

NØKKELTALL FOR HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN

11.04.2016

Innhold

Norge i et internasjonalt perspektiv.....	3
1. Eldres levekår	4
2. Norge sammenlignet med andre OECD land.....	7
3. Ikke smittsomme sykdommer	11
4. Seksuelt overførbare infeksjoner	13
Befolkningens helsetilstand og levevaner	16
5. Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker.....	17
6. Levevaner blant unge	19
7. Selvopplevd helse blant unge.....	22
8. Nasjonale anbefalinger for helseatferd.....	25
9. Tilrettelegging for sunne valg.....	28
10. Frisklivssentraler.....	30
11. Seksuell helse	32
12. Influensavaksinasjonsdekning.....	35
Primærhelsetjenesten	36
13. Fastleger og legevakt.....	37
14. Demens.....	40
15. Mottakere av hjemmetjenester	42
16. Mottakere av institusjonstjenester	45
17. Øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommune.....	47
18. Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid.....	49
19. Tannhelse	51
Spesialisthelsetjenesten	54
20. Kreft.....	55
21. Responstid for ambulanse.....	58
22. Fristbrudd	60
23. Fosterdiagnostikk	63
24. Genetiske undersøkelser	65
25. Kronisk utmattelsessyndrom – CFS/ME	66
26. Assistert befruktning	69
27. Medisinske kvalitetsregistre.....	71

28.	Fødsler	73
29.	Hjerteinfarkt	76
30.	Nyresvikt.....	78
31.	Bruk av antibiotika.....	79
32.	Rusmiddelutløste dødsfall.....	82
Ressursinnsats og aktivitet		86
33.	Utvikling i helse- og omsorgstjenestene	87
34.	Utskrivningsklare pasienter og reinnleggelser	90
35.	Rehabilitering i kommune og spesialisthelsetjenesten.....	93
36.	Helse- og omsorgstjenester innen psykisk helse og rus.....	97
37.	Helsepersonell.....	101
38.	Utdanning av leger og sykepleiere	104
39.	Stønad til helsetjenester i andre EØS-land.....	106
40.	Frikort	108
41.	Stønad til legemidler	110
Brukerperspektivet.....		112
42.	Pasient- og brukerombudene.....	113
43.	Fritt Sykehusvalg Norge og Velg behandlingssted	115
E-helse		117
44.	Helsenorge.no	118
45.	Kjernejournal	120
46.	E-resept	123
47.	Meldingsutveksling.....	126

1. Eldres levekår

Synkende fødselsrater og økt levealder medfører at andelen eldre i befolkningen øker. I EU-land har andelen av befolkningen som er 65 år eller eldre økt fra ni prosent i 1960 til over 16 prosent i 2014. Andelen forventes å øke til 27 prosent innen 2050. Helsestatusen til eldre i befolkningen vil være avgjørende for hvor stort presset vil bli på helse- og omsorgstjenestene i fremtiden.

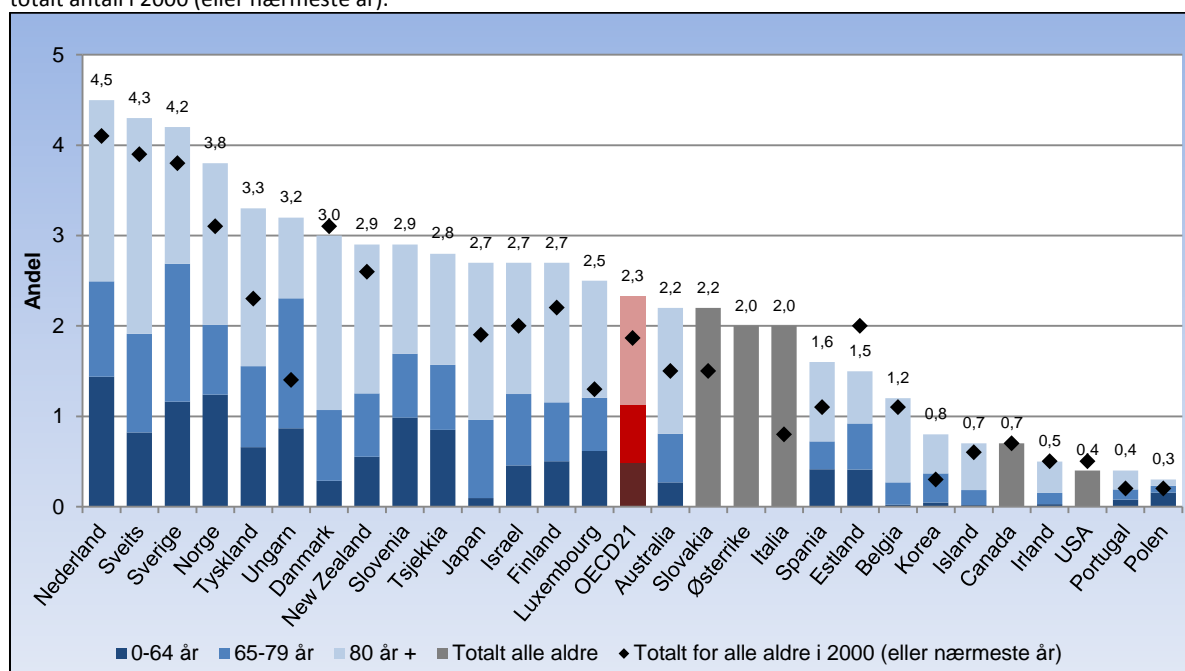
Langtidspleie av eldre i OECD

Dersom man fylte 65 år i et OECD-land i 2013 er det beregnet at man gjennomsnittlig vil leve 19,5 år til. Behovet for langtidspleie øker med alderen. I OECD-landene er over halvparten av de som mottar langtidspleie over 80 år. Nesten 4 av 5 er over 65 år.

Fra 2000 til 2013 har den gjennomsnittlige andelen som mottar langtidspleie i OECD-landene økt fra 1,9 prosent til 2,3 prosent. Andel av befolkningen som mottar langtidspleie er høyest i Nederland med 4,5 prosent. Norge har den fjerde høyeste andelen med 3,8 prosent. Lavest andel av befolkningen som mottar langtidspleie er i Polen med 0,3 prosent.

Andelen av befolkningen som mottar langtidspleie har økt i alle land fra 2000 med unntak fra i Danmark og Estland.

Figur 1: Andel av befolkningen som mottar langtidspleie fordelt på aldersgrupper og totalt, 2013 (eller nærmeste år) og totalt antall i 2000 (eller nærmeste år).

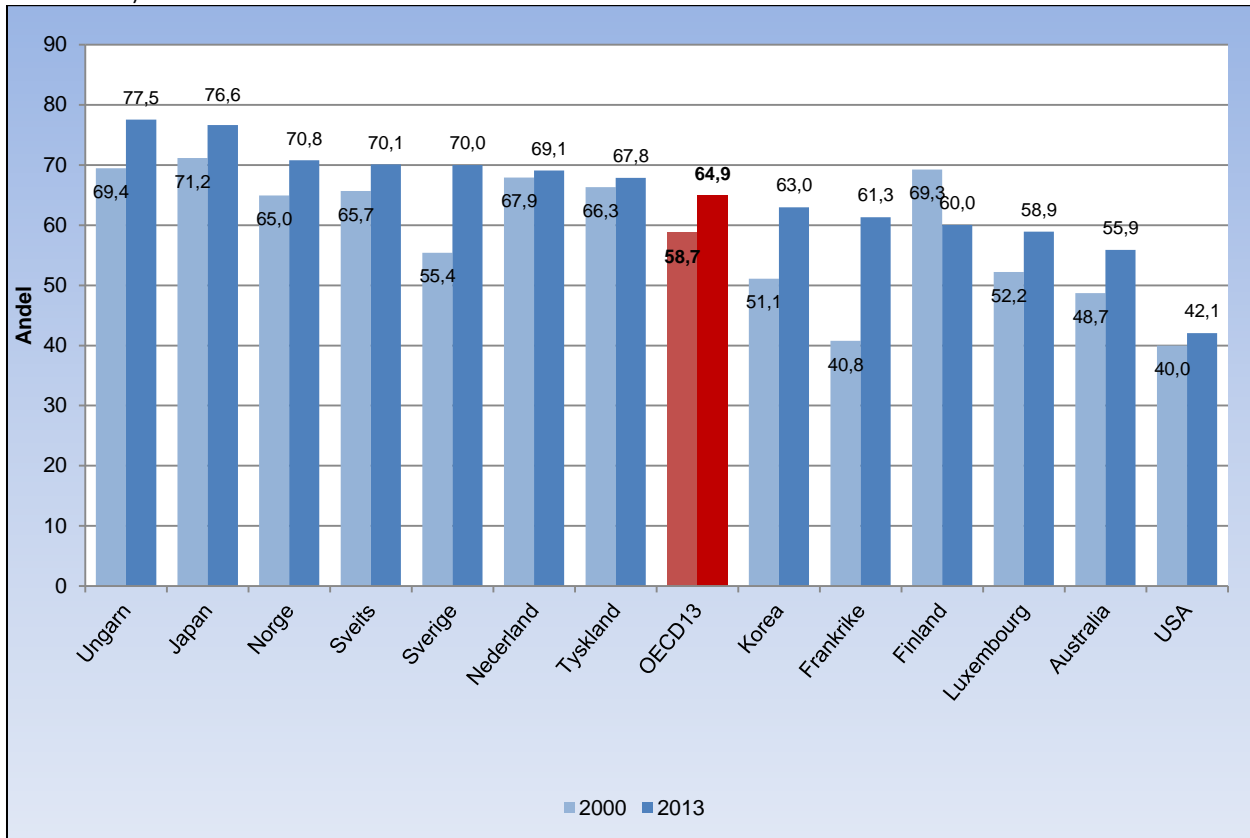


Kilde: Health at a Glance 2015, OECD.

Land som har offentlig finansiert langtidspleie, som Nederland og de nordiske landene har den høyeste andelen av befolkningen som mottar disse tjenestene. Det betyr ikke at befolkningen i de andre landene ikke behøver tjenestene, bare at de enten betaler for dem selv, eller er avhengig av familie og annen frivillig hjelp (Health at a Glance 2015, OECD).

Andelen mottakere av langtidspleie 65 år og over som mottar hjemmebaserte tjenester, har økt i alle OECD-land med unntak for Finland i løpet av de siste 10 årene. Målt i prosentpoeng har endringen fra 2000 til 2013 vært spesielt stor i Sverige, Frankrike og Korea. I 2013 var andelen som mottok hjemmebaserte tjenester størst i Ungarn, Japan og Norge, med henholdsvis 78, 77 og 71 prosent.

Figur 2: Andel mottakere av langtidspleie, 65 år og over, som mottar hjemmebaserte tjenester. 2000 og 2013 (eller nærmeste år).



Kilde: Health at a Glance 2015, OECD.

Indeks for eldres levekår

Global AgeWatch Index er en indeks for eldres levekår. I indeksen rangeres 96 land etter sosial og økonomisk velferd hos eldre. 9 av 10 over 60 år på verdensbasis inngår i datagrunnlaget.

Indeksen har tre hovedformål;

- måle og forbedre livskvalitet og velvære for eldre,
- trekke frem suksesshistorier og svakheter med strategiske grep for å imøtekomme utfordringene en aldrende befolkning gir,
- stimulere etterspørsel for og tilbud om tilstrekkelig alders- og kjønnsoppdelte data som et nødvendig grunnlag for politikkutforming.

I 2015 rangeres Sveits som det landet det er best å bli gammel i. Norge ligger på andre plass. I 2014 var Norge på topp. Norges skår på de fire indekser er om lag uendret fra 2014, mens siden Sveits har forbedret seg går de forbi Norge og blir det beste landet å bli gammel i.

Norge skårer høyest på en av de fire variablene i indeksen; arbeidsevne, og som nummer to på inntektssikkerhet. Norge ligger på fjerde plass på tilrettelagt nærmiljø og 16. plass på helsetilstand.

De ti beste landene på indeksen ligger i Vest Europa og Nord-Amerika.

Figur 3: Rangeringen av indeks for Eldres Levekår. Totalt og fordelt på de fire hovedområdene. Indeks 0-100. 2015.

Total rangering indeks om Eldres Levekår	Inntektssikkerhet		Helsestatus		Arbeidsevne		Tilrettelagt nærmiljø	
	Rangering	Indeks	Rangering	Indeks	Rangering	Indeks	Rangering	Indeks
Sveits	1	77,3	2	81,3	2	75	1	83,7
Norge	2	89,4	16	73,5	1	76,3	4	80,1
Sverige	3	83,5	12	75,2	5	65,6	6	79,4
Tyskland	4	80,9	11	75,6	3	68,4	11	78,6
Canada	5	82,9	4	80,3	10	61,2	9	78,9
Nederland	6	85,9	13	74,8	12	59,6	5	79,6
Island	7	86,6	8	78,2	18	54,5	10	78,8
USA	9	76,3	25	70,1	4	65,7	17	76,8
Storbritannia	10	81,5	27	69,3	20	53,6	3	81,8
Danmark	11	80,9	33	68,1	11	59,9	14	77,7
New Zealand	12	78,4	9	77,8	14	57,8	30	71,5
Østerrike	13	84,3	19	72,7	40	37,6	2	82,7
Finland	14	80,3	21	70,8	29	44,8	18	76,1
Irland	15	79,9	17	73,1	35	40,6	16	77
Frankrike	16	88,4	7	78,3	42	35,8	23	74,2
Australia	17	53,5	5	79,8	8	62,5	26	72,5
Israel	18	67,8	26	69,8	13	59,2	35	69,6
Luxembourg	19	89,7	10	76,6	53	31	19	76,1
Belgia	24	73,1	30	68,7	48	32,9	24	73,4
Spania	25	73,4	3	80,5	78	24	22	74,7
Italia	37	78,2	6	78,7	63	28,2	74	58,5
Portugal	38	82,1	23	70,7	83	19,5	51	65,4
Malta	47	63,5	20	72,1	86	18,9	47	66,4
Hellas	79	76,8	22	70,7	87	16,9	91	49,6

Kilde: HelpAge International (www.globalagewatch.org).

2. Norge sammenlignet med andre OECD land

Sammenlignet med øvrige OECD land er helsetilstanden i Norge relativt god, med høyere forventet levealder og lavere sykkelighet enn gjennomsnittet. Norge bruker nesten dobbelt så mye, målt i US dollar per innbygger, til helsetjenestene som gjennomsnittet i OECD-landene, og godt over nivået i de andre nordiske landene.

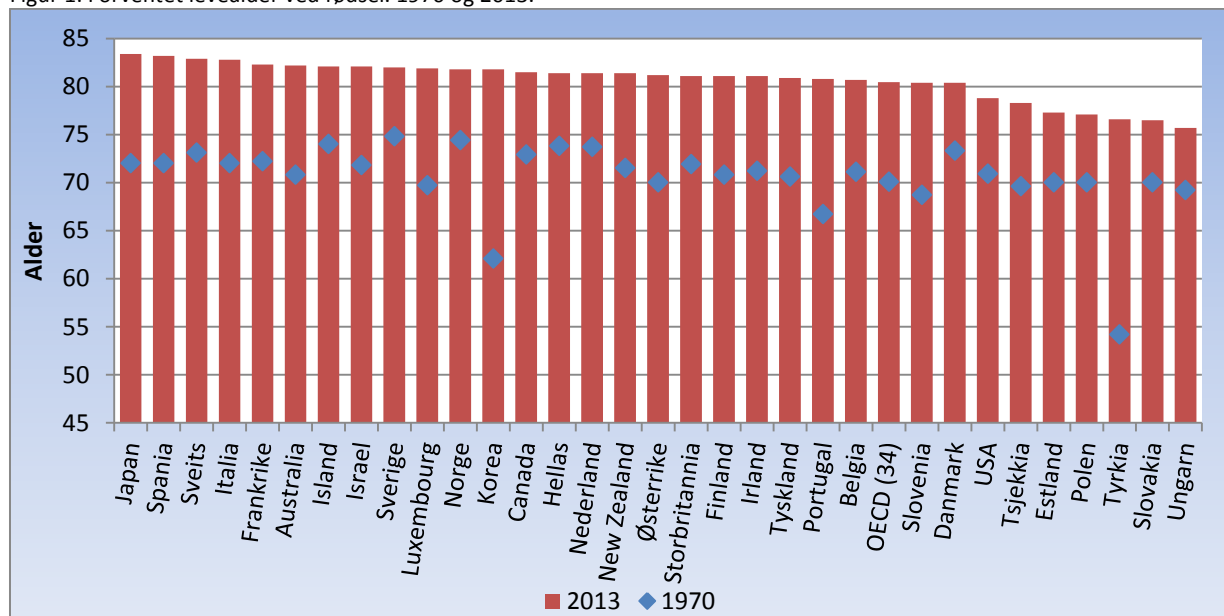
I OECD Health at a Glance 2015 presenteres tall fra utvalgte OECD-medlemsland og noen partnerland.

Forventet levealder

Endringer i forventet levealder kan indirekte si noe om befolkningens helse og levekår, om kvaliteten i helsetjenesten, medisinsk utvikling, samt endringer i befolkningens levevaner og livskvalitet. Norge har som mål å være blant de tre landene i verden som har høyest forventet levealder. I 2013 hadde Japan den høyeste forventet levealder med 83,4 år. Ungarn hadde den laveste med 75,7 år. Norge lå på 11. plass med 81,8 år. I 2011 lå Norge på 10. plass med 81,4 år.

Den gjennomsnittlige forventede levealderen i OECD landene har steget med rundt ti år fra 1970 til 2013. Forskjellen mellom landet med høyest og lavest levealder var på rundt tyve år i 1970 og på litt over syv år i 2013.

Figur 1: Forventet levealder ved fødsel, 1970 og 2013.



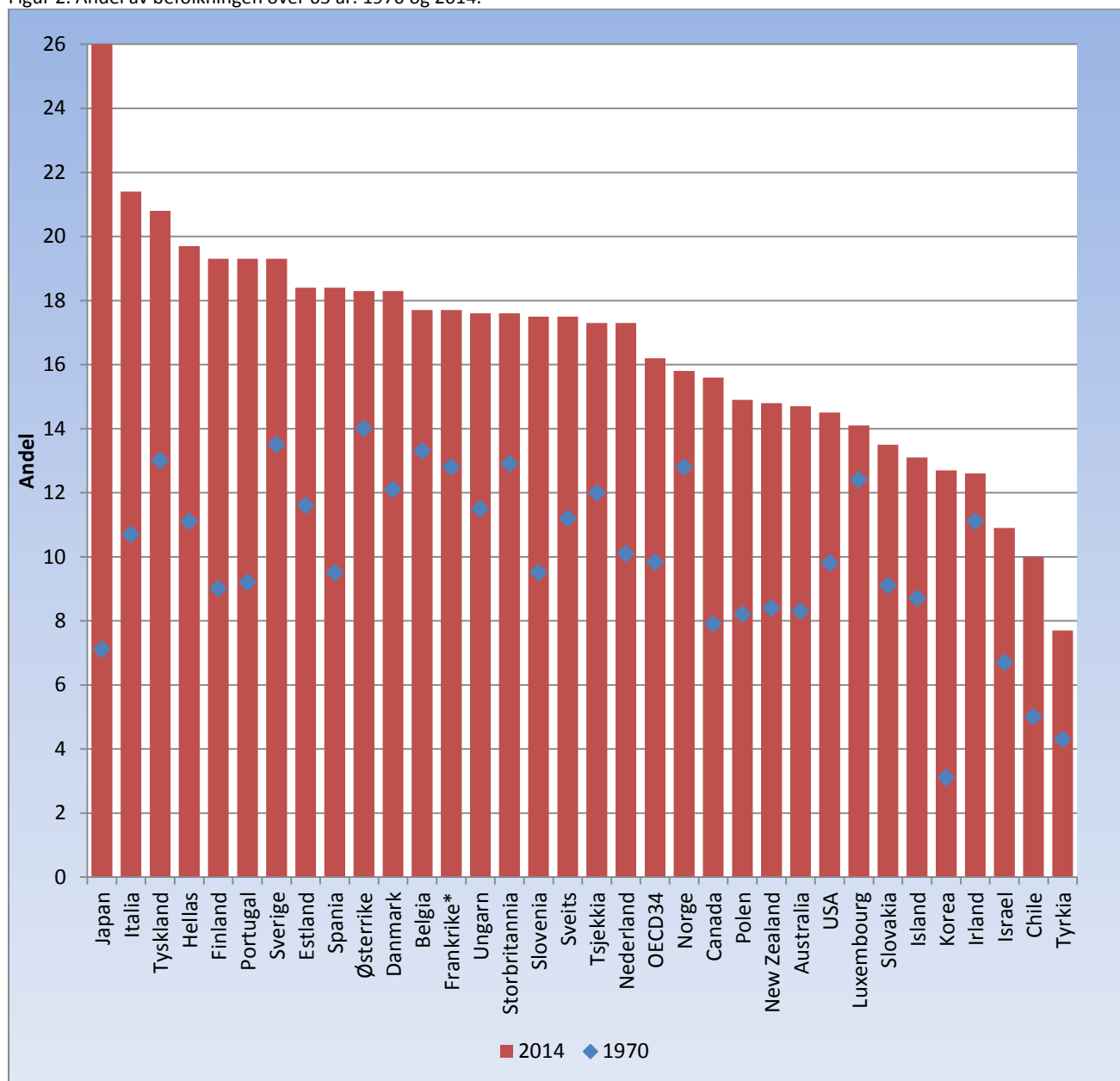
Kilde: OECD Health Statistics 2015.

I OECD land er forventet levealder for kvinner gjennomsnittlig fem år lengre enn menn i 2013. Det er en reduksjon med rundt to år siden midten av 1980-årene. Dette kan relateres til blant annet mindre forskjeller i røyking, samt reduksjon i dødelighet av hjerte-kar sykdommer blant menn.

Andel av befolkningen over 65 år

Siden 1970 har andelen over 65 år økt i alle OECD land. I 1970 var 12,8 prosent av befolkningen i Norge over 65 år. I 2013 har andelen økt til 15,8 prosent. Japan hadde i 2013 den høyeste andel av befolkningen over 65 år med 26 prosent. Tyrkia hadde den laveste andelen med 7,7 prosent.

Figur 2: Andel av befolkningen over 65 år. 1970 og 2014.



* Tall for 2013

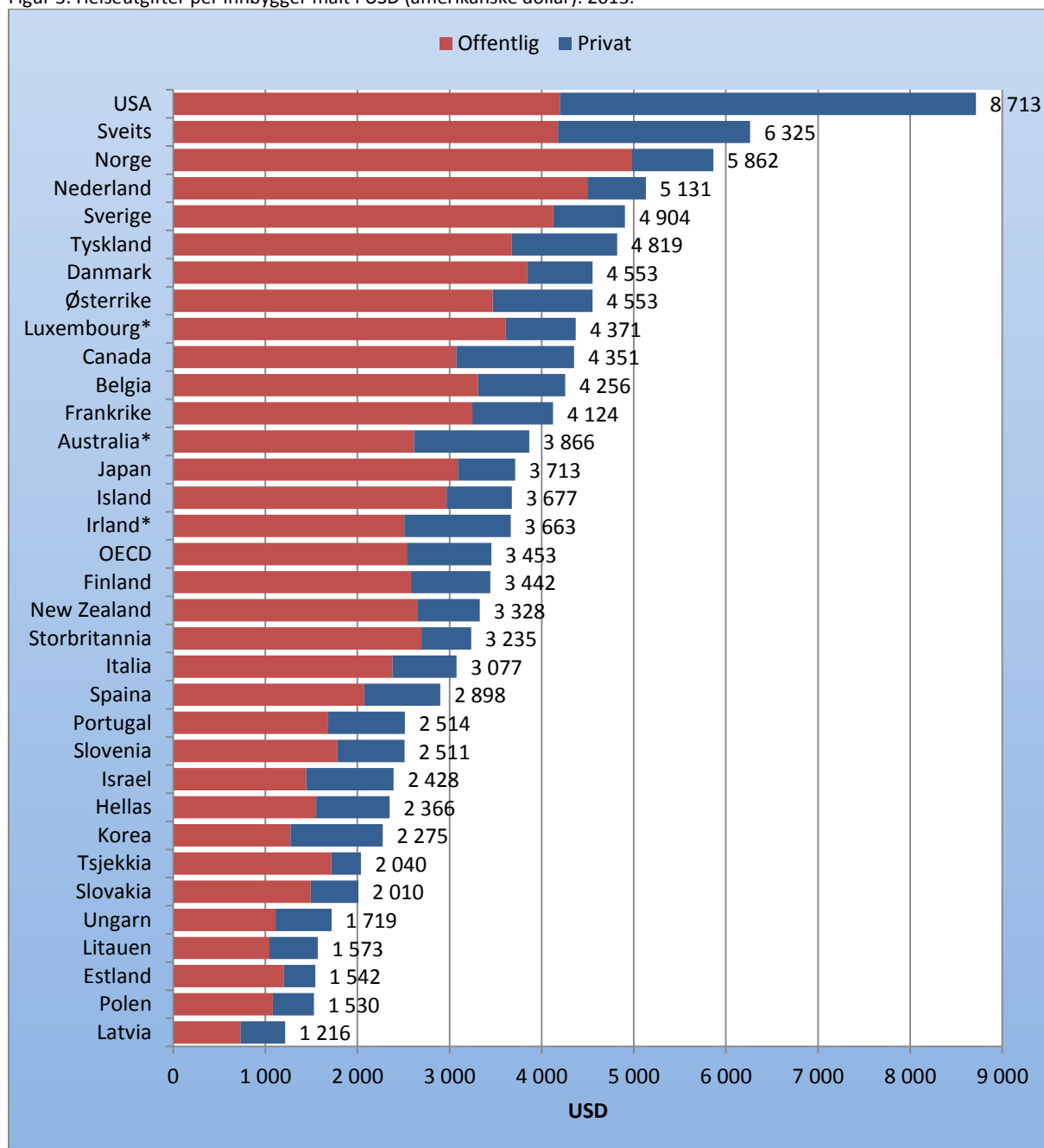
Kilde: OECD Health Statistics 2015.

Utgifter til helsesektoren

Helseutgiftene, målt per innbygger, er nesten dobbelt så høy i Norge som gjennomsnittet i OECD landene. I 2013 brukte Norge 5 862 US dollar per innbygger på helse, mens gjennomsnittet i OECD var 3 453 US dollar. USA er det landet i OECD som bruker mest per innbygger på helse med 8 713 US dollar. Til sammenligning bruker Latvia, som bruker minst, 1 216 US dollar.

Andel av helseutgiftene som er finansiert av det offentlige varierer mye mellom OECD landene. I europeiske land var gjennomsnittlig tre fjerdedeler av alle helseutgifter offentlig finansiert i 2013. I Nederland, Storbritannia, Norge, Sverige og Danmark dekket det offentlige mer enn 80 prosent av helseutgiftene. Andelen i Tyskland var 76 prosent og i Sveits 66 prosent. I USA var kun 48 prosent av utgiftene til helse dekket av det offentlige i 2013.

Figur 3: Helseutgifter per innbygger målt i USD (amerikanske dollar). 2013.



* 2012-tall.

Kilde: OECD Health Statistics 2015, WHO Global Expenditure Database.

Helseutgifter kan også måles som andel av BNP. I 2013 var helseutgifters andel av BNP størst i USA med 16,4 prosent, etterfulgt av Nederland med 11,1 prosent og lavest i Estland med 6 prosent. Norges helseutgifter utgjorde 8,9 prosent av BNP i 2013. I 2000 var andelen i Norge på 7,7 prosent og i 1980 var den 5,4 prosent.

I 1980 utgjorde helseutgiftene rundt åtte prosent både i USA, Danmark og Tyskland. Kun på Island, har andelen helseutgifter målt i BNP sunket fra 2000 til 2013.

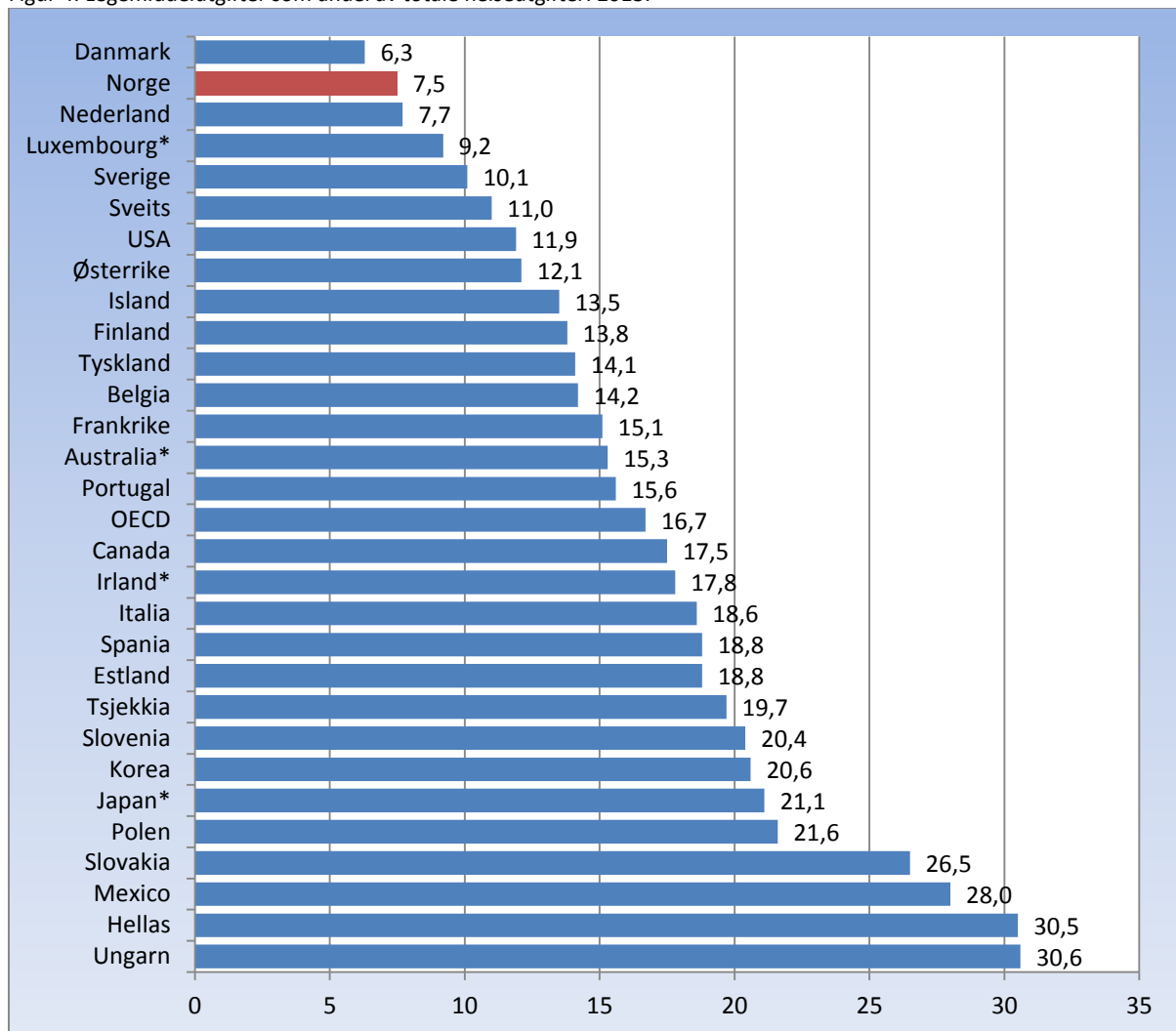
Legemiddelutgifter som andel av totale helseutgifter

Mens helseutgiftene i Norge er dobbelt så høye som gjennomsnittet i OECD-landene, er andelen helseutgifter som går til legemidler under halvparten av andelen helseutgifter som går til legemidler i gjennomsnitt for OECD-land.

Andelen legemiddelutgifter, utenfor og innenfor sykehus, utgjorde rundt 17 prosent av totale helseutgifter i gjennomsnitt for OECD-land i 2013. I Norge utgjorde legemiddelutgifter 7,5 prosent av de totale helseutgiftene. Danmark brukte minst andel av helseutgifter på legemidler med 6,3 prosent.

Hellas og Ungarn brukte om lag en tredjedel av totale helseutgifter på legemidler i 2013, og hadde høyest legemiddelandel blant OECD landene.

Figur 4: Legemiddelutgifter som andel av totale helseutgifter. 2013.



* 2012-tall.

Kilde: OECD Health Statistics 2015; WHO Global Health Expenditure Database.

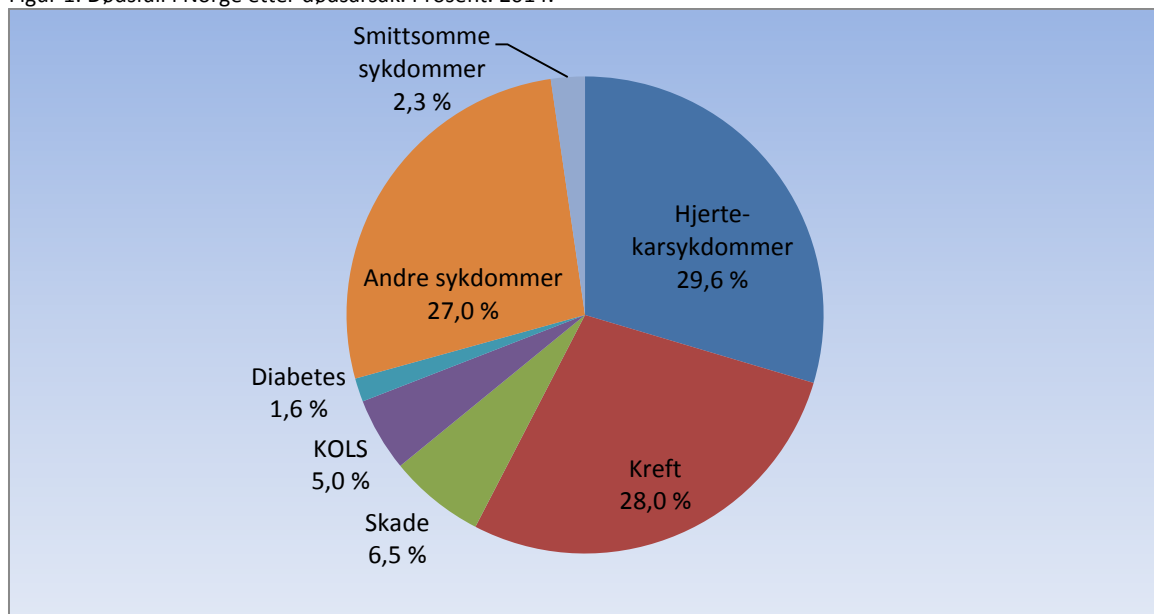
3. Ikke smittsomme sykdommer

Sykdomsbildet i Norge er preget av ikke-smittsomme sykdommer som hjerte- og karsykdommer, diabetes, kroniske lungesykdommer og kreft. Ikke-smittsomme sykdommer (Non-Communicable Diseases; NCD) utgjør en økende andel av alle tapte leveår og liv med redusert livskvalitet. Norge har forpliktet seg til å slutte opp om WHO sitt mål om 25 prosent reduksjon i for tidlig død av disse sykdommene innen 2025. De viktigste risikofaktorer knyttet til disse kroniske sykdommene er tobakksforbruk, høyt alkoholkonsum, usunne matvaner, fysisk inaktivitet og høyt blodtrykk.

Ikke-smittsomme sykdommer i Norge

I underkant av 65 prosent av alle dødsfall i Norge i 2014 skyldtes de fire største sykdomsgruppene av ikke-smittsomme sykdommer: hjerte- og kar sykdommer, kreft, diabetes og kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS).

Figur 1: Dødsfall i Norge etter dødsårsak. Prosent. 2014.



Kilde: Dødsårsaksregisteret, Folkehelseinstituttet.

I den norske NCD-strategien for perioden 2013-2017 inngår tiltak for å forebygge, diagnostisere, behandle og rehabilitere de ikke-smittsomme sykdommene. I tillegg til å redusere forekomst og for tidlig død, vil tidlig diagnostisering og forebygging kunne gjøre det enklere for de mange som lever med slike kroniske sykdommer. Om lag 225 000 personer i Norge lever med kreft og om lag 340 000 anslås å leve med diabetes, hvorav om lag 100 000 antas å ha sykdommen uten å ha blitt diagnostisert.

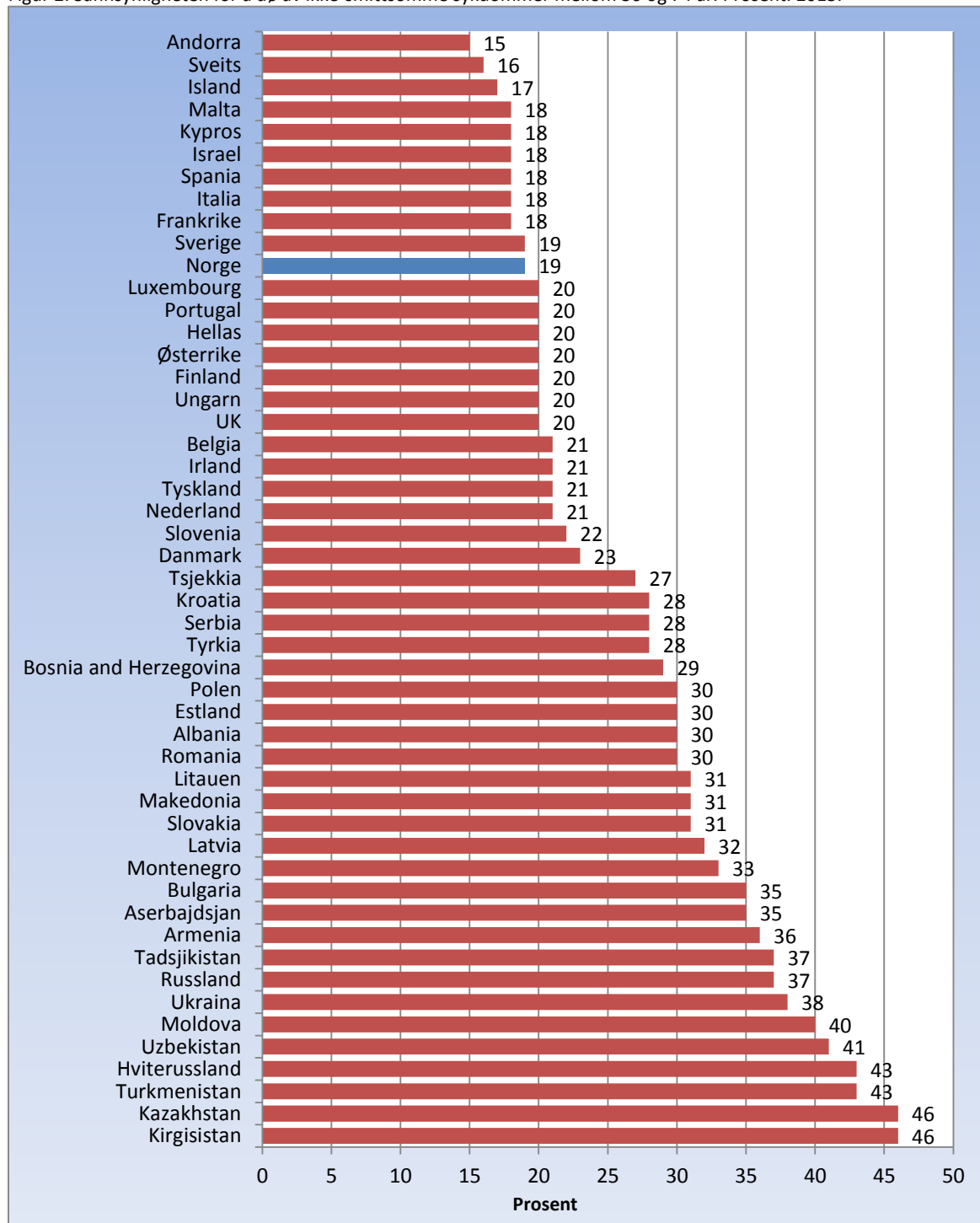
Sannsynlighet for å dø av ikke-smittsomme sykdommer

Rundt 68 prosent av dødsårsakene på verdensbasis skyldes ikke-smittsomme sykdommer. Dette tilsvarer over 36 millioner dødsfall. WHO anslår at rundt 42 prosent av disse dødsfallene kunne vært unngått.

Ikke smittsomme sykdommer står for en stadig økende andel av dødsfallene i utviklingsland. I 2012 var 31 prosent av dødsfallene i utviklingsland relatert til smittsomme sykdommer, mens nesten 50 prosent var relatert til NCD.

Sannsynlighet for å dø av ikke-smittsomme sykdommer øker med alder. I aldersgruppe 50-74 år har befolkningen i Andorra og Sveits lavest sannsynlighet for å dø av ikke-smittsomme sykdommer, med henholdsvis 15 og 16 prosent. Sannsynligheten for å dø av ikke-smittsomme sykdommer er høyest i Kazakhstan og Kirgisistan med 46 prosent. I Norge er sannsynligheten 19 prosent.

Figur 2: Sannsynligheten for å dø av ikke-smittsomme sykdommer mellom 50 og 74 år. Prosent. 2013.



Kilde: Institute for health metrics and evaluation, Global Burden of Disease.

<http://vizhub.healthdata.org/le/>

4. Seksuelt overførbare infeksjoner

Seksuelt overførbare infeksjoner er en gruppe smittsomme sykdommer som først og fremst overføres ved seksuell kontakt. Norge har en smittevernlov som har til formål å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved forebygging og å motvirke smitte. I tillegg har loven som formål å hindre at slike sykdommer føres inn i eller ut av Norge.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) er et EU-byrå som jobber for å styrke landene mot og å overvåke smittsomme sykdommer. EU/EØS land rapporterer inn tall over forekomst av smittsomme sykdommer til ECDC. Ikke alle land rapporterer inn, og det er usikkerhet knyttet til innrapporterte tall. Det er derfor viktig å være forsiktig med tolkning av tallmateriale.

Klamydia

Klamydia er den vanligste seksuelt overførbare infeksjonen i Europa. I 2013 rapporterte EU/EØS land 384 555 tilfeller av klamydia. Det utgjør 182 tilfeller per 100 000 innbygger. Kvinner smittes hyppigere enn menn. To tredjedeler av de innrapporterte tilfellene er i aldersgruppen 15-24 år. Danmark, Sverige, Norge og Storbritannia står til sammen for 83 prosent av rapporterte tilfeller, hvorav Storbritannia alene står for 61 prosent.

Utbredelsen av klamydia i Europa varierer veldig fra land til land, fra under 1 per 100 000 i Luxembourg, Romania og Kypros til i overkant av 300 per 100 000 i de nordiske landene (Sverige, Danmark, Norge, Island) og Storbritannia. Siden 2008 har utbredelsen av klamydia totalt sett i Europa holdt seg relativt stabil. Enkelte land har store økninger i antall rapporterte tilfeller. Dette skyldes sannsynligvis at de har tatt i bruk nye diagnostiske metoder og rapporteringsverktøy. I 2013 ble det rapportert 1 043 tilfeller av lymfongranuloma venereum (LGV), en ny aggressiv variant av klamydia.

Gonoré

Gonoré er den nest mest utbredte seksuelt overførbare infeksjonen i Europa. I 2013 ble det rapportert 52 995 tilfeller. Menn smittes hyppigere enn kvinner med henholdsvis 29 og 9,7 tilfeller per 100 000 innbyggere. Over 60 prosent av rapporterte tilfeller er i aldergruppen 20-34 år. Utviklingen av multiresistent gonoré har holdt seg stabilt de siste årene.¹ Storbritannia sto for 61 prosent av tilfellene. Antall rapporterte tilfeller per 100 000 innbyggere i Europa har økt med 79 prosent siden 2008. Dette gjelder for to tredjedeler av rapporteringslandene.

Utbredelsen av gonoré varierer mye fra land til land, fra under 1 per 100 000 innbygger i Kroatia, Kypros, Italia og Luxembourg, til over 25 per 100 000 i Irland, Latvia og Storbritannia.

Syfilis

I 2013 ble det rapportert 22 237 tilfeller av syfilis i Europa. Menn smittes hyppigere enn kvinner med henholdsvis 8,4 og 1,6 tilfeller per 100 000 innbyggere. 86 prosent av smittede er over 24 år.

Tyskland, Romania, Spania og Storbritannia sto for om lag to tredjedeler av tilfellene i 2013. Lavest antall tilfeller er i Kroatia, Kypros, Portugal, Slovenia og på Island med under to per 100 000. Flest antall tilfeller er i Spania, Litauen og på Malta med over åtte tilfeller per 100 000. Fra 2008 til 2013 har antallet tilfeller av syfilis per 100 000 innbyggere i Europa økt. Den største økningen står Norge, Danmark, Portugal, Malta og Hellas for med en dobling i perioden.

¹ European Center for Disease Prevention and Control. Gonococcal antimicrobial susceptibility surveillance in Europe, 2013. Stockholm: ECDC; 2015.

Tabell 1: Rapporterte tilfeller av syfilis, klamydia og gonoré i EU/EØS land. Per 100 000 innbyggere. 2008 og 2013.

	Syfilis		Klamydia		Gonoré	
	2008	2013	2008	2013	2008	2013
Bulgaria	5,6	4,9		4,4	2,4	1,3
Danmark	2,8	5,7	531,7	461,2	7,8	14,6
Estland	5,3	2,9	164,8	116,8	10,9	9,9
Finland	4,0	2,9	261,7	243,5	3,7	4,9
Hellas	1,4	2,7	0,6	4,4	1,9	2,0
Irland	2,7	3,5	141,1	135,7	10,0	27,5
Island	0,6	0,9	581,4	677,0	7,9	5,9
Italia*	1,5	1,0			0,4	0,5
Kroatia		1,9		8,5		0,3
Kypros	1,8	1,2	0,1	0,2	0,3	0,2
Latvia	10,8	6,3	34,2	99,3	22,8	27,4
Litauen	10,1	9,1	12,5	10,3	16,6	6,4
Luxembourg	2,5	4,5	0,4	0,2	3,7	0,7
Malta	4,7	9,3	26,5	29,2	12,3	14,5
Norge	1,2	3,7	495,8	440,5	6,4	10,0
Polen	2,4	3,4	1,8	1,1	0,7	1,4
Portugal	0,9	1,8			0,6	1,1
Romania	19,4	6,9	0,6	0,1	3,1	1,7
Slovakia	4,2	6,1	2,0	16,9	2,8	6,9
Slovenia	3,1	1,7	6,0	12,0	2,0	3,0
Spania	5,6	8			4,2	7,1
Storbritannia	5,4	5,6	337,4	365,3	26,7	50,7
Sverige	1,8	2,9	465,9	369,3	7,8	11,6
Tsjekkia	3,3	3,8			7,8	13,3
Tyskland	3,9	6,1				

* Gjelder år 2012.

Kilde: European Center for Disease Prevention and Control (ECDC).

Hiv/aids

I 2014 ble det rapportert 29 992 nye tilfeller av hiv i EU/EØS-land.² Menn smittes hyppigere enn kvinner, med henholdsvis 9,2 og 2,6 tilfeller per 100 000 innbyggere. I perioden 2008 til 2014 har antallet nye tilfeller av hiv i EU/EØS totalt gått noe ned fra 6,9 tilfeller per 100 000 til 5,9 tilfeller per 100 000.

Flest nye tilfeller av hiv per 100 000 ble rapportert fra Estland med 22,1 per 100 000 innbyggere og færrest i Slovakia med 0,6.

Rundt 42 prosent av nye tilfeller av hiv i 2014 var blant menn som har sex med menn. Heteroseksuell kontakt sto for 32 prosent av de nye tilfellene og narkotikabruk med sprøyter sto for 4 prosent. 37 prosent av de smittede i EU/EØS land har blitt smittet utenfor rapporteringslandet. Mens 80 prosent av de nye smittede fra Island ble det i utlandet, var andelen 5 prosent i Kroatia, Estland og Polen.

² <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/hiv-aids-surveillance-in-Europe-2014.pdf>

Tabell 2: Rapporterte tilfeller av hiv og aids i EU/EØS land. Per 100 000 innbyggere. 2008 og 2012.

	HIV		AIDS	
	2008	2014	2008	2014
Belgia	10,2	9,3	1,1	0,7
Bulgaria	1,6	3,4	0,4	0,9
Danmark	5,2	4,5	0,7	0,5
Estland	40,6	22,1	4,5	1,4
Finland	2,8	3,3	0,5	0,4
Frankrike	9,0	6,6	1,6	0,6
Hellas	5,4	7,4	0,9	1,1
Irland	9,1	8,0	0,8	0,6
Island	3,2	3,4	0,6	0,0
Italia	3,4	6,1	2,2	1,4
Kroatia	1,6	2,2	0,6	0,5
Kypros	4,8	6,5	1,5	0,7
Latvia	16,3	17,3	4,7	8,5
Litauen	3,0	4,8	1,7	1,3
Luxembourg	11,8	17,5	1,7	1,6
Malta	6,9	9,4	2,2	0,9
Nederland	7,9	4,9	1,6	0,9
Norge	6,3	5,2	0,4	0,9
Polen	2,2	2,8	0,5	0,3
Portugal	18,3	8,8	5,9	2,4
Romania	1,3	4,0	1,4	1,9
Slovakia	1,0	1,6	0,0	0,1
Slovenia	2,4	2,4	0,5	0,8
Spania	12,4	7,2	3,4	1,3
Storbritannia	11,9	9,5	3,3	0,5
Sverige	4,5	3,6	1,4	-
Tsjekkia	1,4	2,2	0,3	0,2
Tyskland	3,5	4,4	0,7	0,3
Ungarn	1,5	2,7	0,2	0,5
Østerrike	4,2	2,8	1,3	0,9
Totalt EU/EØS	6,9	5,9	1,6	0,8

Kilde: European Center for Disease Prevention and Control (ECDC).

Antallet aids tilfeller i EU/EØS har gått jevnt nedover siden midten av 90-tallet, og antallet gikk ned med over 48 prosent fra 2008 til 2014. Årsaken til reduksjonen skyldes i hovedsak mer effektiv behandling med legemidler. I 2014 ble 4 020 personer diagnostisert med aids i EU/EØS, det vil si 0,8 tilfeller per 100 000 innbyggere. I 2008 var antallet 1,6 per 100 000 innbyggere. Den høyeste andelen nye tilfeller ble rapportert av Latvia med 8,5 prosent.

Befolkningens helsetilstand og levevaner

Overordnede mål for folkehelsearbeidet i Norge er flere leveår med god helse for den enkelte, samt å redusere sosiale helseforskjeller i befolkningen. Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse. Dette gjøres gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko og styrke faktorer som fremmer god helse.

Folkehelseloven som trådte i kraft 1. januar 2012 regulerer langsiktig og systematisk folkehelsearbeid på statlig, fylkeskommunalt og kommunalt nivå.

Her er noen nøkkeltall som viser en del av utfordringsbildet og utviklingen innenfor folkehelseområdet.



5. Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker

Det er knyttet store samfunnskostnader til sykdom og ulykker. I beregningen av samfunnskostnadene inngår både verdien av sykdomsbyrden (tapte leveår og helsetap), kostnader for helsetjenesten og produksjonstap. En oversikt over samfunnskostnadene vil kunne synliggjøre potensialet for samfunnsgevinst ved for eksempel å iverksette forebyggingstiltak.

Totale samfunnskostnader

For 2013 er samfunnskostnadene anslått til 1 860 mrd. kroner. Sykdomsbyrden (målt i helsetapsjusterte leveår, DALY, og gitt en økonomisk verdi) utgjør den største andelen med 75 prosent, 35 prosentpoeng knytter seg til tapte leveår og 40 prosentpoeng til helsetap. Helsetjenestekostnadene er anslått å utgjøre 274 mrd. kroner, det vil si 15 prosent av de totale samfunnskostnadene. Produksjonstapet, her anslått som tapte skatteinntekter, er estimert til 186 mrd. kroner. Produksjonstapet utgjør dermed 10 prosent av de samlede samfunnskostnadene; 4 prosentpoeng relatert til sykefravær, 5 prosentpoeng til uførhet og ett prosentpoeng til dødsfall i arbeidsfør alder.

