviker noe fra de som har vært presentert tidligere. Grunnen til dette er at vi nå også har identifisert en del habiliteringsaktivitet i pasientdata for psykisk helsevern barn og unge. I pasientdata fra de siste årene er det dessuten mulig å identifisere mer habiliteringsaktivitet enn i data fra tidligere år. Dette skyldes blant annet bedre bruk av avdelingskodeverket. Et resultat av dette er at det vil være en del aktivitet man ikke klarer å fange opp, og særlig gjelder dette årene 2011 og 2012. En del av veksten i antall pasienter i perioden vil derfor kunne forklares ved at en større andel av aktiviteten fanges opp nå enn tidligere. Tallene må derfor tolkes med forsiktighet, da det fortsatt er en del usikkerhet knyttet til datagrunnlaget og hvor stor andel av all aktivitet man klarer å identifisere.

Rehabilitering

Sykehusrehabilitering er definert som alle opphold og konsultasjoner med hoveddiagnose Z50 i ICD-10, med unntak av Z50.1 Annen fysikalsk behandling. Dette inkluderer også private avtaleinstitusjoner som ikke er anbudsutsatte og som mottar oppdragsdokumenter fra de regionale helseforetakene, samt private sykehus som genererer ISF-inntekter til de regionale helseforetakene på linje med helseforetak og avtaleinstitusjoner.

I denne rapporten omtaler vi primær kompleks døgnerhabilitering, primær vanlig (enkel) døgnerhabilitering, sekundær døgnerhabilitering og dag- og poliklinisk rehabilitering. Definisjonen av disse rehabiliteringsformene er:

Primær kompleks døgnerhabilitering

Primær kompleks døgnerhabilitering er rehabilitering der diagnosekoden Z50.80 står som hoveddiagnose i det pasientadministrative systemet. Denne rehabiliteringsformen omfatter målrettet arbeid med bruk av individuell behandlingsplan, samarbeid med relevante etater utenfor institusjonen

og minimum seks spesialiserte helsefaggrupper i tverrfaglig team. I tillegg er det krav om at arbeidet foregår store deler av dagen/døgnet fram til utskriving eller minimum fem virkedager, at pasienten har minimum én overnatting og at pasienten i tillegg har funksjonstrening, trening i kompenserende teknikker og tilpasning av hjelpemidler/miljø. Det skal også foretas en vurdering av tiltak i forhold til personlig mestring i hjem, skole, arbeid eller fritid. Arbeidet skal ledes av legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering.

Primær vanlig (enkel) døgnerhabilitering

Primær vanlig eller enkel døgnerhabilitering er rehabilitering der diagnosekoden Z50.89 står som hoveddiagnose i det pasientadministrative systemet. Denne rehabiliteringsformen omfatter målrettet arbeid med bruk av individuell behandlingsplan, samarbeid med relevante etater utenfor institusjonen og minimum fire spesialiserte helsefaggrupper i tverrfaglig team. Nytt fra 2015 er at arbeidet skal ledes av legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering.

Sekundær døgnerhabilitering

Sekundær døgnerhabilitering er opphold der en av rehabiliteringskodene Z50.80 (kompleks døgnerhabilitering) eller Z50.89 (vanlig døgnerhabilitering) er satt som bitilstand i det pasientadministrative systemet. Dette skal i henhold til definisjonen gjøres når samme opphold omfatter både akuttbehandling (for eksempel for hjerneslag eller skader) og rehabilitering. Den akutte sykdommen skal i disse tilfellene kodes som hovedtilstand, mens rehabilitering skal kodes som bitilstand.

Dag- og poliklinisk rehabilitering

Opphold og kontakter med en rehabiliteringskode i ICD-10 som har null liggedager og over fem timers varighet, er definert som dagrehabilitering. Kontakter med null liggedager og under fem timers varighet eller ICD-10-kode Z50.9 er definert som poliklinisk rehabilitering. I analysene i denne rapporten blir disse to kategoriene slått sammen.

Private aktører

I 2015 var det 49 private rehabiliteringsinstitusjoner som rapporterte aktivitetsdata til NPR. Dette er en gruppe private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner som har avtaler med de regionale

helseforetakene. Disse avtalene har ulik form og varighet og er anbudsutsatte. Når man i rapporten opererer med skillet mellom sykehusrehabilitering og rehabilitering i private institusjoner, er det disse institusjonene som inngår.

I avsnittet som heter *Offentlig vs privat rehabilitering* er definisjonen av private aktører utvidet til også å gjelde private avtaleinstitusjoner og private LHL-sykehus, i tillegg til de private rehabiliteringsinstitusjonene omtalt ovenfor. Private avtaleinstitusjoner er i denne sammenheng private institusjoner som kjennetegnes av at de ikke har vært anbudsutsatte etter foretaksreformen i 2002. Videre har de inngått i de regionale helseplanene i fra tiden før foretaksreformen. En del av avtaleinstitusjonene har opptaksområder (befolkningsansvar), og mottar oppdragsdokumenter fra de regionale helseforetakene. Avtaleinstitusjonene består av Diakonhjemmet sykehus, Haraldsplass diakonale sykehus, Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus, Lovisenberg diakonale sykehus, Martina Hansens hospital, Revmatismesykehuset, Betanien hospital, FysMed-klinikken og Friskvern-klinikken.

De private LHL-sykehusene består av Feiring-klinikken og Glittreklinikken. Dette er private sykehus som genererer ISF-inntekter til RHF-ene på linje med helseforetak og avtaleinstitusjoner. De har avtaler med de regionale helseforetakene som reforhandles.



Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000
St Olavs plass, 0130 Oslo
Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
E-post: postmottak@helsedir.no
www.helsedirektoratet.no