Tabell 1: Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker for Norge i 2013 fordelt på sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap. I mrd. i og andeler.

	Kostnader i mrd. 2013-kr (andeler)
Sykdomsbyrde (DALY) (økonomisk verdi av befolkningens tapte leveår og helsetap)	1 400 (75 %)
Helsetjenestekostnader (ressurser som benyttes i helse- og omsorgstjenesten)	274 (15 %)
Produksjonstap på grunn av sykdom, uførhet og død (verdimessig anslått som tapte skatteinntekter)	186 (10 %)
Totale samfunnskostnader	1 860

Kilde: Helsedirektoratet 2016, IS-2436 Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2013 - Sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på sykdomsgrupper.

Fordelt på diagnose

Estimert sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap kan fordeles på sykdomsgrupper.

Sykdomsbyrden er størst i sykdomsgruppene kreft, psykiske lidelser, sykdommer i sirkulasjonssystemet og muskel-skjelettsykdommer. Sykdomsbyrden er imidlertid ulik for de ulike sykdomsgruppene. Mens sykdomsbyrden når det gjelder kreft er knyttet seg til tapte leveår, er helsetapet for muskel-skjelettsykdommer knyttet til redusert livskvalitet.

Størst ressursbruk i form av helsetjenestekostnader knytter seg til diagnosegruppene kreft, psykiske lidelser, sykdommer i sirkulasjonssystemet og muskel-skjelettsykdommer.

Psykiske lidelser og muskel-skjelettsykdommer utgjør til sammen 28 prosent av sykdomsbyrden, men hele 56 prosent av produksjonstapet. Dette skyldes at psykiske lidelser og muskel-skjelettsykdommer både rammer mange, samt at de i større grad rammer den arbeidsføre befolkningen enn f. eks. kreft og sykdommer i sirkulasjonssystemet.

Tabell 2: Totale samfunnskostnader (sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap) ved sykdom og ulykker for Norge i 2013 fordelt på sykdomsgrupper. Mrd. 2013-kroner.

Hovedkapittel ICD	Sykdomsbyrde (Mrd. 2013-kr)		Helse-tjeneste kostnader (Mrd. 2013-kr)	Produksjonstap (Mrd. 2013-kr)		
	Tapte leveår	Helsetap		Syke-fravær	Uførhet	Død
Infeksjons- og parasittsykdommer	27,4	5,2	1,9	-	0,6	0,2
Kreft	217,7	14,4	16,6	2,5	2,5	4,8
Sykdommer i blod og bloddannende organer	1,2	22,8	1,8	0,2	-	0,0
Endokrine, ernærings- og metabolske sykdommer	10,8	29,1	4,9	1,3	1,7	0,4
Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser	51,3	156,9	31,7	13,9	33,5	2,7
Sykdommer i nervesystemet	50,3	59,7	5,5	3,2	7,5	0,6
Sykdommer i øyet og øret	-	36,7	11,3	1,1	1,4	-
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	169,3	25,3	17,8	3,2	5,1	2,0
Sykdommer i åndedrettssystemet	34,9	30,2	11,1	3,8	1,9	0,4
Sykdommer i fordøyelsessystemet	20,2	13,2	8,1	2,8	1,2	0,4
Sykdommer i hud og underhud	1,3	41,4	2,4	0,8	1,5	0,0
Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	2,6	185,0	14,5	24,2	29,4	0,1
Sykdommer i urin- og kjønnsorganene	11,0	35,9	6,7	0,9	0,3	0,1
Svangerskap, fødsel og barseltid	6,3	7,6	3,8	3,9	-	0,0
Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	-	-	3,2	-	-	0,0
Medfødte misdannelser og kromosomavvik	9,2	10,3	1,1	0,1	2,0	0,2
Symptomer, tegn	1,4	-	3,3	-	1,0	0,6
Skader, forgiftninger, og vold	38,7	44,7	9,9	4,9	4,9	2,9
Alle andre diagnoser	4,0	23,9	5,1	-	0,9	-
Ikke fordelt på diagnoser	-	-	113,4	3,4	4,4	0,6
I ALT	658	742	274	70	100	16

Kilde: Helsedirektoratet 2016, IS-2436. Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2013 - Sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på sykdomsgrupper.

6. Levevaner blant unge

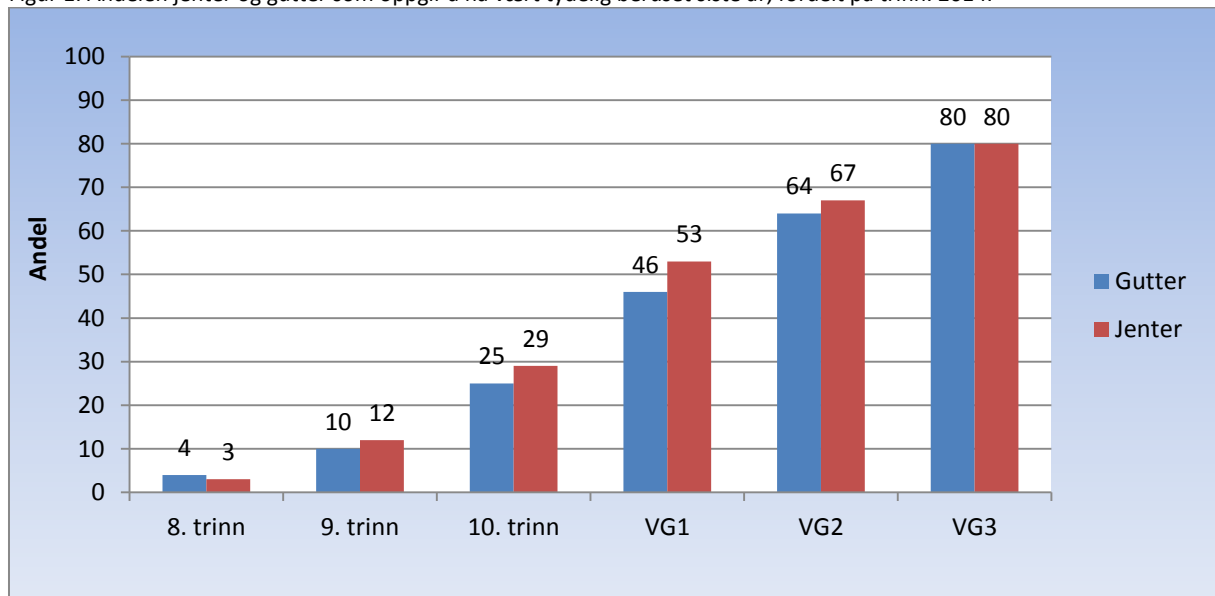
Helserelaterte vaner etableres ofte i løpet av barne- og ungdomsårene. Kunnskap om de unges levevaner er viktig for å iverksette forebyggende tiltak dersom det er behov. Ungdataundersøkelsen er en spørreundersøkelse blant elever på ungdomsskole og videregående opplæring. Data fra undersøkelsen gir indikasjoner på utviklingen i barn og unges levevaner, som for eksempel bruk av alkohol, hasj, fysisk aktivitet og ulike måter å trene på.

Alkoholbruk

På 8. trinn oppga 3-4 prosent at de hadde vært tydelig beruset i løpet av det siste året. Blant avgangselevne i videregående var andelen 80 prosent. Andelen elever som oppga å ha vært tydelig beruset øker gradvis gjennom tenårene og andelen er jevnt over litt høyere blant jenter enn blant gutter. Forskjellen mellom kjønnene er størst på 10. trinn og på første året i videregående opplæring.

Alkoholbruken varierer mellom fylker og kommuner. Andelen som oppga at de har vært tydelig beruset sist år var høyest i Nordland med 19 prosent, og lavest i Møre og Romsdal, Rogaland, Vest-Agder og Telemark med 11 prosent.

Figur 1: Andelen jenter og gutter som oppgir å ha vært tydelig beruset siste år, fordelt på trinn. 2014.



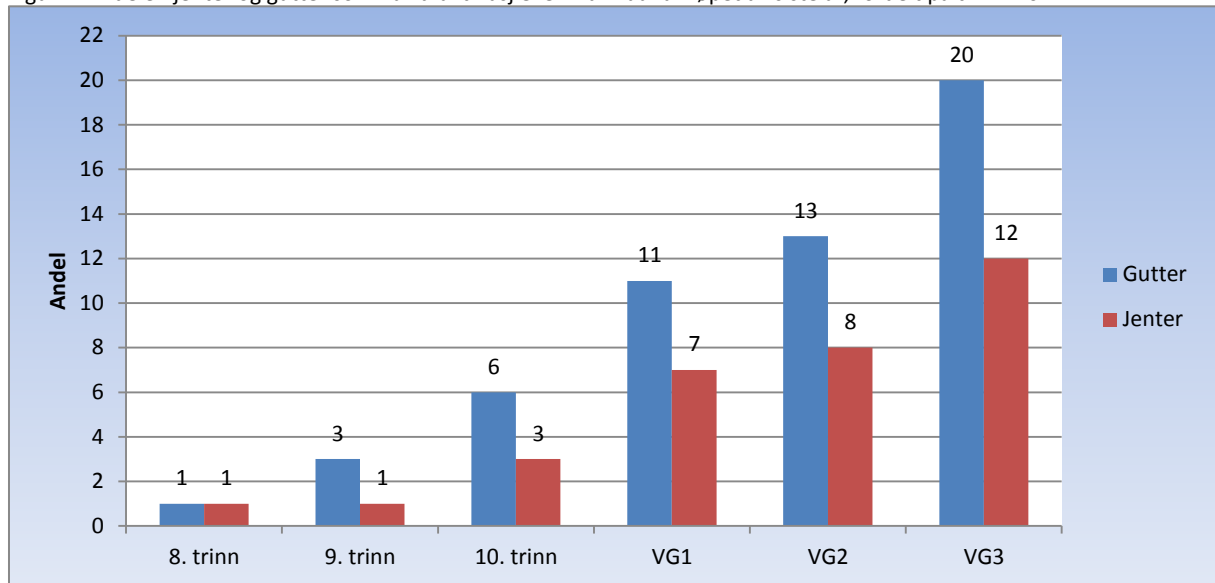
Kilde: Ungdata, NOVA.

De unges alkoholbruk har gått ned fra år 2000 («Rusmidler i Norge», SIRUS 2015). Nedgangen gjelder både andelen unge som oppgir at de har drukket noen gang i løpet av siste år eller måned, og andelen som har drukket ofte.

Hasj og marihuana

Andelen unge som oppga at de hadde forsøkt hasj eller marihuana i løpet av det siste året var mellom 1-3 prosent på 8. og 9. trinn i 2014. På 10. trinn oppga seks prosent av guttene og tre prosent av jentene at de hadde brukt hasj eller marihuana. Andelen øker jevnt på videregående, og utgjorde henholdsvis 20 prosent av guttene og 12 prosent av jentene siste året på videregående. Omfanget av hasjrøyking har endret seg lite siden 2010.

Figur 2: Andelen jenter og gutter som har brukt hasj eller marihuana i løpet av siste år, fordelt på trinn. 2014.



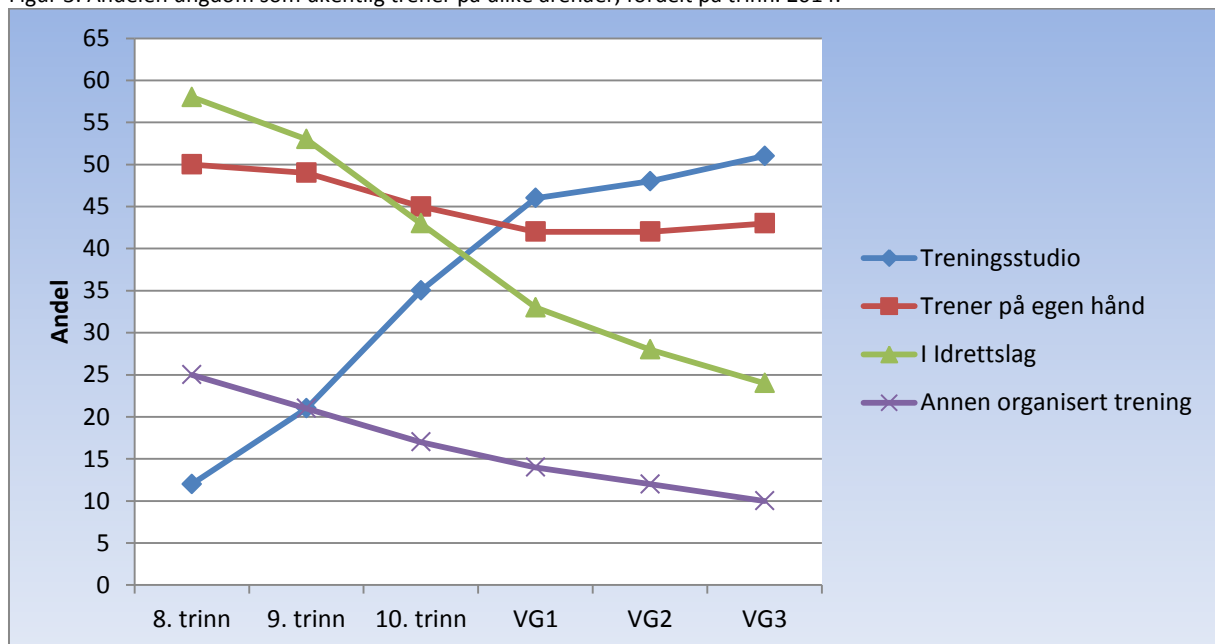
Kilde: Ungdata, NOVA.

Fysisk aktivitet

I 2014 oppga i overkant av 80 prosent av elevene på ungdomstrinnet at de trente minst en gang i uka. Andelen synker litt blant elevene i videregående opplæring, og ligger mellom 74 og 77 prosent. På alle trinn er andelen jenter som trener minst en gang i uka er litt høyere enn andelen gutter.

Andelen unge som trener i idrettslag eller i annen organisert trening avtar med økende alder, samtidig som andelen som trener på treningsstudio øker. 58 prosent av elevene som trener på 8. trinn oppgir at de trener i idrettslag. På VG3 har deltakelse i idrettslag sunket til 24 prosent, mens over halvparten oppgir at de bruker treningsstudio. Andelen som oppgir at de trener på egenhånd går ned fra 50 prosent på 8. trinn til 42-43 prosent på videregående. Aktiviteter under transport som sykling og gåing, er ikke med i undersøkelsen.

Figur 3: Andelen ungdom som ukentlig trener på ulike arenaer, fordelt på trinn. 2014.



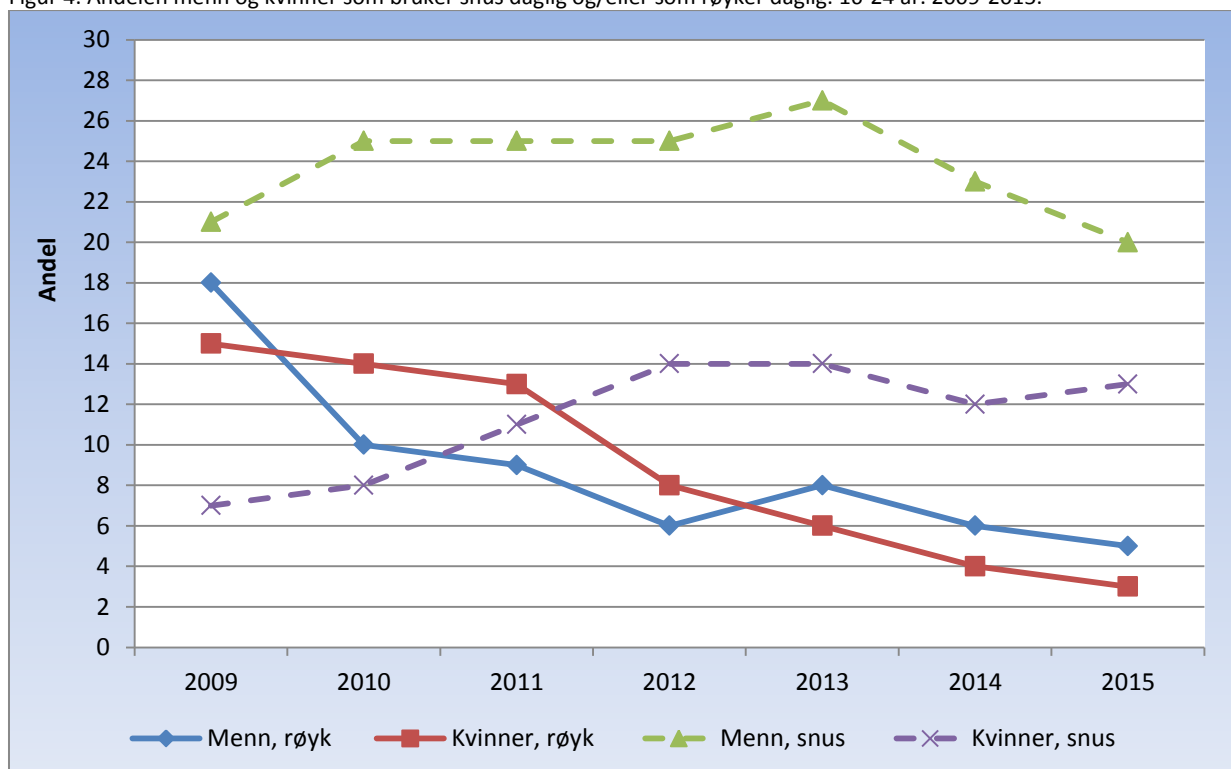
Kilde: Ungdata, NOVA.

Bruk av tobakk

Det store flertallet av ungdom oppgir at de aldri har røykt. 87 prosent svarer at de aldri har røykt, og under 3 prosent røyker fast på ungdomstrinnet i 2014. Bruk av tobakk øker noe gjennom ungdomsårene, men trenden har vært nedgang i alle aldersgrupper de siste 15 årene (Ungdata, NOVA og Statistisk sentralbyrå). Andelen dagligrøykere har sunket kraftig i aldersgruppen 16-24 år fra 2009 til 2015. I 2009 røyket 18 prosent menn og 15 prosent kvinner i denne aldersgruppen. I 2015 er andelen henholdsvis fem for menn og tre for kvinner.

Bruken av snus blant menn i aldersgruppen 16-24 år er tilnærmet på samme nivå i 2015 som det var i 2009. I 2015 brukte 2 av 10 menn i denne aldersgruppen snus. Selv om snusbruken er på samme nivå som i 2009 har det vært en nedgang blant menn de siste to årene. Andelen kvinner i aldersgruppen 16-24 år som brukte snus var i 2009 på syv prosent. I perioden 2009 til 2012 økte denne andelen til 14 prosent. I 2015 var andelen 13 prosent.

Figur 4: Andelen menn og kvinner som bruker snus daglig og/eller som røyker daglig. 16-24 år. 2009-2015.



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

7. Selvopplevd helse blant unge

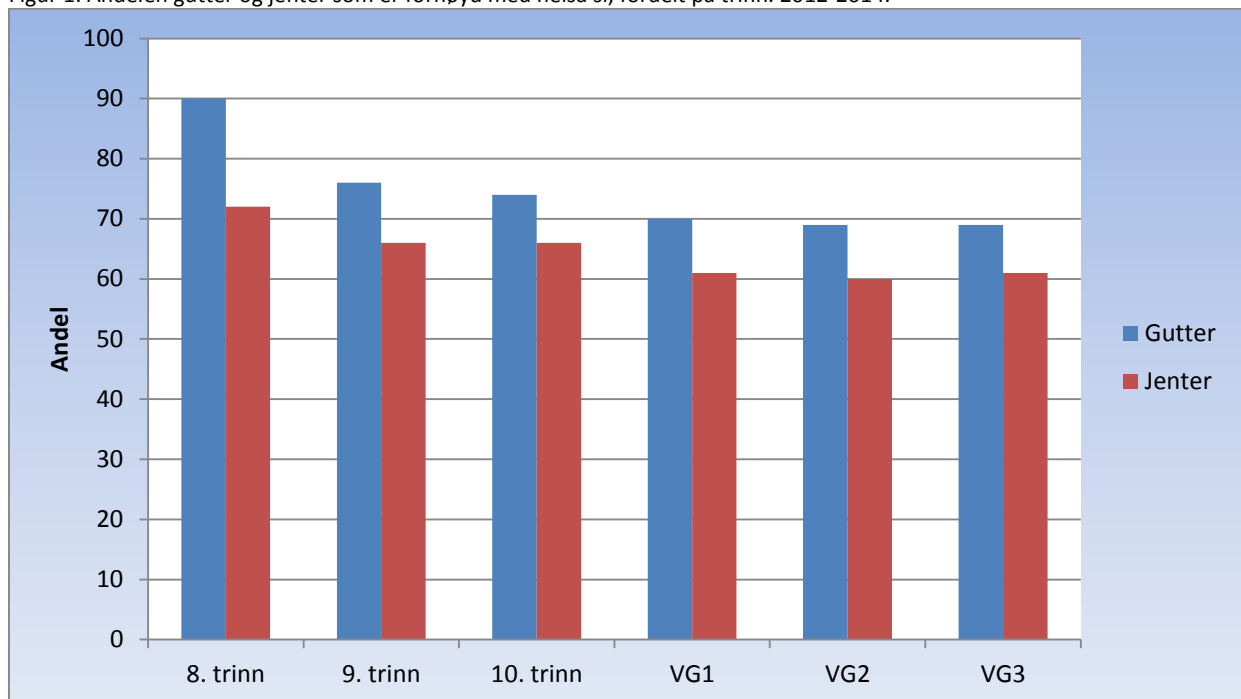
For å iverksette forebyggende tiltak for barn og unges helse, er det viktig å følge med på ulike sider ved deres liv. I Ungdataundersøkelsen, en spørreundersøkelse blant elever i alle trinn på ungdomsskolen og i videregående opplæring, blir elevene blant annet spurt om hvordan de opplever egen helse og hvor fornøyd de er med seg selv. De siste resultatene fra undersøkelsen baseres på svar gitt i perioden 2012-2014.

Ungdoms vurdering av egen helse

Majoriteten av norsk ungdom oppgir å være fornøyd med egen helse. Sett under ett oppgir 42 prosent at de er «svært fornøyd» og 30 prosent at de er «litt fornøyd» med egen helse. 15 prosent oppgir å være «litt misfornøyd» eller «svært misfornøyd». 13 prosent oppga «verken eller» på spørsmålet.

Andelen som oppgir å være «svært fornøyd» eller «litt fornøyd» er definert som fornøyd med egen helse. Andelen som oppgir å være fornøyd med egen helse er høyere blant gutter enn jenter. Dette gjelder på alle trinn. Andelen som er fornøyd med egen helse synker gjennom ungdomsskoletida og flater ut i overgangen til videregående.

Figur 1: Andelen gutter og jenter som er fornøyd med helsen sin, fordelt på trinn. 2012-2014.

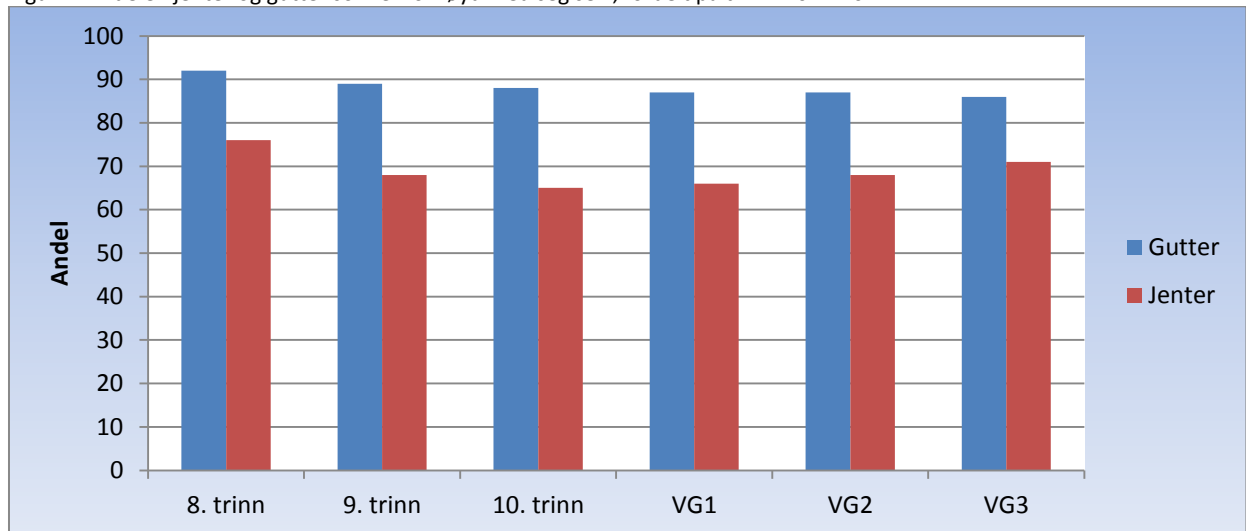


Kilde: Ungdata, NOVA.

Ungdoms tilfredshet med seg selv

Flertallet av ungdom har et positivt selvbilde. Åtte av ti på ungdomstrinnet er fornøyd med seg selv. Gutter er imidlertid betydelig mer fornøyd enn jenter. Andelen gutter som har et positivt selvbilde synker fra 8. trinn til tredje året på videregående, fra 92 prosent til 86 prosent. For jenter er andelen som har et positivt selvbilde høyest på 8. trinn med 76 prosent. Deretter synker andelen noe, for å øke igjen de to siste årene på videregående.

Figur 2: Andelen jenter og gutter som er fornøyd med seg selv, fordelt på trinn. 2012-2014.

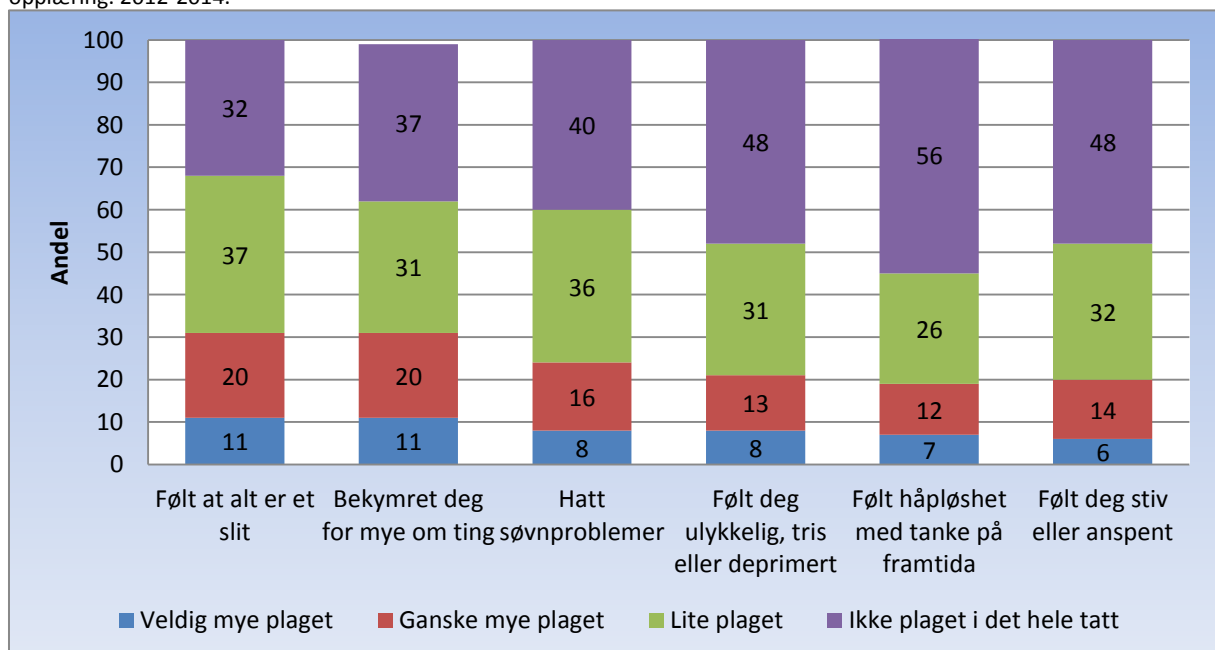


Kilde: Ungdata, NOVA.

Psykiske plager

I undersøkelsen blir elevene spurt om de i løpet av den siste uka har vært plaget av utvalgte psykiske helseplager. 31 prosent svarer at de har vært «veldig mye plaget» eller «ganske mye» plaget på utsagnene «følt at alt er et slit» og «bekymret deg for mye om ting» i løpet av siste uke. 24 prosent oppga å ha vært «veldig mye plaget» eller «ganske mye plaget» av søvnproblemer og 21 prosent svarer det samme på spørsmål om de har «følt seg ulykkelig, trist eller deprimert». Henholdsvis 19 og 20 prosent oppgir å ha vært «veldig mye plaget» eller «ganske mye plaget» av «følt håpløshet med tanke på framtida» og «følt deg anspent eller stiv».

Figur 3: Andelen unge som oppgir å ha hatt ulike psykiske helseplager. Etter symptom. Ungdomsskole og videregående opplæring. 2012-2014.



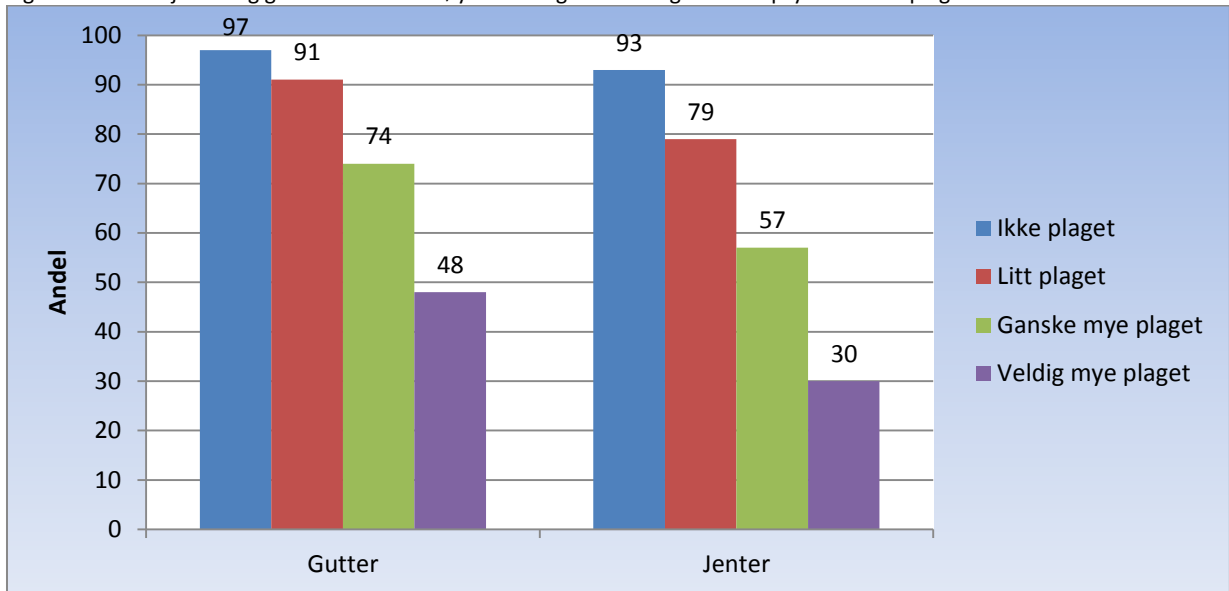
Kilde: Ungdata, NOVA.

Andelen som oppgir å ha hatt psykiske helseplager øker gjennom ungdomsårene, og særlig i løpet av ungdomstrinnene. En høyere andel jenter enn gutter oppgir at de har psykiske helseplager. Nær én av fire jenter i 10. trinn og på videregående oppga at de var ganske mye eller veldig mye plaget.

Sammenheng mellom psykiske plager og selvbilde

Ungdom som sliter med psykiske helseplager har et dårligere selvbilde enn sine jevnaldrende som ikke sliter. Blant jenter som oppgir å være «veldig mye plaget» psykisk så er det kun én av tre som er fornøyd med seg selv. Blant ungdom som oppgir ikke å ha psykiske helseplager er over 9 av 10 fornøyd med seg selv.

Figur 4: Andelen jenter og gutter som er fornøyd med seg selv etter graden av psykiske helseplager. 2012-2014.



Kilde: Ungdata, NOVA.

8. Nasjonale anbefalinger for helseatferd

Helsedirektoratet er ansvarlig for å gi kunnskapsbaserte råd og anbefalinger til befolkningen om levevaner som har betydning for helsen. Det foreligger nasjonale anbefalinger for blant annet kosthold, fysisk aktivitet og tobakksbruk.

Kosthold

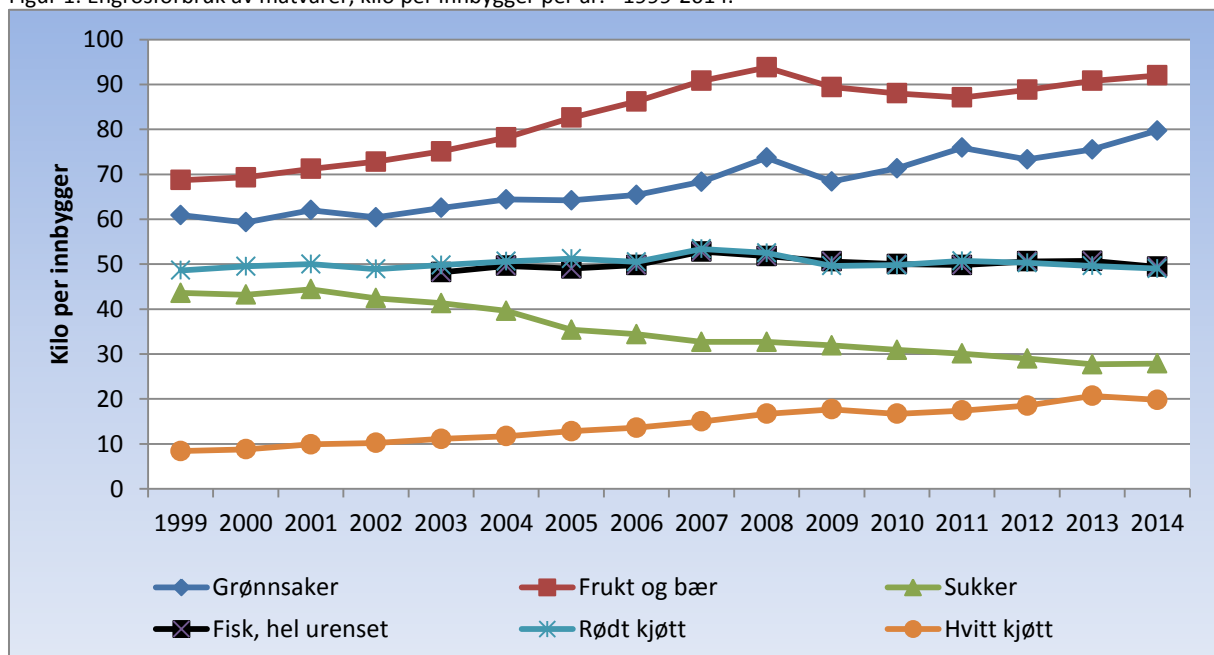
Helsedirektoratets kostråd legger hovedvekt på helheten i kostholdet og balanse mellom energiinntak og energiforbruk. Det anbefales å ha et variert kosthold med mye grønnsaker, frukt, bær, grove kornprodukter og fisk. I tillegg anbefales det å innta begrensede mengder av bearbeidet kjøtt, rødt kjøtt, salt og sukker. Endring av befolkningens kosthold er en del av arbeidet med å fremme folkehelsen og forebygge de store folkesykdommene. Et kosthold i tråd med kostrådene vil redusere risikoen for hjerte- og karsykdommer, flere kreftsykdommer, overvekt, fedme og type 2-diabetes i befolkningen.

Det har over lang tid skjedd en positiv utvikling i det norske kostholdet. For eksempel har forbruket av grønnsaker og frukt økt betydelig de siste femten årene. Selv om utviklingen er positiv gjenstår mye før målene er nådd.

Det er en målsetning at sukker høyst utgjør 10 prosent av energiinnholdet i kosten. Selv om kostens innhold av tilsatt sukker er redusert fra 17 til 13 prosent av kostens energiinnhold i perioden 1999-2014 er nivået fortsatt høyere enn anbefalt. Brus og godteri er de største sukkerkildene.

Det anbefales at forbruket av rødt kjøtt reduseres, samtidig som forbruket av fisk bør øke. Forbruket av rødt kjøtt (svin, storfe, sau og geit) er 49 kg per person i 2014 og har holdt seg stabilt fra 1999. Hvitt kjøtt (fjørfe) har økt mye de siste ti årene, og utgjorde i 2014 nesten 20 kilo per person. Forbruket av fisk har ikke økt slik man har ønsket. Fiskeforbruket var 50 kg per person i 2014.

Figur 1: Engrosforbruk av matvarer, kilo per innbygger per år.* 1999-2014.



* Tall for forbruk av fisk er kun fra og med 2003.

Kilde: Helsedirektoratet. IS-2382. Utvikling av norsk kosthold. 2015.

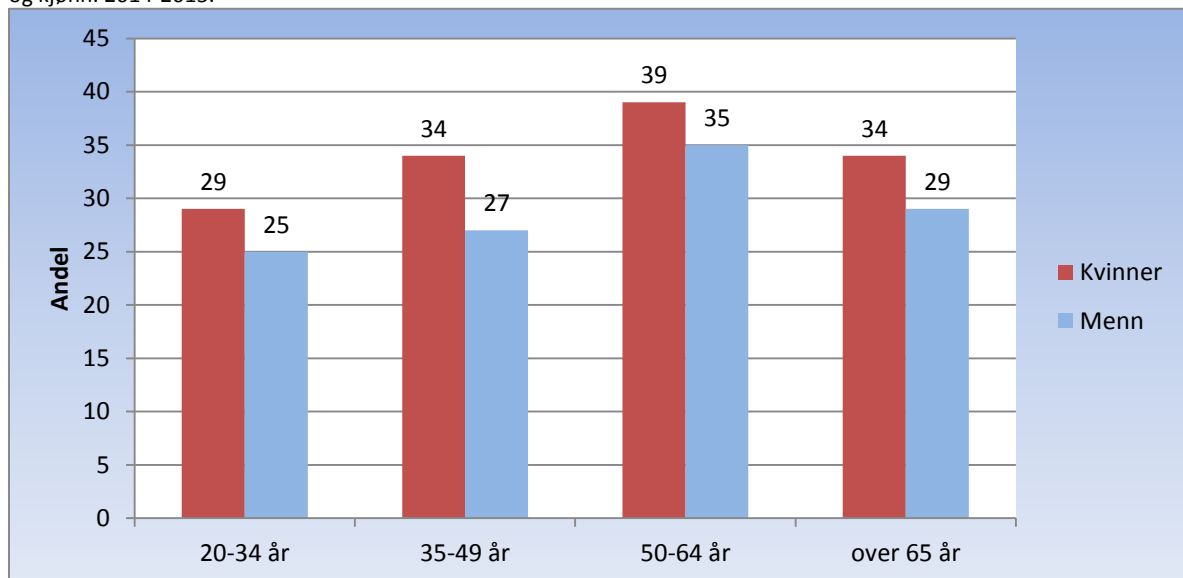
Fysisk aktivitet

Helsedirektoratet anbefaler voksne og eldre å være fysisk aktive minimum 150 minutter med moderat intensitet per uke, eller minimum 75 minutter med høy intensitet per uke. Anbefalingene om fysisk aktivitet kan også oppfylles med kombinasjon av moderat og høy intensitet. Barn og unge anbefales minimum 60 minutter fysisk aktivitet hver dag. Aktiviteten bør være av moderat eller høy intensitet. Aktivitet ut over dette gir ytterligere helsegevinst.

Det er gjort undersøkelser både blant barn og unge og blant voksne for å måle deres aktivitetsnivå over en periode. Objektivt registrert aktivitet måles med en avansert skritteller som viser gjennomsnittet av total fysisk aktivitet av lett, moderat og høy intensitet.

Andelen voksne som oppfyller minimumsanbefalingene er høyest i aldersgruppen 50-64 år. 39 prosent av kvinnene og 35 prosent av mennene i denne aldersgruppen oppfyller minimumsanbefalingene. Flere kvinner enn menn oppfyller minimumsanbefalingene uavhengig av aldersgruppe.

Figur 2: Objektivt registrert fysisk aktivitet og andelen voksne som oppfyller minimumsanbefalingene. Etter aldersgrupper og kjønn. 2014-2015.



Kilde: Helsedirektoratet IS-2367 (2015). Fysisk aktivitet og sedatid blant voksne og eldre i Norge. Nasjonal kartlegging 2014-15.

Objektivt registrert fysisk aktivitet viser at andelen voksne i alderen 20-85 år som er fysisk aktive i henhold til minimumsanbefalingen har økt blant kvinner fra 29 prosent til 34 prosent og menn fra 26 prosent til 29 prosent i perioden 2008-2009 til 2014-2015. Økning blant kvinner i alderen 35-49 år fra 26 til 34 prosent og menn i alderen 50-64 år fra 28 til 35 prosent. Blant personer over 65 år økte andelen aktive fra 25 til 34 prosent (Helsedirektoratet, IS-2183 og IS-2367).

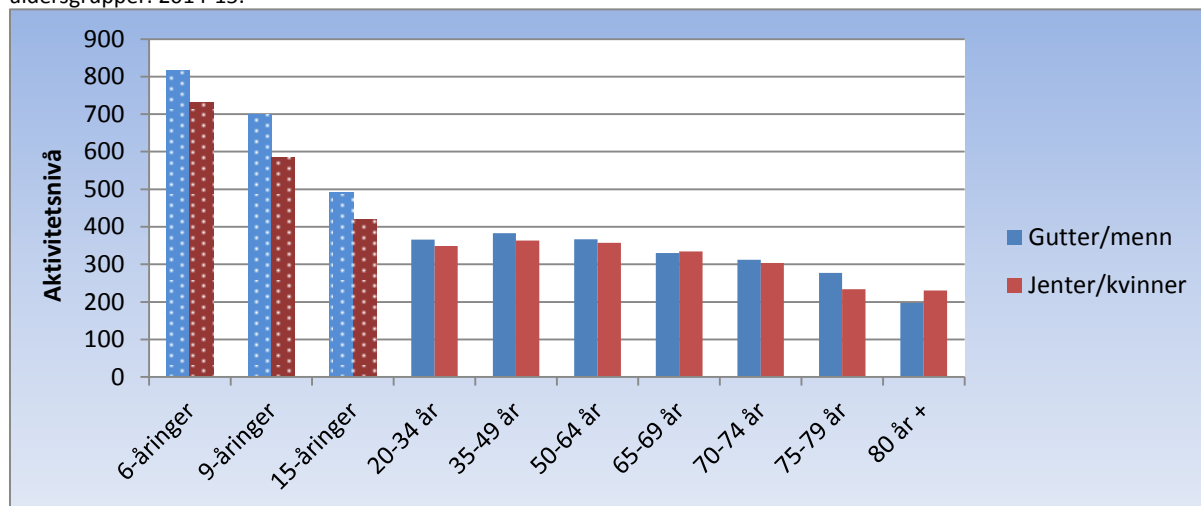
Objektivt målt fysisk aktivitet viser at blant 6-åringene oppfyller 87 prosent av jentene minimumsanbefalingene om 60 minutters daglig moderat fysisk aktivitet. Tilsvarende tall for gutter er 96 prosent. Blant 9-åringene tilfredsstillte 70 prosent av jentene og 86 prosent av guttene minimumsanbefalingene. For 15-åringene er tilsvarende tall 43 prosent for jentene og 58 prosent for guttene (Helsedirektoratet, IS-2002).

Undersøkelser viser at total objektivt registrert fysisk aktivitet av lett, moderat eller høy intensitet er høyest blant 6-åringene. Fra 6 år til 9 år faller aktivitetsnivået med rundt 14 prosent for gutter og 20

prosent for jenter. Fra 9 år til 15 år faller aktivitetsnivået ytterligere, med rundt 30 prosent for gutter og 28 prosent for jenter.

Objektivt målt fysisk aktivitet viser at i barne- og ungdomsårene har guttene et klart høyere totalt fysisk aktivitetsnivå enn jentene, men forskjellene jevnes ut i voksen alder. Menn 20-34 år er om lag like aktive som menn 50-64 år og kvinner mellom 65-69 år er nesten like aktive som kvinner 20-34 år.

Figur 3: Objektivt registret fysisk aktivitet (telling/minutt). Gutter og jenter 6, 9, 15 år. 2012. Kvinner og menn etter aldersgrupper. 2014-15.



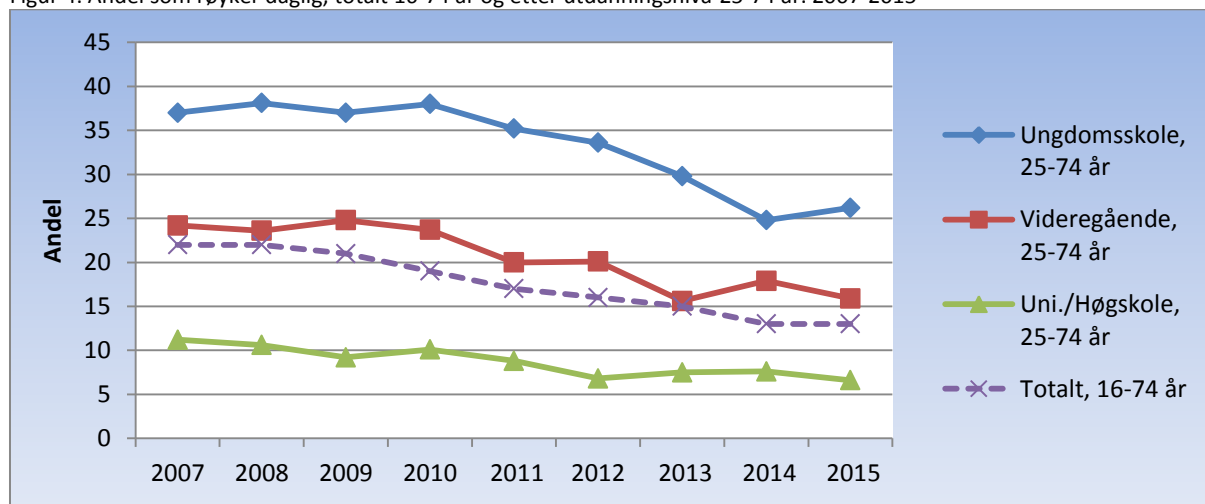
Kilder: Helsedirektoratet, IS-2002. Fysisk aktivitet blant 6, 9- og 15-åring i Norge. Resultater fra en kartlegging i 2011. Helsedirektoratet, IS-2367. Fysisk aktivitet og sedatid blant voksne og eldre i Norge. Nasjonal kartlegging 2014-15.

Tobakk

Helsedirektoratet fraråder all tobakksbruk. I løpet av de siste 15 årene har det vært en kontinuerlig nedgang i andelen dagligrykere i befolkningen i alderen 16-74 år. Nedgangen har vært særlig stor i den yngste aldersgruppen (16-24 år). Andelen som røyker daglig i aldersgruppen 16-24 år var 20 prosent i 2006, og 4 prosent i 2015.

Andelen som røyker varierer etter lengde på utdanning. I 2015 var andelen i gruppen med ungdomsskole som høyeste utdanningsnivå 26 prosent, mens andelen røykere blant de med utdanning på høyskole/universitetsnivå var på seks prosent. Nedgangen i andelen røykere har skjedd innen alle utdanningsnivå, men har stagnert noe de siste to årene.

Figur 4: Andel som røyker daglig, totalt 16-74 år og etter utdanningsnivå 25-74 år. 2007-2015



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

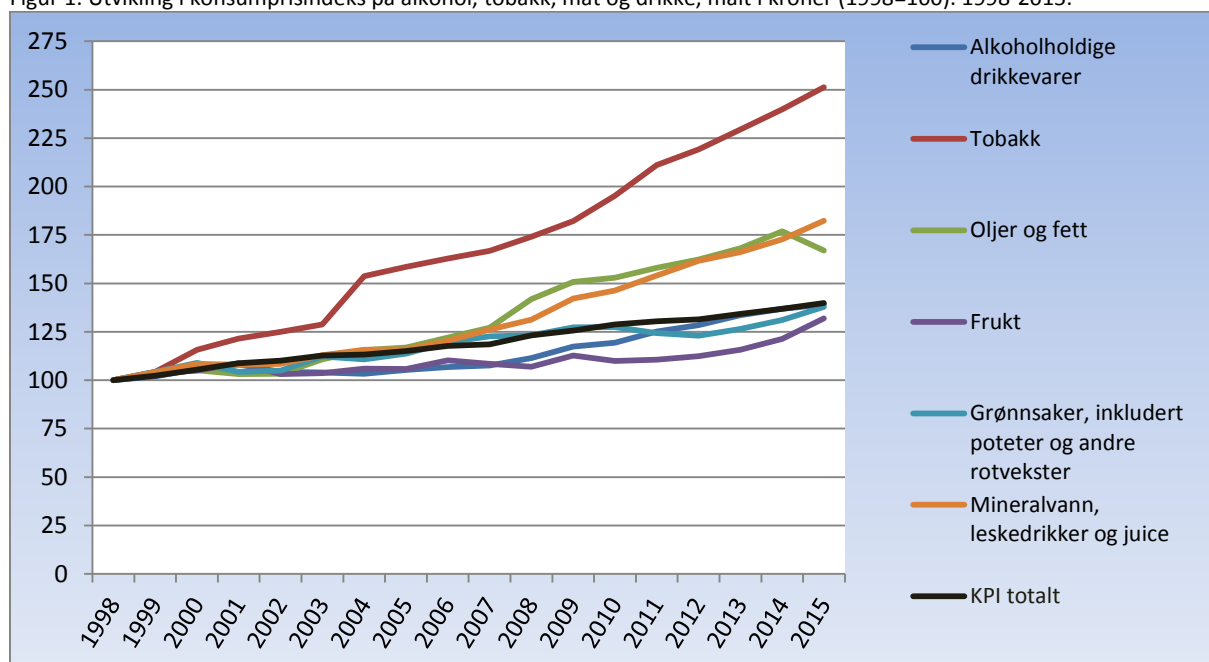
9. Tilrettelegging for sunne valg

Myndighetene har som mål å legge til rette for at befolkningen selv kan ta sunne valg. Dette kan blant annet gjøres ved å øke prisene på varer en ønsker et redusert forbruk av og ved å merke de sunneste varene innenfor utvalgte varegrupper; nøkkelhullmerking. Flere gang- og sykkelveier er et tiltak i arbeidet med tilrettelegging for fysisk aktivitet.

Prisutvikling på alkohol, tobakk, mat og drikke

Pris er et viktig virkemiddel for å påvirke sunne valg. I perioden 1998 til 2014 har konsumprisindeksen (KPI) for tobakksvarer steget vesentlig mer enn KPI totalt. Også KPI for oljer/fett og mineralvann/leskedrikker/juice har steget mer enn den samlede KPI. Prisutviklingen på frukt og grønnsaker har i perioden ligget under den totale KPI.

Figur 1: Utvikling i konsumprisindeks på alkohol, tobakk, mat og drikke, målt i kroner (1998=100). 1998-2015.



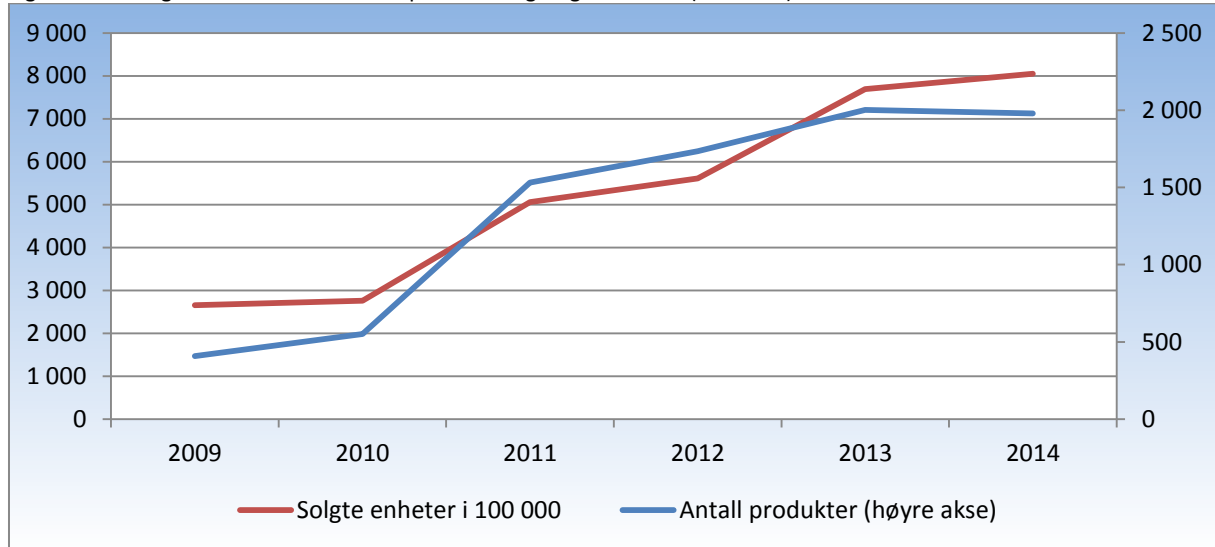
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Nøkkelhullmerket

Nøkkelhullet er et symbol som gjør det enklere for forbrukerne å velge sunnere matvarer innen utvalgte matvaregrupper. Merkeordningen har som hensikt å hjelpe forbrukerne med å sette sammen et sunt og variert kosthold i tråd med helsemyndighetenes kostråd.

Helsemyndighetene har løpende dialog med matvarebransjen om nøkkelhullmerkeordningen. Da ordningen startet i 2009 var det 409 nøkkelhullsmerkede produkter. De siste to årene har antall vært på rundt 2 000 ulike varer. I 2014 ble det solgt mer enn 800 millioner enheter med nøkkelhullmerket.

Figur 2: Utvikling i antall unike nøkkelhullprodukter og solgte enheter (i 100 000) med Nøkkelhullmerket. 2009-2014.



Kilde: Nielsen/Helsedirektoratet.

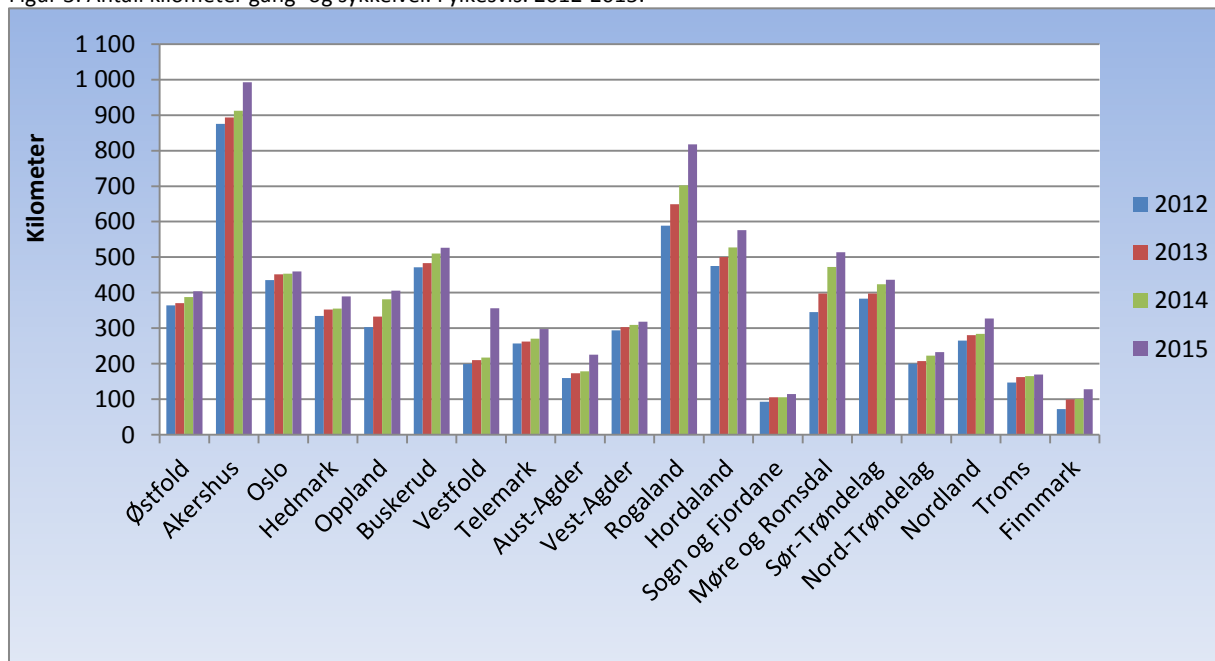
Innenfor de ulike produktene har det vært en nedgang i antall kjøtt- og fiskeprodukter med 13 prosent, mens det har vært en økning i antall kornprodukter og oljer som fikk nøkkelhullmerket med henholdsvis 33 prosent og 15 prosent. (Helsedirektoratet, IS-2776, Folkehelsepolitisk rapport 2015.)

Gang- og sykkelveier

En måte å øke aktivitetsnivået i befolkningen på er å legge til rette for aktivitet ved utbygging av gang- og sykkelveier. I perioden 2012 til 2015 har det vært en økning i antall kilometer med gang- og sykkelveier i alle fylker.

Variasjon i antall kilometer gang- og sykkelvei mellom fylkene henger til dels sammen med ulik arealstørrelse. Akershus og Rogaland er de fylkene med flest kilometer med gang- og sykkelveier.

Figur 3: Antall kilometer gang- og sykkelvei. Fylkesvis. 2012-2015.



Kilde: Statens vegvesen.

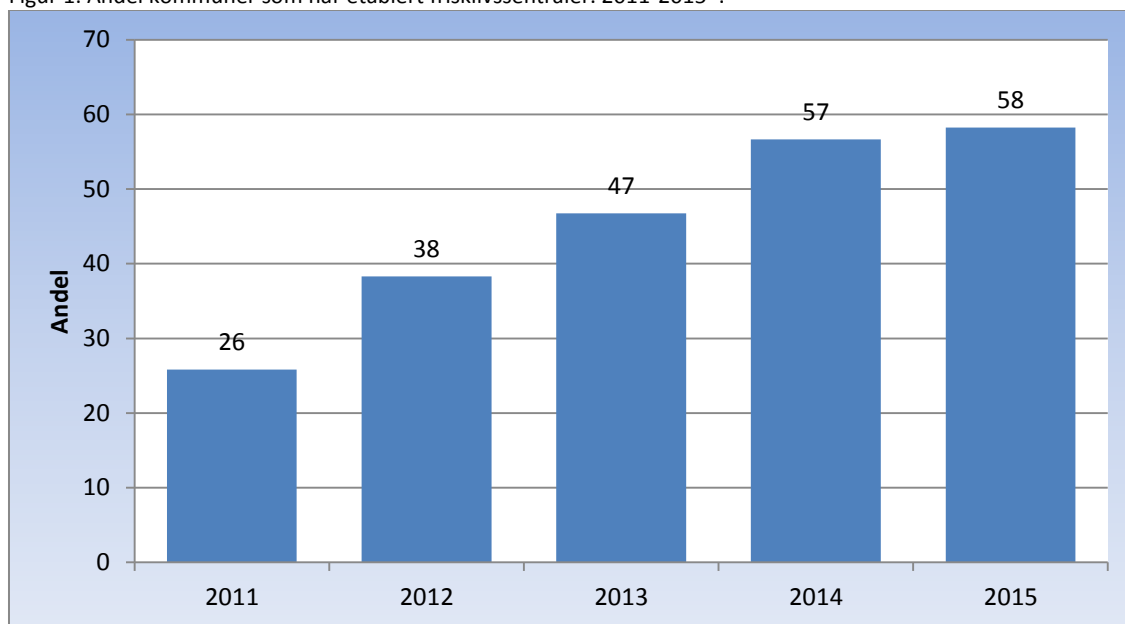
10. Frisklivssentraler

Frisklivssentralen er en kommunal helsefremmende og forebyggende helsetjeneste med tilbud om hjelp til å endre levevaner og mestre egen helse, primært knyttet til fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Frisklivssentralen kan også gi veiledning og tilbud ved utfordringen knyttet til psykisk helse og søvn, samt risikofylt alkoholbruk. Frisklivssentralen er en samarbeidspartner og ressurs i kommunens forebyggende og helsefremmende arbeid. Målgruppen er personer i alle aldre som har økt risiko for, eller som har utviklet, sykdom og trenger hjelp til å endre levevaner og mestre sykdom.

Gjennom Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, er kommunene pålagt at de skal yte helsetjenester som fremmer helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning. Helsetjenesten skal bidra i kommunenes folkehelsearbeid og arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det. Det foreligger ingen oversikt over hva slags helsefremmende og forebyggende helsetilbud kommuner uten frisklivssentraler har til sine voksne innbyggere.

Foreløpige tall for 2015 viser at 58 prosent av kommunene i Norge etablert frisklivssentraler. I 2011 var andelen 26 prosent.

Figur 1: Andel kommuner som har etablert frisklivssentraler. 2011-2015*.

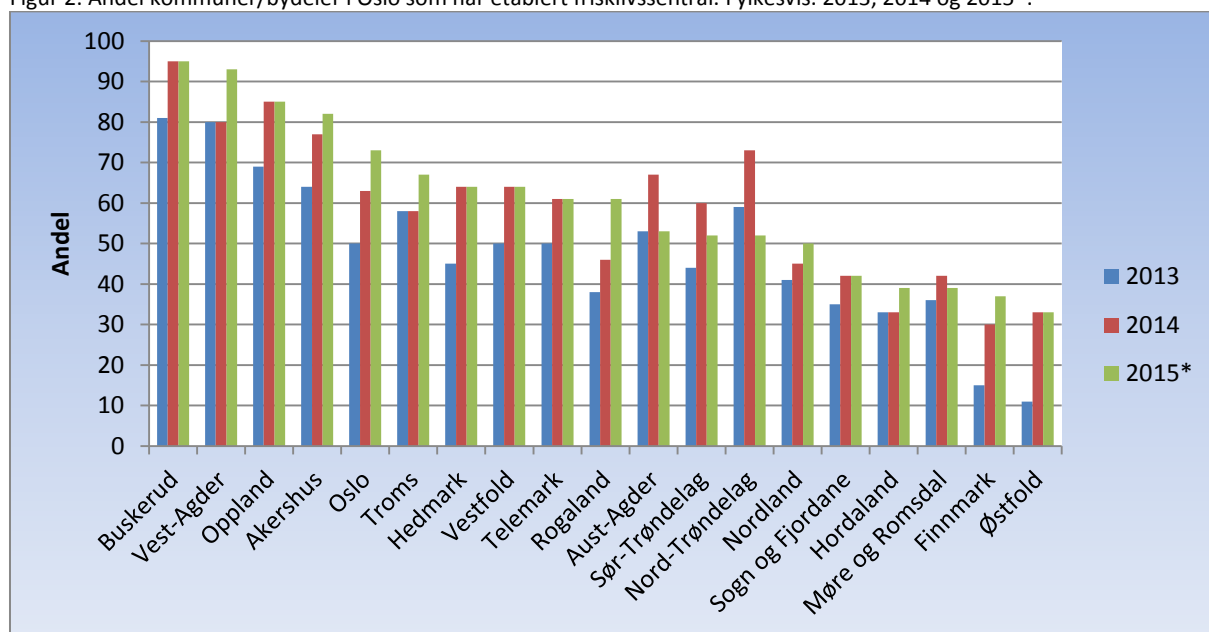


* Tallene for 2014 og 2015 inkluderer bydeler i Oslo. Foreløpige tall per. 15. mars.

Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå.

Det er relativt store fylkesvise forskjeller i andelen kommuner som har etablert frisklivssentraler. Høyeste andelen kommuner med frisklivssentraler er i Buskerud, og lavest andel er i Østfold.

Figur 2: Andel kommuner/bydeler i Oslo som har etablert frisklivssentral. Fylkesvis. 2013, 2014 og 2015*.

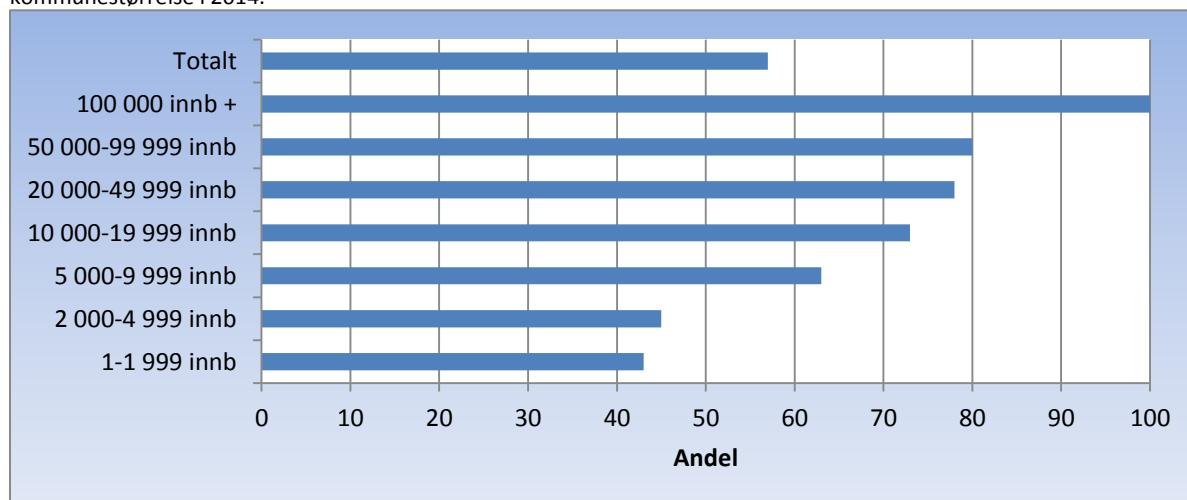


*Foreløpige tall per. 15. mars.

Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå.

Andelen kommuner med frisklivssentral er større blant de store kommunene enn blant de små kommunene. I de minste kommunene, mindre enn 2 000 innbyggere, hadde 43 prosent av kommunene frisklivssentraler i 2014. Alle kommuner med over 100 000 innbyggere har frisklivssentral.

Figur 3: Andel av kommunene som har etablert en frisklivssentral eller inngår i et frisklivssentralsamarbeid etter kommunestørrelse i 2014.



Kilde: Helsedirektoratet 2016, IS-2427: Samhandlingsstatistikk 2014-2015.

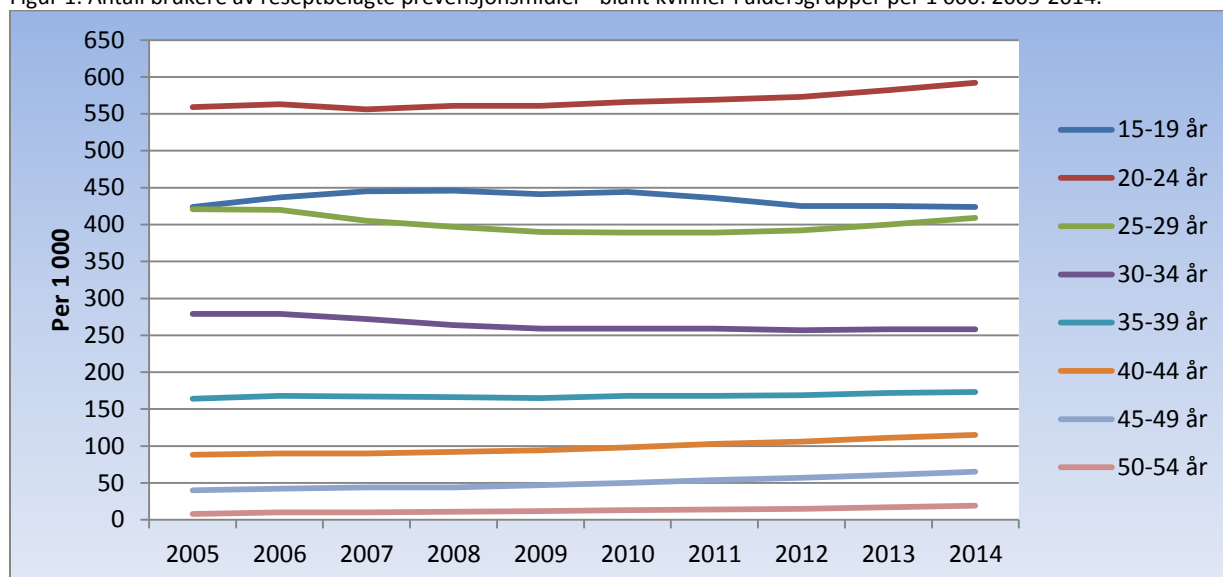
11. Seksuell helse

Seksuell helse har i Norge tradisjonelt vært forbundet med hiv, andre seksuelt overførbare infeksjoner og reproduktiv helse. Verdens helseorganisasjon jobber for å få etablert en bred definisjon av seksuell helse med utgangspunkt i menneskerettighetene. Seksuell helse anerkjennes som et viktig bidrag til helse, velvære og tilfredshet gjennom hele livet. En positiv og respektfull holdning til seksualitet og seksuelle relasjoner er en forutsetning for å fremme seksuell helse. Internasjonalt ses seksuell helse som et viktig område for kvinnehelse.

Prevensjon

Andelen kvinner som bruker reseptbelagt prevensjon i Norge har vært relativt stabil i perioden 2005-2014. Aldersgruppen 20-24 år har høyest andel brukere av hormonell prevensjon, med 593 brukere per 1 000 kvinner i 2014.

Figur 1: Antall brukere av reseptbelagte prevensjonsmidler* blant kvinner i aldersgrupper per 1 000. 2005-2014.



*Ikke inkludert spiral og vaginalringer.

Kilde: Reseptregisteret.

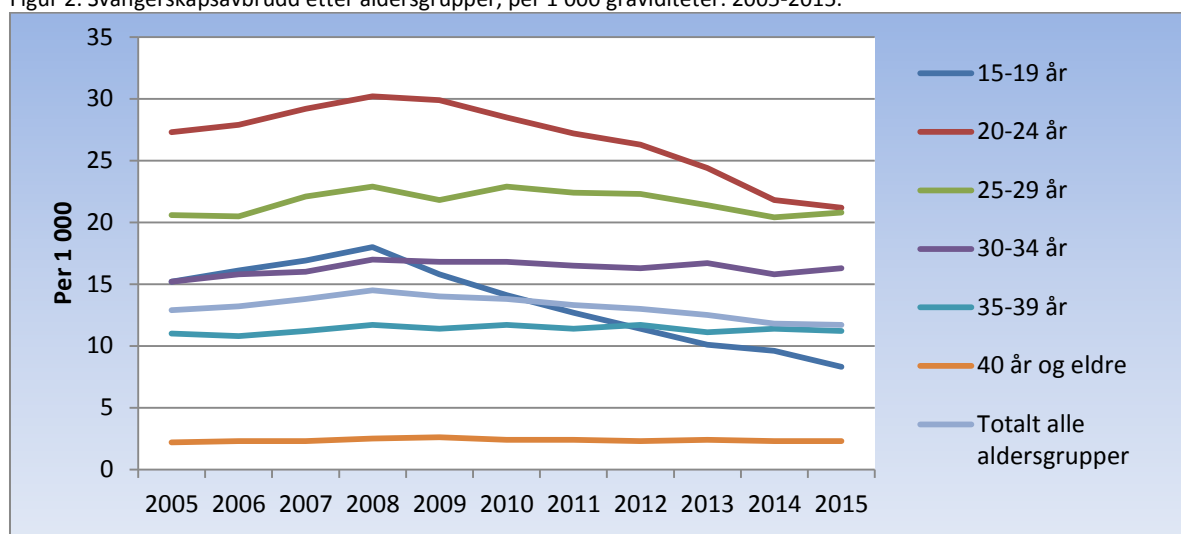
Bruken av nødprevensjon økte fra 128 000 definerte døgndoser i 2005, til 142 000 definerte døgndoser i 2014 (Grossistbasert legemiddelstatistikk, Folkehelseinstituttet).

Abort

I 2015 ble det utført 14 001 svangerskapsaborter. Det er 65 færre enn i 2014. Siden 2010 har nedgangen vært mest markant i de to yngste aldersgruppene, 15-19 år og 20-24 år. I aldersgruppen 15-19 år var andelen aborter per 1 000 kvinner 8,3 i 2015. I 2010 var den 14,1 og i 2005 var den 15,4.

Abortforekomsten er høyest blant kvinner i alderen 20-24 år og 25-29 år. I 2015 var forekomsten 21,1 per 1 000 kvinner i disse aldersgruppene.

Figur 2: Svangerskapsavbrudd etter aldersgrupper, per 1 000 graviditeter. 2005-2015.



Kilde: Medisinsk fødselsregister. 2016. Folkehelseinstituttet.

Seksuelt overførbare infeksjoner

Forekomsten av seksuelt overførbare infeksjoner økt de siste 10-15 årene.

I 2014 ble det diagnostisert 24 810 tilfeller av klamydia, med høyest forekomst i de nordligste fylkene og i Oslo. Forekomsten er høyest blant kvinner i aldersgruppen 15-24 år.

Tabell 1: Antall innmeldte tilfeller av utvalgte kjønnssykdommer. 2005-2015.

	Klamydiainfeksjon, genital	Gonore	HIV-infeksjon	Syfilis
2005	19 963	278	219	24
2006	21 259	236	277	67
2007	22 847	238	248	61
2008	23 488	301	299	56
2009	22 754	269	284	76
2010	22 527	411	258	118
2011	22 530	370	268	130
2012	21 489	444	242	109
2013	22 946	506	234	185
2014	24 810	682	249	189
2015	-	850	221	165

Kilde: Meldingssystemet for smittsomme sykdommer, Folkehelseinstituttet.

I 2015 ble det diagnostisert 221 nye hivsmittede i Norge, 145 menn og 76 kvinner. Antallet nye hivsmittede hvert år har ligget mellom 200-300 i perioden fra 2005-2015. Hiv-situasjonen i Norge preges av vedvarende høye smittetall blant menn som har sex med menn og innvandrere smittet før ankomst Norge. I tillegg utgjør norskfødte, heteroseksuelle menn som smittes i utlandet, en betydelig andel nysmittede.

I 2015 ble det diagnostisert 850 tilfeller av gonoré og 165 tilfeller av primær, sekundær eller tidlig latent syfilis. I 2005 var antallene henholdsvis 278 og 24. Forekomsten av gonoré og syfilis er økende, særlig blant menn som har sex med menn. I 2014 ble det diagnostisert 22 tilfeller med Venerisk

lymfogranulom (LGV), alle var menn. Forekomst av LGV blant menn som har sex med menn er økende i den vestlige verden de senere år.

HPV

HPV er en forkortelse for humant papillomavirus. Det finnes over 100 forskjellige typer humant papillomavirus. Noen HPV-typer smitter ved seksuell kontakt. HPV-infeksjon er den vanligste seksuelt overførbare infeksjonen i verden. Rundt 70 prosent av befolkningen blir smittet av HPV i løpet av livet.

HVP kan forårsake kreft. Livmorhalskreft er den kreftformen som er mest vanlig å knytte til HPV. Forekomsten av livmorhalskreft ligger på rundt 300 tilfeller per år. I tillegg forekommer det årlig rundt 350 andre HPV-relaterte krefttilfeller. En betydelig andel av disse tilfellene rammer menn, og kreft i svelget er en HPV-relatert kreftform der menn er særlig overrepresentert (Kreftregisteret).

Tabell 2: Årlig antall krefttilfeller i organer som rammes av HPV-relatert kreft og andel tilskrevet HPV i Norge. 2010-2014.

	2010	2011	2012	2013	2014	Andel tilskrevet HPV (%)	Andel tilskrevet HPV 16/18 ³ (%)
Livmorhals	310	293	316	290	338	100	73
Vulva¹	65	65	65	65	65	29	21
Vagina¹	13	13	13	13	13	81	51
Anus	87	58	71	73	86	90	76
Penis¹	37	37	37	37	37	47	35
Svelg²	144	167	183	142	183	57	51

¹ Årlig gjennomsnitt for perioden 2010-2014.

² Svelg = tungebasis, mandler og oropharynx.

³ HPV 16 og HPV 18 er kreftfremkallende HPV-typer som det vaksineres for i barnevaksinasjonsprogrammet.

Kilde: Kreftregisteret.

I Norge er livmorhalskreft den tredje vanligste formen for kreft hos kvinner mellom 30 og 54 år. HPV-vaksine er innført som offentlig tilbud til alle jenter i 7. klasse fra og med skoleåret 2009/2010. Vaksinen beskytter mot to typer virus, HPV 16 og 18.

Jenter født i 1997 var det første kullet som ble tilbudt HPV-vaksine. Av disse har 70 prosent fått tre doser, mens andelen var 83 prosent for jenter født i 2000. For jenter født 2002 har nærmere 86 prosent fått første dose med vaksinen og 76 prosent har mottatt alle tre doser (SYSVAK, Folkehelseinstituttet).

Det pågår et arbeid for å vurdere hvorvidt også gutter skal tilbys HPV-vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet.

12. Influensavaksinasjonsdekning

Det er en nasjonal anbefaling at personer i risikogrupperne vaksinerer seg mot influensa hvert år. Det er anslått at influensa årlig tar livet av rundt 900 personer i Norge. Dette tallet kunne vært lavere dersom vaksinasjonsdekningen var bedre i utsatte grupper, særlig blant eldre. Verdens helseorganisasjon anbefaler en dekning på 75 prosent i risikogrupperne.

Om lag én og en halv million mennesker i Norge anslås å tilhøre grupper med særlig risiko for et alvorlig sykdomsforløp og komplikasjoner av influensa. Det er i første rekke eldre og kronisk syke som anbefales å ta vaksine mot influensa. Også andre grupper, som for eksempel helsepersonell som har pasientkontakt og gravide etter 12. svangerskapsuke, anbefales å ta vaksinen (Folkehelseinstituttet).

Forbruket av influensavaksine har vært jevnt synkende siden 2006. Utsendingen av influensavaksiner for sesongen 2014/2015 var den laveste i antall doser over de siste 10 årene (Folkehelseinstituttet).

Vaksinasjonsdekning blant helsepersonell

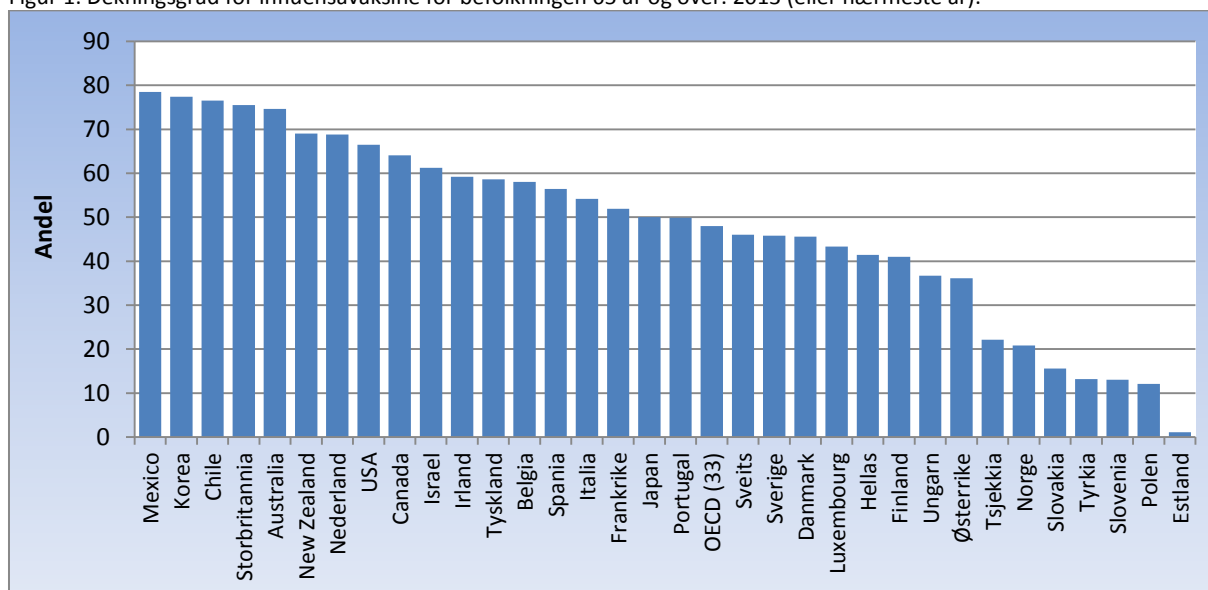
Helsepersonell med pasientkontakt er også en av målgruppene for influensavaksinasjon. Høy vaksinasjonsdekning blant helsepersonell kan redusere antall influensarelaterte komplikasjoner, og i noen tilfeller dødsfall blant pasientene. Det er også viktig for å opprettholde tilfredsstillende beredskap under større influensautbrudd. Målsetningen for vaksinasjon av helsepersonell er tilsvarende som for andre målgrupper, på 75 prosent.

Basert på spørreundersøkelser blant helsepersonell viser vaksinasjonsdekningen for sesongene 2013/2014 og 2014/2015 en dekningsgrad på henholdsvis 13 og 9 prosent (Statistisk sentralbyrå Omnibus).

Internasjonale tall for influensavaksine blant eldre

I følge det nasjonale vaksinasjonsregisteret SYSVAK var 21 prosent av den eldre befolkningen vaksinert mot influensa i 2013. Samme år var den gjennomsnittlige influensavaksinasjonsdekningen for personer 65 år og eldre i OECD på 48 prosent. Alle de nordiske landene som er med i statistikken ligger under OECD-gjennomsnittet. Mexico hadde høyest dekningsgrad med 78,5 prosent

Figur 1: Dekningsgrad for influensavaksine for befolkningen 65 år og over. 2013 (eller nærmeste år).



Kilde: Health at a Glance 2015, OECD.

Primærhelsetjenesten

Primærhelsetjenesten består av en rekke kommunale tjenester som helsestasjon- og skolehelsetjeneste, fastlege, psykisk helsearbeid, hjemmetjenester og sykehjem.

Gjennom samhandlingsreformen har kommunene fått økt ansvar og flere oppgaver, slik at innbyggerne lettere skal få helsehjelp lokalt. Kommunene har blant annet fått et økt ansvar for forebygging og helsefremmende arbeid. I tillegg har kommunene fått i oppgave å bygge opp et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp.

Her er noen nøkkeltall som viser utviklingen i primærhelsetjenesten.



© Copyright Johnér Bildbyrå AB

13. Fastleger og legevakt

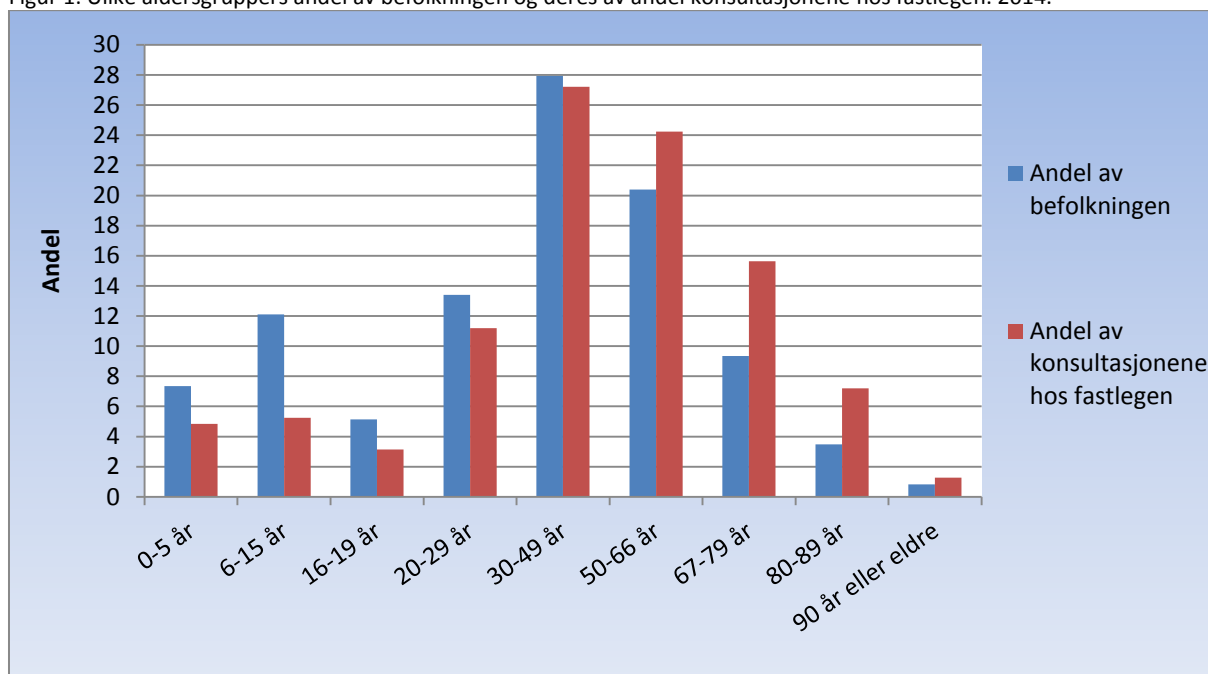
Fastlegeordningen og kommunal legevakt utgjør en betydelig del av primærhelsetjenesten. Fastlegen kan benyttes ved både kroniske og akutte helseproblemer. Legevakten skal ta i mot pasienter som har behov for øyeblikkelig hjelp, det vil si behandling av sykdom og skade som ikke kan vente til neste dag.

Bruk av fastlegen

Fastlegeordningen ble innført i 2001. Alle som ønsker det skal få en fast allmennlege. Per 31.12.2014 deltok nesten 100 prosent av befolkningen i ordningen.

I 2014 ble det foretatt i overkant av 13,8 millioner konsultasjoner³ hos fastlegen. Syv av ti har vært hos fastlegen. Eldre bruker fastlegen mer enn yngre. For eksempel utgjorde eldre i aldersgruppen 67-79 år i overkant av ni prosent av befolkningen i 2014, mens deres andel av konsultasjoner hos fastlegen utgjorde i overkant av 15 prosent.

Figur 1: Ulike aldersgruppers andel av befolkningen og deres andel konsultasjonene hos fastlegen. 2014.



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Rundt en tredjedel av befolkningen hadde ingen konsultasjoner hos fastlegen i 2014, mens omtrent en av tre hadde 1-2 konsultasjoner. Om lag 19 prosent hadde fem eller flere konsultasjoner. Gjennomsnittlig antall konsultasjoner per innbygger var 2,6 i 2014. Det har vært uendret i perioden 2011-2014. Innvandrere⁴ bruker fastlegen noe mindre enn den øvrige befolkningen og hadde i gjennomsnitt 2,3 konsultasjoner i 2014.

³ Statistisk sentralbyrås definisjon av konsultasjon: «En konsultasjon innebærer et fysisk møte mellom lege og pasient og at legen foretar en utredning.» Det vil si at enkle pasientkontakter hos fastlege, inkludert enkle forespørslar og rådgivning ved personlig fremmøte, brev eller telefon, skriving av resepter og sykemeldinger uten konsultasjon, prøvetaking uten konsultasjon og hjemmebesøk er holdt utenfor

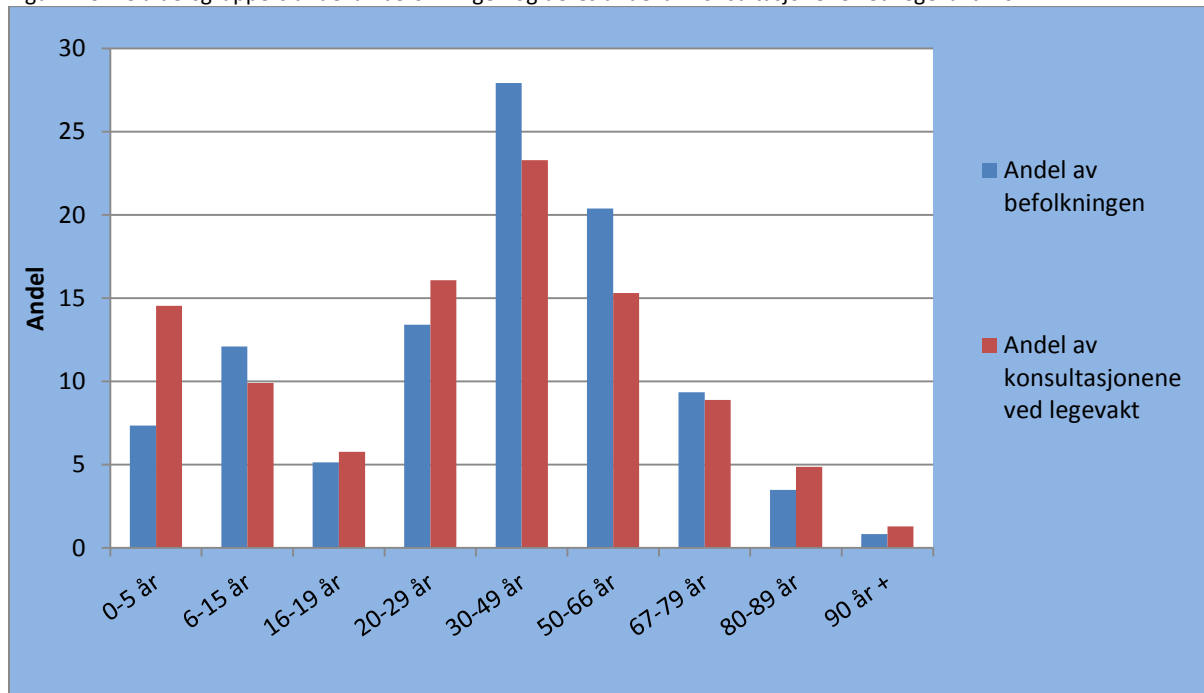
⁴ «Innvandrere»: bosatt i Norge, men født i utlandet av to utenlandske foreldre og har fire utlandsfødte besteforeldre. «Øvrig befolkning»: personer uten innvandrerbakgrunn, det vil si at de verken er innvandret eller norskfødt av to innvandrere. Jf. definisjon fra SSB, *Samfunnsspeilet* 5/2013.

Bruk av legevakt

I 2014 var det om lag 1,36 millioner konsultasjoner⁵ ved legevakt. Rundt en av seks var innom legevakten i løpet av 2014. Det er barn under 6 år som hyppigst brukte legevakten, etterfulgt av de over 80 år. Mens eldre i aldersgruppen 67-79 år brukte legevakten litt mindre enn deres andel av befolkningen tilsier, så brukte eldre i aldersgruppene 80-89 år og 90 år og eldre legevakten litt mer enn deres andel av befolkningen tilsier.

Samlet sett for hele befolkningen var antall konsultasjoner ved legevakt per person 0,26 i 2014. Det er uendret fra i 2013. Innvandrere bruker legevakten mindre enn den øvrige befolkningen. I 2014 var gjennomsnittlig antall konsultasjoner blant innvandrere 0,21.

Figur 2: Ulike aldersgruppers andel av befolkningen og deres andel av konsultasjonene ved legevakt. 2014.



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Kontaktårsak

Den hyppigste årsaken til besøk hos fastlegen i 2014 var ulike psykiske lidelser og utgjorde om lag en av ti konsultasjoner. De to andre hyppigste konsultasjonsårsakene var luftveisinfeksjoner og lokale smerter og betennelser som i 2014 utgjorde 8-9 prosent av konsultasjonene. Disse tre kontaktårsakene har vært de hyppigste de siste tre årene.

De hyppigste årsakene til kontakt med legevakt var luftveisinfeksjoner med i underkant av 17 prosent, skader og ulykker med 15 prosent og lokale smerter og betennelser med 8 prosent i 2014. Ved legevakt utgjorde psykiske lidelser fire prosent av konsultasjonene.

Kontaktårsak varierer med alder. Blant eldre 67 år og over var det særlig hjertesykdom og høyt blodtrykk som medfører kontaktårsak hos fastlegen. Blant eldre er de vanligste kontaktårsakene skader og ulykker, luftveisinfeksjoner og smerter og betennelser.

⁵ Statistisk sentralbyrås definisjon av konsultasjon: «En konsultasjon innebærer som oftest et fysisk møte mellom lege og pasient og at legen foretar en medisinsk utredning.»

Fastlegeordningen

Da fastlegeordningen startet var antallet fastleger 3 661. Ved utgangen av 2015 var antallet 4 585.

For å bytte fastlege må det være tilgjengelige plasser hos andre fastleger, det vil si åpne lister. Andelen åpne lister var per 31.12.2015 på 41,6 prosent, og er en reduksjon fra 44,5 prosent i 2014. Her er det relativt store fylkesvise variasjoner. Andelen åpne lister var høyest i Sogn og Fjordane med rundt 54 prosent og lavest i Rogaland med rundt 33 prosent. Antall ledige plasser på de åpne listene har gått kraftig ned fra 2001 til i dag.

Ved utgangen av 2015 var det 4 654 lister, med i gjennomsnitt 1 122 innbyggere per liste. 52 av listene var registrert uten lege, det vil si at stillingene ikke var besatt. Dette er en reduksjon fra utgangen av 2014. Andelen lister uten lege var høyest i Finnmark med 5,2 prosent.

Tabell 1: Utviklingen i antall lister (fastlegepraksiser og lister uten lege) mv. Ved utgangen av 2001, 2014 og 2015.

	Antall lister	Gjennomsnittlig antall innbyggere på listene	Andel åpne lister	Antall ledige plasser på listene	Antall lister uten lege
2001	3 857	1 162	55,7	583 222	164
2014	4 598	1 124	44,5	350 326	67
2015	4 654	1 122	41,6	309 888	52

Kilde: Helsedirektoratet.

14. Demens

Den økte levealderen i befolkningen vil medføre at flere får demens. For å møte fremtidens utfordringer innenfor tjenester til personer med demens, må det utvikles et bredere spekter av tjenester. Selv om det satses betydelig på sykehjemsplasser de nærmeste årene, vil ikke dette tiltaket alene kunne møte morgendagens utfordringer. I fremtiden må pasientene i større grad få tilbud både i og utenfor hjemmet, som både gir bedre livskvalitet for personen med demens og avlaster de pårørende. En langt sterkere satsing på dagaktivitetstilbud er nødvendig for at personer med demens og deres pårørende skal kunne leve et godt og verdig liv i eget hjem.

Det anslås at antall personer med demens vil øke fra om lag 78 000 i 2015 til om lag 112 000 i 2030. Om lag halvparten av alle personer med demens anslås å bo i eget hjem. I aldersgruppen 60-65 år lider vel halvannen prosent av demens, mens forekomsten er på over 40 prosent blant de over 90 år (Alzheimer's & Dementia 9 (2013) 63-75).

Ressursbruk og kostnader

Årlige kostnader til helse- og omsorgstjenester for pasienter med demens er beregnet til 358 000 kroner pr person. Totale kostnader gjennom hele sykdomsforløpet er estimert til 2,9 millioner kroner.

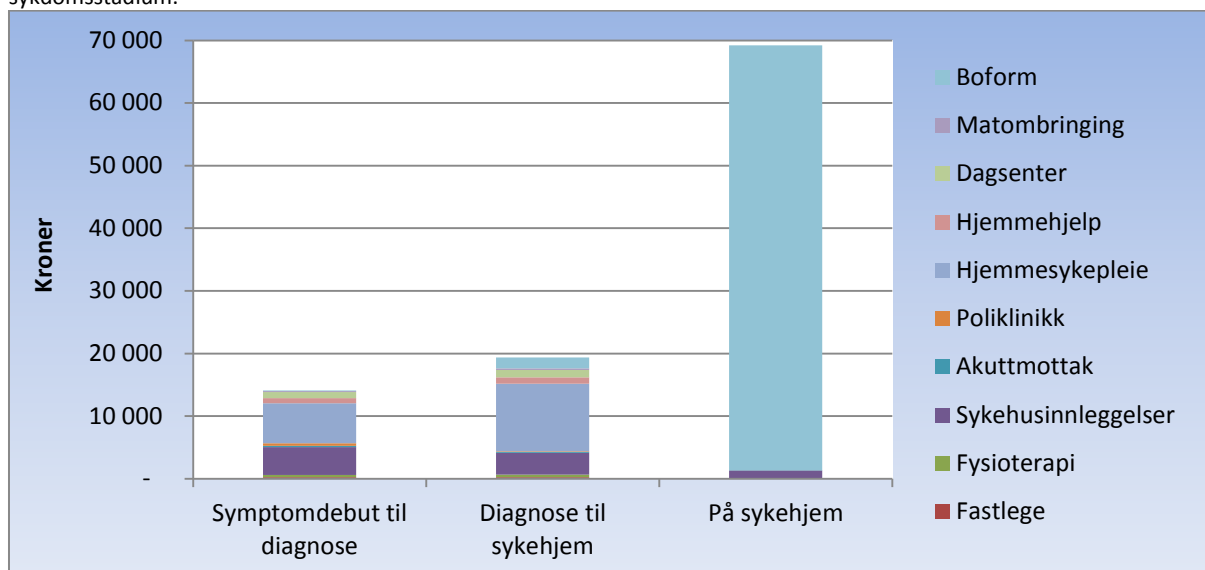
Demenssykdommen kan dels inn i tre stadier; fra sykdomsdebut til diagnosestilling, fra diagnosestilling til innleggelse på institusjon og opphold på institusjon. Alderspsykiatrisk forskningssenter Sykehuset Innlandet har anslått at de to første periodene har en gjennomsnittlig varighet på 3 år hver, og at den siste perioden er på 2,1 år.

I den første perioden, fra sykdomsdebut til diagnosen settes, utgjør kostandene til hjemmesykepleie og sykehusinnleggelser de største andelene. I perioden fra diagnosen er satt til innleggelse på institusjon øker andelen utgifter knyttet til hjemmesykepleie. Ved institusjonsinnleggelse utgjør boform bort i mot alle kostnadene.

Gjennom hele sykdomsforløpet er det opphold på institusjon som utgjør den største kostnadsandelen med om lag 60 prosent av totalen, mens kostnader til hjemmesykepleie utgjør 21 prosent og sykehusinnleggelser 11 prosent.

Forskning viser at personer med demens den siste måneden før innleggelse i institusjon i gjennomsnitt får 16 timer hjemmesykepleie og 1-2 timer hjemmehjelp. Ca. 20 prosent benytter seg av dagaktivitetstilbud 1-2 ganger per uke. Det anslås at pårørende yter om lag 160 timer hjelp siste måned før innleggelse. Det er en målsetning at pasientene i større grad skal få tilbud i og utenfor hjemmet, noe som også vil avlaste de pårørende. (Alderspsykiatrisk forskningssenter Sykehuset Innlandet: Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC), 2015.)

Figur 1: Gjennomsnittlige kostnader til helse- og omsorgstjenester for demente per måned i kroner fordelt etter sykdomsstadium.



Kilde: Alderspsykiatrisk forskningssenter Sykehuset Innlandet: Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC), 2015.

Dagaktivitetstilbud til personer med demens

Det satses særskilt på å bygge opp et dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens. Dette for blant annet å bidra til at de som ønsker det kan bo hjemme så lenge som mulig med best mulig livskvalitet, samtidig som det er et tiltak for å avlaste eventuelle pårørende. Målsetningen i Demensplan 2015, som er videreført i Demensplan 2020 er at alle kommuner skal kunne tilby dagaktivitetstilbud til personer med demens, og at alle hjemmeboende som ønsker det skal få et aktivitetstilbud. Når demensplanen er gjennomført i 2020, skal kommunene ha en lovfestet plikt til å tilby et tilrettelagt dagaktivitetstilbud for personer med demens.

Antallet kommuner med øremerkede dagaktivitetstilbud til personer med demens har økt jevnt, spesielt i planperioden for Demensplan 2015. Ved første nasjonale kartlegging av kommunenes tilrettelagt tjenestetilbud i 1996-97 hadde 18,2 prosent av kommunene et tilbud, og antallet brukere var 671. I 2014 var antall kommuner som hadde tilbudet økt til 71,3 prosent, og antallet brukere hadde økt til 6 318.

Tabell 1: Tilrettelagte dagaktivitetsplasser for personer med demens.

	1996-1997	2000-2001	2004-2005	2007	2010-2011	2014
Andel kommuner med dagaktivitetstilbud	18,2 %	23,0 %	24,0 %	30,2 %	43,7 %	71,3 %
Antall kommuner med dagaktivitetstilbud	79	100	104	130	18	305
Antall brukere totalt	671*	1 377*	1 540*	2 351**	3 257***	6 318

* Tallene er beheftet med noe usikkerhet, spesielt er rapporteringen fra de store byene usikre.

** Tallene er beheftet med noe sikkerhet, mangelfull informasjon fra 11 kommuner.

*** Tallene fra Oslo er beheftet med noe usikkerhet.

Kilde: «Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens 2014. Rapport.» Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

15. Mottakere av hjemmetjenester

Kommunene har ansvar for å sørge for gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til alle som trenger det, uavhengig av alder eller diagnose. Utviklingen de siste tiårene er at flere mottakere så langt det er mulig bor hjemme og mottar tjenester utenfor institusjon. Kommunale hjemmetjenester omfatter blant annet helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand, trygghetsalarm, matombringing og dagaktivitetstilbud.

Utvikling i antall mottakere

I 2014 mottok i overkant 209 000 personer helsetjenester i hjemmet. Det er en vekst på 0,5 prosent fra 2013. Fra 2009 til 2014 har veksten vært på ni prosent.

Tallet på mottakere er ikke gjensidig utelukkende, en tjenestemottaker kan ha vedtak om flere tjenestetyper på samme tid.

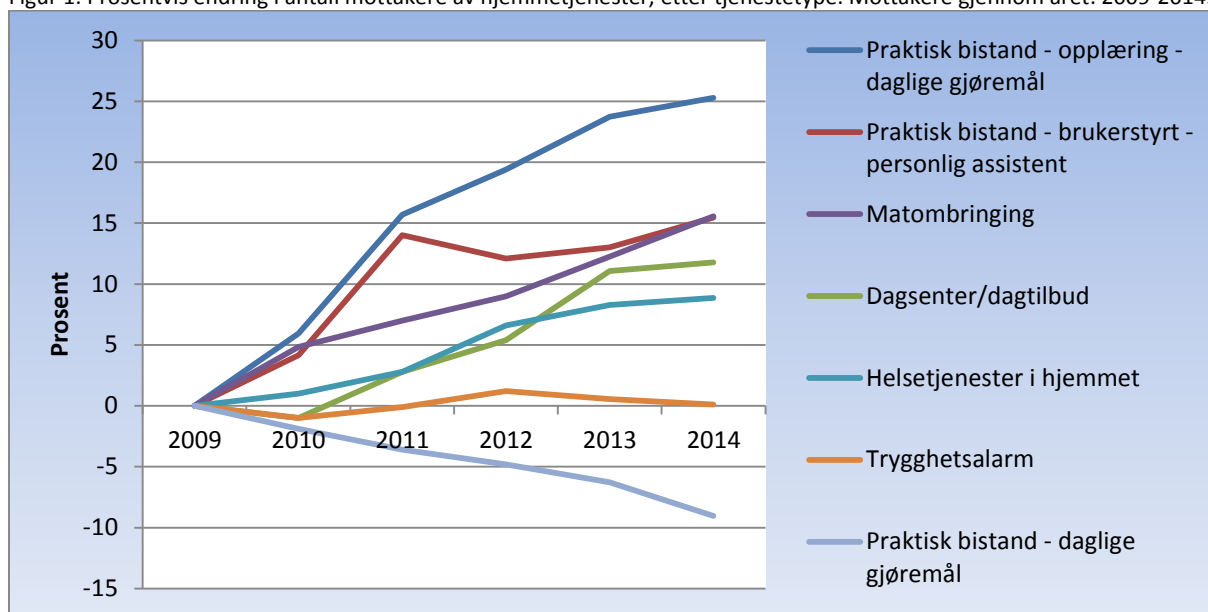
Tabell 1: Antall mottakere av hjemmetjenester gjennom året, etter tjenestetype 2009-2014. Prosentvis endring 2013-2014.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Prosentvis endring 2013-14
Helsetjenester i hjemmet	191 998	193 881	197 323	204 624	207 921	209 010	0,5
Praktisk bistand - daglige gjøremål	124 678	122 304	120 218	118 704	116 857	113 404	-3,0
Praktisk bistand - opplæring - daglige gjøremål	18 956	20 155	21 930	22 625	23 455	23 751	1,3
Praktisk bistand - brukerstyrt - personlig assistent	2 974	3 103	3 391	3 335	3 361	3 434	2,2
Dagsenter/dagaktivitetstilbud	25 736	25 466	26 445	27 119	28 584	28 765	0,6
Matombringing	29 586	31 091	31 670	32 235	33 214	34 193	2,9
Trygghetsalarm	91 876	90 979	91 803	93 002	92 384	91 973	-0,4

Kilde: «Kommunale helse- og omsorgstjenester» 2014. Rapport 2015/42. Statistisk sentralbyrå.

Antallet mottakere av hjemmetjenester har i perioden 2009 til 2014 økt for alle typer tjenester med unntak av for «praktisk bistand – daglige gjøremål», som har sunket med ni prosent. Mottakere av trygghetsalarm er tilnærmet uendret fra 2009 til 2014, med en økning på 0,1 prosent. Fra 2013 til 2014 har økningen vært størst for matombringing. Økning var for den tjenesten på 2,9 prosent.

Figur 1: Prosentvis endring i antall mottakere av hjemmetjenester, etter tjenestetype. Mottakere gjennom året. 2009-2014.



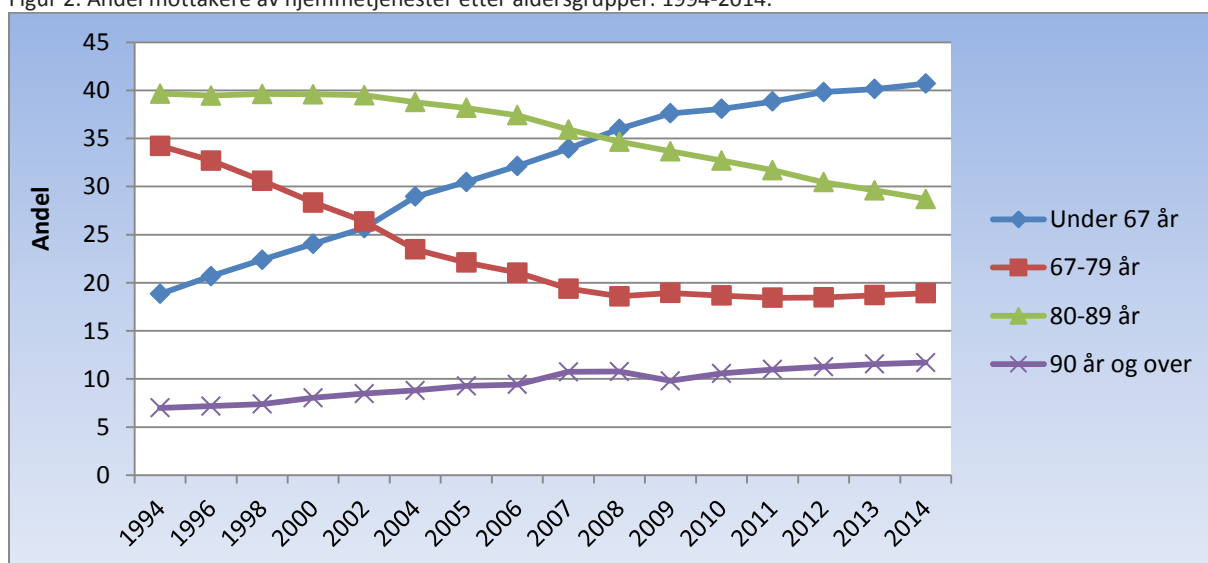
Kilde: IPLOS-registeret, Statistisk sentralbyrå.

Alder på mottakerne

De siste 20 årene har det vært en økende andel yngre mottakere av hjemmetjenester. Mens andelen mottakere av hjemmetjenester under 67 år var 18,8 prosent i 1994 var den 40,7 prosent i 2014. Den økende andelen yngre brukere kan til dels henge sammen med at ansvaret for flere pasienter er flyttet fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten som følge av ulike statlige reformer. Kommunene har hatt en relativt sterk vekst i tilbudet til personer med utviklingshemming, fysisk funksjonshemming, pasienter som skrives ut fra sykehus, og etter hvert også personer med rusproblemer og psykiske lidelser.

Andel mottakere i aldersgruppen 80-89 år har sunket jevnt siden 2002 og var i 2014 på 28,7 prosent. For aldersgruppene 67-79 år og 90 år og over har det vært en relativt liten endring fra 2007 til 2014.

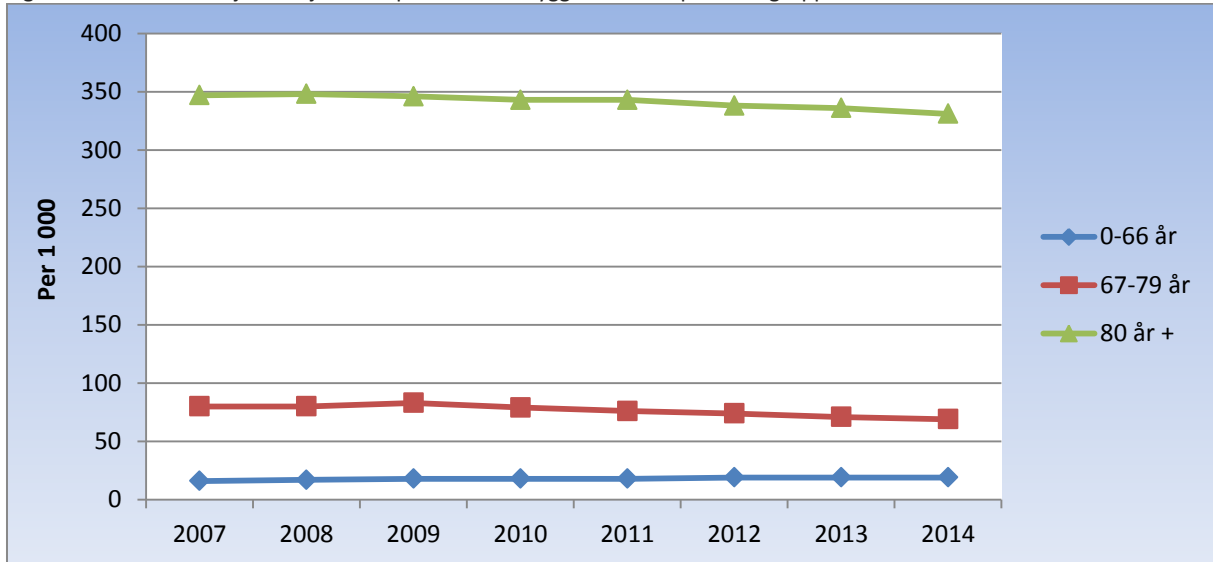
Figur 2: Andel mottakere av hjemmetjenester etter aldersgrupper. 1994-2014.



Kilde: IPLOS-registeret, Statistisk sentralbyrå.

Selv om andelen yngre mottakere av hjemmetjenester øker, så er andelen i befolkningen under 67 år som får hjemmetjenester stabil. De siste tre årene har 19 av 1 000 innbyggere i alderen under 67 år mottatt hjemmetjenester. For de to eldste aldersgruppene har andelen gått svakt nedover de siste årene.

Figur 3: Mottakere av hjemmetjenester per 1 000 innbyggere fordelt på aldersgrupper. 2007-2014.



Kilde: IPLOS-registeret, Statistisk sentralbyrå.

16. Mottakere av institusjonstjenester

Kommunene har ansvar for å sørge for gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til alle som trenger det, uavhengig av alder eller diagnose. Utviklingen de siste tiårene er at flere mottakere bor hjemme så lenge som mulig og mottar tjenester utenfor institusjon. Institusjonstjenester inkluderer både langtidsopphold og tidsbegrenset opphold på institusjon.

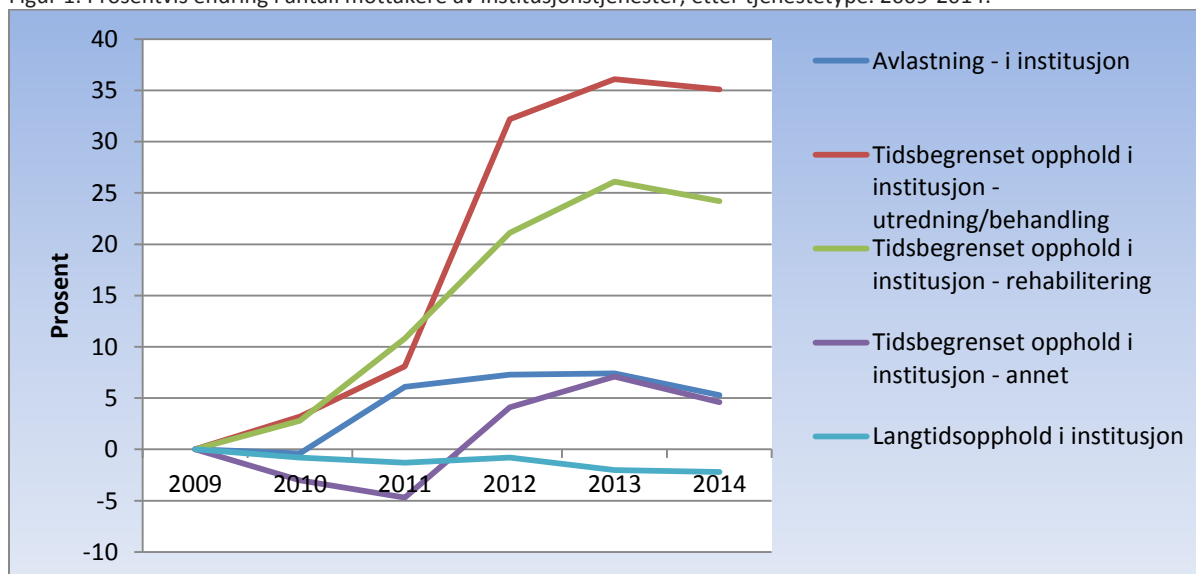
Tidsbegrensede opphold/korttidsplasser er alle midlertidige opphold der hovedhensikten er utredning, behandling eller rehabilitering.

Langtidsopphold gjelder for institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og unge under 18 år (barnebolig) inkludert avlastningsbolig, institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige, alders- og sykehjem.

Utvikling i antall mottakere

Mottakere av langtidsopphold i institusjon har vært stabil på rundt 34 000 i perioden 2009-2014. I samme periode har det vært en markant økning av mottakere av tidsbegrenset opphold i institusjon, både knyttet til utredning/behandling og til rehabilitering. Antall mottakere av tidsbegrenset opphold i institusjon for utredning/behandling har økt med 35 prosent fra 2009 til 2014. Det har imidlertid vært en liten nedgang i antall mottakere av alle typer institusjonstjenester fra 2013 til 2014.

Figur 1: Prosentvis endring i antall mottakere av institusjonstjenester, etter tjenestetype. 2009-2014.



Kilde: «Kommunale helse- og omsorgstjenester 2014». Rapport 2015/42. Statistisk sentralbyrå.

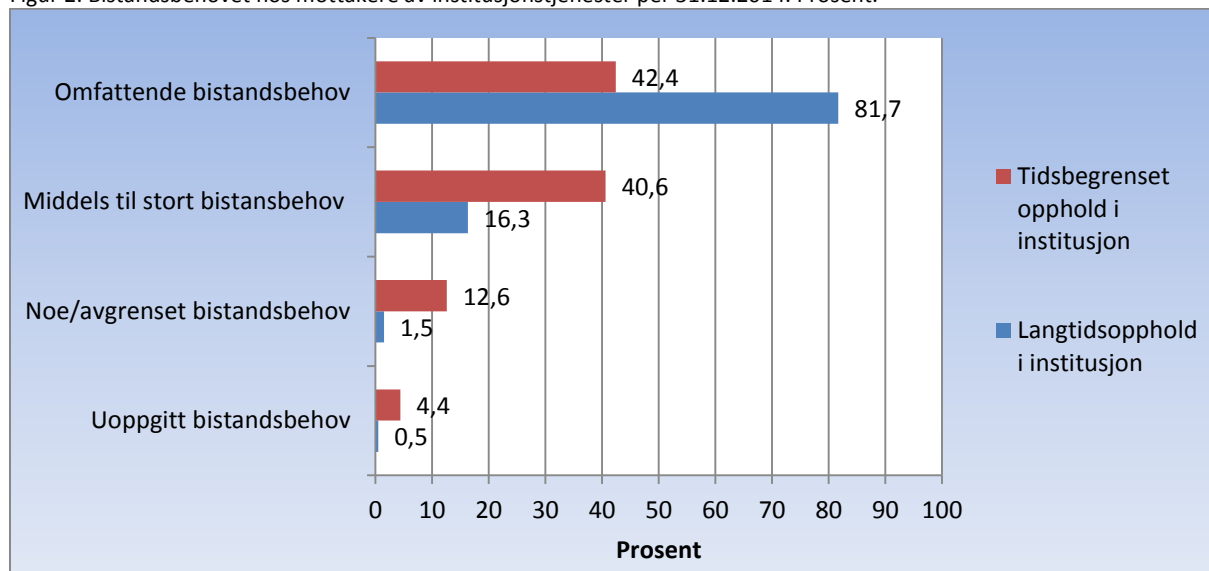
76 prosent av tjenestemottakeren av langtidsopphold på institusjon er 80 år og eldre, mens én prosent er yngre enn 50 år. Tidsbegrenset opphold brukes i større utstrekning av yngre tjenestemottakere. Rundt 24 prosent av mottakene av tidsbegrenset opphold i institusjon er under 50 år.

Antallet korttidsplasser har økt med 15 prosent fra 2011 til 2014. I samme periode var det ingen økning i antall plasser totalt ved institusjonene (Helsedirektoratet 2016, IS-2427: Samhandlingsstatistikk, 2014-2015).

Utvikling i bistandsbehov

Fire av fem mottakere av langtidsopphold i institusjon hadde omfattende bistandsbehov i 2014. Andelen med omfattende bistandsbehov blant mottakere av tidsbegrenset opphold i institusjon var på 42,4 prosent.

Figur 2: Bistandsbehovet hos mottakere av institusjonstjenester per 31.12.2014. Prosent.



Kilde: «Kommunale helse- og omsorgstjenester 2014». Rapport 2015/42. Statistisk sentralbyrå.

Andel med omfattende bistandsbehov hos mottakere av langtidsopphold i institusjon har økt fra 76 prosent i 2009 til 82 prosent i 2014. I samme periode har andelen med omfattende bistandsbehov hos mottakere av tidsbegrenset opphold i institusjon økt fra 37 til 42.

17. Øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommune

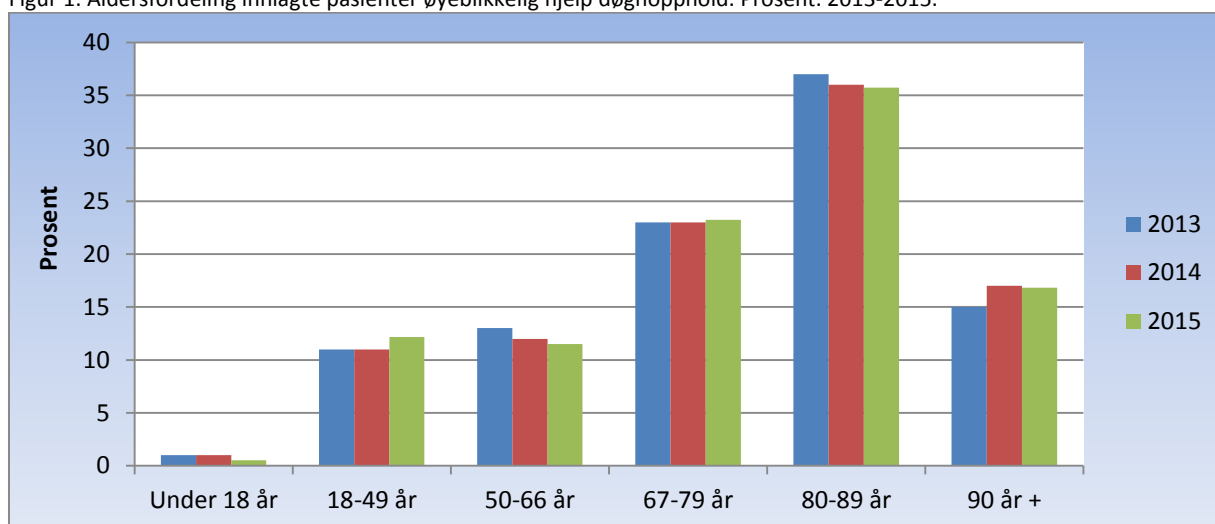
Fra 1.1.2016 har kommunene en lovpålagt plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Plikten omfatter pasienter som kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til. Tilbudet skulle etableres i alle landets kommuner i løpet av perioden 2012-2015.

Kommunene mottar øremerkede tilskudd til etablering og drift av ordningen fra det året tilbudet starter opp. De årlige tilskuddene fra henholdsvis Helsedirektoratet og helseforetakene legges inn i rammetilskuddet til kommunene fra 2016. Ved utgangen av 2015 har 351 kommuner etablert et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp for sine innbyggere. I 2014 var antallet 275. Antall innleggelser i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp, var i rapporteringsperioden september-august 2015, på i overkant av 22 000 innleggelser. Det er nesten 7 000 flere enn i samme periode i fjor.

Brukere av tilbudet

Tilbudet blir i hovedsak brukt av eldre pasienter. I 2015 var 76 prosent av innlagte pasienter over 67 år og over halvparten var 80 år eller eldre. Det er små endringer i andeler sammenlignet med 2013.

Figur 1: Aldersfordeling innlagte pasienter øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Prosent. 2013-2015.*



* Rapporteringsperiode september-august.

Kilde: Helsedirektoratet.

Inn- og utskrivning av pasienter

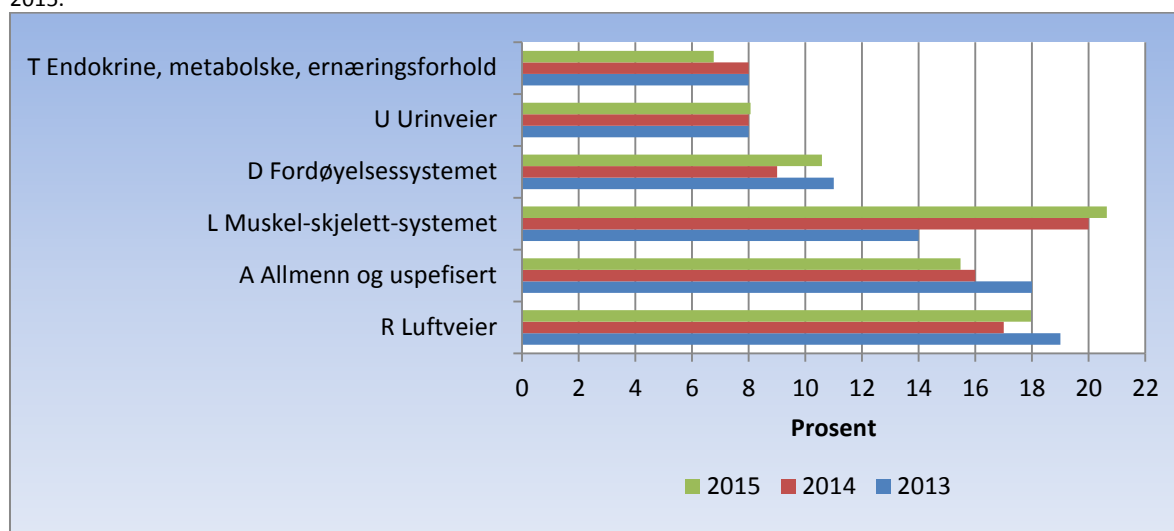
65 prosent av pasientene ble henvist fra legevakt og 24 prosent fra fastlegen. Siden legevakten er den som oftest henviser pasienter til øyeblikkelig hjelp døgntilbudet, så skjer de fleste innleggelser utenom ordinær arbeidstid.

90 prosent av henviste pasienter kom fra hjemmet, 5 prosent fra kommunal institusjon eller bolig med heldøgns omsorg, mens 4 prosent ble henvist fra spesialisthelsetjenesten. Etter oppholdet ble 63 prosent skrevet ut til hjemmet, 20 prosent til kommunal institusjon eller bolig med heldøgns omsorg mens 15 prosent ble henvist til spesialisthelsetjenesten.

Årsak til innleggelse

De hyppigste årsaker til innleggelse i øyeblikkelig hjelp døgntilbudet er muskel- og skjelettlidelser med 21 prosent. Deretter kommer luftveier med 18 prosent og allment og uspesifisert med 15 prosent. De seks hyppigste årsakene til innleggelse har vært de samme for de tre rapporteringsperiodene. Det har vært en økning over tid for sykdommer i muskel-skjellet systemet. Andel allmenn og uspesifiserte årsaker har gått noe ned, ellers er det relativt små endringer.

Figur 2: De seks hyppigste årsaker til innleggelse (ICPC-2 hovedkapitler) øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Prosent. 2013-2015.*



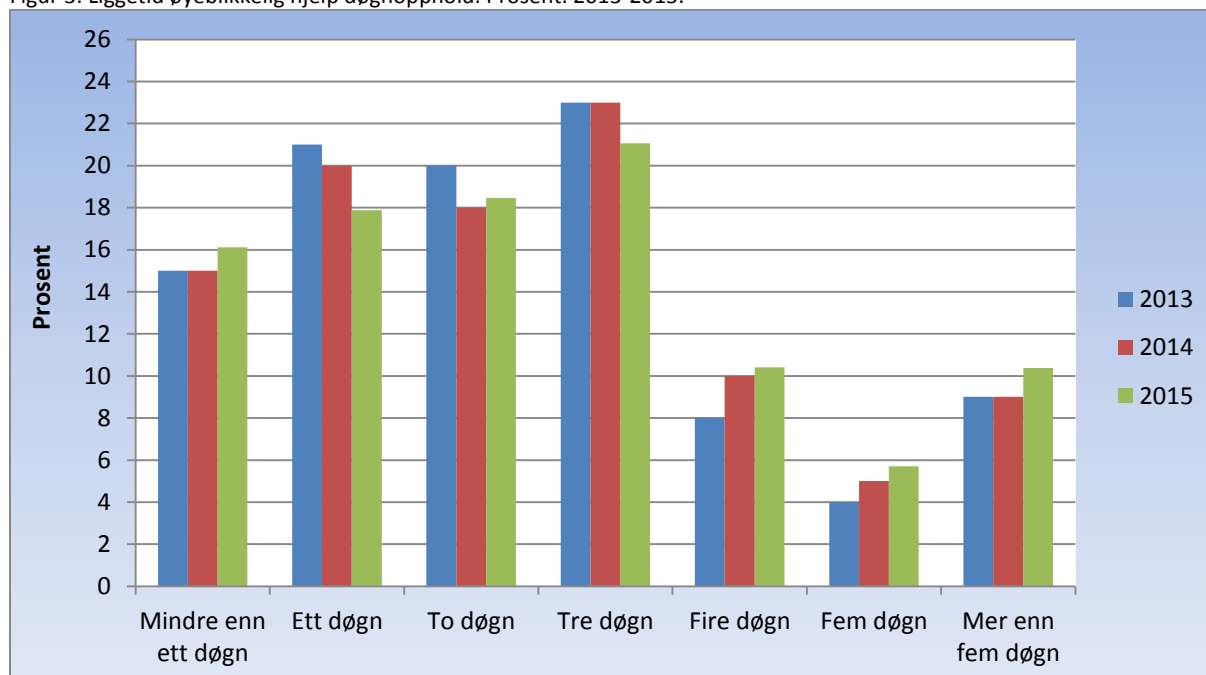
* Rapporteringsperiode september-august.
Kilde: Helsedirektoratet.

Liggetid

Tallene fra 2015 viser at 74 prosent av alle innlagte pasienter lå inntil tre dager. Gjennomsnittlig oppholdstid er beregnet til 2,7 døgn. Det er noen flere med opphold under ett døgn og noen flere med liggetid ut over tre døgn i 2015 enn i 2014.

Det er viktig at plassene forbeholdes øyeblikkelig hjelp. Helsedirektoratet anbefaler at det settes en veiledende maksimumstid for liggetid. Den skal ikke brukes som absolutt norm. Behandlingsplan og medisinskfaglige vurderinger bør styre liggetiden, slik at pasienten ikke skrives ut eller henvises videre før det er faglig forsvarlig.

Figur 3: Liggetid øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Prosent. 2013-2015.*



* Rapporteringsperiode september-august.
Kilde: Helsedirektoratet.

18. Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid

Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid omfatter forebygging, kartlegging og utredning, behandling, rehabilitering, oppfølging og skadereduksjon. Arbeidet utføres hovedsakelig i helse- og omsorgstjenesten, men også andre sektorer og tjenester i kommunen er involvert.

Fra 2015 ble kommunenes rapportering av årsverksinnsats innenfor psykisk helse og rus endret. Tidligere ble det rapportert for hvert av fagområdene separat, mens det fra 2015 ble gitt mulighet til å rapportere årsverkene samlet (IS-24/8-kartlegging. Sintef Helse). Denne omleggingen innebærer blant annet at kommunene ikke lengre må splitte årsverkene mellom psykisk helse og rus når de skal rapportere. Endringen er gjort blant annet fordi flere kommuner har slått sammen tjenester for disse fagområdene, og at det dermed ville være vanskelig å skille årsverkene. I tillegg har muligheten for å rapportere årsverkene samlet redusert sannsynligheten for dobbeltrapportering av årsverk. Endringen i rapporteringen medfører at tall fra 2015 ikke er sammenlignbare med tidligere år.

Årsverk barn og unge

I 2015 ble det rapportert 2 700 årsverk i tjenester til barn og unge innen psykisk helse og rusarbeid. 48 prosent av årsverkene gikk til behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid og 43 prosent til helsestasjon- og skolehelsetjeneste. De resterende ni prosentene gikk til aktiviteter, kultur- og fritidstiltak.

Årsverk voksne

I tjenester rettet mot voksne ble det i 2015 rapportert 10 400 årsverk innen psykisk helse og rusarbeid. 41 prosent av årsverkene gikk til fast personell i boliger, 24 prosent til behandling, oppfølging, rehabilitering, koordinering/faglig ledelse, 21 prosent gikk til hjemmetjenester og ambulante tjenester og 14 prosent til ulike arbeids- og aktivitetstiltak.

Årsverk fordelt etter forløp

I 2015 fordelte kommunene for første gang årsverkene innenfor psykisk helse og rus etter tre forhåndsdefinerte bruker- og pasientforløp. Forløpene er nærmere beskrevet i veilederen «*Sammen om mestring*» (IS-2076), 2014, Helsedirektoratet.

Forløp 1: Milde og kortvarige problemer.

Forløp 2: Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser.

Forløp 3: Alvorlige og langvarige problemer/lidelse.

For barn og unge er hovedvekten av årsverkene, 45 prosent, knyttet til milde og kortvarige problemer (forløp 1). 33 prosent er rettet mot forløp 2 og de resterende 22 prosent mot forløp 3. For voksne er fordelingen motsatt. Hovedvekten, 66 prosent av årsverkene, er knyttet til pasienter/brukere med alvorlige og langvarige problem/lidelse. 24 prosent av årsverkene er knyttet til pasienter/brukere i forløp 2 og 10 prosent til pasienter/brukere i forløp 1.

Tabell 1: Andel av årsverk etter forløp. Barn og unge, samt voksne. 2015.

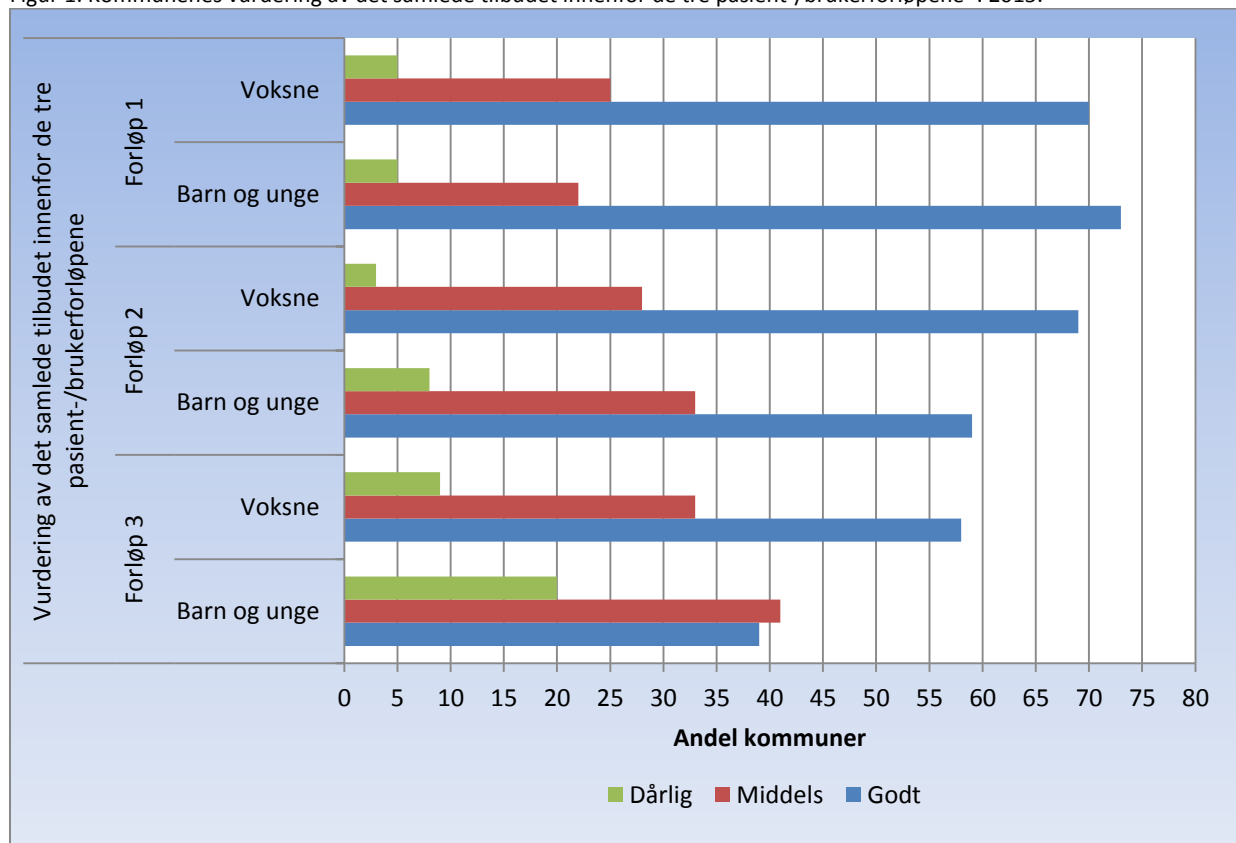
	Barn og unge	Voksne
Forløp 1: Milde og kortvarige problemer	45	10
Forløp 2: Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser	33	24
Forløp 3: Alvorlige og langvarige problemer/lidelse	22	66

Kilde: IS-24/8- kartlegging. Sintef Helse. 2015.

Kommunens vurdering av det samlede tilbudet innenfor de ulike forløpene

Rundt 7 av 10 kommuner anser tilbudet til pasienter/brukere med milde og kortvarige problemer (forløp 1) som godt både for barn og unge og for voksne. Tilbudene i de to andre forløpene anses som markant bedre for voksne enn for barn. Det er også en markant lavere tilfredshet med tjenestetilbudet, både til barn og unge og til voksne med alvorlige og langvarige problemer/lidelser (forløp 3) enn i de to andre forløpene. 2 av 10 kommuner mener tilbudet til barn og unge er dårlig i forløp 3.

Figur 1: Kommunenes vurdering av det samlede tilbudet innenfor de tre pasient-/brukerforløpene*. 2015.



* Forløp 1: Milde og kortvarige problemer. Forløp 2: Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser. Forløp 3: Alvorlige og langvarige problemer/lidelse

Kilde: IS-24/8-kartlegging. Sintef Helse. 2015.

19. Tannhelse

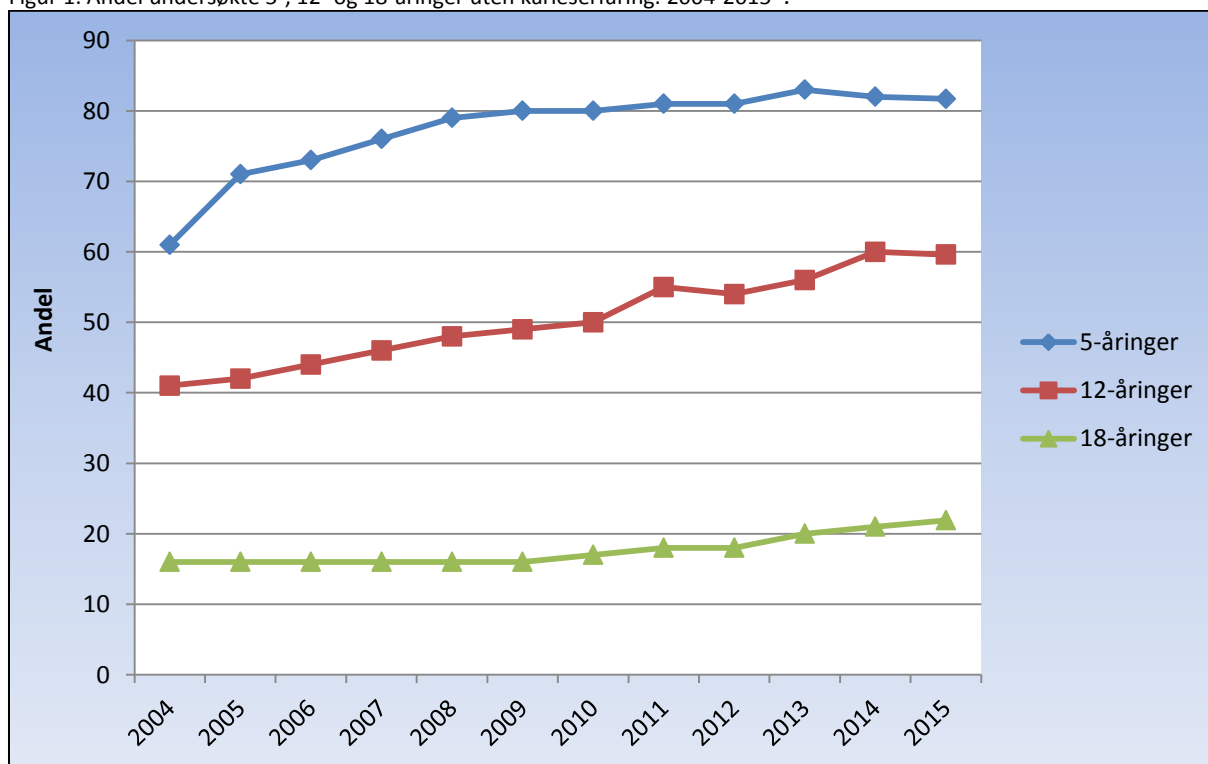
Fylkeskommunen har ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten som yter tjenester til deler av befolkningen etter lov om tannhelsetjenesten. Barn og unge fra 0-18 år har rett til gratis tilsyn og behandling. Unge i alderen 19-20 år får dekket 75 prosent av utgiftene til tannbehandling. Voksne 21 år og over må i hovedsak selv dekke utgifter til tannhelsetjenester.

Tannhelse blant barn

Foreløpige tall for 2015 viser at 76 prosent av 5-, 12- og 18-åringer ble undersøkt, behandlet eller registrert i den offentlige tannhelsetjenesten i 2015. Dette er nedgang på 1-2 prosent fra 2014.

Trenden de siste ti årene er at andelen barn uten karieserfaring er økende. Dette gjelder både for 5-, 12- og 18-åringer.

Figur 1: Andel undersøkte 5-, 12- og 18-åringer uten karieserfaring, 2004-2015*.

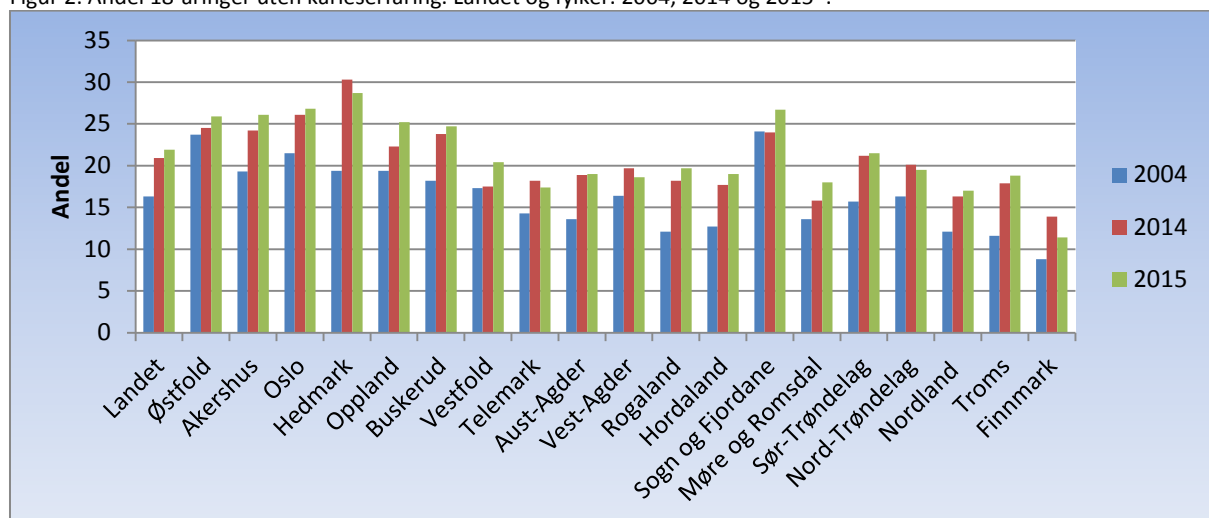


* Foreløpige tall per. 15. mars.

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Det er store geografiske forskjeller når det gjelder forekomst av karies hos barn og unge. Foreløpige tall for 2015 viser at mens for eksempel 28,7 prosent av 18-åringer i Hedmark fylke er kariesfrie, er andelen i Finnmark 11,4 prosent. Andelen som er uten karieserfaring har økt i alle fylker i perioden 2004 til 2015. Fra 2014 til 2015 har det imidlertid vært en nedgang i andelen i noen fylker.

Figur 2: Andel 18-åringer uten karieserfaring. Landet og fylker. 2004, 2014 og 2015*.



* Foreløpige tall per. 15. mars.

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Behandling hos tannlege blant voksne

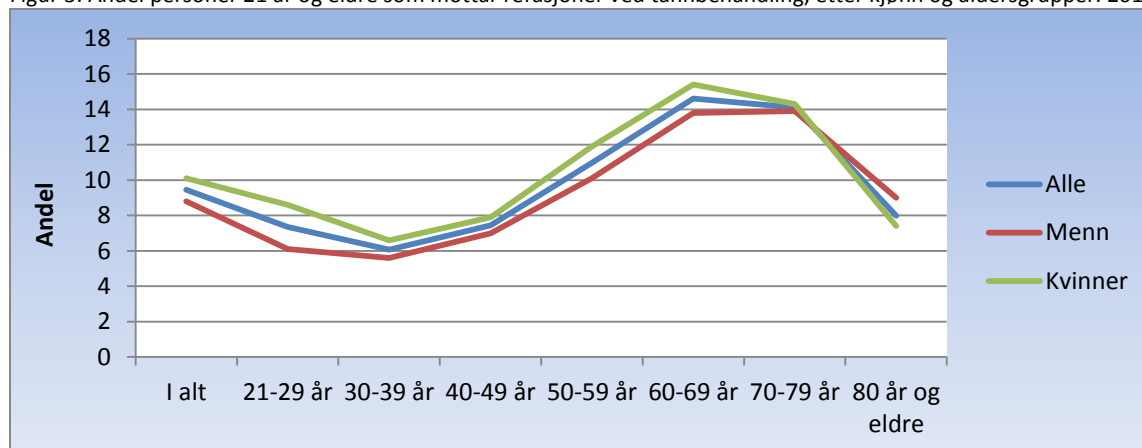
Det finnes ikke nasjonal statistikk over tannstatus til den voksne delen av befolkningen. Folketrygden dekker, helt eller delvis, utgifter knyttet til tannbehandling av 15 ulike lidelser og sykdomstilstander. Ved å bruke refusjonsdata kan man dermed si noe om omfanget av behandling knyttet til disse ulike tannlidelsene/sykdomstilstandene blant voksne.

Statistisk sentralbyrå gjennomførte i 2015 en sosioøkonomisk analyse av voksne mottakeres folketrygdrefusjoner for behandling hos tannlege. («Utgifter til behandling hos tannlege.» Rapport 2015/40. Statistisk sentralbyrå.) I rapporten vises det også til andel av befolkningen i ulike aldersgrupper som får behandling for de ulike lidelsene/sykdomstilstandene det gis refusjon for.

I 2014 fikk i overkant av ni prosent av befolkningen 21 år og eldre refusjoner for tannbehandling via Folketrygden, det vil si 368 717 personer. Andelen var noe høyere blant kvinner enn blant menn.

Fra 40 år og oppover øker andelen som får refusjoner med alderen. Andelen personer over 80 år som får refusjon ligger imidlertid lavere enn gjennomsnittet. Dette henger sannsynligvis sammen med at mange i denne aldersgruppen f. eks. bor på institusjon og dermed får dekket utgiftene til tannbehandling fullt ut.

Figur 3: Andel personer 21 år og eldre som mottar refusjoner ved tannbehandling, etter kjønn og aldersgrupper. 2014.



Kilde: «Utgifter til behandling hos tannlege.» Rapport 2015/40. Statistisk sentralbyrå.

Periodontitt (tannkjøttbetennelse) var den den lidelsen/sykdomstilstanden flest fikk refusjon for. Andelen refusjonsmottakere som får refusjon for periodontitt er økende med alder. Høyest er andelen i aldersgruppen 60-69 år med 8,54 prosent av befolkningen i den aldersgruppen.

Samlet sett var 79 prosent av de som fikk refusjon for periodontitt over 50 år.

Tabell 1: Andel personer 21 år og eldre som mottar refusjoner ved tannbehandling, etter aldergrupper og innslagspunkt. 2014.

Innslagspunkt (sykdomstilstand/lidelser som gir rett til refusjon)	Alle	21-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70-79 år	80 år og eldre
Punkt 1: Sjelden medisinsk tilstand	0,13	0,08	0,11	0,13	0,16	0,17	0,14	0,05
Punkt 2: Leppe-kjeve-ganespalte	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Punkt 3: Svulst i munnhule, tilgrensende vev, eller i hovedregionen elles	0,04	0,01	0,02	0,03	0,05	0,08	0,09	0,06
Punkt 4: Infeksjonsforebyggende behandling ved særlig medisinske tilstander	0,29	0,04	0,09	0,19	0,38	0,59	0,63	0,32
Punkt 5: Sykdommer og anomalier i munn og kjeve	2,88	4,75	3,05	2,44	2,39	2,59	2,39	1,52
Punkt 6: Periodontitt	4,00	0,43	1,27	2,79	5,84	8,54	7,86	3,90
Punkt 7: Tannutviklingsforstyringer	0,13	0,28	0,20	0,14	0,09	0,05	0,04	0,00
Punkt 8: Bittanomalier	0,18	0,94	0,08	0,04	0,02	0,01	0,00	0,00
Punkt 9: Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon	0,81	0,25	0,61	0,93	1,08	1,17	1,12	0,51
Punkt 10: Hyposalivasjon (munntørighet)	0,52	0,07	0,19	0,34	0,55	0,94	1,24	1,16
Punkt 11: Allergiske reaksjoner mot tannrestaureringsmateriale	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00
Punkt 12: Tannskade ved godkjent yrkesskade	0,08	0,12	0,10	0,10	0,09	0,06	0,03	0,01
Punkt 13: Tannskade ved ulykke, som ikke er yrkesskade	0,15	0,22	0,15	0,14	0,13	0,13	0,13	0,10
Punkt 14: Sterkt nedsett evne til egenomsorg ved varig sykdom/nedsatt funksjonsevne	0,18	0,16	0,19	0,17	0,16	0,17	0,23	0,20
Punkt 15: Helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven	0,04	0,00	0,00	0,01	0,03	0,10	0,19	0,12
Punkt 16*	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,03
I alt	9,44	7,35	6,06	7,44	10,97	14,61	14,10	7,98

* Innslagspunkt 16 inkluderer krigspensjonister og annen type behandling, laboratorieprøver og røntgen.

Kilde: «Utgifter til behandling hos tannlege.» Rapport 2015/40. Statistisk sentralbyrå.

Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenester krever tilgang til spesialisert kompetanse og ressurser. Den består av somatisk pasientbehandling, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Spesialisthelsetjenesten skal samarbeide med kommunene om et godt tilbud gjennom diagnostisering, behandling, oppfølging og rehabilitering, samt ambulanser og syketransport.

Her er noen nøkkeltall knyttet til spesialisthelsetjenesten.



20. Kreft

I 2014 ble det registrert 31 651 nye tilfeller av kreft i Norge. Samme år døde 10 971 av kreft. Graden av overlevelse etter en kreftdiagnose er økende, men varierer mellom ulike kreftformer. 1. januar 2015 ble pakkeforløp for lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft innført. Formålet med pakkeforløpene er at pasienter skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendig ikke-medisinsk begrunnede forsinkelser i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering.

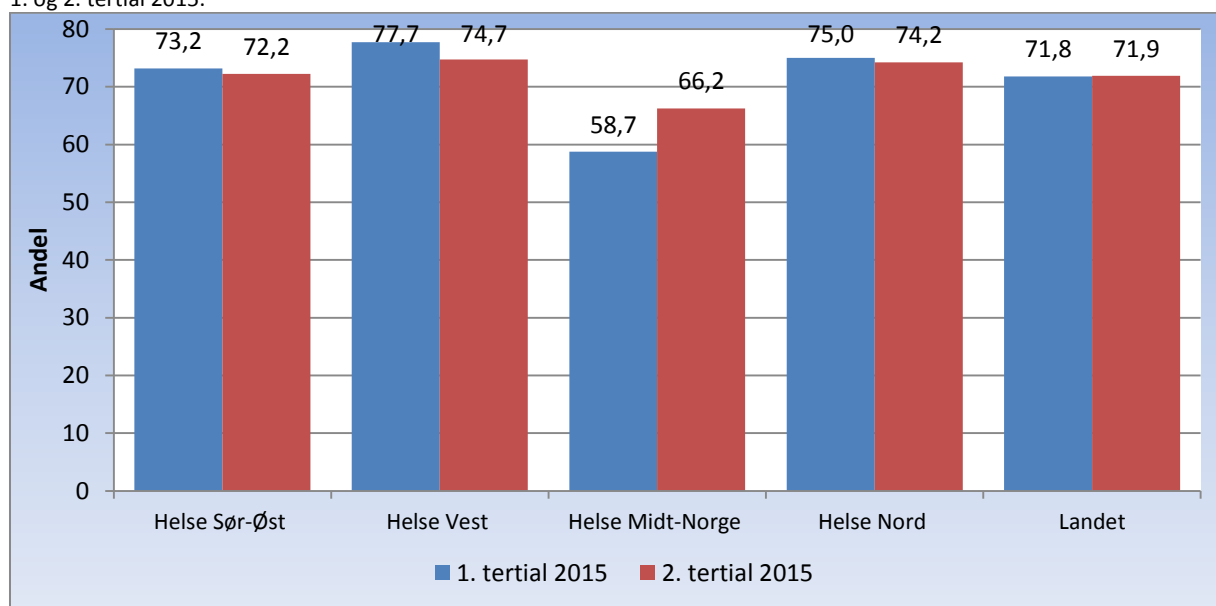
Pakkeforløp for kreft

Målet for 2015 var at 70 prosent av nye kreftpasienter skulle inkluderes i pakkeforløpene og at 70 prosent av pakkeforløpene skulle gjennomføres innen normert forløpstid.

I 1. og 2. tertial hadde alle helseforetakene, med unntak av Helse Midt-Norge, oppnådd målsetningen om at 70 prosent av nye kreftpasienter skulle være inkludert i pakkeforløp. I 2. tertial var andelen nye kreftpasienter i pakkeforløp i Helse Midt-Norge på 66,2 prosent. Det er en økning fra 58,7 prosent tertialet før.

Helse Vest har hatt høyest andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp, men andelen gikk ned fra 1. til 2. tertial. Snittet for landet er bort i mot uendret fra 1. til 2. tertial, og ligger på i underkant av 72 prosent.

Figur 1: Andel nye kreftpasienter som inngår i et organspesifikt pakkeforløp for kreft. Landet og per regionale helseforetak. 1. og 2. tertial 2015.

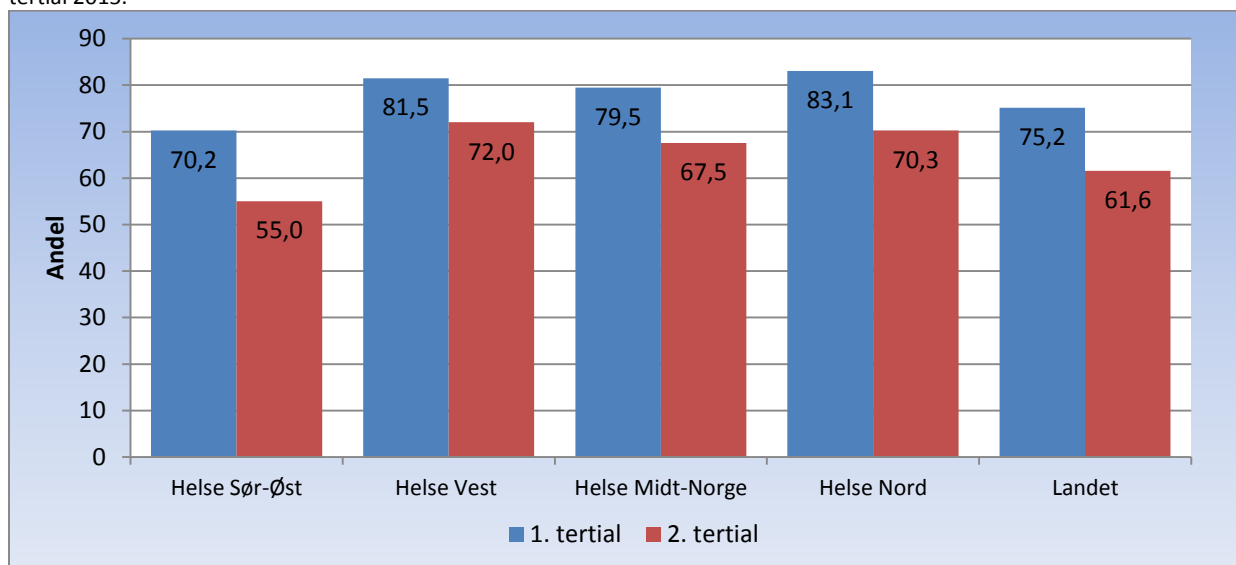


Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer, helsenorge.no.

På landsbasis ble 61,6 prosent av pakkeforløpene rapportert som gjennomført innen normert forløpstid i 2. tertial 2015. Det er en nedgang fra 77,7 prosent fra 1. tertial. Nedgangen i andel pakkeforløp som ble gjennomført på normert tid gjelder for alle helseregionene.

Helse Sør-Øst har lavest andel pakkeforløp som gjennomføres på normert tid i 2. tertial 2015 med 55 prosent. Helse Vest og Helse Nord har høyest andel med 72 og 70,3 prosent. I Helse Midt-Norge ble 61,6 prosent av pakkeforløpene gjennomført på normert tid i 2. tertial 2015.

Figur 2: Andel pakkeforløp hvor behandling startet innen normert forløpstid. Landet og per regionale helseforetak. 1. og 2. tertial 2015.



Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer, helsenorge.no.

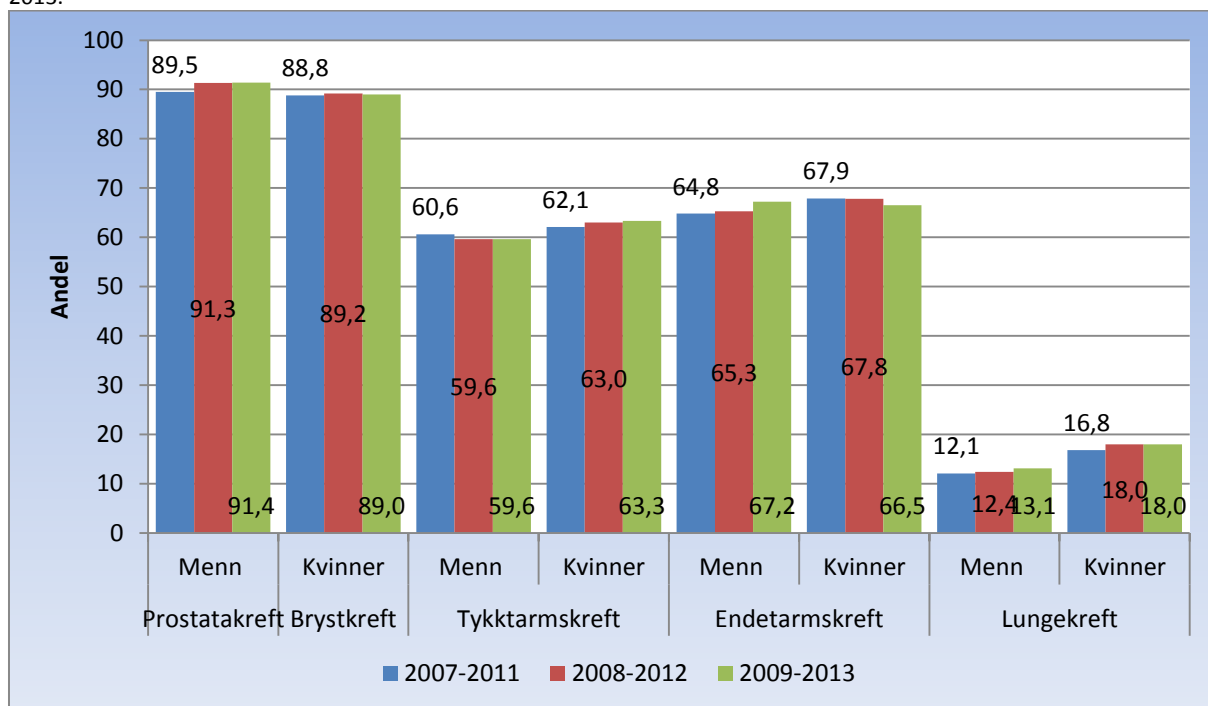
Fem års relativ overlevelse etter kreft

Overlevelse måles som sannsynlighet for at en kreftpasient overlever minst fem år fra diagnosetidspunktet, sett bort fra andre dødsårsaker.

Det er høyest overlevelse blant pasienter med prostatakraft, etterfulgt av brystkreft. I 2009-2013 var overlevelse etter prostatakraft 91,4 prosent, en økning fra 89,5 prosent i perioden 2007-2011.

Lungekreft er den kreftdiagnosen med lavest relativ overlevelse. Det var en marginal økning i overlevelsen for menn og kvinner fra perioden 2007-2011 til perioden 2009-2013.

Figur 3: Fem års relativ overlevelse etter diagnose for ulike krefttyper på landsbasis. Andel. 2007-2011, 2008-2012 og 2009-2013.



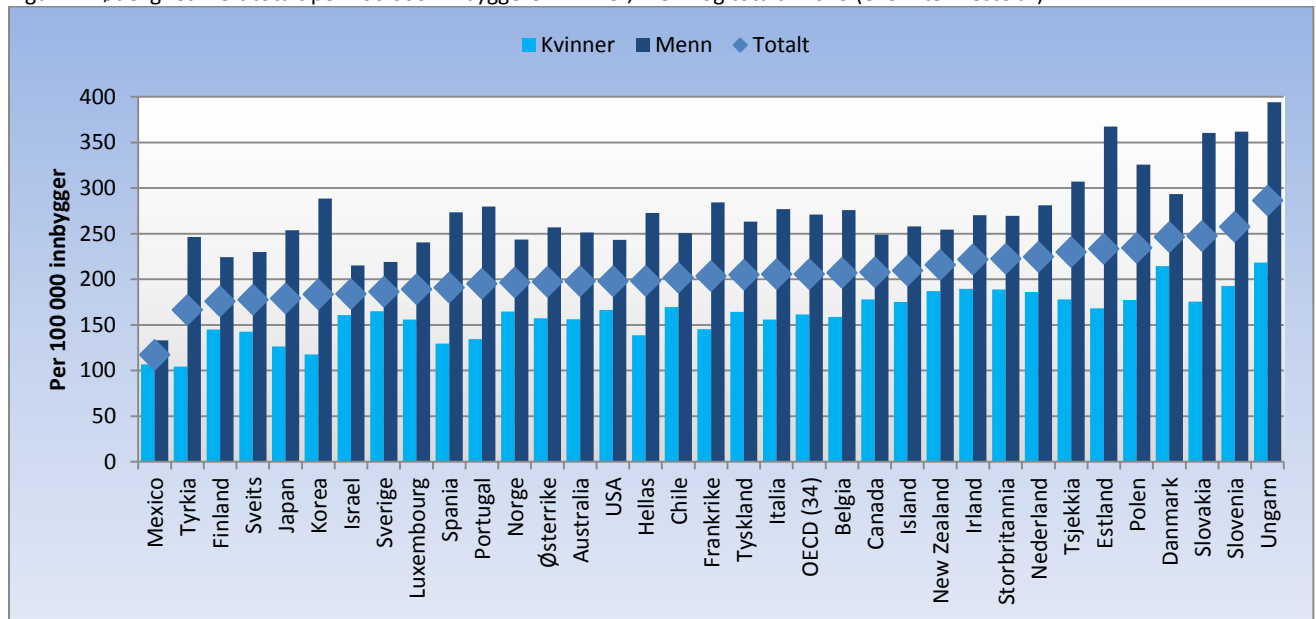
Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer, helsenorge.no.

Dødelighet kreft

Dødelighet angir hvor mange som dør av ulike sykdommer (sykdomsspesifikk mortalitet) per 100 000 innbyggere.

Av OECD-land har Ungarn høyest aldersjustert kreftdødelighet per 100 000 innbyggere med 286. Norge ligger under OECD-snittet med 196 per 100 000 innbyggere. Det er lavest kreftdødelighet i Mexico, Tyrkia, Finland og Sveits. I alle landene er det høyere dødelighet blant menn enn kvinner.

Figur 4: Dødelighet kreft totalt per 100 000 innbyggere. Kvinner, menn og totalt. 2013 (eller nærmeste år).



Kilde: Health at a Glance 2015, OECD.

21. Responstid for ambulanse

Tiden det tar fra en alvorlig hendelse inntreffer til en pasient får nødvendig helsehjelp er ofte avgjørende for å unngå død, tap av leveår, funksjonsnivå eller lidelse. For flere akutte tilstander som hjertestans, hjerneslag og alvorlige traumer er rask responstid avgjørende.

For plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus er det beregnet at sannsynligheten for overlevelse reduseres med 10 prosent per minutt forsinkelse til bruk av hjertestarter (Nolan, JP et al., European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 1. Executive summary; Resuscitation 81 (2010) 1219–1276). Det er derfor viktig at ambulansen kommer til hendelsesstedet så raskt som mulig.

Kjennskap til responstid for ambulanse kan blant annet benyttes til ressursplanlegging og til å monitorere kvaliteten på tjenesten.

Det er ikke etablert nasjonale krav til responstid for ambulansetjenesten, men Stortinget har vedtatt veiledende responstider for akuttoppdrag (St.meld nr. 43 (1999-2000) - Om akuttmedisinsk beredskap).

- I byer og tettsteder skal ambulansen være fremme på hendelsesstedet innen 12 minutter i 90 prosent av de akutte hendelsene.
- I grigrendte strøk skal ambulansen være fremme på hendelsesstedet innen 25 minutter i 90 prosent av hendelsene.

På helsenorge.no presenteres en nasjonal kvalitetsindikator som viser andelen akutte hendelser hvor bilambulansen er fremme innen de veiledende responstidene. Tiden måles fra en 113-oppringning begynner å ringe hos den akuttmedisinske kommunikasjonssentralen (AMK-sentralen) til første ambulanse er på hendelsesstedet. I tillegg vises en indikator på 90 persentilen, det vil si innen hvor mange minutter 90 prosent av ambulansene var fremme på hendelsesstedet.

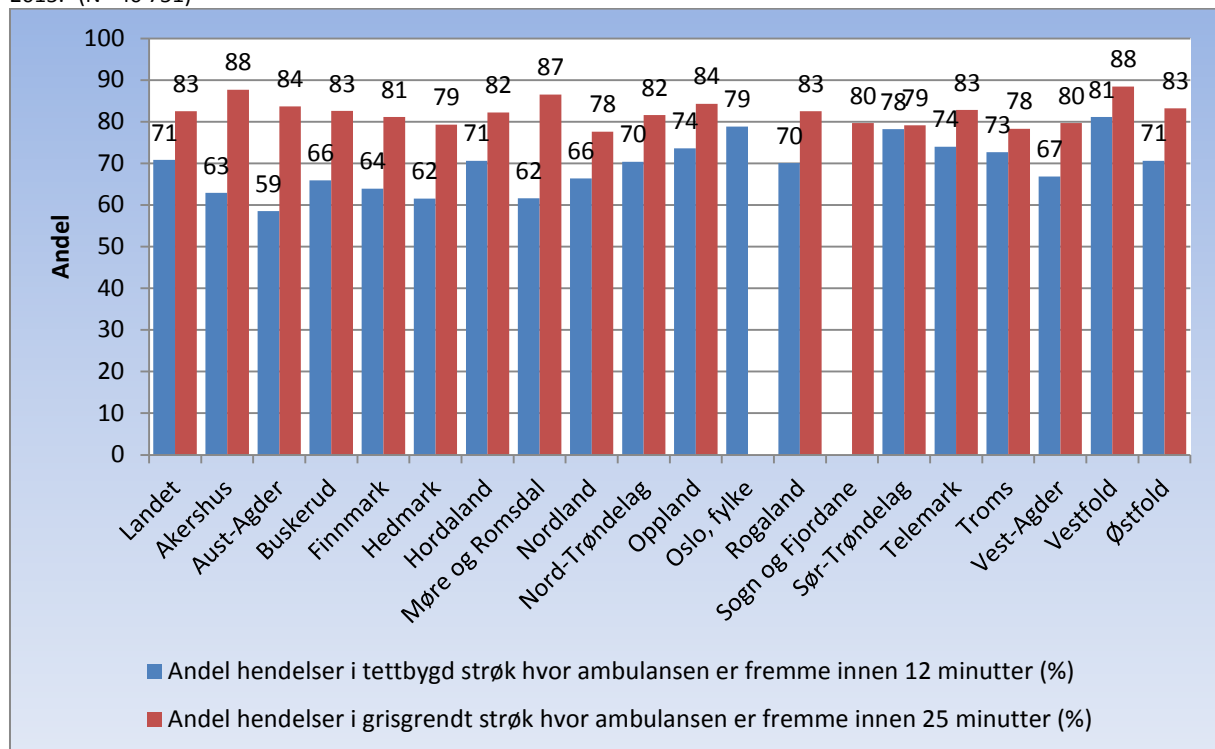
I 2. tertial 2015 var ambulansen fremme på hendelsesstedet tettbygd strøk innen 12 minutter i 71 prosent av hendelsene på landsbasis. 90-persentilet viser at i 90 prosent av hendelsene var det en ambulanse på hendelsesstedet før det hadde gått mer enn 20 minutter.

I grigrendte strøk var ambulansen fremme på hendelsesstedet innen 25 minutter i 83 prosent av hendelsene på landsbasis. I 90 prosent av hendelsene var det en ambulanse på hendelsesstedet før det hadde gått omlag 29 minutter.

Det er noe variasjon mellom fylkene, men ingen av fylkene oppnår de veiledende responstidene om at ambulansen skal være fremme innen 12 minutter i 90 prosent av hendelsene i tettbygdstrøk og innen 25 minutter i 90 prosent av hendelsene i grigrendte strøk. I 2. tertial 2015 er måloppnåelsen for hendelser i tettbygdstrøk høyest i Vestfold med 81 prosent. For hendelser i grigrendt strøk hadde Vestfold og Akershus høyest måloppnåelse med 88 prosent.

Geografiske forskjeller og bosettingsmønstre er med på å forklare forskjeller i responstid rundt omkring i landet.

Figur 1: Andel hendelser hvor ambulansen er på hendelsessted innen veiledende responstid. 2.tertial (periode mai-august) 2015. * (N= 40 751)



* Innrapporterte data fra AMK-sentralene inneholder ikke informasjon om hvorvidt hendelsen har inntruffet i by og tettsted eller i grisgrendte strøk. Responstidene er derfor aggregert på kommunenivå, der kommuner med 10 000 innbyggere eller flere er definert som tettbygde strøk.

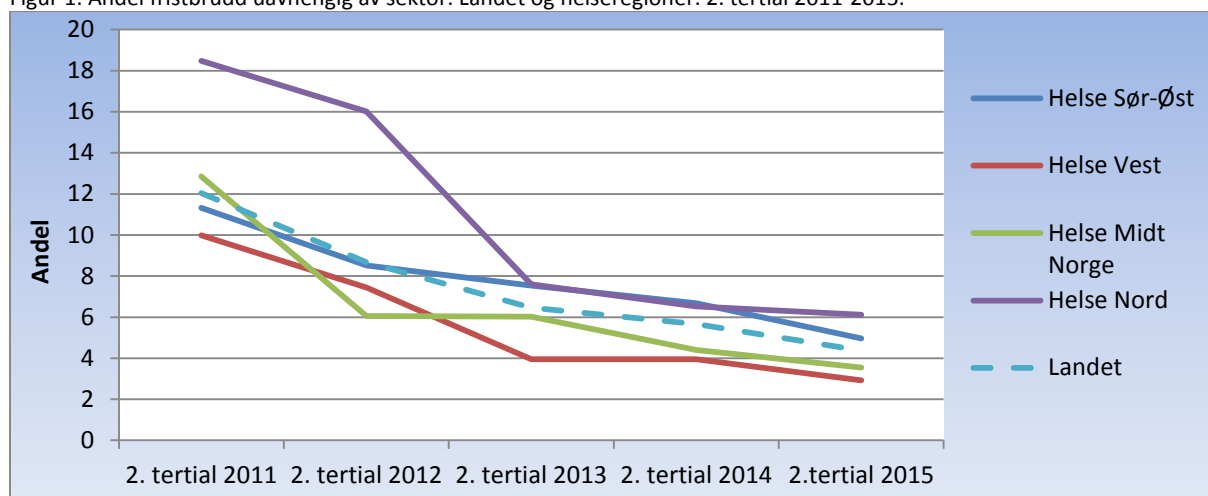
Kilde: Norsk pasientregister, Helsedirektoratet.

22. Fristbrudd

Alle pasienter som har rett til prioritert helsehjelp, skal ha fastsatt en dato for oppstart. Fristbrudd oppstår når helsehjelpen er startet etter den oppsatte fristen. Behandlingsfristen er en del av pasientrettighetene, og sikrer prioritet for pasienter med de mest alvorlige sykdomstilstandene.

Fra 2011 til 2015 er andelen fristbrudd totalt sett halvert, fra rundt 12 prosent til i underkant av 5 prosent. I samme periode er også variasjonene i andelen fristbrudd mellom helseregionene redusert. Andelen fristbrudd ligger mellom 3-6 prosent i regionene i 2. tertial 2015.

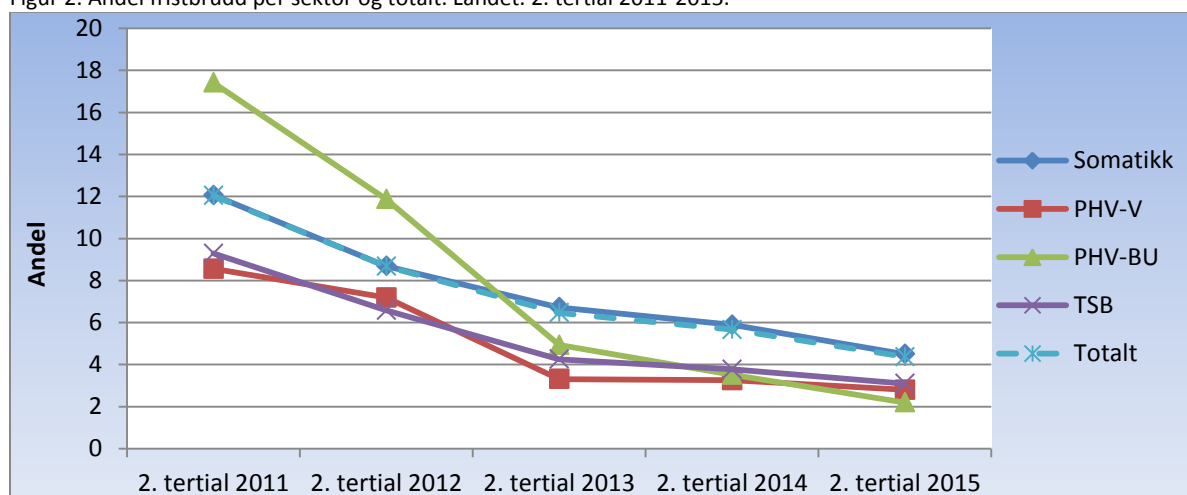
Figur 1: Andel fristbrudd uavhengig av sektor. Landet og helseregioner. 2. tertial 2011-2015.



Kilde: Norsk pasientregister, Helsedirektoratet.

Andelen fristbrudd er nedadgående i alle sektorer. I 2. tertial 2015 var den høyest i somatisk helse med 4,5 prosent. Innen psykisk helsevern for voksne (PHV-V), psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) var andelen fristbrudd på 2-3 prosent.

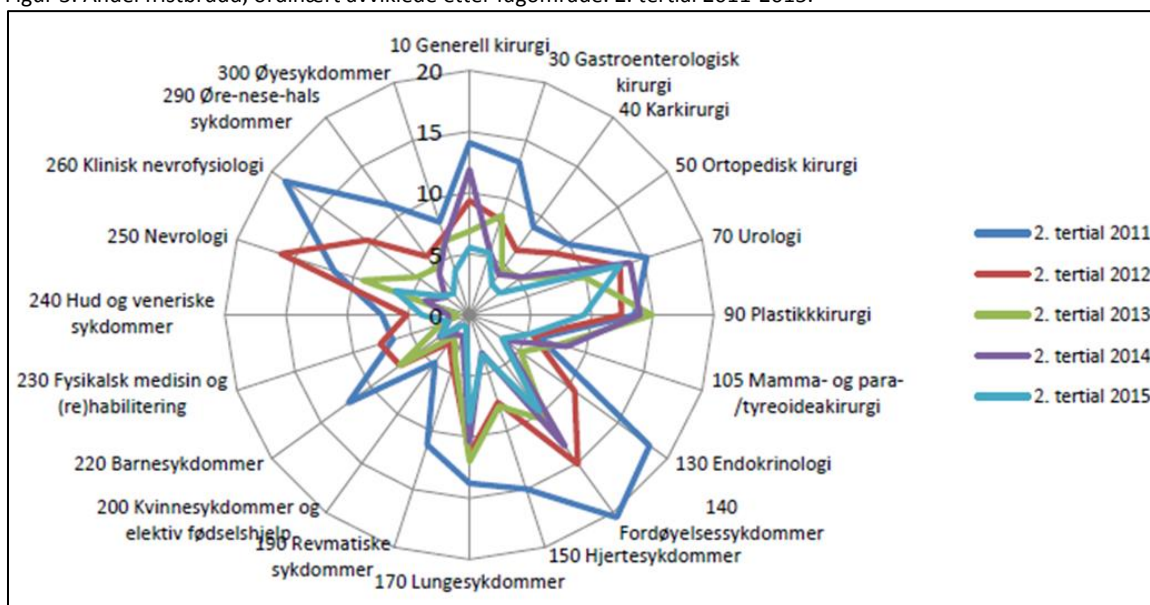
Figur 2: Andel fristbrudd per sektor og totalt. Landet. 2. tertial 2011-2015.



Kilde: Norsk pasientregister, Helsedirektoratet.

Fagområdene med størst andel fristbrudd 2. tertial 2015 var urologi og fordøyelsessykdommer. Omfanget av fristbrudd er mest redusert innen generell kirurgi og plastikkirurgi.

Figur 3: Andel fristbrudd, ordinært avviklede etter fagområde. 2. tertial 2011-2015.



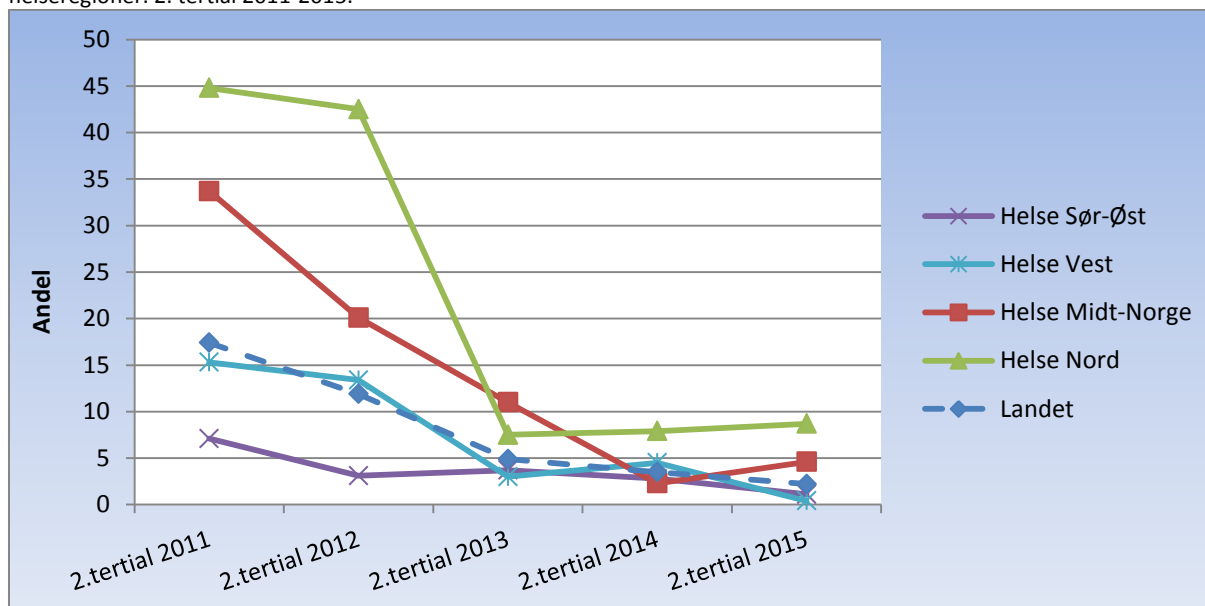
Kilde: Helsedirektoratet IS-2390: Ventetider og pasientrettigheter 2. tertial 2015.

Fristbrudd for pasienter i psykisk helsevern barn og unge

På landsbasis har andelen fristbrudd for pasienter som har startet helsehjelp og som står på venteliste i psykisk helsevern barn og unge gått betydelig ned i perioden 2011-2015. Andelen fristbrudd varierer mellom helseregionene, men forskjellene har blitt betydelig mindre fra 2011 til 2015.

I 2015 ventet 18 327 pasienter på helsehjelp i psykisk helsevern for barn og unge. Av disse opplevde 407 fristbrudd, det vil si 2,2 prosent. Andelen fristbrudd er høyest i Helse Nord med 8,7 prosent og lavest i Helse Vest med 0,4 prosent.

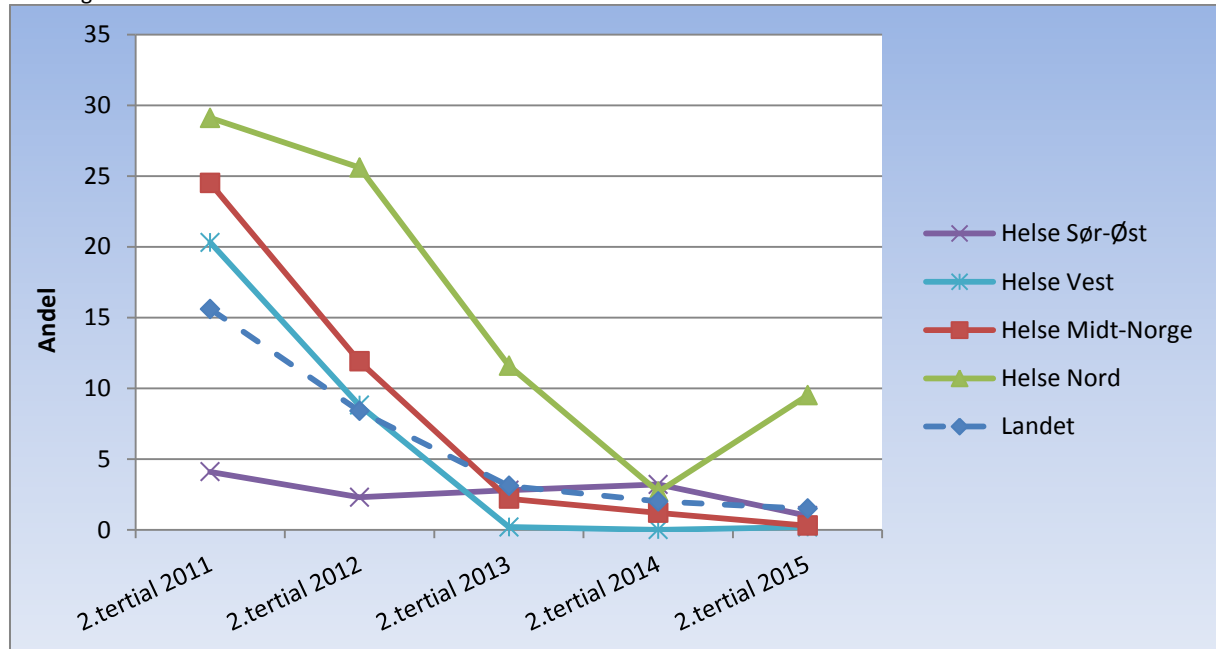
Figur 4: Andel fristbrudd for pasienter som har begynt helsehjelp innen psykiskvern helse for barn og unge. Landet og helseregioner. 2. tertial 2011-2015.



Kilde: Norsk pasientregister, Helsedirektoratet.

8 250 pasienter sto på venteliste 2. tertial i 2015. Av disse opplevde 121 fristbrudd. Det tilsvarer 1,5 prosent. Helse Nord skiller seg markant fra de andre regionene med en fristbruddsandel på 9,5 prosent. Lavest andel fristbrudd var det i Helse Vest med 0,2 prosent.

Figur 5: Andel fristbrudd for pasienter som står på venteliste innen psykisk helsevern for barn og unge. Landet og helseregioner. 2. tertial 2011-2015.



Kilde: Norsk pasientregister, Helsedirektoratet.

23. Fosterdiagnostikk

Fosterdiagnostikk er ulike typer undersøkelser av et foster eller en gravid kvinne med det formål å få informasjon om fosterets genetiske egenskaper, eller å påvise eller utelukke sykdom eller utviklingsavvik hos fosteret. Alle kvinner som er over 38 år ved termin, eller som tilhører risikogrupper, får informasjon og tilbud om fosterdiagnostikk.

Tidlig ultralyd er den mest brukte undersøkelsesmetoden. I 2012 utgjorde tidlig ultralyd rundt 59 prosent av all fosterdiagnostikk. I 2014 var andelen sunket til 58 prosent. I 2014 var om lag 55 prosent av de undersøkte kvinnene yngre enn 38 år.

I 2014 ble det foretatt fosterdiagnostikk av 6 836 gravide. Det utgjorde ca. 12 prosent av alle svangerskap det året. Det ble det gjort funn i 1 005 svangerskap, noe som tilsvarer i 14,7 prosent av svangerskapene. I 2012 ble det gjort funn i rundt 10 prosent av svangerskapene og i 2013 i rundt 11 prosent.

Tabell 1: Antall svangerskap hvor det er gjort fosterdiagnostikk, antall funn og antall avbrudd etter funn. 2012-2014.

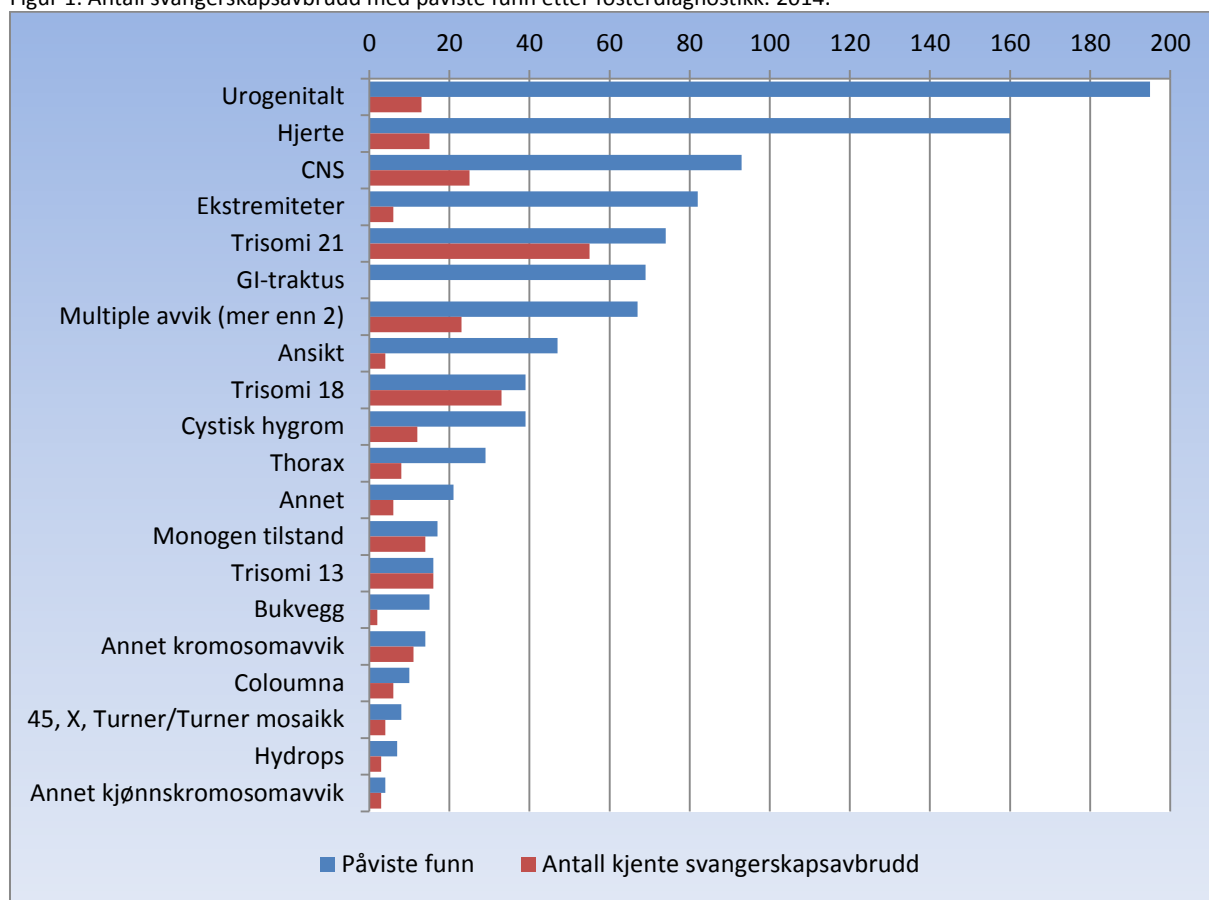
	2012	2013	2014
Fosterdiagnostikk*	6 243	6 439	6 836
Funn	976	973	1 005
Antall avbrudd etter funn	278	301	260

* Kan gjennomføres flere undersøkelser i hvert svangerskap.

Kilde: Helsedirektoratet. Rapport om fosterdiagnostikk. 2012, 2013 og 2014.

I 2014 ble rundt 1 av 4 svangerskap hvor det ble påvist funn avbrutt. Dette er litt lavere enn i de to foregående årene. Flest funn ble gjort rundt urogenitalt, hjerte og CNS (sentralnervesystemet). Flest antall svangerskapsavbrudd skjedde ved funn av Trisomi 21 (Downs syndrom), hvor 55 av 74 svangerskap ble avbrutt i 2014. Det utgjør rundt 74 prosent av svangerskapene hvor Trisomi 21 ble påvist. Andelen har imidlertid sunket sammenliknet med de to foregående årene hvor andelen var på henholdsvis 85 og 82 prosent.

Figur 1: Antall svangerskapsavbrudd med påviste funn etter fosterdiagnostikk. 2014.



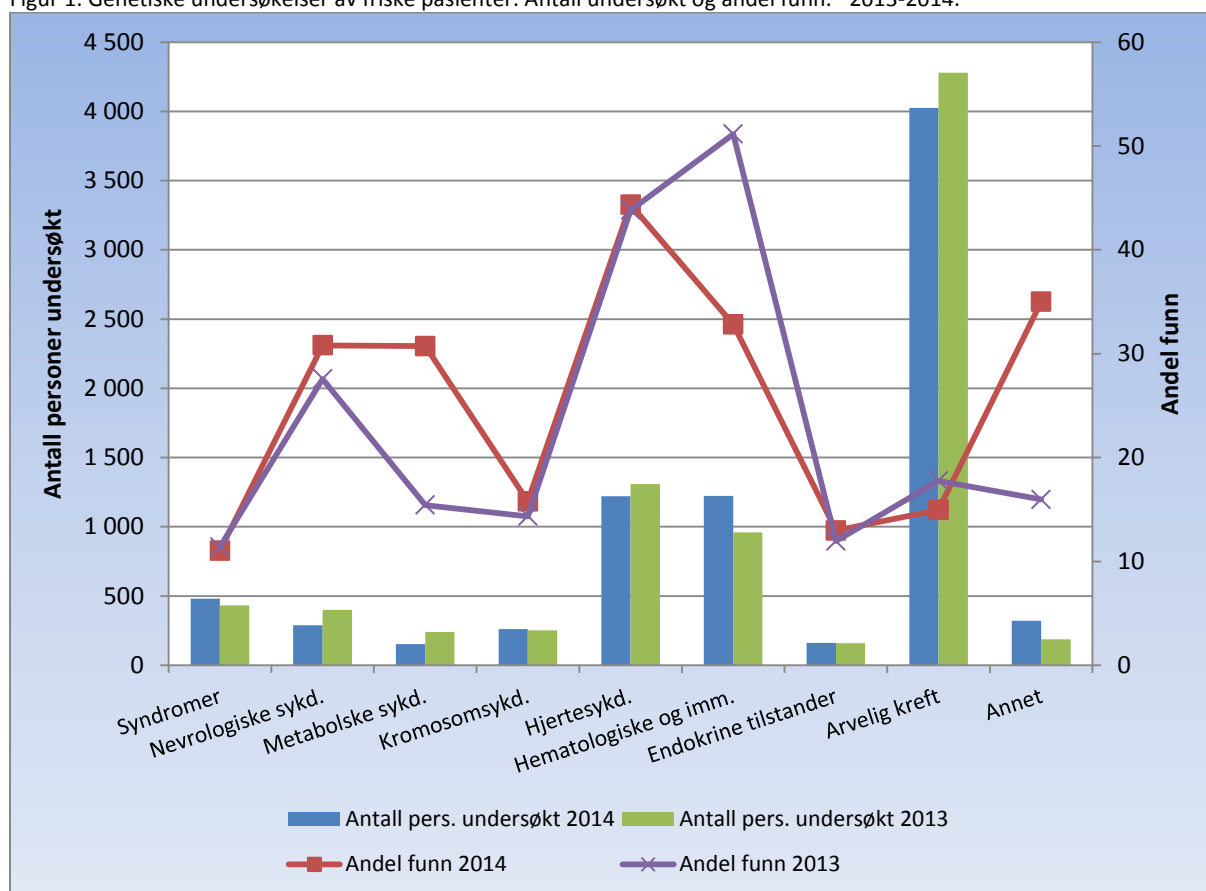
Kilde: Helsedirektoratet. Rapport om fosterdiagnostikk. 2014.

24. Genetiske undersøkelser

Genetiske undersøkelser brukes for å finne genvarianter som kan forklare symptomer hos syke pasienter, samt for å identifisere genetisk predisposisjon for fremtidig sykdom hos friske.

I 2014 ble det utført genetiske undersøkelser av rundt 51 000 personer ved norske sykehus. Det er en markant økning fra 2013, da antallet var rundt 38 000. Omtrent 16 prosent av pasientene som ble undersøkt i 2014 var friske ved undersøkelsestidspunktet. Flest undersøkelser av friske ble foretatt for å identifisere mulig arvelig kreft.

Figur 1: Genetiske undersøkelser av friske pasienter. Antall undersøkt og andel funn.* 2013-2014.



* Funn; identifisert sykdomsgivende eller antatt sykdomsgivende mutasjon.

Kilde: Helsedirektoratet. Rapport om genetiske undersøkelser 2014.

I noen tilfeller vil en genetisk undersøkelse innebære at svært mange eller alle genene hos pasienten blir analysert, såkalte genomvide undersøkelser. Bruken av slike analyser øker, noe som antas å ha sammenheng med reduserte analysekostnader og økt teknologisk mulighet til å tolke store datamengder. Genomvide undersøkelser øker muligheten for funn av sykdomsgivende gen-varianter som ikke er relatert til den kliniske problemstillingen som utredes, det vil si utilsiktede funn. Det ble i 2014 utført genomvide undersøkelser av 2 634 pasienter og det ble gjort ett utilsiktet funn.

25. Kronisk utmattelsessyndrom – CFS/ME

CFS/ME er en sykdom hvor hovedsymptomet er langvarig, betydelig og til tider invalidiserende utmattelse i tillegg til et karakteristisk sykdomsbilde. Dette sykdomsbildet er preget av både fysiske og kognitive symptomer som f.eks. smerter, og nedsatt hukommelse og konsentrasjon. Årsaken til sykdommen er ukjent og det finnes i dag ingen dokumentert behandling som kan kurere sykdommen. Det finnes imidlertid behandlinger og strategier som kan lindre ubehagelige symptomer, bidra til mestring i hverdagen og gi økt livskvalitet.

CFS står for *Chronic fatigue syndrom* og ME for *myalgisk encefalomyelitt*. I Norge brukes som oftest betegnelsen ME (eller diagnosen postviralt utmattelsessyndrom).

Antall pasienter med diagnosen

Før en CFS/ME-diagnose gis må pasienten utredes. En CFS/ME-utredning består i å kartlegge pasientens sykdomshistorie (anamnese) og symptombylde, samt at det utelukkes for andre mulige diagnoser. Det benyttes ulike diagnostiske systemer og kriterier for å fastsette diagnosen. I tillegg kategoriseres sykdommen i fire ulike alvorlighetsgrader; mild, moderat, alvorlig og svært alvorlig.

Det foreligger i dag ikke nasjonale tall over hvor mange som har CFS/ME, og hvor mange av disse som er har de ulike gradene av sykdommen. I Helsedirektoratets nasjonale veileder for pasienter med CFS/ME (IS-1944) anslås det at det finnes et sted mellom 10 000-20 000 pasienter med sykdommen av ulik alvorlighetsgrad.

Selv om det ikke foreligger en totaloversikt over hvor mange som har sykdommen, kan data fra Norsk pasientregister gi opplysninger om hvor mange pasienter behandlet ved norske sykehus som har vært registrert med postviralt utmattelsessyndrom (ICD-10: G93.3) som hoved- eller bidiagnose.

I perioden 2008-2014 ble totalt 12 472 pasienter registrert med diagnosen utmattelsessyndrom ved norske sykehus. Antallet har økt fra 1 142 i 2008 til 2 412 i 2014. Noen pasienter er imidlertid med i tallmaterialet for flere av årene, men telles bare med en gang per år. Antallet unike pasienter i perioden 2008-2014 er 8 678.

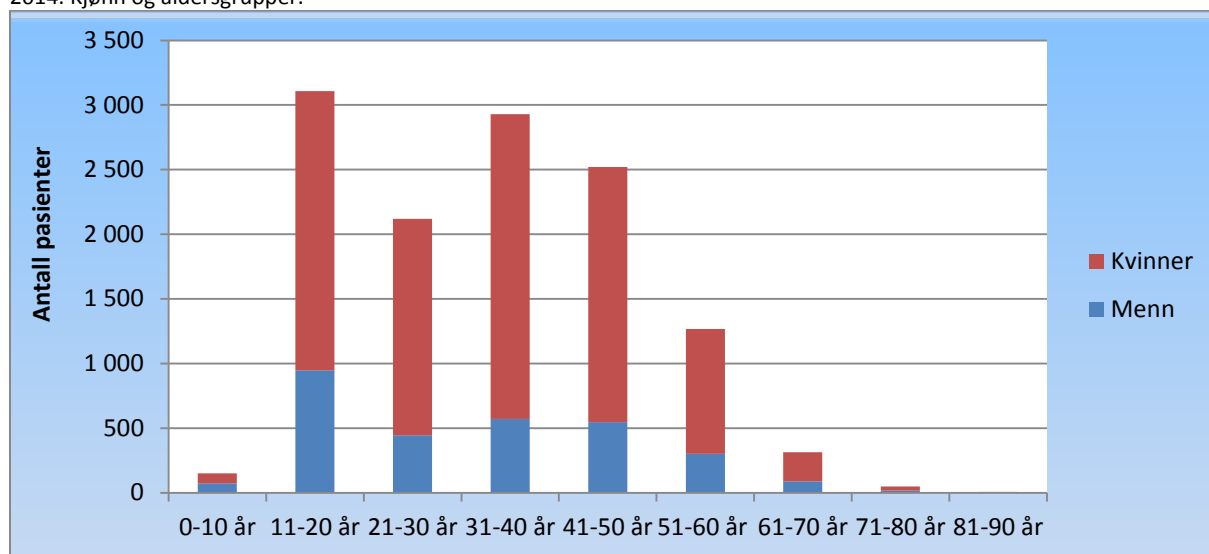
Tabell 1: Antall pasienter med registrert hoved- eller bidiagnosen postviralt utmattelsessyndrom (ICD-10: G93.3). 2008-2014.

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1 142	1 381	1 499	1 757	2 012	2 269	2 412

Kilde: Norsk pasientregister, Helsedirektoratet.

Om lag 3 av 4 av pasientene er kvinner. Hovedvekten av pasientene er mellom 11 og 50 år.

Figur 1: Antall pasienter med registrert hoved- eller bi-tilstand *postviralt utmattelsessyndrom* (ICD-10: G93.3) årene 2008 til 2014. Kjønn og aldersgrupper.

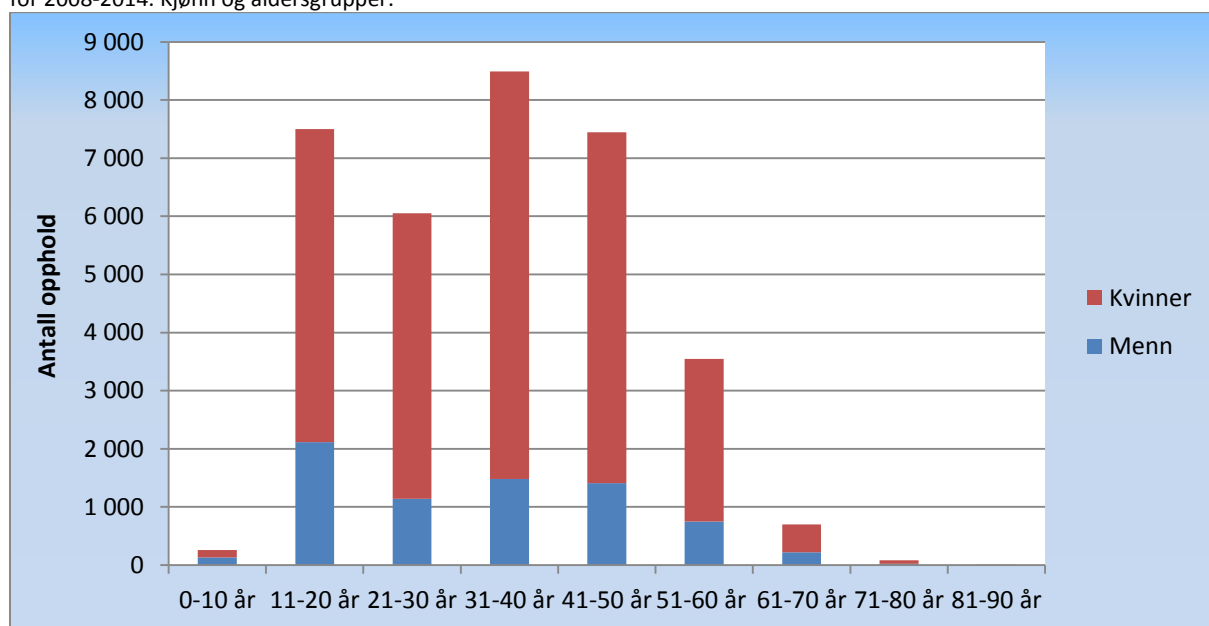


Kilde: Norsk pasientregister, Helsedirektoratet.

Sykehusopphold

I perioden 2008-2014 var det 34 078 opphold ved norske sykehus med pasienten registrert med postviralt utmattelsessyndrom, enten hoveddiagnose eller bidiagnose. Målt i antall opphold så er det flest i aldersgruppen 31-40 år.

Figur 2: Antall sykehusopphold med registrert hoved- eller bi-tilstand *postviralt utmattelsessyndrom* (ICD-10: G93.3) samlet for 2008-2014. Kjønn og aldersgrupper.



Kilde: Norsk pasientregister, Helsedirektoratet.

Gjennomsnittlig antall sykehusopphold per pasient i perioden 2008-2014 er på 2,7. Gjennomsnittlig antall opphold per pasient er høyest i aldersgruppen 41-50 år med tre opphold.

Tabell 2: Antall sykehusopphold og antall pasienter registrert med hoved- eller bi-tilstand *postviralt utmattelsessyndrom* (ICD-10: G93.3) årene 2008 til 2014, og gjennomsnittlig opphold per pasient. Aldersgrupper og totalt.

	Antall opphold	Antall pasienter	Gjennomsnittlig opphold per pasient
0-10 år	260	152	1,7
11-20 år	7 498	3 108	2,4
21-30 år	6 051	2 120	2,9
31-40 år	8 491	2 930	2,9
41-50 år	7 443	2 522	3,0
51-60 år	3 546	1 269	2,8
61-70 år	699	314	2,2
71-80 år	82	50	1,6
81-90 år	8	7	1,1
Totalt	34 078	12 472	2,7

Kilde: Norsk pasientregister, Helsedirektoratet.

26. Assistert befruktning

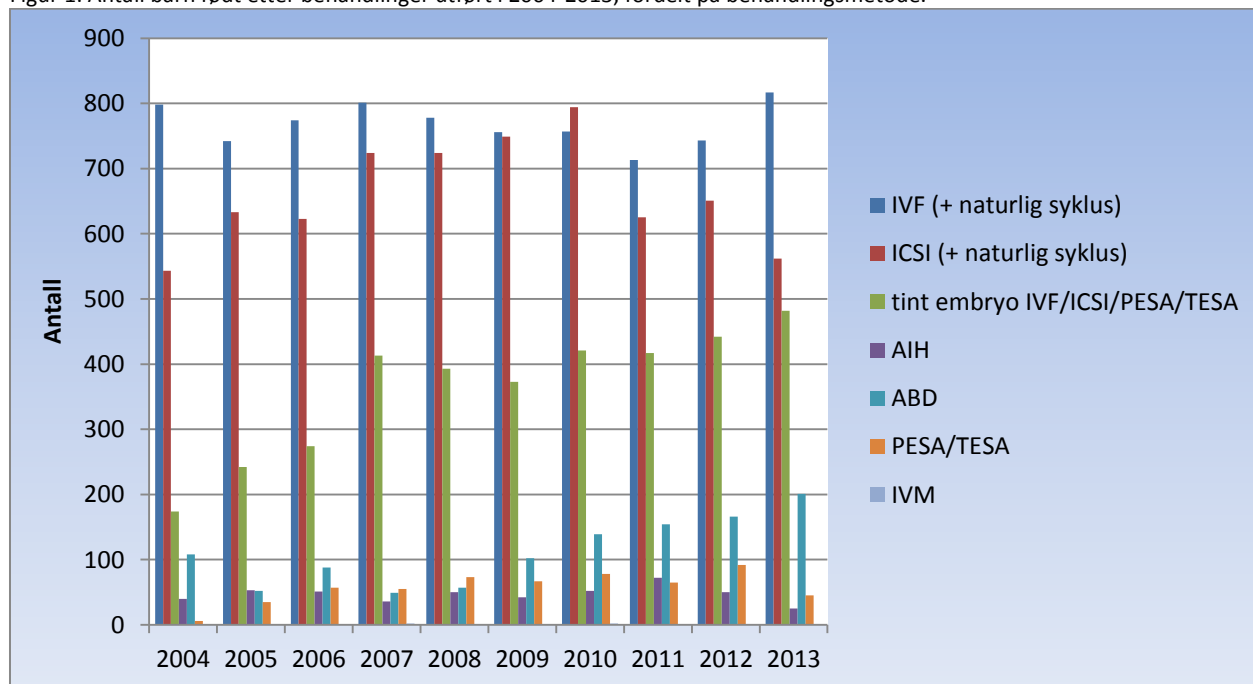
Hvert tiende par i fruktbar alder er ufrivillig barnløse. I Norge kan heterofile og lesbiske par få tilbud om assistert befruktning. Behandlinger med assistert befruktning utført i Norge gir opphav til mellom tre og fire prosent av barna som fødes i Norge hvert år.

Som resultat av behandlinger utført i 2013 ble det født 2 132 barn. Rundt 38 prosent av barna som ble født etter assistert befruktning i 2013, ble til ved hjelp av befruktning utenfor kroppen, såkalte «prøverørsbehandlinger» (in vitro fertilisering). De øvrige ble til ved ulike typer inseminasjonsbehandling.

I 2013 ble det født 482 barn etter behandlinger med innsetting av embryo som har vært lagret (fryst). Det utgjorde 22,5 prosent av barna som ble til ved hjelp av assistert befruktning det året.

Både antall og andel barn født etter behandlinger med donorsæd har økt gradvis fra 2007 til 2014. Behandlinger med donorsæd utført i 2013 resulterte i 201 barn og utgjorde i overkant av ni prosent av fødslene etter assistert befruktning. I 2007 var antallet 49 barn og andelen to prosent.

Figur 1: Antall barn født etter behandlinger utført i 2004-2013, fordelt på behandlingsmetode.



IVF = "Vanlig" prøverørsbehandling.

ICSI = Intracytoplasmatisk spermieinjeksjon.

Tint embryo IVF/ICSI/PESA/TESA: Tilbakeføring av lagret embryo som ble laget ved hjelp av disse metodene.

AIH = Inseminasjonsbehandling med sæd fra ektefelle eller samboer.

ABD = Inseminasjonsbehandling, IVF eller ICSI med donorsæd.

PESA/TESA = Uthenting av sæd fra testikkel eller bitestikkel kombinert med ICSI. Disse behandlingene er utført med ferske embryo og ektefelles sæd.

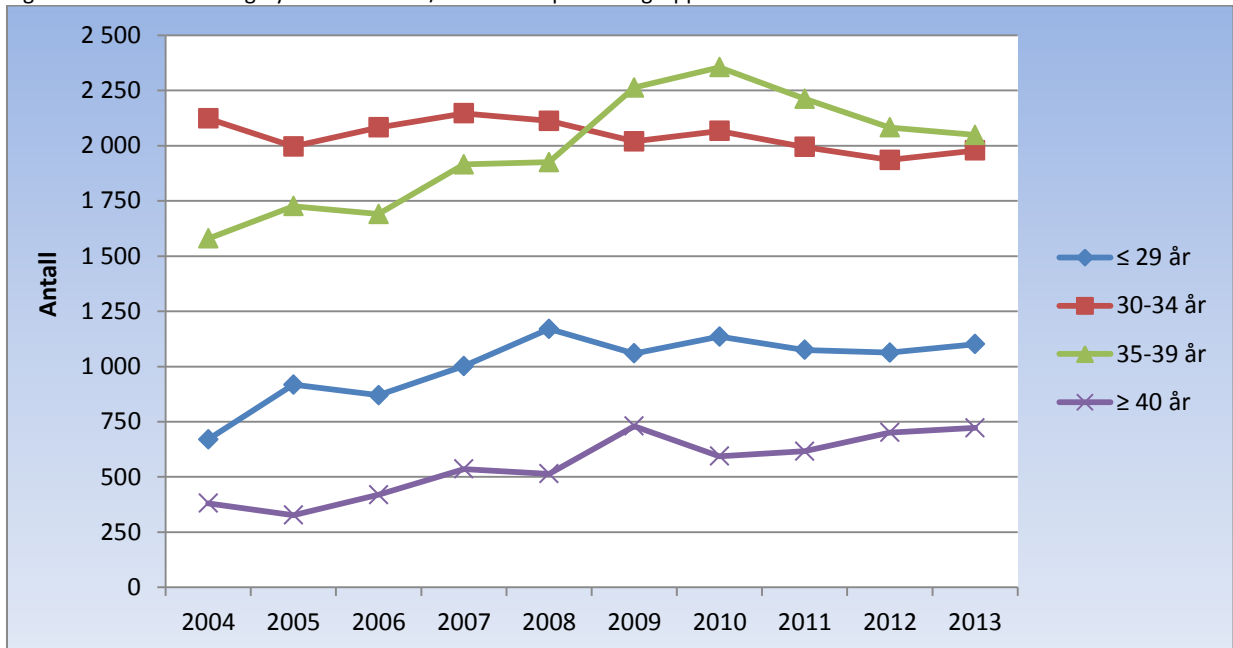
IVM = Egget modnes i laboratoriet før det befruktes ved hjelp av ICSI (gjelder 6 barn i hele perioden).

Kilde: Helsedirektoratet.

I 2013 det ble satt i gang 6 366 behandlinger med «prøverørsbehandling», 862 behandlinger med inseminasjon og 3 054 behandlinger med tilbakeføring av embryo som har vært lagret.

Behandlinger med IVF og ICSI og ektefelles/samboers/partners sæd utgjorde nær 92 prosent av «prøverørsbehandlingene». I årene 2004-2008 var det flest behandlingssykluser blant kvinner i aldersgruppen 30-34 år. I perioden 2009-2013 var det flest i aldersgruppen 35-39 år. Et økende antall av de yngre kvinnene blir gravide etter behandling med tint embryo, dermed blir det færre behandlingssykluser med IVF eller ICSI og ferske embryo. Antall fødsler etter IVF eller ICSI har hele tiden vært høyest i aldersgruppen 30-34 år.

Figur 2: Antall behandlingssykluser med IVF/ICSI fordelt på aldersgrupper. 2004-2013.



Kilde: Helsedirektoratet.

27. Medisinske kvalitetsregistre

Det er en målsetning å øke kvaliteten på helsetjenestene. Opprettelse, drift og bruk av de medisinske kvalitetsregistrene har som mål å bidra til bedre helsetjenester. De medisinske kvalitetsregistrene skal i første rekke sørge for å overvåke behandlingskvalitet for en rekke sykdommer og prosedyrer. De skal også brukes til forskning, kartlegging av sykdomsforekomst og behandling av pasienter.

I de medisinske kvalitetsregistrene registreres fortløpende opplysninger for en avgrenset pasientgruppe med utgangspunkt i individuelle behandlingsforløp. Registeret gir informasjon om forhold knyttet til pasientgruppen, sammenligninger av behandlingsformer, resultat av behandlingen og eventuelle bivirkninger.

Antall og organisering

Medisinske kvalitetsregistre kan tildeles nasjonal status. Det betyr at registeret innfrir visse kvalitetskriterier og at et regionalt helseforetak har påtatt seg driften av registeret. Nasjonal status tildeles av Helsedirektoratet etter søknad.

Ved utgangen av 2015 er 52 registre godkjent med status som medisinske kvalitetsregistre. Det er en økning på fire fra 2014.

Tabell 1: Totalt antall nasjonalt godkjente medisinske kvalitetsregistre. 2012-2015.

	2012	2013	2014	2015
Nasjonalt godkjente registre	33	45	47	52

Kilde: Helsedirektoratet.

Hvert enkelt register utarbeider årsrapport blant annet om registerets virksomhet, dekningsgrad og forskningsaktivitet. Disse finnes på www.kvalitetsregistre.no

Tabell 2: Oversikt over nasjonalt godkjente medisinske kvalitetsregistre per 31.12.2015.

Norsk hjerneslagregister	Nasjonalt register for leddproteser
Norsk hjerteinfarktregister	Nasjonalt Hoftebruddregister
Norsk karkirurgisk register -NORKAR	Nasjonalt Korsbåndregister
Norsk Hjertekirurgiregister	Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi
Norsk Pacemaker og ICD-register	Norsk Nakke- og Ryggregister
Norsk hjertesviktregister	Norsk kvalitetsregister for artrittsykdommer (NorArtritt)
Norsk register for invasiv kardiologi - NORIC	Nasjonalt Barnehofteregister
Norsk hjertestansregister	Norsk register for analinkontinens
Nasjonalt register for ablasjons- behandling og elektrofysiologi i Norge	Gastronet
Nasjonalt register for tykk- og endetarmskreft	Norsk register for gastrokirurgi (NoRGast)
Nasjonalt register for prostatakreft (NPPC)	Norsk gynekologisk endoskopiregister (NGER)
Nasjonalt register for barnekreft	Norsk Kvinnelig Inkontinensregister
Nasjonalt register for brystkreft	Norsk nefrologiregister
Nasjonalt register for føflekkreft	Norsk intensivregister
Nasjonalt register for gynekologisk kreft	Norsk Nyfødtd medisinsk kvalitetsregister (NNK)
Nasjonalt register for lungekreft	Nasjonalt traumeregister

Nasjonalt register for Malignt Lymfom og KLL	Nasjonalt register for HIV
Nasjonalt register for KOLS	Norsk register for døvblinde
Nasjonalt register for langtids mekanisk ventilasjon	Norsk ryggmargsskaderegister (NorSCIR)
Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes	Nasjonalt register for organspesifikke autoimmune sykdommer (ROAS)
Diabetesregister for voksne	Nordisk kvalitetsregister for hidradenitis suppurativa (HISREG)
Cerebral pareseregisteret i Norge	Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser (NorSpis)
Norsk MS Register og biobank	SmerteReg
Nasjonalt register for arvelige og medfødte nevrologiske sykdommer	Norsk kvalitetsreg for leppe-kjeve-ganespalte
Nasjonalt kvalitetsregister for demens	Norsk porfyriregister
Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi	Norsk Nyrebiopsiregister

Kilde: Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre (SKDE).

Dekningsgrad

For at et kvalitetsregister skal kunne brukes til kvalitetsforbedringsarbeid og forskning, samt ha tilstrekkelig troverdighet i de kliniske miljøene, er det helt avgjørende at flest mulig av de aktuelle observasjonene (pasienter, operasjoner eller lignende) faktisk blir registrert. Det vil si at dekningsgraden i registeret er tilfredsstillende.

I 2013 ble det etablert et nasjonalt system der godkjente nasjonale kvalitetsregistre kan få validert sin dekningsgrad ved å koble opp mot Norsk pasientregister. Dette skjer i et samarbeid mellom Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre (SKDE), det aktuelle kvalitetsregister og Norsk pasientregister (NPR). I 2014 ble det utført seks ordinære dekningsgradsanalyser fordelt på fem kvalitetsregistre (Helsedirektoratet; «*Nasjonal tjeneste for validering og dekningsgradsanalyser. Årsrapport 2014.*» IS-2368).

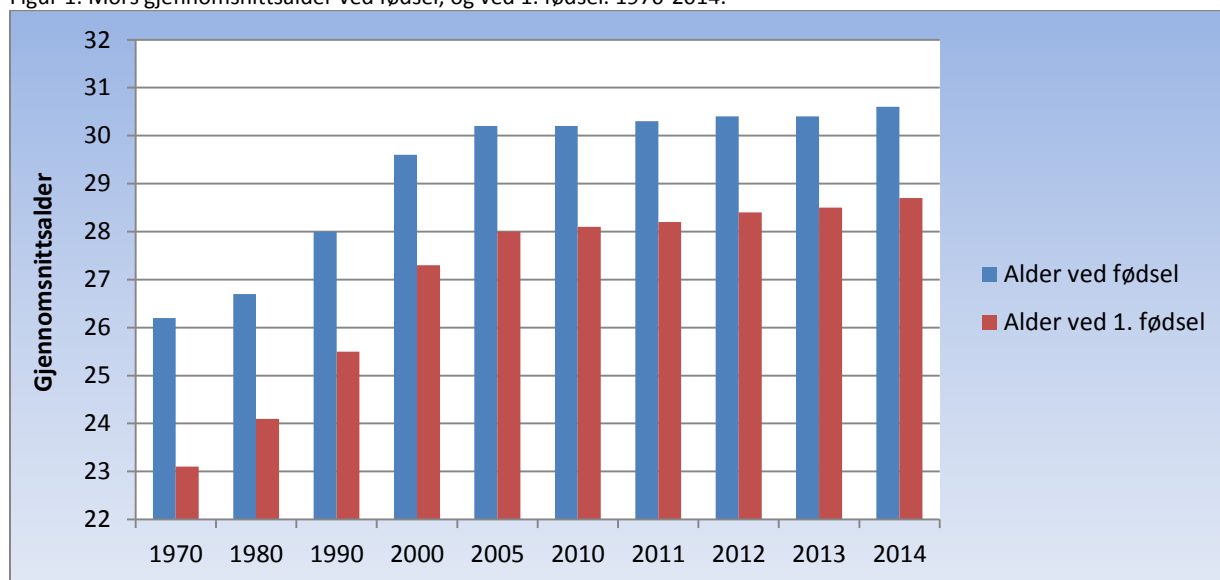
28. Fødsler

Hvert år fødes det rundt 60 000 barn i Norge. Gjennomsnittsalderen blant fødende kvinner i Norge øker. Økt gjennomsnittsalder øker også risikoen for komplikasjoner under svangerskap. Nye kunnskap, teknologi og behandling har økt overlevelse blant prematurfødte barn. Svangerskaps- og fødselsomsorgen i Norge holder svært høy kvalitet i internasjonal sammenheng.

Mors gjennomsnittsalder ved fødsel

Kvinnens gjennomsnittsalder ved første fødsel øker. I 1970 var gjennomsnittsalderen på førstegangsfødende 23,1 år. I 2014 var den 28,7 år. Gjennomsnittlig alder for alle fødsler samlet har økt fra 26,2 år i 1970 til 30,6 år i 2014.

Figur 1: Mors gjennomsnittsalder ved fødsel, og ved 1. fødsel. 1970-2014.



Kilde: Medisinsk fødselsregister, Folkehelseinstituttet.

Andelen kvinner som blir mødre når de er over 40 år har økt siden 1970 og utgjorde i 2014 nesten fire prosent av de fødende. I 1970 var andelen knapt to prosent. Utviklingen i andelen yngre mødre har vært motsatt. Mens nesten 50 prosent av mødrene var under 25 år ved fødsel i 1970, var tilsvarende andel i 2014 på 14,2 prosent.

Fødested

I 2014 ble omtrent 99 prosent av barna født i institusjon. 565 barn ble født utenfor institusjon. Det tilsvarer 9,4 fødsler per 1 000. I underkant av 3 av 1 000 barn ble planlagt født hjemme, mens flertallet av fødslene i hjemmet ikke var planlagt. 6-7 per 1 000 barn har de senere årene blitt født utenfor institusjon uten at dette var planlagt. I 1970 var antallet rundt 10 av 1 000.

I 2014 ble omtrent 2 av 1 000 barn født under transport. I 2000 var antallet rundt 4 av 1 000. Det er store variasjoner mellom fylkene. Målt per 1 000 fødte barn fødes flest barn under transport i Sogn og Fjordane, Finnmark og Troms.

Tabell 1: Antall fødsler per 1 000 etter fødested. 1970-2014.

Fødested	1970*	1980	1990	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Hjemme, planlagt	0	0	0	2,9	1,9	1,7	1,8	1,7	1,9	2,5
Hjemme, ikke planlagt	7,6	1,5	3,3	2,9	2,3	3,2	2,7	2,9	2,9	3,2
Under transport	1,7	2,3	2,5	3,7	3,3	3,1	2,4	2,5	2,4	2,1
Annet sted	0,5	0,3	0,5	0,9	0,6	0,8	0,8	1,1	1,4	1,5
Utenfor institusjon, totalt	14,0	4,1	6,3	10,4	8,1	8,8	7,8	8,1	8,6	9,4
Utenfor institusjon, totalt	986,0	995,9	993,7	989,6	991,9	991,2	992,2	991,9	991,4	990,6

*4,2 som har fødested utenfor institusjon er ukjent.

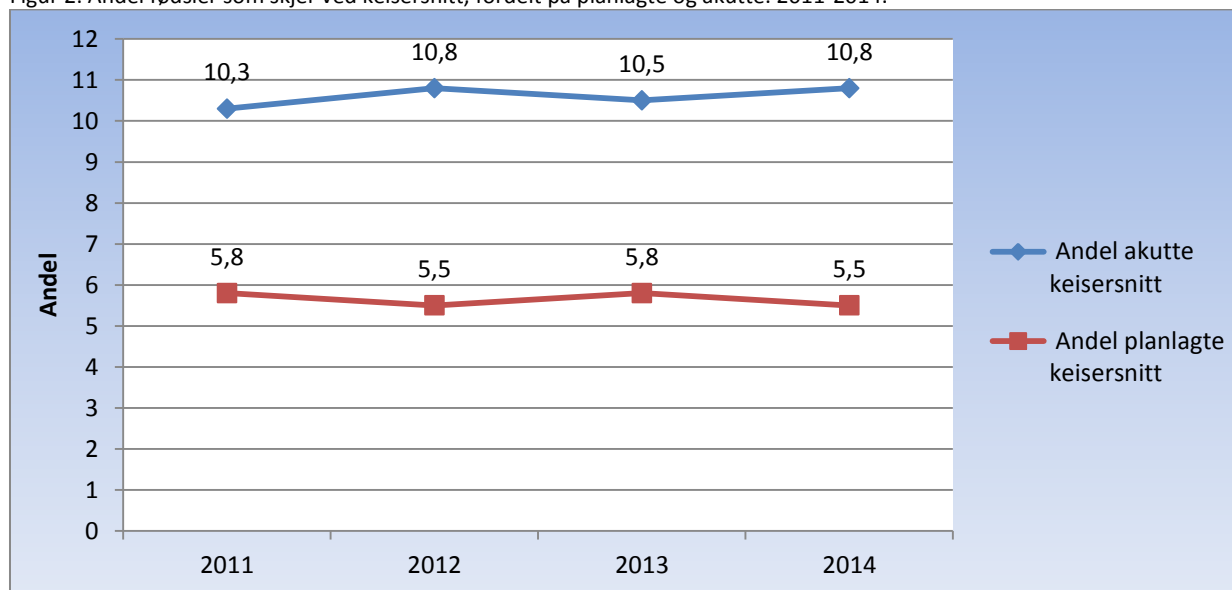
Kilde: Medisinsk fødselsregister, Folkehelseinstituttet.

Keisersnitt

Andelen keisersnitt er en nasjonal kvalitetsindikator som presenteres på helsenorge.no, på behandlingsstedsnivå. Andel keisersnitt kan være uttrykk for pasientsammensetningen, som for eksempel utvalg av fødende, andel risikosvangerskap og kompliserende sykdommer hos kvinnen eller fosteret. Det kan i tillegg være et uttrykk for praksis i svangerskapsomsorgen, fødselsovervåkingen og fødselshjelpen som tilbys.

Årlig utføres over 9 000 keisersnitt i Norge. I 2014 ble omtrent 10 prosent av fødslene i Norge forløst ved akutt keisersnitt og 5,5 prosent ved planlagt keisersnitt. Andelen har holdt seg relativt stabil de siste 4 årene.

Figur 2: Andel fødsler som skjer ved keisersnitt, fordelt på planlagte og akutte. 2011-2014.



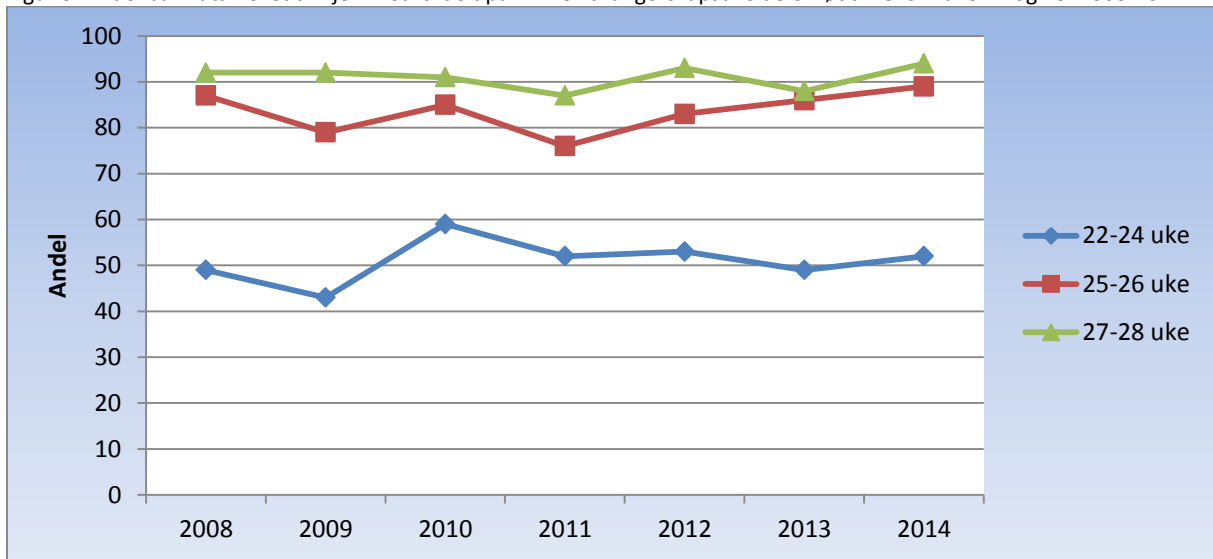
Kilde: Norsk pasientregister, Helsedirektoratet.

Overlevelse blant for tidlig fødte

Et svangerskap varer rundt 40 uker. Dersom et barn fødes før det er gått 37 uker, fødes barnet prematurt. Premature barn kan ved hjelp av dagens høyteknologiske nyfødtdisin behandles fra omtrent 22 ukers alder.

90 prosent av barna som fødes i Norge fødes etter fullgått svangerskap. Det vil si fra og med 37 uker til 41 uker + 6 dager. Om lag 3 000 barn, fem prosent fødes i perioden mellom 28 og 36 uker. 250 barn, 0,4 prosent, fødes i perioden mellom 22-27 uker. Overlevelsen bedres raskt ved svangerskapslengde fra 25 uker. Etter 29 uker er overlevelsen 98 prosent. Denne tendensen har vært uendret de siste 5-6 årene.

Figur 3: Andel barn utskrevet til hjemmet fordelt på hvilken svangerskapsuke de er født mellom uke 22 og 28. 2008-2014.



Kilde: Norsk Nyfødtmedisinsk kvalitetsregister/www.kvalitetsregistre.no

29. Hjerteinfarkt

Hjerteinfarkt forårsakes av blodpropper som dannes i hjertets blodårer og medfører ofte kraftige brystmerter og åndenød. Hvert år registreres ca. 15 000 nye hjerteinfarkt i Norge. Jo raskere man får behandling, jo større er muligheten for å forhindre eller begrense omfanget av skade på hjertemuskelen.

Hjerteinfarkt deles ofte i to undergrupper avhengig av størrelse. Ved de største infarktene (STEMI – hjerteinfarkt med ST-elevasjon i EKG) er hele veggen i den delen av hjertemuskelen som er påvirket truet av infarkt. Ved den andre typen er oftest bare deler av veggen påvirket (NSTEMI).

Pasienter og aktivitet

I 2014 ble det i Norsk hjerteinfarkter registrert 13 330 tilfeller av hjerteinfarkt, fordelt på 12 555 pasienter. Rundt 2/3 av pasientene var menn. Median alder var 69 år for menn og 79 år for kvinner.

Tabell 1: Infarkt og sykehusopphold. Totalt antall og andel kvinner og menn. 2014.

	Antall	Andel kvinner	Andel menn
Hjerteinfarkt	13 330	36	64
Personer med hjerteinfarkt	12 555	36	64
Sykehusopphold relatert til hjerteinfarkt	20 840	34	66

Kilde: Norsk hjerteinfarktregister/www.kvalitetsregistre.no

Behandling

40 prosent av hjerteinfarktene ble behandlet ved to eller flere sykehus. 24 prosent var store infarkt (STEMI) og 73 prosent var mindre infarkt (NSTEMI).

Hjerteinfarkt forårsakes av aterosklerotiske innsnevring i en koronararterie som har ført til at deler av hjertemuskelen ikke får tilstrekkelig blodtilførsel. Ofte er koronararterien ikke helt tett, men det er risiko for at den kan gå tett i sykdomsforløpet. Hvis dette skjer, vil skaden på hjertemuskelen bli større og risiko for livstruende komplikasjoner vil øke. Ved NSTEMI er det derfor viktig å identifisere de pasienter som trenger rask behandling med utblokkning av koronararteriene eller bypass operasjon. Det anbefales at pasienter med NSTEMI som hovedregel utredes med kransårerøntgen så snart som praktisk mulig innen 72 timer etter innleggelse.

Andelen pasienter under 80 år med hjerteinfarkt uten ST-elevasjon som utredes med kransårerøntgen innen 72 timer etter innleggelse, er en nasjonal kvalitetsindikator. Kvalitetsindikatorerne presenteres på www.helsenorge.no. I 2014 var andelen på landsbasis 57,9 prosent.

Sannsynligheten for overlevelse

Resultatene av pasientbehandlingen er et mål på kvaliteten i helsetjenesten. En måte å måle behandlingsresultatet på er å måle overlevelse en fast tidsperiode etter sykehusinnleggelse.

På helsenorge.no publiseres en nasjonal kvalitetsindikator som viser sannsynligheten for overlevelse 30 dager etter sykehusinnleggelse for hjerteinfarkt. Sannsynligheten for overlevelse lå for landet på rundt 90 prosent i 2014.

Tabell 2: Sannsynlighet for overlevelse 30 dager etter innleggelse for hjerteinfarkt. Landet og helseregion. 2010-2014.

	2010	2011	2012	2013	2014
Helse Sør-Øst	86,9	87,6	87,2	88,3	89,7
Helse Vest	87,6	87,3	88,1	89,0	89,7
Helse Midt-Norge	87,9	86,9	87,8	88,8	90,3
Helse Nord	87,1	86,6	87,1	88,0	89,4
Landet	87,3	87,1	87,6	88,6	89,8

Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer, helsenorge.no.

30. Nyresvikt

Demografisk utvikling, økt forekomst av diabetes, høyt blodtrykk og andre hjerte-kar sykdom har ført til en økning av nyresykdom og nyresvikt i befolkningen. For pasienter med kronisk nyresvikt kan det bli aktuelt med nyreerstattende behandling. Dette vil innebære livslang behandling, og medfører en stor belastning for pasienter og er ressurskrevende for helsetjenesten.

For pasienter som ikke egner seg for transplantasjon eller som venter på en operasjon, er det aktuelt med dialyse. Enten hemodialyse («blodrensing») eller peritoneal dialyse («blodrensing» gjennom bukhulen). Hemodialyse krever for de aller fleste at behandlingen foregår ved et sykehus eller ved enkelte kommunale helsesenter. Peritoneal dialyse kan som regel organiseres i pasientens hjem.

Det er relativt få pasienter som får peritoneal dialyse hvert år, men det har stort sett vært et økende antall fra 1990 til 2014. I 2014 fikk 186 pasienter denne behandlingen, mot 39 i 1990.

I 2014 fikk 1 151 pasienter hemodialyse. Det er en markant økning fra i 1990 da antallet var 212.

Tabell 1: Antall pasienter som lever med nyreerstattende behandling. 1990-2014.

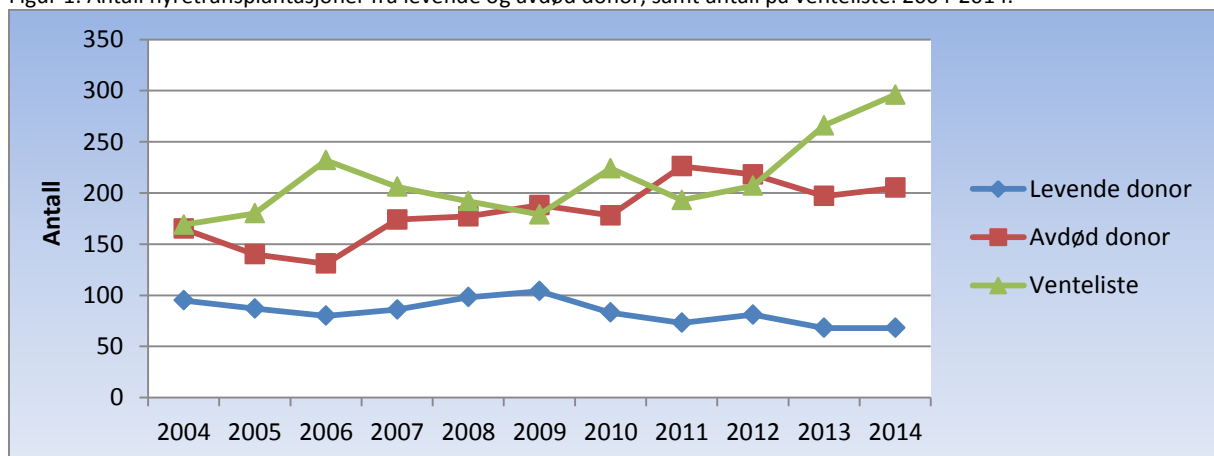
	1990	1995	2000	2005	2010	2014
Hemodialyse	212	344	526	805	1 002	1 151
Peritoneal dialyse	39	58	119	156	220	186
Transplantert	1 182	1 560	1 963	2 425	2 976	3 376

Kilde: Norsk nefrologiregister/www.kvalitetsregistre.no

Det endelige målet for behandling av nyresvikt er å sørge for at pasientene kan leve videre med minst mulig grad av ulempe eller komplikasjoner. Dette kan oppnås ved en vellykket nyretransplantasjon. Antallet pasienter som lever med en transplantert nyre er økende.

I 2014 fikk 279 pasienter en nyretransplantasjon. Antallet nyrer fra levende donor har sunket noe fra 2009 til 2014. Antallet nyrer fra avdød donor har variert i perioden 2004-2014. I 2014 sto 296 pasienter på venteliste for nyretransplantasjon. Det er en økning på over 100 pasienter sammenliknet med i 2011.

Figur 1: Antall nyretransplantasjoner fra levende og avdød donor, samt antall på venteliste. 2004-2014.



Kilde: Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet, Avdeling for organtransplantasjon.

31. Bruk av antibiotika

Antibiotikaresistens er et raskt voksende problem som utgjør en alvorlig trussel mot den globale helsen. Risikoen er en fremtid uten effektive antibiotika og infeksjoner som i dag regnes som ufarlige kan dermed igjen kan få dødelige utfall. For å sikre tilgang til virksomme antibiotika i fremtiden må det iverksettes tiltak. Et av de viktigste tiltakene er å redusere bruken av antibiotika.

Regjeringen la i 2015 en nasjonal strategi mot antibiotikaresistens. Noen av målsetningene i strategien er:

- Reduksjon av det totale forbruket av antibiotika innen 2020.
- Reduksjon i gjennomsnittlig rekvirering og apotekutlevering av antibiotika på resept.
- Reduksjon i forbruket av luftveisantibiotika.

For å nå disse målene lanserte Helse- og omsorgsdepartementet i januar 2016 en handlingsplan mot antibiotikaresistens for helsetjenesten.

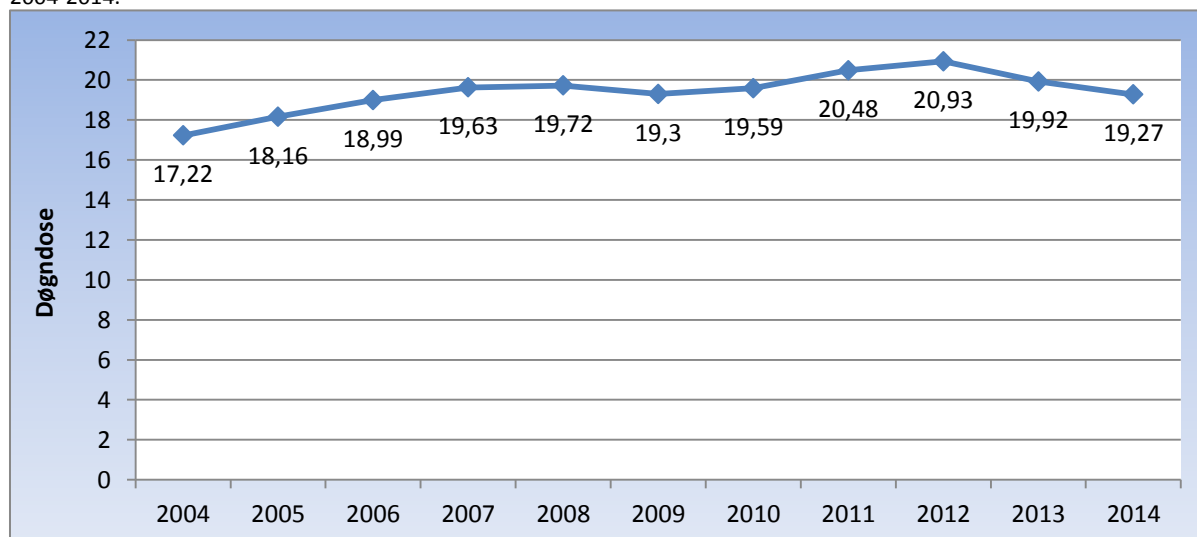
På helsenorge.no publiseres det fire nasjonale kvalitetsindikatorer om bruk av antibiotika. Disse indikatorene gir mulighet til å følge med på om utviklingen går i ønsket retning

Mål om reduksjon av det totale forbruket av antibiotika

Forbruket av antibiotika kan måles i definerte døgndoser per 1 000 innbygger per døgn. I 2012 var forbruket på 20,93 døgndoser per innbygger. Regjeringens målsetning er at dette forbruket skal ned med 30 prosent innen 2020.

Fra 2004 til 2014 har forbruket av antibiotika økt. De to siste årene har det imidlertid vært en nedgang. I 2014 var døgndosen på 19,27 per 1 000 innbygger per døgn. Det er en nedgang på 7,9 prosent fra 2012.

Figur 1: Forbruk av antibiotika til systemisk bruk (ATC-kode J01). Definerte døgndoser (DDD) per 1 000 innbyggere per døgn. 2004-2014.



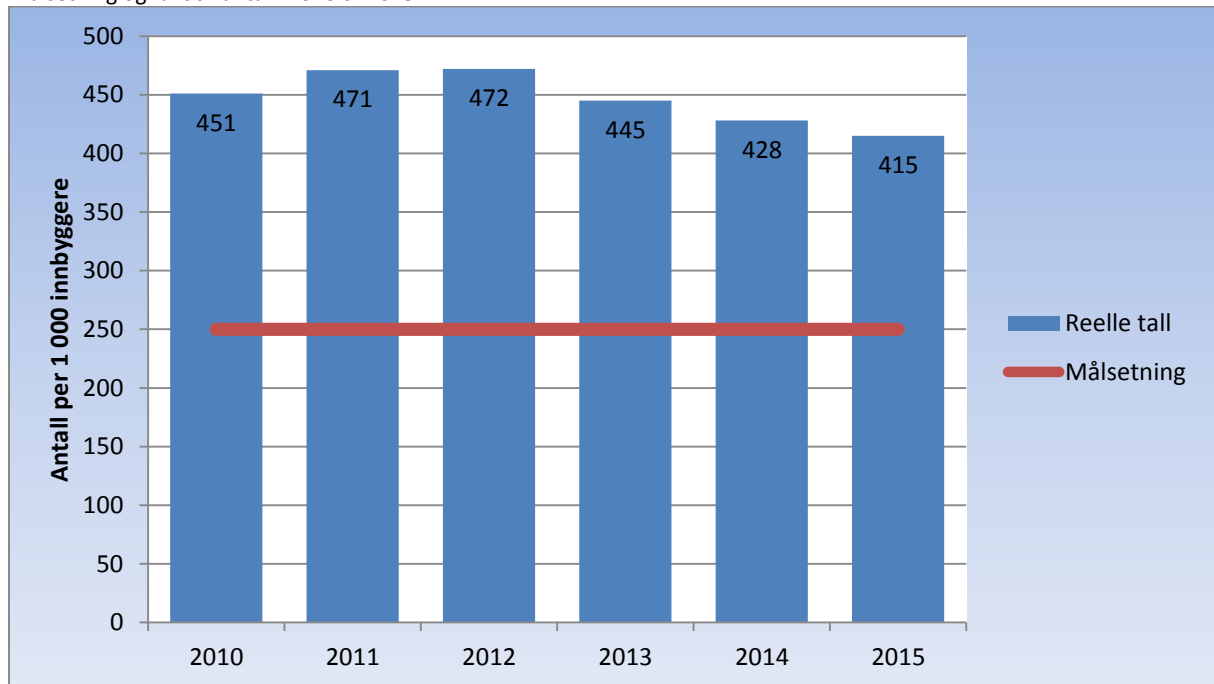
Kilde: Grossistbasert legemiddelstatistikk, Folkehelseinstituttet.

Mål om reduksjon i rekvirering og apotekutlevering av antibiotika på resept

Regjeringen har som mål å redusere gjennomsnittlig rekvirering og apotekutlevering av antibiotika til 250 resepter per 1 000 innbyggere. Dette tilsvarer en reduksjon på 44 prosent, fra 451 resepter per 1 000 innbyggere per år i 2010.

I 2015 ble det utlevert 415 antibiotikaresepter per 1 000 innbyggere fra norske apotek.⁶ Det tilsvarer en nedgang på 7,9 prosent sammenlignet med 2010.

Figur 2: Antall resepter ekspedert i apotek på antibiotika til systemisk bruk (ATC-kode J01) per 1 000 innbyggere per år. Målsetning og faktisk antall, 2010 til 2015.



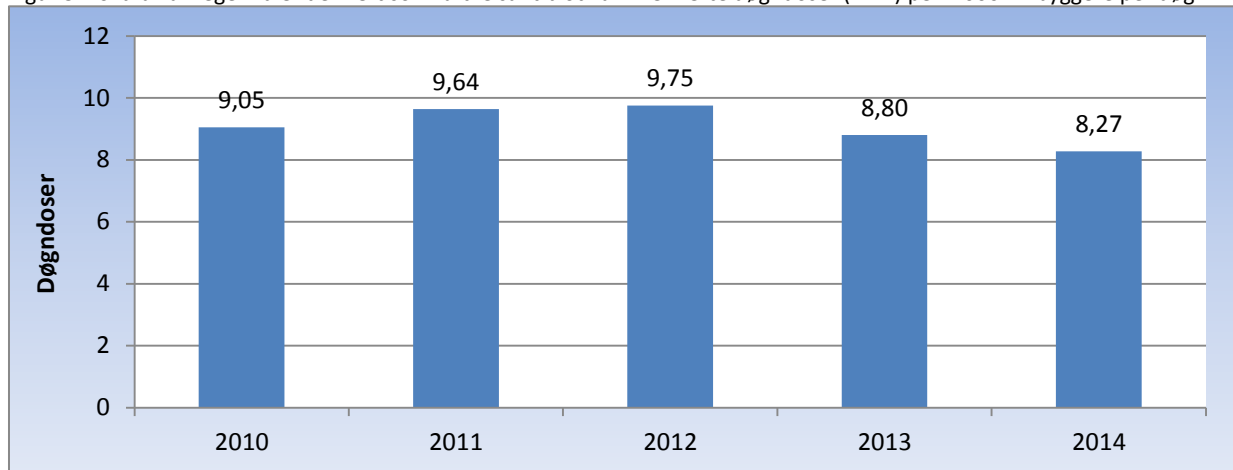
Kilde: Nasjonalt reseptbasert legemiddelregister, Folkehelseinstituttet.

Mål om reduksjon i forbruket av luftveisantibiotika

Doksisyklin, amoksisillin, fenoksymetylpenicillin og makrolider er antibiotika som i hovedsak brukes ved infeksjoner i luftveiene. Antibiotika brukes ofte unødvendig ved luftveisinfeksjoner. Regjeringen har derfor satt som mål å redusere forbruket av disse legemidlene med 20 prosent målt i definerte døgndoser per 1 000 innbyggere per døgn innen 2020 sammenlignet med 2012. Fra 2012 til 2014 har det vært en nedgang på i overkant av 15 prosent, fra 9,75 til 8,27 definerte døgndoser per 1 000 innbygger per døgn.

⁶ Tallene her avviker fra tallene i beregningen av den nasjonale kvalitetsindikatoren. Det skyldes at J01XX5 trukket ut i beregningen av den nasjonale kvalitetsindikatoren.

Figur 3: Forbruk av legemidler definert som luftveisantibiotika*. Definerte døgndoser (DDD) per 1 000 innbyggere per døgn.



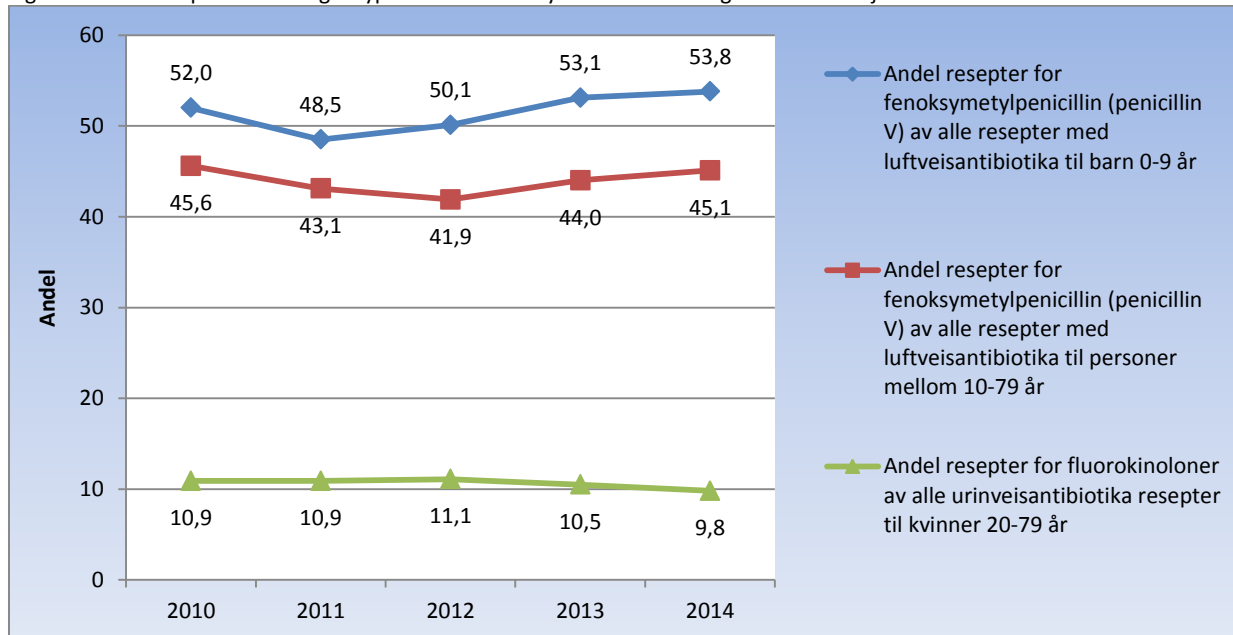
*Doksosyklin, amoksisillin, fenoksymetylpenicillin og makrolider, hhv. ATC-kode J01AA02, J01CA04, J01CE02 og J01FA.
Kilde: Grossistbasert legemiddelstatistikk, Folkehelseinstituttet.

Nasjonale kvalitetsindikatorer

På helsenorge.no publiseres det fire nasjonale kvalitetsindikatorer knyttet til bruk av antibiotika. To av indikatorene viser omfanget av antibiotikabehandling ved luftveisinfeksjoner og én ved urinveisinfeksjoner. Den siste indikatoren gjelder forekomsten av antibiotikabruk i sin helhet og omtales i teksten over.

Andel fluorokinoloner bør ikke utgjøre mer enn åtte prosent av alle utskrevne preparater for urinveisinfeksjoner hos voksne kvinner i alderen 20-79 år. Per i dag utgjør disse 9,8 prosent av reseptene. Forbruket av luftveisantibiotika har endret seg relativt lite fra 2010 til 2014.

Figur 4: Andel resepter for utvalgte typer antibiotika knyttet til luftveis- og urinveisinfeksjon. 2010-2014.



Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer, helsenorge.no.

32. Rusmiddelutløste dødsfall

Rusmiddelutløste dødsfall omfatter dødsfall hvor inntak av alkohol eller narkotika regnes som underliggende dødsårsak i henhold til diagnosesystemet ICD-10.

Alkoholutløste dødsfall

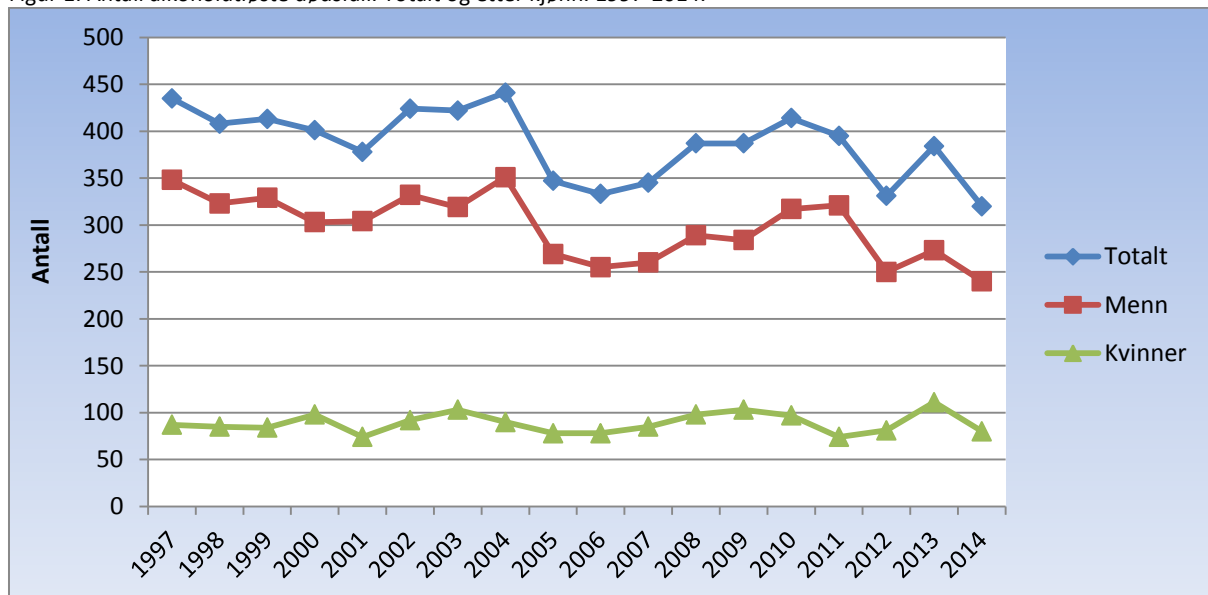
Definisjonen av alkoholutløste dødsfall omfatter i hovedsak sykdommer knyttet til langvarig og høyt alkoholinntak.

I Norge ble det i 2014 registrert 320 alkoholutløste dødsfall. Av disse var 75 prosent menn. Gjennomsnittsalder ved dødsfall var 64 år, to år høyere enn i 2013. 83 prosent av de døde var over 55 år og 15 prosent var over 75 år. Andelen under 35 år var under én prosent.

Fra 1997 til 2014 falt antall alkoholutløste dødsfall med 26 prosent, men underveis i perioden stagnerte og økte tallene. Målt opp mot befolkningsveksten har det vært en markant nedgang i alkoholutløst dødelighet.

Den vanligste årsaken til alkoholutløste dødsfall i 2014 var avhengighet (mental lidelse og atferdsforstyrrelse) med 48 prosent. Deretter fulgte kronisk leversykdom med 34 prosent. Disse to dødsårsakene har over år vekslet på å forekomme hyppigst. Alkoholforgiftning var dødsårsak i åtte prosent av dødsfallene.

Figur 1: Antall alkoholutløste dødsfall. Totalt og etter kjønn. 1997-2014.



Kilde: Dødsårsaksregisteret, Folkehelseinstituttet.

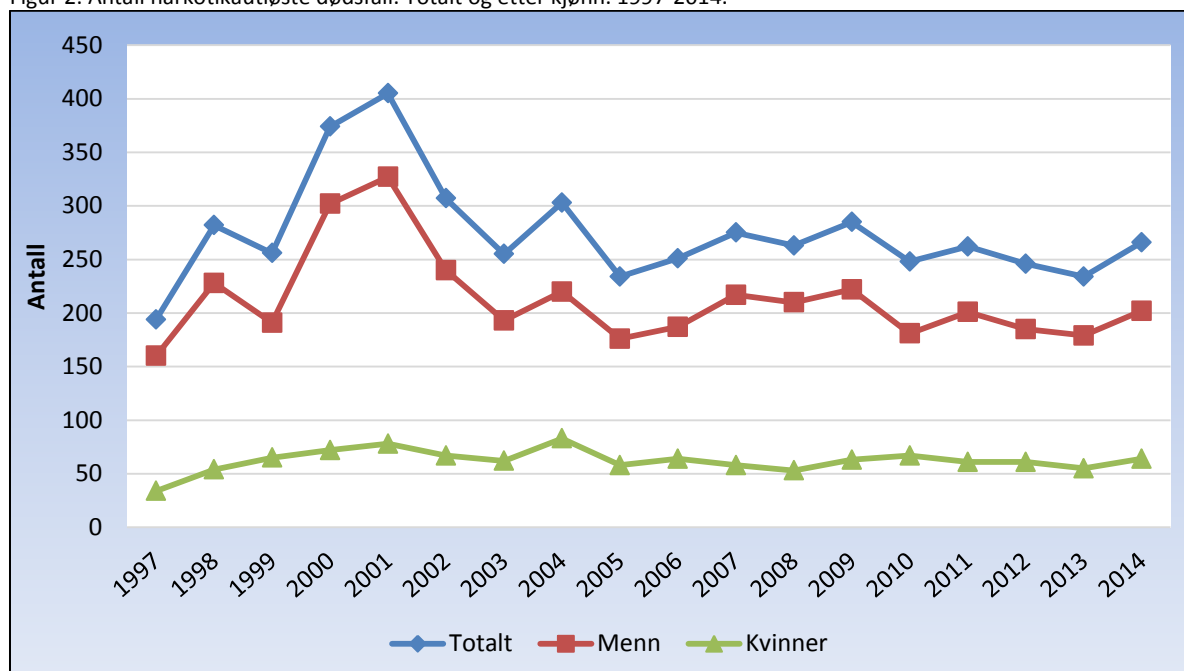
Narkotikautløste dødsfall

Et narkotikadødsfall skjer kort tid etter inntak av ett eller flere legemidler eller stoffer der en antar at inntaket har utløst prosessen som førte til dødsfallet. Dette omfatter også selvmord. Definisjonen av narkotikautløste dødsfall er satt av EMCDDA, EUs narkotikabyrå, og ligger til grunn ved europeiske sammenligninger av slike dødsfall.⁷

⁷ Inntak av narkotika kan ha betydning også ved andre dødsfall, for eksempel ved infeksjonssykdommer, trafikkulykker og annen voldsom død. Slike narkotikarelaterte dødsfall er ikke inkludert i tallmaterialet.

Blant bosatte i Norge i 2014 ble det registrert 266 narkotikautløste dødsfall, og kjønnsfordelingen har vært stabil de senere årene. Menn utgjør hovedvekten med om lag 76 prosent.

Figur 2: Antall narkotikautløste dødsfall. Totalt og etter kjønn. 1997-2014.



Kilde: Dødsårsaksregisteret, Folkehelseinstituttet.

Siden 2002 har andelen dødsfall i gruppen over 44 år økt, og andelen i gruppen under 35 år er redusert både for menn og kvinner. Andelen i aldersgruppa 35 til 44 år har vært stabil. Gjennomsnittsalder for kvinnene har imidlertid vært høyere ved død enn for menn. I 2014 var 60 prosent av kvinnene og 41 prosent av mennene over 45 år.

Dødsårsak

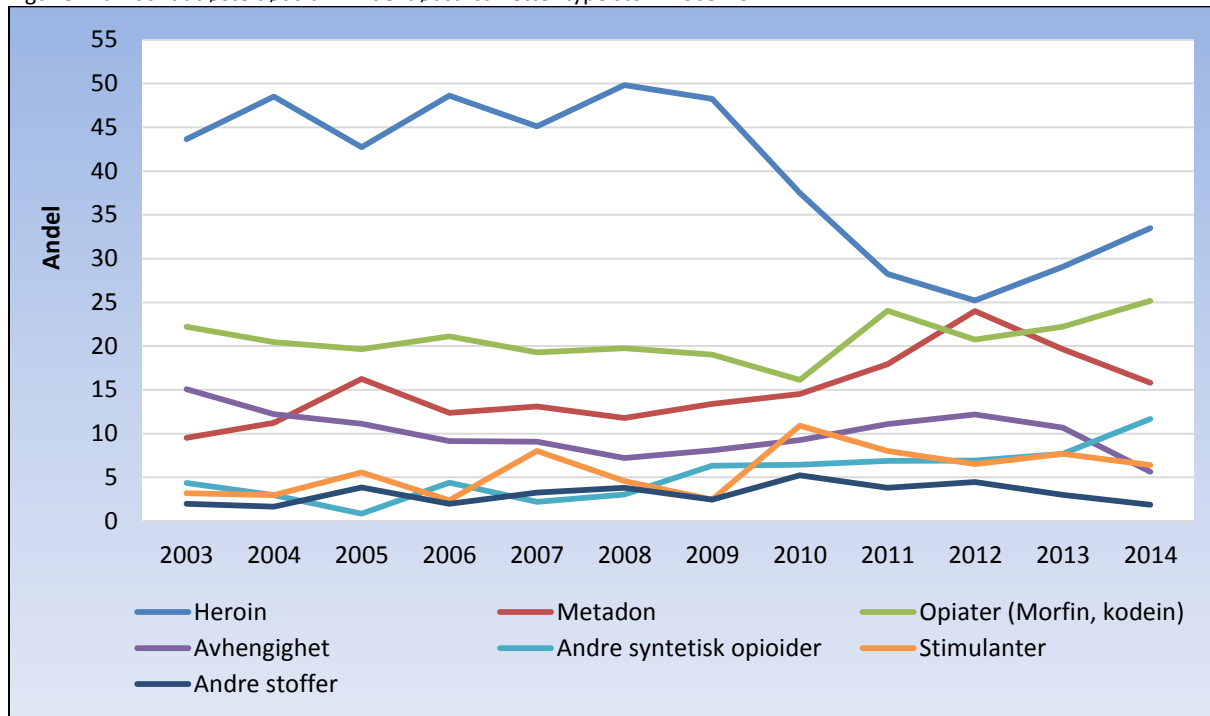
Narkotikautløste dødsfall kan deles inn i tre hovedgrupper: Overdoser (forgiftning uten intensjon), selvmord (forgiftning med intensjon) og avhengighet (mentale lidelser og atferdsforstyrrelser). Av 266 narkotikautløste dødsfall i 2014 var 218 dødsfall grunnet overdoser, 33 selvmord og 15 hvor avhengighet var dødsårsak. Fordelingen mellom disse tre gruppene av dødsfall har holdt seg stabil de siste årene.

Samlet sett var 86 prosent av dødsfallene knyttet til bruk av opioider. Dette er en samlebetegnelse for stoffer som binder seg til opioidreseptorer i kroppen. Her inngår morfinstoffer som heroin, og også helsynteiske stoffer som metadon. I 2014 var om lag 1 av 3 narkotikautløste dødsfall relatert til heroin. Andelen dødsfall relatert til heroin gikk kraftig ned fra 2009 til 2012, men har økt igjen de to siste årene.

Antall metadondødsfall økte fram til 2012, men har så sunket. Det er ikke kjent om metadonet som forårsaket disse dødsfallene, var forskrevet av lege eller kjøpt illegalt.

De fleste som dør av forgiftninger blir obdusert. Som hovedregel påvises flere narkotiske stoffer og legemidler. Det kan være vanskelig å avgjøre om dødsfallet skyldes inntak av ett enkelt stoff eller kombinasjonsbruk av flere stoffer.

Figur 3: Narkotikautløste dødsfall. Andel dødsårsak etter type stoff. 2003-2014.

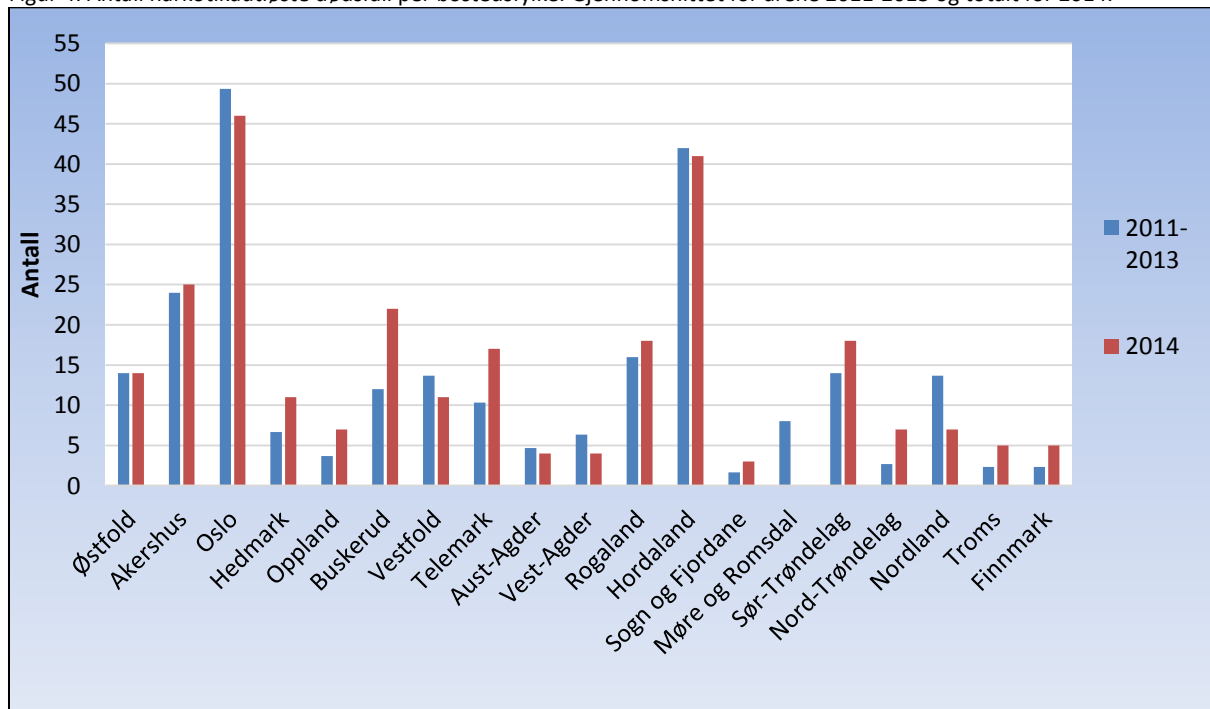


Kilde: Dødsårsaksregisteret, Folkehelseinstituttet.

Fordeling på landsbasis

Flest narkotikautløste dødsfall i 2014 skjedde i Oslo med 48 døde. Deretter fulgte Hordaland, Akershus, Buskerud, Rogaland og Sør-Trøndelag. Størst økning i antall dødsfall fra 2011-2013 til 2014 var i Buskerud, hvor antallet økte fra 12 til 22. Nedgangen var størst i Møre og Romsdal, fra 11 til ingen dødsfall.

Figur 4: Antall narkotikautløste dødsfall per bostedsfylke. Gjennomsnittet for årene 2011-2013 og totalt for 2014.



Kilde: Dødsårsaksregisteret, Folkehelseinstituttet.

Overdosesituasjonen i Nord-Europa

De aller fleste narkotikautløste dødsfall i Europa skyldes inntak av opioider med sprøyte. En økende andel dødsfall skjer etter inntak av forskrevne legemidler, deriblant substitusjonslegemidler, særlig metadon. Tallene har de siste årene vært svakt stigende.

Høyeste registrerte forekomstene av narkotikautløste dødsfall finnes i nordeuropeiske land; Irland, Storbritannia, Norge, Sverige, Danmark, Finland og Estland. Mens det europeiske gjennomsnittet var 17 dødsfall per million innbyggere i 2012, hadde disse landene flere enn 40 døde per million innbyggere.

Registreringsrutiner og obduksjonshyppighet varierer mellom landene. Tallene er derfor ikke nødvendigvis sammenlignbare. Helsedirektoratet antar at Norge fanger opp en større andel av faktiske dødsfall enn en del andre land i Europa. Narkotikadødsfall registreres imidlertid noenlunde likt i de nordiske landene, og en går ut fra at en sammenligning mellom disse landene avspeiler reelle ulikheter i dødelighet.

Finland og Sverige har registrert en kraftig øking i antallet narkotikautløste dødsfall de siste ti årene. Estland, Danmark og Norge har registrert en nedgang. Hvilke opioider som tar liv i Norden, varierer fra land til land.

Ressursinnsats og aktivitet

For at pasienter og brukere av helse- og omsorgstjenester skal få et godt tilbud og en god behandling må samarbeidet mellom tjenestenivåene være godt. Formålet med Samhandlingsreformen er å bidra til mer forebygging, bedre samhandling og mer helhetlige pasientforløp. Flere oppgaver skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, noe som krever nye tjenester, bemanningsøkning og kompetanseheving i kommunene. Det skal legges mer vekt på gode pasientforløp og pasienters behov for koordinerte tjenester på tvers av nivå og virksomheter.

Her er noen nøkkeltall som viser utviklingen i ressursinnsatsen og aktiviteten i primær- og spesialisthelsetjenesten.



33. Utvikling i helse- og omsorgstjenestene

I perioden 2011-2014 har det vært en befolkningsvekst på 3,6 prosent. Veksten i aktivitet i somatisk spesialisthelsetjeneste har i samme periode vært høyere enn befolkningsveksten. I omsorgstjenesten har aktivitetsveksten vært noe lavere enn befolkningsveksten. Veksten i ressurser, målt i kostnader og årsverk, har vært høyere enn befolkningsveksten for begge tjenestenivåene.

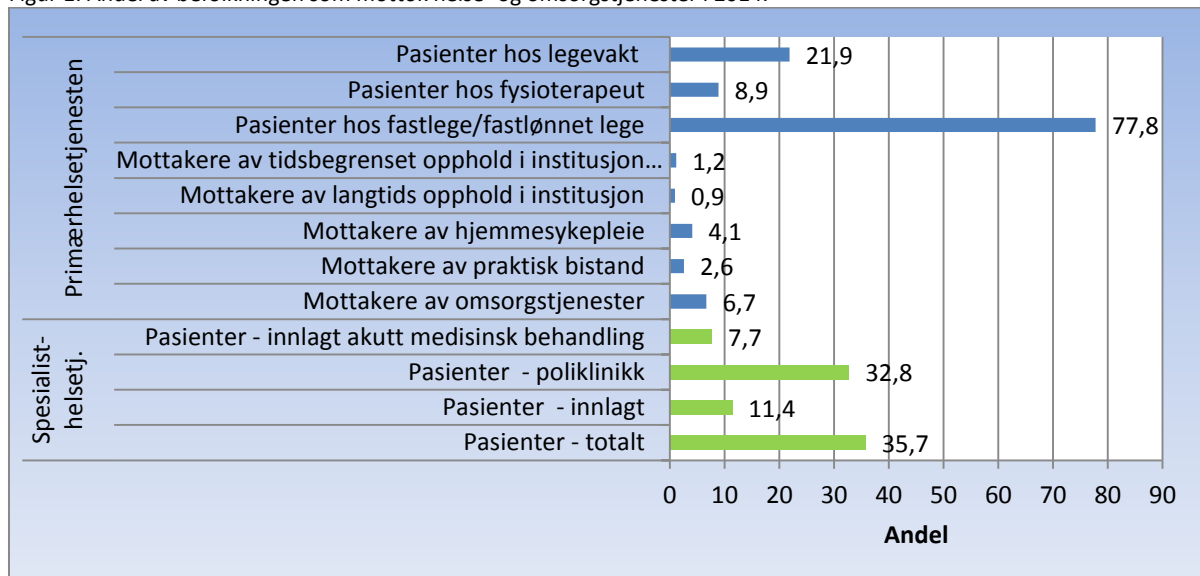
Bruk av tjenestene

35,7 prosent av befolkningen hadde minst en kontakt med spesialisthelsetjenesten i 2014. 11,4 prosent var innlagt ved sykehus og 32,8 prosent hadde en eller flere kontakter med poliklinikk.

77,8 prosent av befolkningen var i kontakt med fastlegen i løpet av 2014 og 21,9 prosent var i kontakt med legevakten.

Nærmere 350 000 mottok omsorgstjenester i løpet av 2014. Av disse var rundt 48 000 på langtidsopphold på institusjon.

Figur 1: Andel av befolkningen som mottok helse- og omsorgstjenester i 2014.



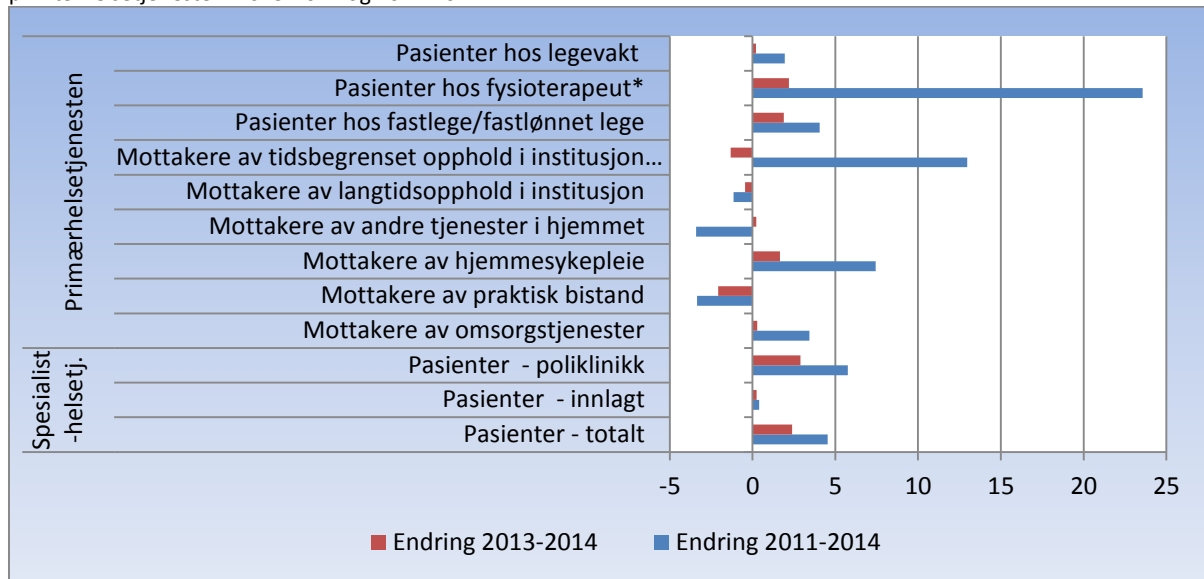
Kilde: Helsedirektoratet 2016, IS-2427: Samhandlingsstatistikk 2014-2015.

Aktivitetsutvikling

I perioden 2011-2014 har antall pasienter i somatisk spesialisthelsetjeneste økt med over 80 000, det tilsvarer en vekst på 4,5 prosent. Dette er høyere enn befolkningsveksten på 3,6 prosent.

Veksten i antall personer som mottok en eller flere omsorgstjenester i kommunen har økt med 3,4 prosent fra 2011 til 2014. Veksten er i stor grad knyttet til en økning i antall mottakere av hjemmesykepleie og tidsbegrenset opphold i institusjon, med økning på henholdsvis 7,4 og 13 prosent.

Figur 2: Prosentvis endring i antall pasienter og mottakere av helse- og omsorgstjenester i spesialist- og primærhelsetjenesten. 2013-2014 og 2011-2014.



* KUHR inneholder kun elektronisk registrerte krav fra fysioterapeuter. Andelen elektroniske krav har økt frem mot 2012 og gitt en kunstig vekst for disse områdene. Endringstall må derfor behandles med en viss varsomhet.

Kilde: Helsedirektoratet 2016, IS-2427: Samhandlingsstatistikk 2014-2015.

Årsverksutvikling

Årsverkene i spesialisthelsetjenesten har økt med 5,9 prosent i perioden fra 2011 til 2014. Fra 2013 til 2014 var økningen 2,6 prosent.

I omsorgstjenesten har antallet årsverk økt med 4,2 prosent og i kommunehelsetjenesten med 7,9 prosent i perioden 2011-2014.

Årsverk per 10 000 innbyggere har holdt seg relativt stabil i perioden 2011-2014.

Tabell 1: Årsverk og årsverksutvikling i helse- og omsorgstjenestene. 2011-2014.

	Årsverk 2014	Prosent endr. i årsverk 2011-2014	Prosent endr. i årsverk 2013-2014	Årsverk per 10 000 innbyggere		
				2011	2013	2014
Spesialisthelsetjenesten	104 710	5,9	2,6	200	200	203
Primærhelse – omsorgstjenesten	134 324	4,2	1,2	259	260	260
Primærhelse - kommunehelsetjenesten	13 900	7,9	2,2	26	27	27

Kilde: Helsedirektoratet 2016, IS-2427: Samhandlingsstatistikk 2014-2015.

Kostnadsutvikling

I 2014 var kostnader til spesialisthelsetjenesten, inklusive helserefusjoner til private spesialister, på 131 milliarder kroner. Primærhelsetjenesten, inklusive helserefusjoner og legemidler, utgjorde samme år 134 milliarder kroner.

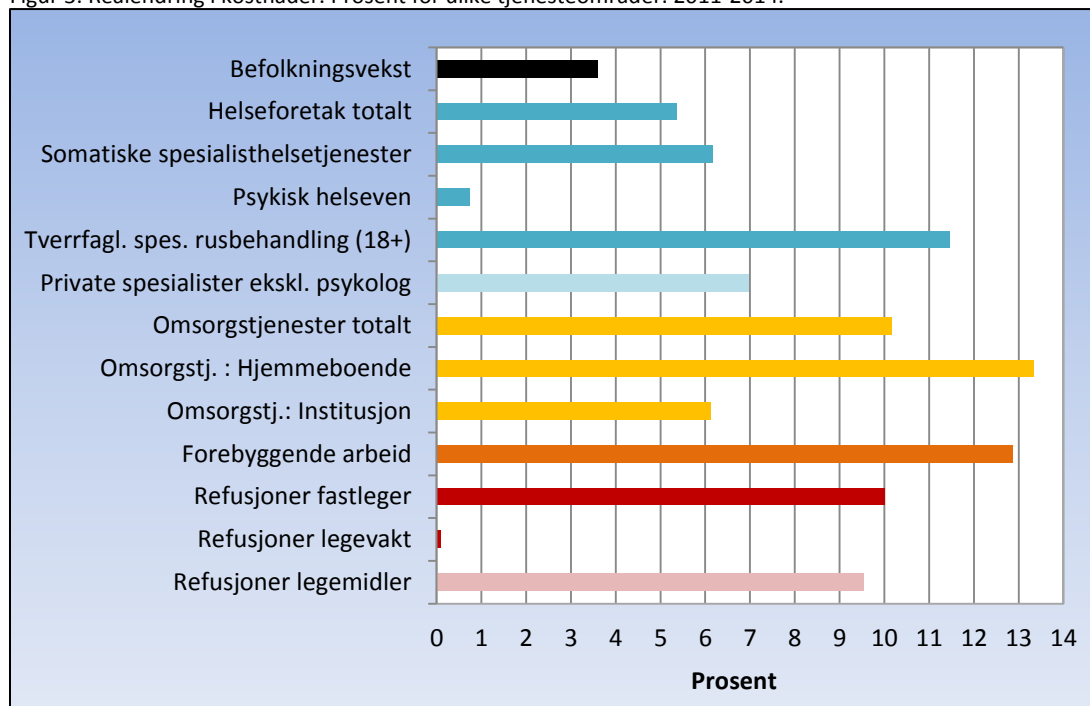
Helseforetakenes kostnader til spesialisthelsetjenester har hatt en realvekst på 5,4 prosent i perioden 2011-2014, hvorav veksten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling har økt mest.

Realvekst i kostnader til omsorgstjenestene har vært på 10,2 prosent i samme periode. Veksten i hjemmetjenesten var størst med 13,3 prosent.

Kostnadsveksten knyttet til forebyggende arbeid har vært på 12,9 prosent i perioden 2011-2014. Refusjon av legemidler har økt med 9,5 prosent.

Kun innen psykisk helsevern og refusjoner til legevakt har realveksten vært lavere enn befolkningsveksten på 3,6 prosent.

Figur 3: Realendring i kostnader. Prosent for ulike tjenesteområder. 2011-2014.



Kilde: Helsedirektoratet 2016, IS-2427: Samhandlingsstatistikk 2014-2015.

34. Utskrivningsklare pasienter og reinnleggelser

Pasienter som er ferdig behandlet på sykehus og har behov for et kommunalt tjenestetilbud etter utskrivning, defineres som utskrivningsklare. Fra 2012 ble det innført en ordning om kommunalt finansieringsansvar av utskrivningsklare pasienter fra første dag. Intensjonen er at pasientene raskere får et kommunalt tilbud og behandles på laveste effektive omsorgsnivå.

I 2015 måtte kommunene betale 4 378 kroner per liggedøgn på sykehus for pasienter som er definert som ferdigbehandlet på sykehus. Gjennom ordningen får kommunene et sterkere insentiv til å ta raskere imot utskrivningsklare pasienter.

Utviklingen i antall opphold for utskrivningsklare pasienter

Antallet registrerte opphold for utskrivningsklare pasienter har økt betydelig etter samhandlingsreformen ble innført i 2012. Mens det i 2011 var 14 685 registrerte opphold, var antallet i 2015 økt til 68 100. Det tilsvarer en økning på rundt 464 prosent. Til sammenlikning har antallet opphold for pasienter som ikke er meldt utskrivningsklare gått ned i overkant av syv prosent i samme periode.

I 2015 ble 90 prosent av pasientene tatt imot av kommunen innen en dag etter at de ble meldt utskrivningsklar. I 2011 og 2012 var tilsvarende andel på henholdsvis 19 og 79 prosent.

Tabell 1: Antall og andel opphold etter utskrivningsklar status per 2. tertial 2011-2015.

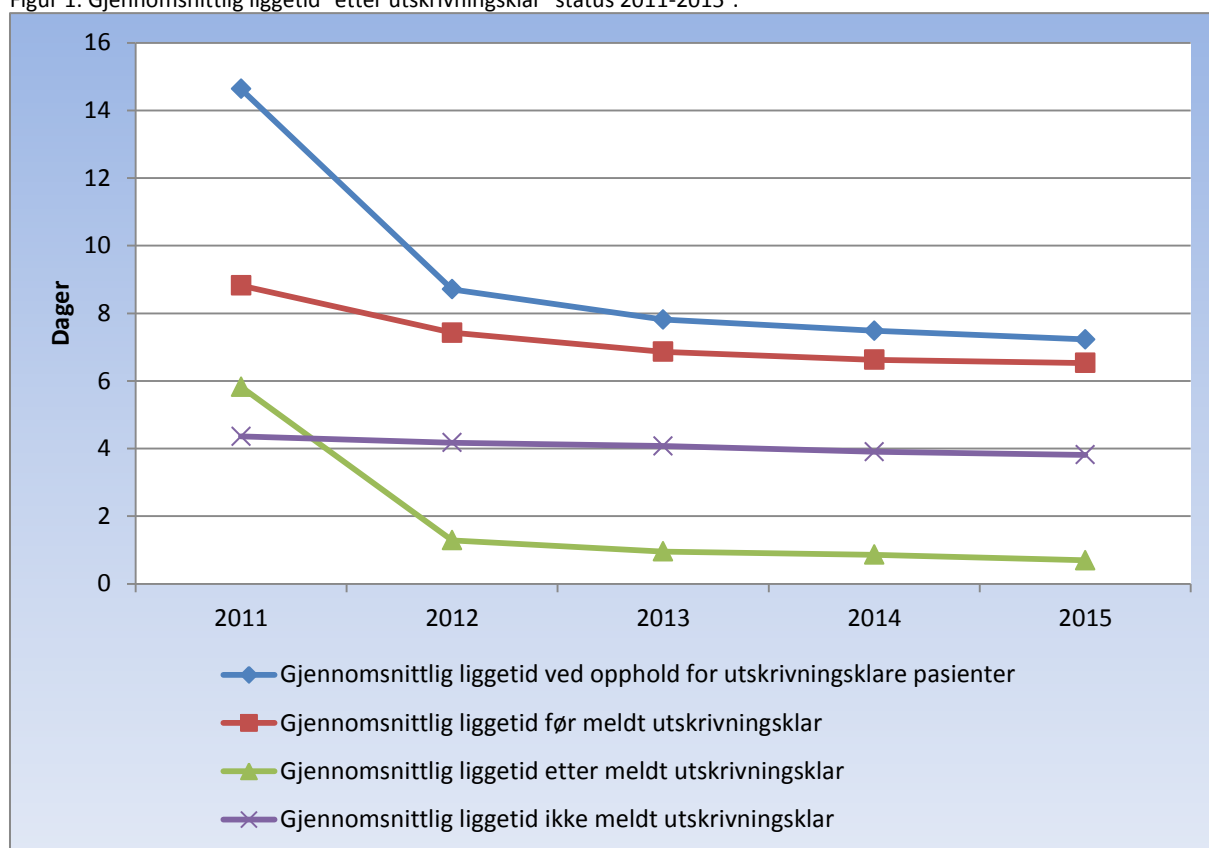
	2011	2012	2013	2014	2015
Ikke meldt utskrivningsklar	496 401	494 481	487 118	466 760	460 219
Opphold for utskrivningsklare pasienter	14 685	28 726	36 592	55 886	68 100
Andel meldt utskrivningsklar og ut samme/neste dag	19,4 (N= 2 851)	79,2 (N=22 754)	84,4 (N=30 889)	87,9 (N=49 099)	90,3 (N=61 522)
Andel meldt utskrivningsklar og ut etter 2 eller flere liggedager	80,8 (N=11 834)	20,8 (N=5 972)	15,6 (N=5 703)	12,1 (N=6 787)	9,7 (N=6 578)

Kilde: Helsedirektoratet 2016, IS-2427: Samhandlingsstatistikk 2014-2015.

Utviklingen i gjennomsnittlig liggetid for utskrivningsklare pasienter

Den gjennomsnittlige liggetiden på sykehus som utskrivningsklar har gått ned fra 5,8 liggedager i 2011 til 0,7 liggedager i 2015. Den gjennomsnittlige liggetiden før pasienten ble meldt utskrivningsklar har samtidig gått ned med i overkant av to dager fra 2011 til 2015.

Figur 1: Gjennomsnittlig liggetid¹ etter utskrivningsklar² status 2011-2015³.



¹Endring i definisjon av hvilken dato som brukes når pasienten er meldt utskrivningsklar flere ganger i løpet av samme sykehusopphold bidrar til en økning i liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2014. Beregning tilsier at effekten av dette tilsvarer omtrent 10 prosent flere liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2013.

²Opphold for pasienter som er meldt utskrivningsklar og tatt imot av kommunen samme dag er inkludert.

³Data per 2. tertial for 2015.

Kilde: Helsedirektoratet 2016, IS-2427: Samhandlingsstatistikk 2014-2015.

Utviklingen i reinnleggelser

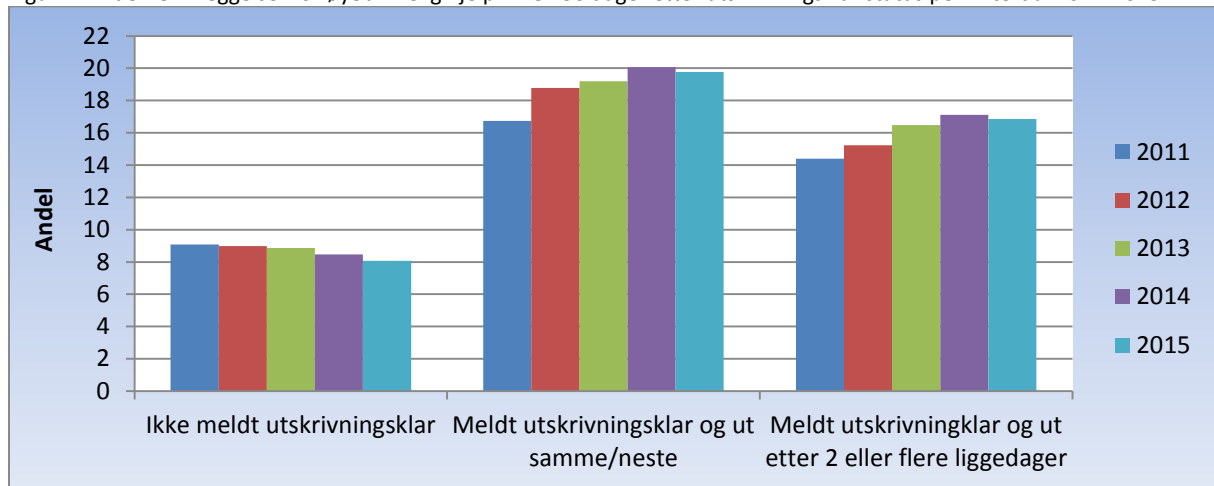
En reinnleggelse er definert som en innleggelse for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivning.

Andelen reinnleggelser etter opphold hvor pasienten **ikke** ble meldt utskrivningsklar fortsetter å synke, og var i 2015 på 8,1 prosent.

Etter å ha økt litt i perioden 2011-2014, gikk andelen reinnleggelser ned fra 2014 til 2015 både for pasienter som ble meldt utskrivningsklar og ble tatt imot av kommunen etter 0-1 dager og for andelen pasienter som ble tatt imot etter to eller flere liggedager.

Andelen reinnleggelser blant pasienter som ble meldt utskrivningsklar og ble tatt imot av kommunen etter 0-1 dager var i 2015 på 19,8 prosent. Reinnleggelser blant pasienter som ble tatt imot av kommunen etter to eller flere liggedager var i samme periode på 16,9 prosent.

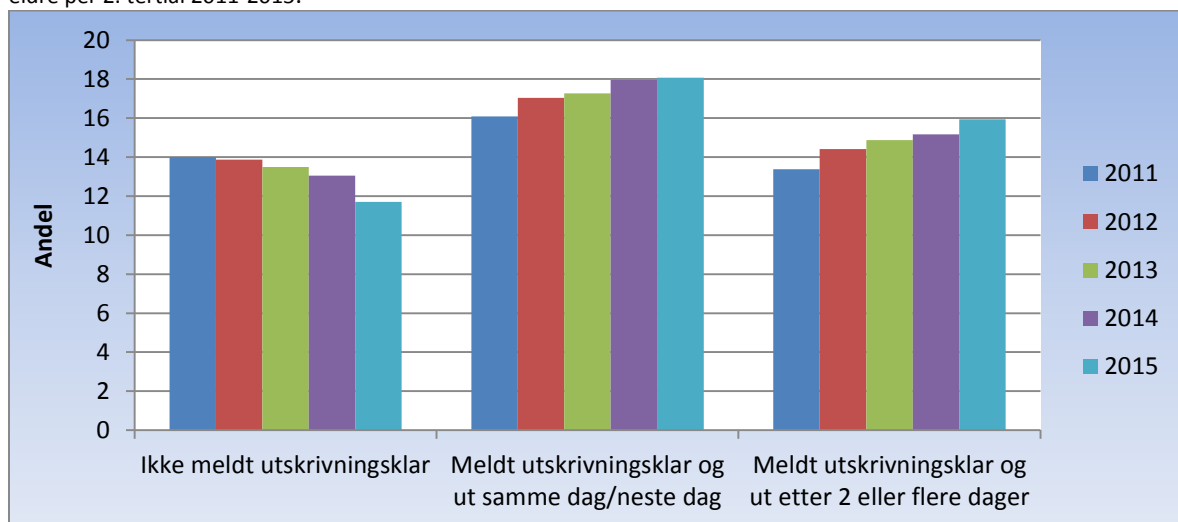
Figur 2: Andel reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivningsklar status per 2. tertial 2011-2015.



Kilde: Helsedirektoratet 2016, IS-2427: Samhandlingsstatistikk 2014-2015.

Fra 2011 til 2015 var det også for de eldste pasientene, 80 år og eldre, en nedgang i andel reinnleggelser for pasienter som **ikke** ble meldt utskrivningsklare. Nedgangen var størst fra 2014 til 2015. For totalbefolkningen var det en nedgang i reinnleggelser fra 2014 til 2015, både for pasienter meldt utskrivningsklare samme eller neste dag og gruppen som har to eller flere liggedager som utskrivningsklare. Blant de som er 80 år og eldre har det vært en økning i reinnleggelser i samme periode.

Figur 3: Andel reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivningsklar status for aldersgruppen 80 år og eldre per 2. tertial 2011-2015.



Kilde: Helsedirektoratet 2016, IS-2427: Samhandlingsstatistikk 2014-2015.

For de utskrivningsklare pasientene er det ikke påvist endringer i innholdet i reinnleggelsene eller pasientsammensetningen fra 2011 til 2015. For pasienter 80 år og eldre er 90-91 prosent av reinnleggelsene definert som indremedisinsk behandling i både 2011 og 2015. Varigheten av reinnleggelsesoppholdene er omtrent uendret, og det samme gjelder diagnosefordelingen. I 24-25 prosent av reinnleggelsene for utskrivningsklare pasienter som er over 66 år, er hoveddiagnosen knyttet til sykdommer i åndedretsorganer. 15-16 prosent av reinnleggelsene er knyttet til sykdommer i sirkulasjonsorganene. 11 prosent gjelder sykdommer i fordøyelsesorganene og 10 prosent gjelder nyre- og urinveissykdommer.

35. Rehabilitering i kommune og spesialisthelsetjenesten

Habilitering og rehabilitering foregår i og utenfor institusjon, både i kommuner og i spesialisthelsetjenesten, og både i offentlige og private institusjoner. Habiliterings- og rehabiliteringstjenester representerer tverrfaglige forløp som ofte går på tvers av nivåene i helsetjenesten.

En av intensjonene med samhandlingsreformen er en venstreforskyvning av tjenestene. Det innebærer at helsetjenestene i større grad skal tilbys nærmere der befolkningen bor, og en sterkere satsing på forebygging innsats tidlig i sykdomsforløpene. Ut fra dette kan det forventes at flere av tjenestene innenfor habiliterings- og rehabiliteringsfeltet skal utføres i kommunene⁸, og at en eventuell aktivitetsvekst vil være større i kommunene enn i spesialisthelsetjenesten.

Svakheter ved datagrunnlaget

I primærhelsetjenesten har det lenge vært et problem at dataene for rehabiliterings- og habiliteringstjenestene har vært mangelfulle. For mottakere av disse tjenestene i institusjon manglet det i 2014 informasjon fra 36 prosent av kommunene. Det manglet data for 63 prosent av kommunene i tjenestene utenfor institusjon. 2014 er imidlertid bedre enn tidligere års tall, da andelen kommuner med manglende data for rehabilitering utenfor institusjon har ligget på 70 prosent (Helsedirektoratet 2016, IS-2427, Samhandlingsstatistikk 2014-2015).

Antall mottakere av re-/habiliteringstjenester 2010-2014

I perioden 2010 til 2014 har antallet mottakere av habilitering og rehabilitering i institusjon i kommunene økt med nesten 22 prosent. Det har imidlertid vært en liten nedgang fra 2013 til 2014. Kontrolleres det for befolkningsveksten i perioden har det vært en økning fra 2,5 mottakere per 1 000 innbygger i 2010 til 2,9 mottakere i 2014.

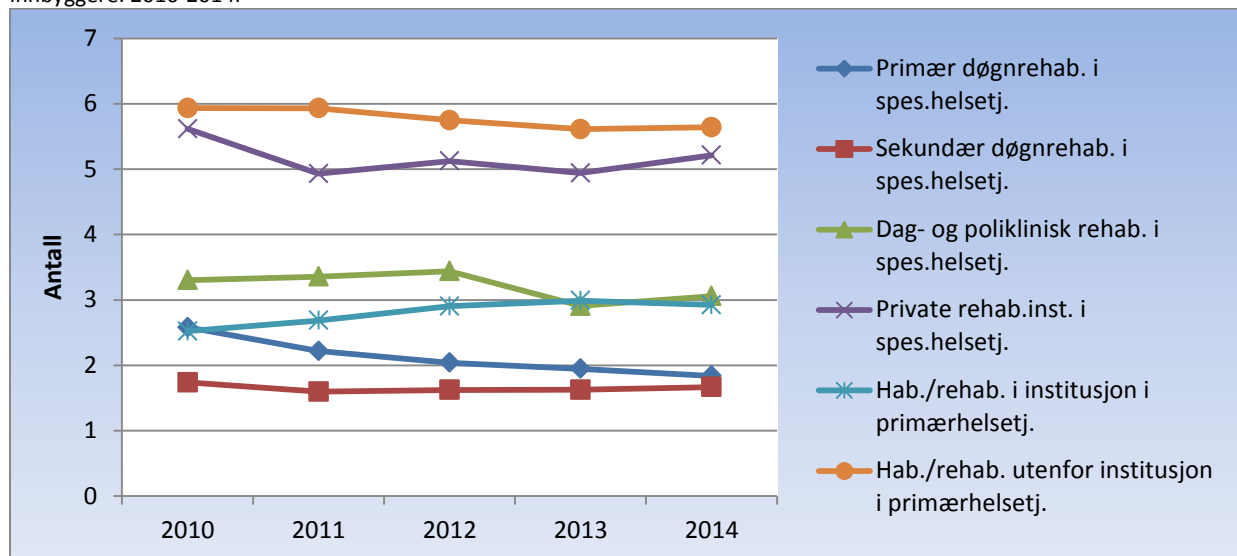
Antallet mottakere av habilitering og rehabilitering utenfor institusjon i kommunene har ligget rundt 29 000 i hele perioden 2010-2014. Kontrollert for befolkningsvekst i perioden, har antallet mottakere gått ned fra 5,9 per 1 000 innbyggere i 2010 til 5,6 i 2014.

I spesialisthelsetjenesten har det vært en nedgang i antall pasienter som har mottatt primær døgnrehabilitering, mens antallet som har mottatt sekundær døgnrehabilitering har vært relativt stabil. For dag- og poliklinisk rehabilitering er det vanskelig å si noe entydig om utviklingen. Dette til dels fordi det har vært endringer i hvordan aktiviteten kodes.

I 2014 var det rundt 1,8 pasienter per 1 000 innbyggere som mottok primær døgnrehabilitering, mot 2,6 i 2010. Antallet pasienter som har mottatt sekundær døgnrehabilitering har holdt seg relativt uendret på om lag 8 600 pasienter i perioden. Dette tilsvarer 1,7 pasienter per 1 000 innbyggere. I 2010 var det om lag 27 600 pasienter som mottok behandling i private rehabiliteringsinstitusjoner, mens det var drøyt 26 900 i 2014. Dette tilsvarer en nedgang fra 5,6 pasienter per 1 000 innbyggere i 2010 til 5,2 i 2014. Fra 2013 til 2014 har det vært en vekst.

⁸ Oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten innenfor rehabiliteringsfeltet er ytterligere beskrevet i Meld. St. 14 (2014-2015) «Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner.»

Figur 1: Antall pasienter og mottakere av habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og i kommunene per 1 000 innbyggere. 2010-2014.



Kilde: Helsedirektoratet 2015, IS-2245: Samhandlingsstatistikk 2013-14. Helsedirektoratet 2016, IS-2427, Samhandlingsstatistikk 2014-15.

Individuell plan

Retten til individuell plan (IP) etter helselovgivningen ble innført i 2001. Formålet med IP er å sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud for pasienter og brukere med behov for langvarige koordinerte tjenester. Som hovedregel vil det være kommunen som har ansvaret for å utarbeide en individuell plan. Spesialisthelsetjenestens ansvar begrenser seg til å informere pasienten og pårørende om retten til IP, varsle kommunen om behov, og bidra i kommunens arbeid knyttet til IP.

På helsenorge.no publiseres det nasjonale kvalitetsindikatorer for individuell plan i rehabiliterings-/habiliteringstjenestene for barn og unge.

Individuell plan i barnerehabilitering - spesialisthelsetjenesten

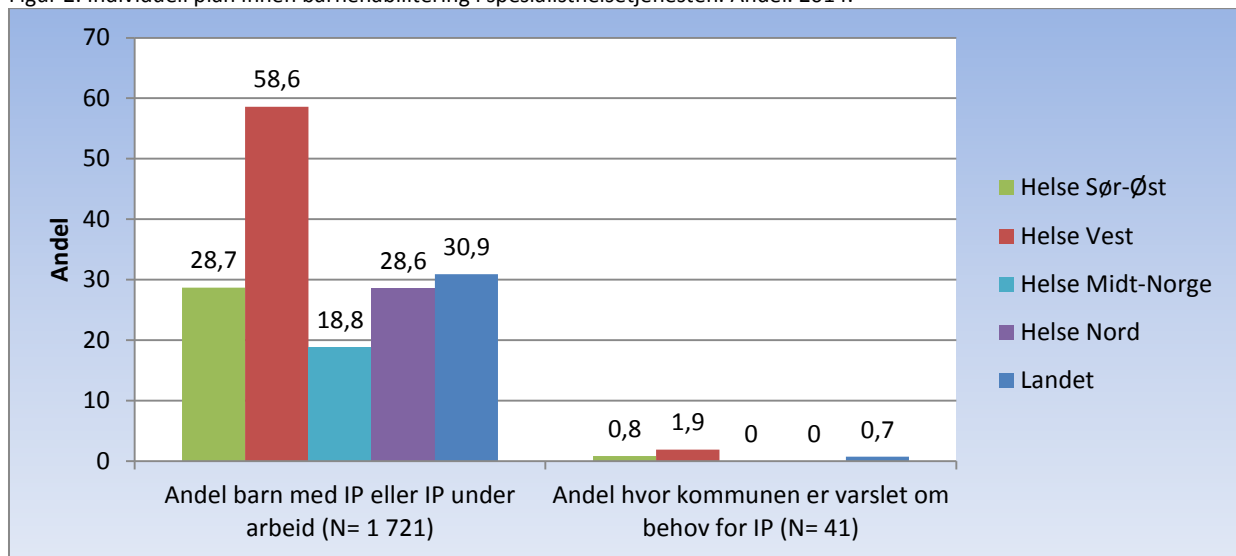
Indikatoren viser hvor stor andel av barn i barnerehabiliteringstjenestene som har en individuell plan, om individuell plan er under arbeid og/eller hvor ofte spesialisthelsetjenesten varsler kommunen om behovet for individuell plan.

På landsbasis er det ikke rapportert informasjon om IP for rundt 60 prosent av barna i barnerehabiliteringstjenesten. Andelen ligger på mellom 63-66 prosent i alle helseregionene, med unntak av Helse Vest der andelen er 29,3 prosent.

På landsnivå er det rapportert inn at 30,9 prosent av barna har individuell plan eller at individuell plan er under arbeid i barnerehabiliteringstjenesten i 2014. Helse Vest har høyest andel pasienter som har IP med 58,6 prosent. Lavest andel har Helse Nord med 18,8 prosent.

Helse Nord og Helse Midt-Norge har ikke rapportert om noen saker hvor de har varslet kommunene om behov for IP. Andelen er høyest i Helse Vest med 1,9 prosent.

Figur 2: Individuell plan innen barnehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Andel. 2014.



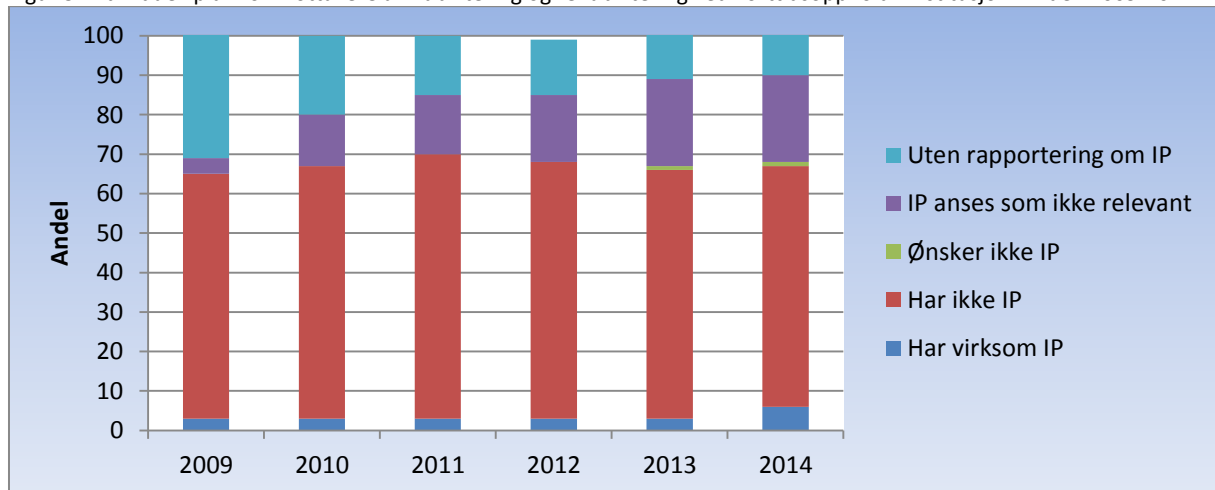
Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer, helsenorge.no.

Individuell plan i kommunene

Det publiseres nasjonale kvalitetsindikatorer på helsenorge.no for IP for habilitering og rehabilitering i hjemmet og IP for habilitering og rehabilitering ved korttidsopphold i institusjon.

I 2014 hadde 18 prosent av mottakerne av habilitering og rehabilitering ved korttidsopphold i institusjon en individuell plan. I 2009 var andelen 10 prosent. Andelen hvor det manglet opplysninger om hvorvidt tjenestemottakeren har IP har sunket fra 38 prosent til 19 prosent i perioden 2009 til 2014.

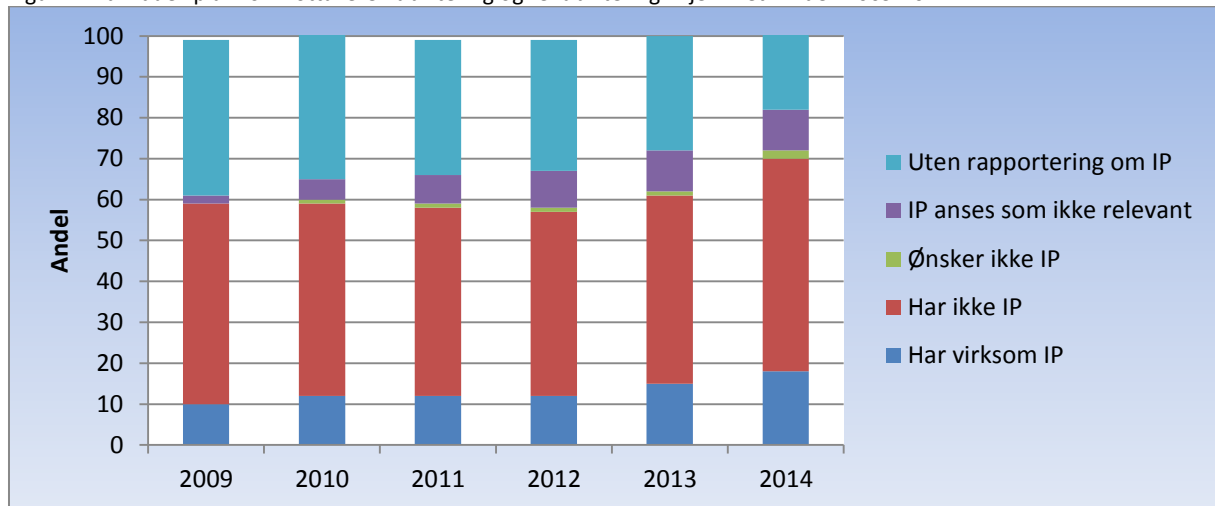
Figur 3: Individuell plan for mottakere av habilitering og rehabilitering ved korttidsopphold i institusjon. Andel. 2009-2014.



Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer, helsenorge.no.

52 prosent av mottakerne av habilitering og rehabilitering i hjemmet hadde ikke en IP i 2014. Det er den høyeste andelen i perioden 2009 til 2014. I 2014 hadde 18 prosent av mottakerne en IP og to prosent ønsket ikke en IP.

Figur 4: Individuell plan for mottakere habilitering og rehabilitering i hjemmet. Andel. 2009-2014.

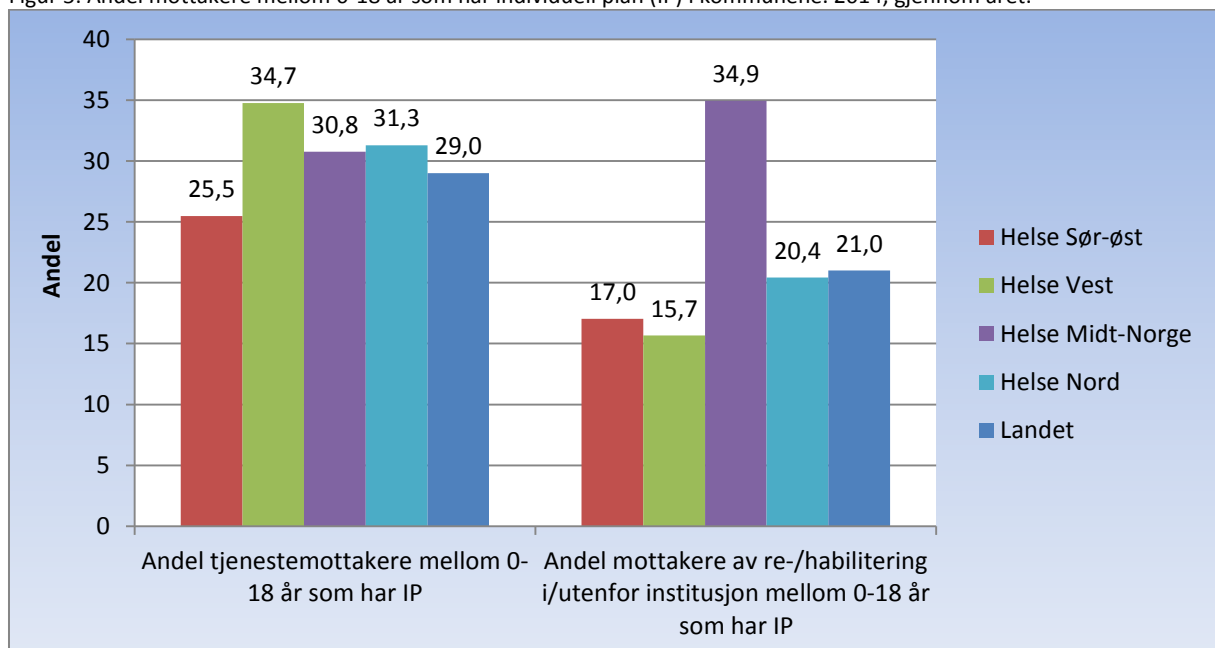


Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer, helsenorge.no.

Det antas at de fleste barn og unge som mottar rehabiliterings- og habiliteringstjenester vil ha behov for en IP. Det er ikke utviklet kvalitetsindikator for dette. Innrapportering til IPLOS-registeret viser imidlertid at andelen barn og unge som mottar rehab-/habiliteringstjenester i primærhelsetjenesten, og som har en IP, er 21 prosent. Andel barn og unge tjenestemottakere som har IP, uavhengig av type tjenester, er imidlertid 29 prosent. Det er derfor grunn til å anta at det foreligger en betydelig underrapportering av antall barn og unger som mottar rehabiliterings- og habiliteringstjenester og som har IP.

Det er til dels store variasjoner i andelen barn og unge mottakere som har individuell plan både mellom kommunene og mellom regionene. Mens 15,7 prosent av barn og unge tjenestemottakere av rehabiliterings- og habiliteringstjenester i Helse Vest har IP, er andelen i Helse Midt-Norge 34,9 prosent.

Figur 5: Andel mottakere mellom 0-18 år som har individuell plan (IP) i kommunene. 2014, gjennom året.



Kilde: IPLOS-registeret, Statistisk sentralbyrå.

36. Helse- og omsorgstjenester innen psykisk helse og rus

Antall pasienter og mottakere av helse- og omsorgstjenester innen psykisk helse- og rusproblematikk øker mer enn befolkningsveksten. For å tilby gode helse- og omsorgstjenester innenfor dette feltet kreves det blant annet tilstrekkelig personell med relevant kompetanse.

Pasienter og mottakere

Tjenester knyttet til psykiske vansker/lidelser og rusmiddelproblematikk ytes innenfor mange instanser og på ulike forvaltningsnivå. Det foreligger kunnskap om aktivitet og bruk av tjenester innenfor spesialisthelsetjenesten, mens det mangler aktivitetsdata for deler av den kommunale virksomheten som gir grunnlag for å anslå hvor mange personer med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer som mottar slike tjenester i kommunene. Aktivitetstallene som presenteres under vil derfor ikke være fullt dekkende for primærhelsetjenesten.

I 2014 var rundt 69 000 pasienter under 18 år i kontakt med fastlege for et psykisk helse og/eller rusproblem. Antallet har økt med 11,6 prosent sammenliknet med 2011. 57 355 personer var i behandling i psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) i 2014. Det er en nedgang på 0,1 prosent fra 2011. I samme periode var befolkningsveksten i aldersgruppen 0-17 år på 0,7 prosent.

Tabell 1: Antall og prosentvis endring i nasjonale tall for antall pasienter 0-17 år hos fastlege og legevakt (P-diagnose), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern. 2011-2014.

	2011	2012	2013	2014	Prosent endring 2011-2014	Prosent endring 2013-2014
Pasienter fastlege	61 894	63 492	66 329	69 058	11,6	4,1
Pasienter legevakt	3 687	3 647	3 596	3 765	2,1	4,7
Pasienter PHBU	57 416	57 745	57 380	57 355	-0,1	0
Pasienter TSB		320	267	230		-13,9

Kilde: Samhandlingsstatistikk 2014-2015, IS-2427, Helsedirektoratet.

Nærmere 680 000 pasienter over 18 år var i kontakt med fastlegen for et psykisk helse og/eller rusproblem i 2014. Det tilsvarer en økning på 10,1 prosent sammenliknet med i 2011. I perioden 2011-2014 økte antall pasienter i det psykiske helsevernet med 5,4 prosent. Antall pasienter var i 2014 på nærmere 178 000. I perioden 2011 til 2014 var befolkningsveksten i aldersgruppen 18 år + på 4,5 prosent. I 2014 var om lag 30 500 pasienter til behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det er en økning på 5,1 prosent fra 2012.⁹

Tabell 2: Antall og prosentvis endring i nasjonale tall for antall pasienter 18 år + hos fastlege og legevakt (P-diagnose), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern (PHV). 2011-2014.

	2011	2012	2013	2014	Prosent endring 2011-2014	Prosent endring 2013-2014
Pasienter fastlege	616 683	629 698	654 599	679 199	10,1	3,8
Pasienter legevakt	49 813	49 864	51 336	51 343	3,1	0
Pasienter PHV	168 593	170 334	171 890	177 682	5,4	3,4
Pasienter TSB		28 723	29 499	30 285		2,7

Kilde: Samhandlingsstatistikk 2014-2015, IS-2427, Helsedirektoratet.

⁹ Komplette data for pasienter i TSB finnes for kun perioden 2012 til 2014.

Årsverk og kompetanse i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid

Fra 2015 er rapportering fra kommunene på psykisk helse og rus endret. Tidligere ble det rapportert for hvert av fagområdene separat, mens det fra 2015 rapporteres samlet. I tillegg er det endringer i hva som skal innrapporteres. Denne omleggingen innebærer blant annet at kommunene ikke lenger må splitte årsverkene mellom psykisk helse og rus, slik de tidligere har gjort. Endringen er gjort blant annet fordi flere kommuner har slått sammen disse tjenestene til felles enheter. Å splitte årsverkene kan være vanskelig og tallene kan bli misvisende. I tillegg foreligger det en fare for dobbelrapportering. Endringen i rapporteringen av årsverk medfører at tall fra 2015 ikke er sammenliknbare med tidligere år.

I 2015 ble det rapportert 2 702 årsverk i tjenester til barn og unge innen psykisk helse- og rusarbeid, og 10 429 årsverk rettet mot voksne (Helsedirektoratet IS-24/8. 2015).

Andelen årsverk med helse- og sosialfaglig høyskoleutdanning i tjenester til voksne var i 2015 på 60 prosent, mens andelen i tjenester til barn og unge var på 56 prosent.

I 2015 var total andel med høyskole/universitetsutdanning i tjenester til barn og unge på 88 prosent. Tilsvarende andel i tjenester rettet mot voksne var på 64 prosent.

Av totalt antall psykologer i tjenestene var 76 prosent innrettet mot målgruppen barn og unge. Psykologårsverk i tjenestene rettet mot barn og unge utgjorde ni prosent av den samlede årsverksinnsats overfor denne gruppen. Psykologårsverk i tjenester til voksne lå på under én prosent av den samlede ressursinnsatsen. I tjenester til både voksne og barn og unge var det under 10 prosent ufaglært personell.

Tabell 3: Antall og andel årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot barn og unge og mot voksne. 2015.

	Barn og unge		Voksne	
	Antall årsverk	Andel	Antall årsverk	Andel
Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	112	4,1 %	1 586	15,2 %
Helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	58	2,2 %	1 257	12,0 %
Helse- /sosialfag fra høyskole uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	1 063	39,3 %	2 815	27,0 %
Helse- /sosialfag fra høyskole med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	552	20,4 %	2 987	28,6 %
Psykiatere	1	0,1 %	7	0,1 %
Psykologer	169	6,2 %	50	0,5 %
Psykologspesialister	62	2,3 %	23	0,2 %
Annen høyskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	371	13,7 %	525	5,0 %
Annen høyskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helse- eller rusarbeid	149	5,5 %	248	2,4 %
Brukererfaringskompetanse uten formell utdanning	6	0,2 %	139	1,3 %
Annen utdanning enn spesifisert, eller personell uten formell utdanning	160	5,9 %	792	7,6 %
Totalt	2 702	100 %	10 429	100 %

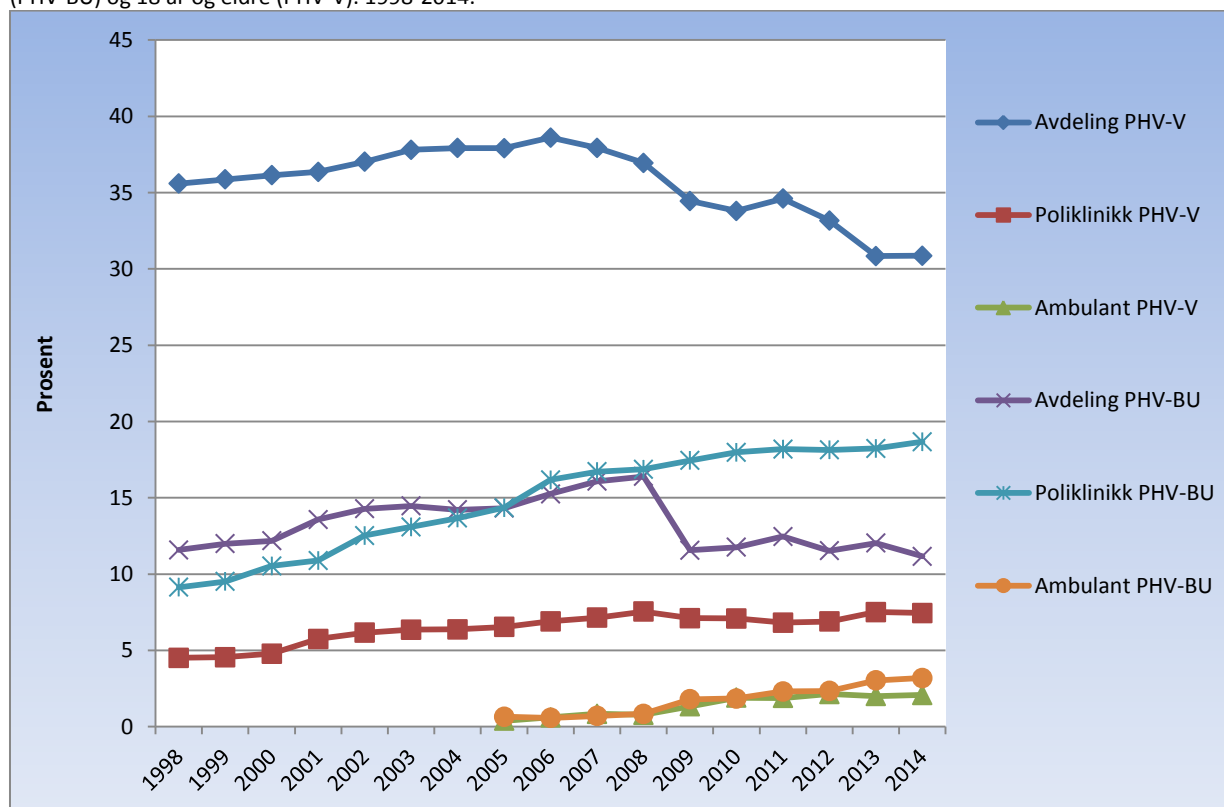
Kilde: Helsedirektoratet IS 24/8. 2015.

Årsverk og kompetanse i psykisk helsevern

Siden 1998 har det vært en markant dreining av personellinnsats fra døgnavdelinger til poliklinikk og ambulant behandling i psykisk helsevern. Det har vært en relativt jevn økning i årsverk per 10 000 innbygger i poliklinikk for barn og unge, fra 11,6 årsverk i 1998 til 18,7 årsverk i 2014. Utviklingen i årsverk for poliklinikk for voksne har økt fra 4,5 til 7,4 i samme periode.

Samlet sett har det totale antall årsverk innen psykisk helsevern for voksne økt fra 40,1 per 10 000 innbygger i 2009 til 40,4 i 2014. For barn og unge har det vært en økning fra 20,7 årsverk til 33 årsverk per 10 000 innbygger.

Figur 1: Personell i det psykiske helsevernet (PHV) etter utdanningsbakgrunn og sektor. Prosent av personalet totalt. 0-17 år (PHV-BU) og 18 år og eldre (PHV-V). 1998-2014.*



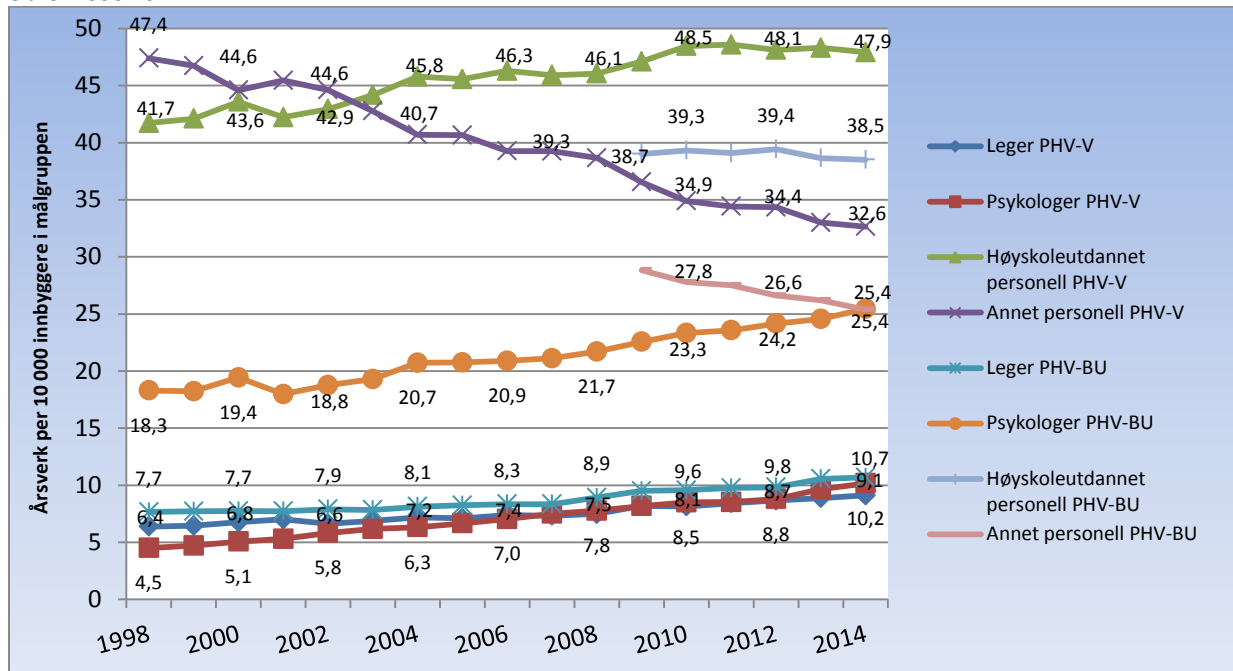
* Omlegging av datainnhenting fra 2009 medfører at det ikke foreligger sammenliknbare tall på alle områder. Under «annet personell» inngår teknisk og merkantilt personell, samt pleiepersonell uten høgskoleutdanning.

Kilde: Samdata spesialisthelsetjenesten 2014. IS-2348, Helsedirektoratet.

Innen det psykiske helsevernet for barn og unge har det i perioden 1998-2014 vært en markant økning i andel årsverk utført av leger og psykologer. Andelen leger har økt fra 7,7 prosent til 10,7 prosent. Rundt hvert fjerde årsverk i det psykiske helsevernet for barn og unge ble i 2014 utført av psykologutdannet personell, mot 18 prosent i 1998.

Innen det psykiske helsevernet for voksne har det vært en markant økning i utdanningsnivået fra 1998 til 2014. Andelen leger har økt fra 6,4 til 10,2 prosent. Gruppen psykologer er mer enn fordoblet fra 4,5 til 10,2 prosent. Andelen høgskoleutdannet personell har økt fra rundt 42 prosent til 48 prosent. Gruppen «annet personell», som er pleiepersonell uten høgskoleutdanning og teknisk og merkantilt personell er redusert fra 47 til 33 prosent.

Figur 2: Årsverk i det psykiske helsevernet etter målgruppe og driftsform. Rate per 10 000 innbygger, 0-17 år og 18 år og eldre. 1998-2014.



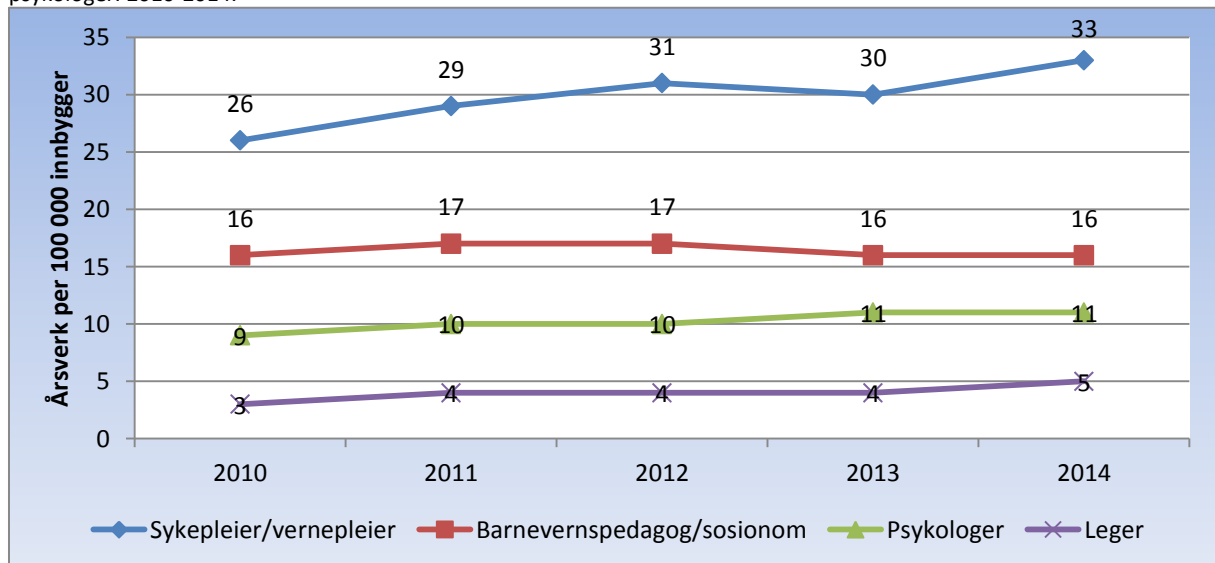
Kilde: Samdata spesialisthelsetjenesten 2014. IS-2348, Helsedirektoratet.

Årsverk og kompetanse i TSB

Antall årsverk i tverrfaglig spesialisert rusbehandling har økt fra 3 313 til 4 050 i perioden fra 2009 til 2014.

Bortsett fra for sykepleiere/vernepleiere har det vært relativt små endringer i dekningsraten av personell i TSB fra 2010 til 2014. Dekningsraten for sykepleiere/vernepleiere har økt fra 26 per 100 000 innbygger i 2010 til 33 i 2014. For de andre yrkesgruppene har det vært relativt små endringer.

Figur 3: Dekningsrater per 100 000 innbygger for leger, barnevernspedagoger/sosionomer, sykepleiere/vernepleiere og psykologer. 2010-2014.



Kilde: Samdata spesialisthelsetjenesten 2014. IS-2348, Helsedirektoratet.

Andelen årsverk med høgskole eller universitetsutdanning innen TSB har økt fra 65 prosent til 70 prosent i perioden 2010-2014 (Samdata spesialisthelsetjenesten 2014. IS-2348, Helsedirektoratet).

37. Helsepersonell

Personell- og kompetanseprofilen i helse- og omsorgssektoren skal utvikles i tråd med samhandlingsreformen og Kompetanseløftet 2015. Med samhandlingsreformen får de kommunale helse- og omsorgstjenestene økt ansvar og flere oppgaver. Personellveksten skal derfor fortrinnsvis skje i kommunene.

Utviklingen i årsverk

Fra 2011 til 2014 har antall årsverk i spesialisthelsetjenesten økt med 5,9 prosent. Økningen i omsorgstjenesten har vært på 4,2 prosent, mens den har vært på 7,9 prosent i kommunehelsetjenesten.

Tabell 1: Årsverk i helse- og omsorgstjenestene. Totalt 2014 og prosentvis endring 2011-2014.

	Årsverk 2014	Prosentvis endring 2011-2014
Årsverk i spesialisthelsetjenesten	104 710	5,9
Årsverk i omsorgstjenesten	134 324	4,2
Årsverk i kommunehelsetjenesten	13 900	7,9

Kilde: Helsedirektoratet 2016, IS-2427, Samhandlingsstatistikk 2014-2015.

Fra 2011 til 2014 har antall legeårsverk økt med 9,9 prosent i spesialisthelsetjenesten og 10,1 prosent i primærhelsetjenesten.

I 2014 var det om lag like mange syke- og vernepleiere i omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Fra 2011 til 2014 har antallet sykepleiere økt med 12,1 prosent i omsorgstjenesten og 5,1 prosent i spesialisthelsetjenesten. Veksten i årsverk for sykepleiere i helsestasjons- og skolehelsetjenesten var i samme periode ni prosent.

I perioden 2011-2014 har antallet årsverk for fysioterapeuter og ergoterapeuter økt med 9,7 prosent i primærhelsetjenesten og 1 prosent i spesialisthelsetjenesten.

Tabell 2: Legeårsverk, sykepleier årsverk og fysio- og ergoterapeutårsverk i helse- og omsorgstjenestene. Årsverk totalt og prosentvis endring. 2011 og 2014.

	Årsverk totalt		Prosentvis endring
	2011	2014	2011-2014
Legeårsverk i spesialisthelsetjenesten	12 816	14 089	9,9
Legeårsverk i kommunehelsetjenesten	4 837	5 325	10,1
Sykepleierårsverk i spesialisthelsetjenesten	34 786	36 575	5,1
Sykepleier- og vernepleierårsverk i omsorgstjenesten	31 465	35 281	12,1
Sykepleierårsverk i helsestasjons-/skolehelsetjenesten	2 806	3 058	9,0
Fysio- og ergoterapeutårsverk i spesialisthelsetjenesten	2 245	2 268	1,0
Fysio- og ergoterapeutårsverk i primærhelsetjenesten	5 078	5 573	9,7

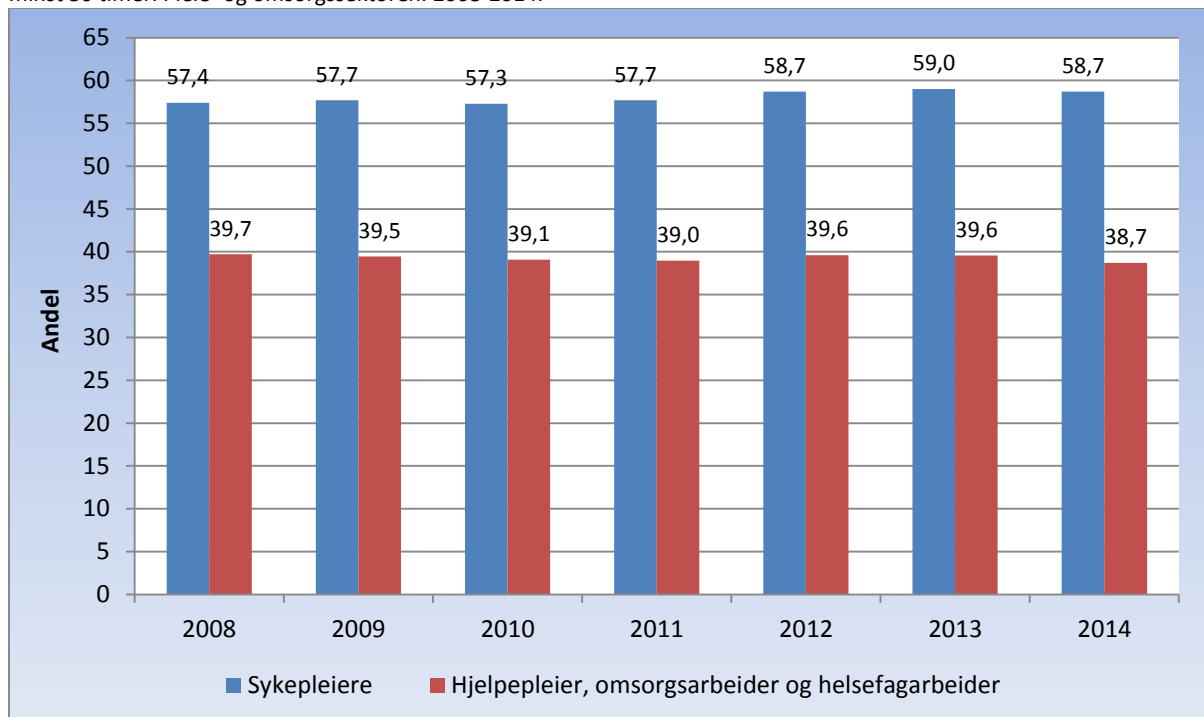
Kilde: Helsedirektoratet 2016, IS-2427, Samhandlingsstatistikk 2014-2015.

Personellbehov og omfang av heltid i pleie- og omsorgssektoren

Som følge av en aldrende befolkning og flere med kroniske og sammensatte lidelser vil behovet for personell øke fremover. I dag jobber mange i pleie- og omsorgssektoren deltid. Det er en målsetning å redusere omfanget av ufrivillig deltid og tilføre tjenestene flere årsverk ved at stillingsandelene økes.

Andelen sysselsatte i heltidsstillinger blant hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere i pleie- og omsorgssektoren har holdt seg relativt stabilt på nær 40 prosent i perioden 2008-2014. Andelen på 38,7 prosent er imidlertid den laveste i perioden. Andelen sykepleiere i stillinger med en ukentlig arbeidstid på minst 30 timer har i samme periode ligget stabilt på i underkant av 60 prosent.

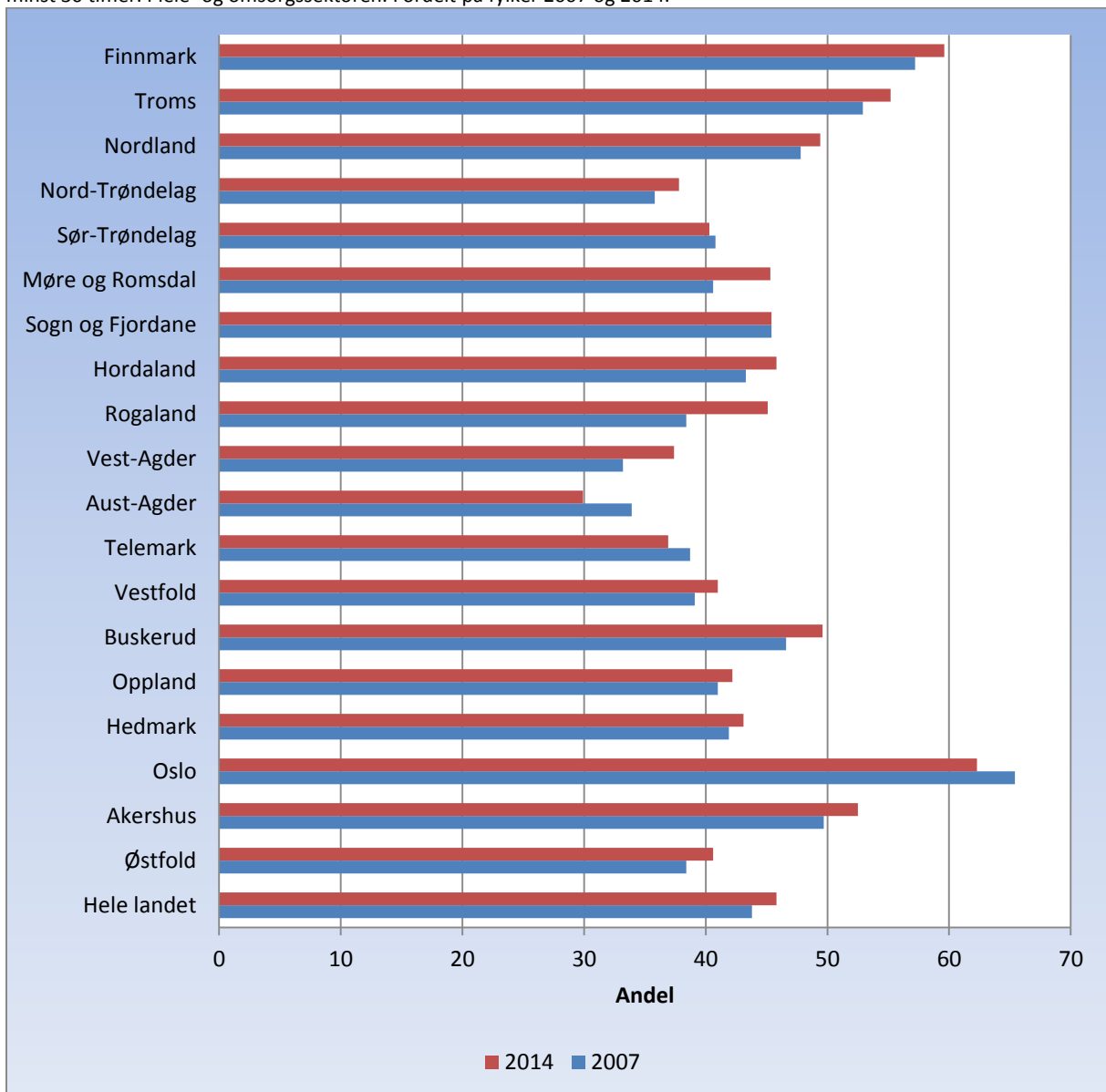
Figur 1: Andel hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, helsefagarbeidere og sykepleiere i stillinger med en ukentlig arbeidstid på minst 30 timer. Pleie- og omsorgssektoren. 2008-2014.



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Det er store regionale forskjeller i andelen som jobber heltid. I perioden fra 2007 til 2014 andelen heltidsansatte økt i 14 fylker, gått ned i 4 fylker og er uendret i ett fylke. I 2014 hadde Oslo høyest andel av heltidsansatte med 62,3 prosent og Aust-Agder lavest med 29,9 prosent.

Figur 2: Andel hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, helsefagarbeidere og sykepleiere i stillinger med en ukentlig arbeidstid på minst 30 timer. Pleie- og omsorgssektoren. Fordelt på fylker 2007 og 2014.



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

38. Utdanning av leger og sykepleiere

For å møte det økende behovet for helsepersonell i framtida, er det viktig å ha en oversikt over hvor helsepersonell i Norge utdannes og spesialiseres. Helsepersonell med utdanning fra utlandet utgjør en betydelig andel av arbeidstokken i norsk helsesektor.

Grunnutdanning for leger

Omkring seks av ti leger i den norske helsesektoren¹⁰ er utdannet i Norge. Fra 2008 til 2014 har andelen sunket med 4,6 prosentpoeng. Nesten 8 500 leger er utdannet utenfor Norge. Omtrent halvparten av disse er nordmenn som har tatt utdannelsen utenlands.

Tabell 1: Leger i norsk helsesektor, fordelt på utdanning i Norge og utland. 2008-2014.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Leger utdannet i Norge	12 238	12 641	12 946	13 194	13 342	13 680	13 908
Norske leger utdannet utenfor Norge	2 987	3 136	3 309	3 529	3 767	3 980	4 245
Utenlandske leger utdannet utenfor Norge	3 009	3 381	3 457	3 624	3 731	3 828	4 202
Ukjent utdannelsesland	323	330	324	302	311	293	304
Totalt antall leger	18 557	19 488	20 036	20 649	21 151	21 781	22 659

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Spesialistutdanning for leger

En betydelig andel av spesialistene har spesialistutdanning fra utlandet. Om lag en fjerdedel av alle nye spesialister har konvertert¹¹ sin utdanning fra et EU/EØS-land for å kunne jobbe i Norge. Spesialitetene anestesilogi, radiologi, fødselshjelp og kvinnesykdommer og patologi har en særlig høy andel konverteringer.

Hovedandelen av legene som konverterer sin spesialistgodkjenning har godkjenning fra et annet nordisk land. I underkant av 50 prosent av det totale antallet konverteringer er fra Sverige.

Tabell 2: Nye spesialistgodkjenninger. 2014-2015.

	2014	2015
Etter norske regler	877	783
Konvertering fra EU/EØS-land	271	250
Nye spesialister totalt	1 148	1 033

Kilde: Helsepersonellregisteret/Helsedirektoratet.

Sykepleieres utdanningsbakgrunn

Det er langt færre norske sykepleiestudenter enn legestudenter som tar utdanningen sin i utlandet. Rundt 86 prosent av sykepleierne med utdanning fra utlandet har innvandringsbakgrunn. Ni av ti sykepleiere som jobber i helsesektoren er utdannet i Norge. Tallet er nok i realiteten noe lavere. Det skyldes at ansatte via bemanningsbyråer ikke inngår i statistikken, og at mange ansatte i byråene er sykepleiere med innvandringsbakgrunn som har tatt utdanningen utenfor Norge.

¹⁰ Helsesektoren omfatter alle SSBs næringskoder under områdene 86 og 87, samt 88.101, og inkluderer både primær- og spesialisthelsetjenesten. Leger og sykepleiere som arbeider i næringskoden «utleie av arbeidskraft» (78.220) er dermed ikke inkludert. Turnuskandidater er inkludert, mens medisinstudenter med lisens er ekskludert. Sykepleiere inkluderer jordmødre og helsesøstre. Alle sysselsatte opp til 75 år som jobber i helsesektoren er inkludert.

¹¹ Med konvertering menes automatisk godkjenning av harmoniserte legespesialiteter som nevnt i vedlegg V punkt 5.1.3 i Yrkeskvalifikasjonsdirektivet 2005/36/EF eller godkjenning etter Nordisk overenskomst art. 15.

Tabell 3: Sykepleiere i norsk helsesektor, fordelt på utdanning i Norge og utland. 2008-2014.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Sykepleiere utdannet i Norge	64 880	67 109	68 744	70 397	71 833	73 684	75 453
Norske sykepleiere utdannet utenfor Norge	881	926	975	1 002	1 009	1 037	1 057
Utenlandske sykepleiere utdannet utenfor Norge	4 141	4 564	4 965	5 589	5 930	6 154	6 583
Sykepleiere med ukjent utdannelsesland	673	660	672	685	677	634	554
Totalt antall sykepleiere	70 575	73 259	75 356	77 673	79 449	81 509	83 647

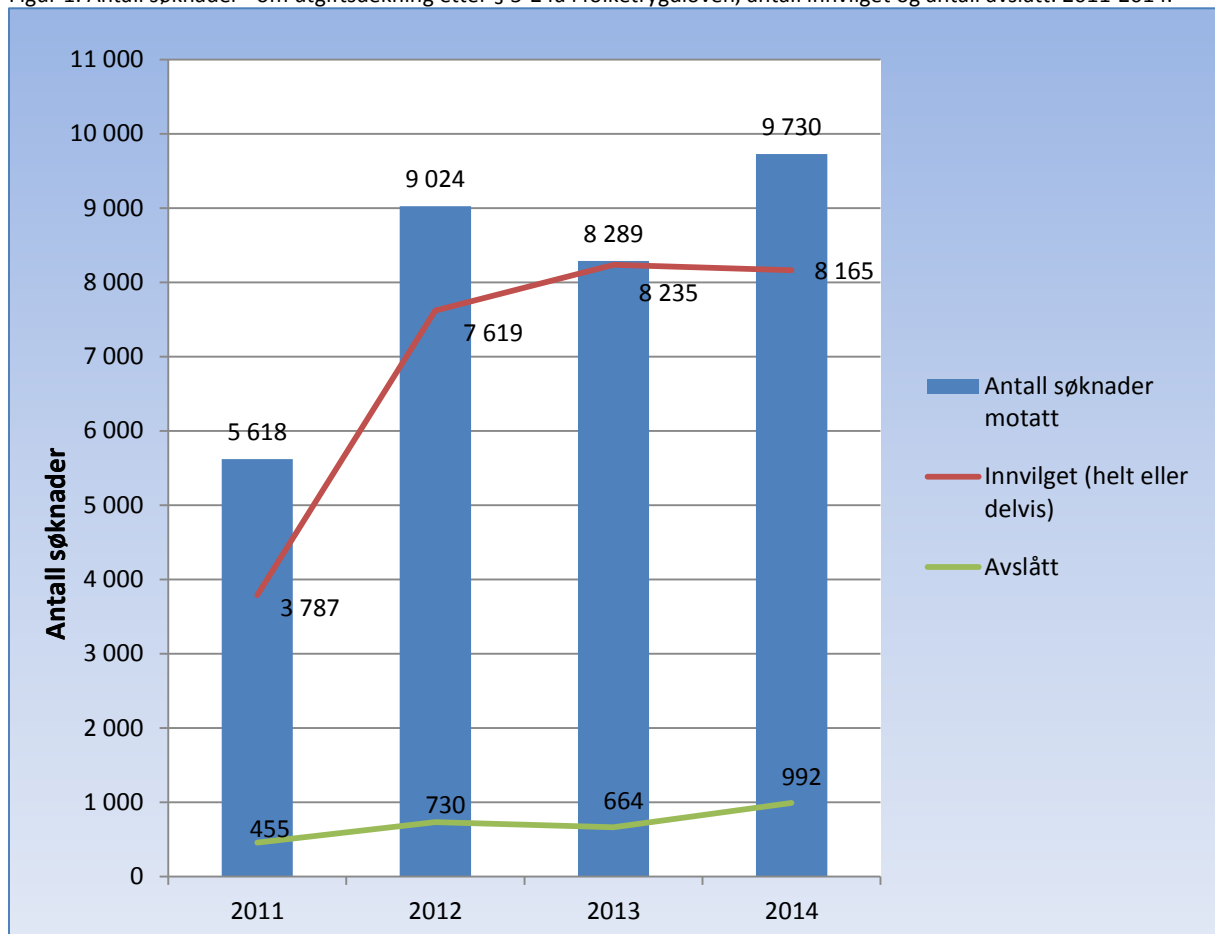
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

39. Stønad til helsetjenester i andre EØS-land

Fra 2011 har alle medlemmer av Folketrygden rett til å få dekket utgifter til helsetjenester som medlemmet har hatt i et annet EØS-land. Søknader om støtte innvilges ut fra nærmere fastsatte kriterier.

Retten til å få dekket utgifter til helsetjenester som medlemmer har hatt i et annet EØS-land er hjemlet i § 5-24a i folketrygdloven. I 2014 ble det registrert 9 730 søknader om stønad til helsetjenester i andre EØS-land, hvorav 84 prosent ble helt eller delvis innvilget. I 2011 ble 67 prosent av 5 618 søknader helt eller delvis innvilget.

Figur 1: Antall søknader* om utgiftsdekning etter § 5-24a i folketrygdloven, antall innvilget og antall avslått. 2011-2014.

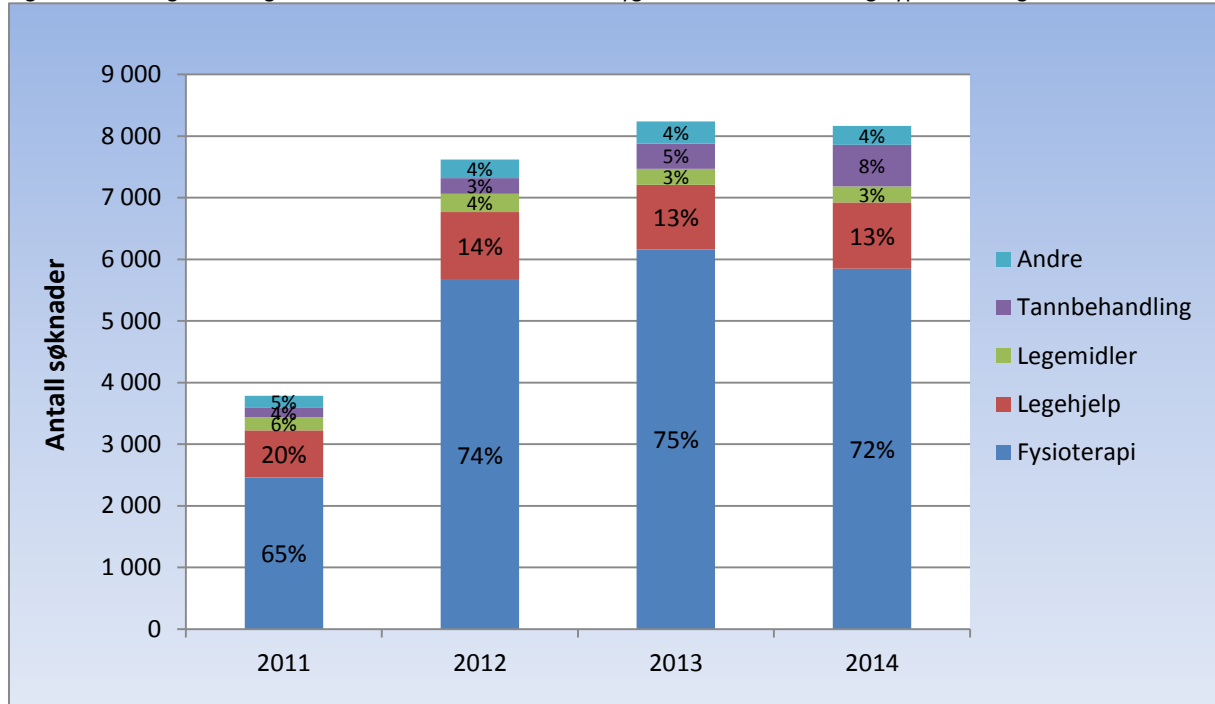


* Summen av innvilgelser og avslag kan avvike fra antall søknader. Det skyldes at en søknad kan inneholde flere ulike behandlinger, at en søknad kan bli delvis innvilget og/eller at ikke alle søknader bli behandlet i søknadsåret (restanser). Kilde: HELFO.

I 2014 sto søknader om stønad til dekning av utgifter til fysioterapibehandling og legehjelp for henholdsvis 72 og 13 prosent av de innvilgede søknadene. Andel innvilgede søknader om dekning av utgifter til tannbehandling og legemidler sto for henholdsvis åtte og tre prosent. De resterende fire prosent omfattet annen helsehjelp.

I overkant av åtte av ti søknader i 2014 gjaldt helsehjelp utført i Spania.

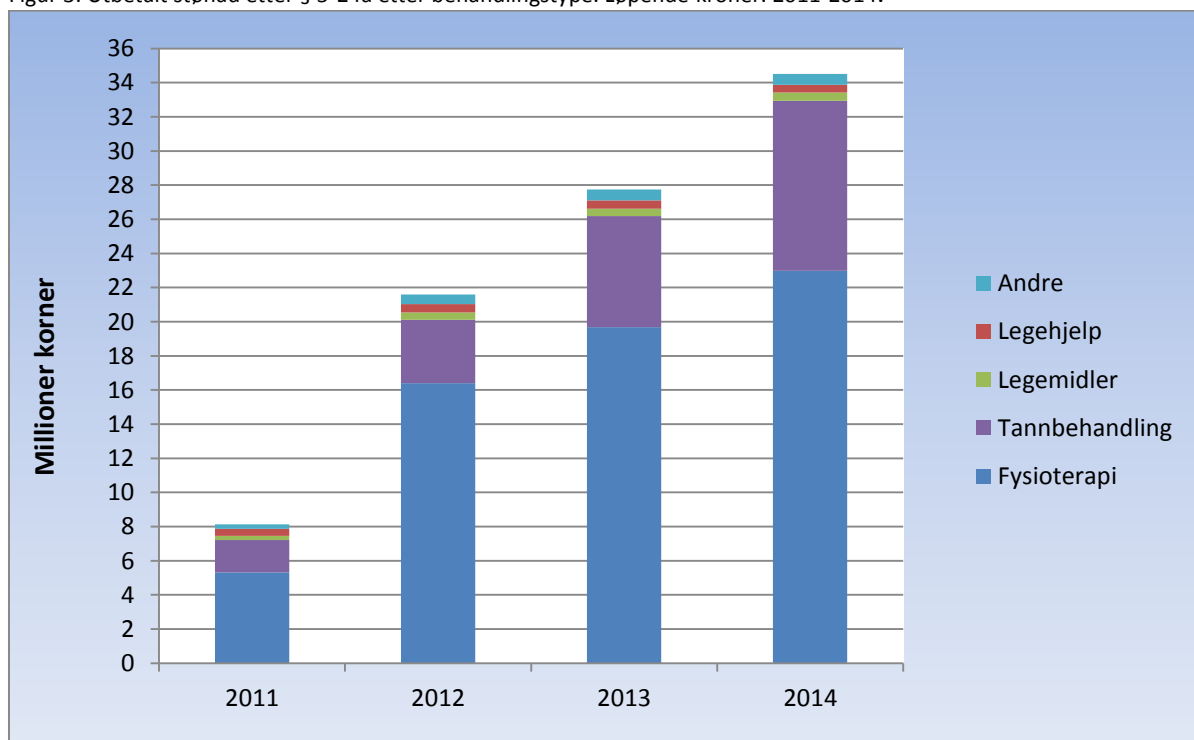
Figur 2: Fordeling av innvilgede søknader etter § 5-24a i folketrygdloven etter behandlingstype. Antall og andel. 2011-2014.



Kilde: HELFO.

I 2014 ble det totalt utbetalt 34,5 millioner kroner i stønad til helsetjenester i andre EØS-land, hvorav stønad til dekning av utgifter til fysioterapi og tannbehandling utgjorde henholdsvis 67 og 29 prosent. Dekning av utgifter til legehjelp og legemidler utgjorde én prosent hver og to prosent gikk til andre helsetjenester.

Figur 3: Utbetalt stønad etter § 5-24a etter behandlingstype. Løpende kroner. 2011-2014.



Kilde: HELFO

40. Frikort

Alle innbyggere som er medlem i folketrygden har rett på frikort egenandelstak 1 når de har betalt egenandeler over egenandelstaket. En innbygger som har mottatt frikort trenger ikke å betale egenandeler resten av kalenderåret. Da refunderer staten egenandeler for helsetjenester på vegne av innbyggeren. Hensikten med frikortordningen er å skjerme innbyggerne mot høye helseutgifter.

Rett på frikort egenandelstak 1 er hjemlet i folketrygdloven § 5-3. I ordningen inngår egenandeler hos lege, poliklinikk, lab- og røntgeninstitutt, psykolog, pasientreiser og egenandel på blå resept hos apotek og bandasjist. Barn under 16 år er fritatt fra egenandeler. Minstepensjonister er fritatt fra å betale egenandeler på blå resept.

I 2010 ble frikort egenandelstak 1 automatisert. Dette innebærer at innbyggerne ikke lenger må søke om frikort, men får det tilsendt i posten når de har betalt egenandeler over egenandelstaket. Andelen som fikk frikort økte med 36 prosent fra rundt 858 000 i 2009 til 1,17 millioner i 2010. Det er grunn til å anta at en stor del av økningen skyldes at automatiseringen sikret at flere som har rett til frikort fikk det. Fra 2010 har antallet utstedte frikort holdt seg stabilt på rundt 1,2 millioner i året. I 2014 var egenandelstaket 2 105 kroner.

I overkant av halvparten av egenandelene på frikort gjelder legehjelp inkludert poliklinikk, laboratorieundersøkelser og røntgen, og en tredjedel går til refusjon av egenandeler på blå resept.

Tabell 1: Refusjon av egenandeler (millioner, løpende kroner) og antall utstedte frikort under tak 1 ordningen. 2009-2014.

	2009	2010	2011	2012	2013*	2014
Refusjon egenandeler for legehjelp, poliklinikk, lab og røntgen	1 716	2 117	2 087	2 086	2 034	2 083
Refusjon egenandeler for psykologhjelp	99	114	107	104	105	105
Refusjon egenandeler for legemidler og medisinsk forbruksmateriell	1 123	1 407	1 313	1 146	847	1 243
Refusjon egenandeler for pasientreiser	496	554	584	674	604	605
Sum refusjon egenandeler	3 434	4 192	4 091	4 010	3 589	4 036
Antall utstedte frikort	858 033	1 170 000	1 212 000	1 166 000	1 132 000	1 138 000
Egenandelstaket (i kr)	1 780	1 840	1 880	1 980	2 040	2 105

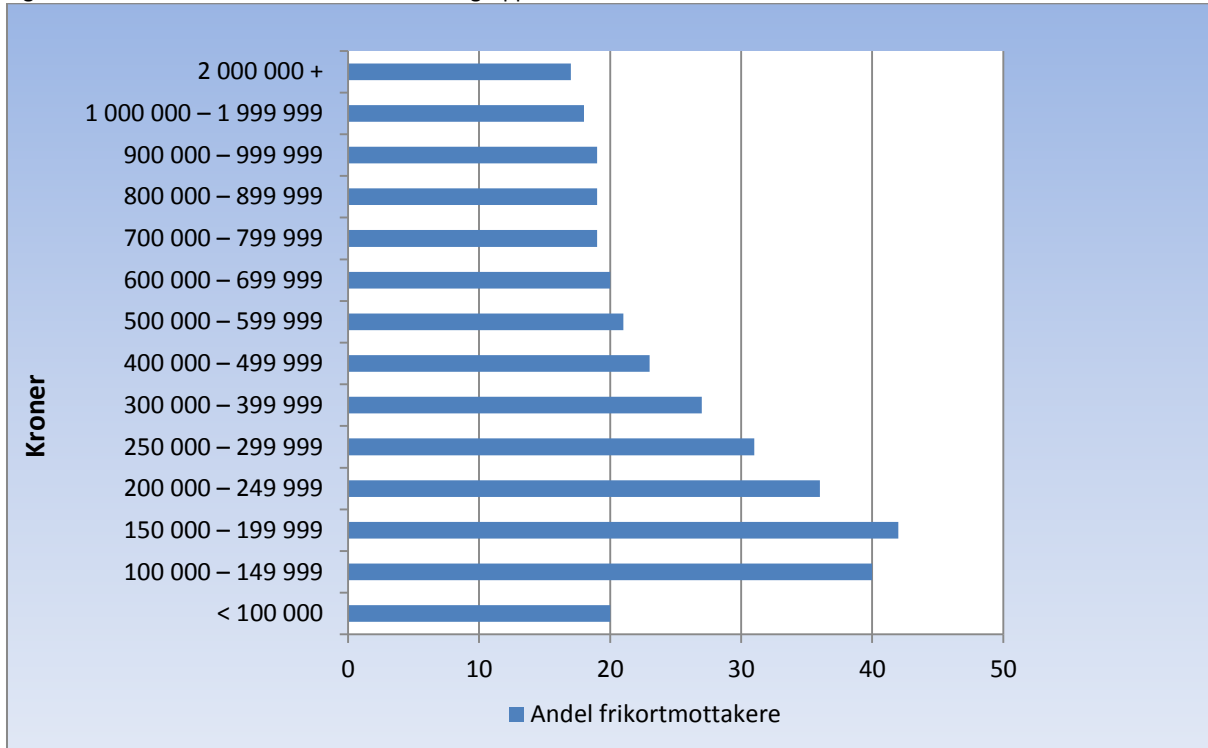
* Egenandelstak 1 ordningens utgifter i 2013 på 3,6 mrd. er for lavt, da anslagsvis 300 mill.kr ble feilført på blå-resept posten.

Kilde: Helsedirektoratet.

Frikort etter inntekt

Det er fortsatt en kartlegging av inntektsnivået til mottakere av frikort egenandelstak 1 i 2013. Kartleggingen viser at det var en høyest andel frikortmottakere blant innbyggere i inntektsgruppen 150 000-199 999 kroner. Etter denne inntektsgruppen sank andelen frikortbrukere i takt med økende inntekt. Blant innbyggere med inntekt under 100 000 kroner mottok 20 prosent frikort i 2013.

Figur 1: Andel frikortmottakerne i ulike inntektsgrupper i 2013.



Kilde: Helsedirektoratet.

41. Stønad til legemidler

Folketrygden yter stønad til hel eller delvis dekning av nødvendige utgifter til legemidler utenfor sykehus etter Folketrygdloven § 5-14. Gjennom blåreseptforskriften¹² dekkes utgifter til forhåndsgodkjente legemidler (§ 2), legemidler som det søkes om individuell stønad for (§ 3) og/eller legemidler ved smittsomme sykdommer (§ 4). I tillegg dekkes utgifter til næringsmidler etter § 6 i blåreseptforskriften.

Forhåndsgodkjente legemidler er oppført på en refusjonsliste sammen med tilhørende refusjonsvilkår og refusjonskoder. Dersom et legemiddel ikke gis forhåndsgodkjent refusjon, kan det søkes om individuell stønad etter § 3.

Refusjon av legemidler og næringsmidler etter blåresept er den største utgiftsposten på helserefusjonsområde. I 2015 var refusjonsutgifter til legemidler og næringsmidler på litt over av ti mrd. kroner, hvorav refusjon etter § 2 sto for nesten 70 prosent. Den totale reelle økningen var 19 prosent fra 2013 til 2015. Prisjustert tilsvarer økningen 15 prosent. Stønad til legemidler mot allmennfarlige smittsomme sykdommer økte med over 50 prosent i samme periode. Den store økningen skyldes nye, kostbare legemidler for behandling av hepatitt C som kom på markedet i løpet av 2014.

Tabell 1: Stønad til legemidler og næringsmidler på blå resept etter hjemmelsgrunnlag. Millioner kroner*. Ikke prisjusterte tall. 2013-2015.

Hjemmel	2013	2014	2015
Forhåndsgodkjent refusjon (§ 2)	6 044	6 273	6 847
Individuell refusjon (§ 3)	1 689	1 692	1 926
Allmennfarlige smittsomme sykdommer (§ 4)	420	669	967
Næringsmidler (§ 6)	296	313	353
Annet	48	49	56
I alt	8 498	8 997	10 149

Kilde: Regnskapsrapport 130. Helsedirektoratet.

Utgiftene og antall brukere påvirkes av regelverksendringer (for eksempel innføring av nye refusjonsvilkår), inkludering eller ekskludering av legemidler på forhåndsgodkjent refusjon og innføring av prisregulerende tiltak (for eksempel trinnprismodellen).

De ti forhåndsgodkjente legemidlene med høyest refusjonsutgifter utgjorde 1,4 milliarder kroner i 2015. Rundt 35 prosent av disse gikk til behandling av astma og KOLS (salmeterol, formoterol og tiotropiumbromid), mens et bløderpreparat (Koagulasjonsfaktor VIII) og antitrombotiske midler utgjorde henholdsvis 17 og 19 prosent.

¹² Forskrift 28.juni 2007 nr.814 om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler mv (Blåreseptforskriften).

Tabell 2: Ti forhåndsgodkjente legemidler (§ 2) med høyest stønad. 2015.

ATC-kode	Preparat/legemiddelgruppe	Stønad i kr.	Endring i stønad fra 2014-2015	Antall unike brukere	Endring i antall unike brukere fra 2014-2015
B02BD02	Koagulasjonsfaktor VIII	241 959 053	10 %	190	4 %
R03AK06	Salmeterol og andre midler ved obstruktiv lungesykdom	187 404 877	-23 %	86 236	-5 %
R03AK07	Formoterol og andre midler ved obstruktiv lungesykdom	177 453 192	-12 %	80 455	-1 %
B01AF01	Rivaroksaban	156 767 838	40 %	25 202	22 %
R03BB04	Tiotropiumbromid	140 385 142	0 %	39 757	-2 %
L04AX04	Lenalidomid	110 234 814	57 %	422	39 %
B01AF02	Apixaban	108 468 990	223 %	21 372	149 %
C07AB02	Metoprolol	106 064 856	4 %	273 926	1 %
L01XE01	Imatinib	102 372 341	11 %	482	0 %
A10AC01	Insulin human	93 313 949	3 %	33 588	1 %

Kilde: Oppgjør databasen eResept, Helsedirektoratet.

Flere kostbare legemidler blir refundert etter individuell stønad (§ 3). Det betyr at små endringer i antall unike brukere kan gi store endringer i refusjonsutgifter.

De ti legemidlene med høyeste refusjonsutgifter etter § 3 sto for i underkant av 585 millioner i 2015. Dette er nærmest identisk med refusjonen for tilsvarende oversikt i 2014.

Utgiftene i oversikten fordeler seg på flere ulike sykdomsgrupper. Flere av legemidlene i oversikten brukes av et lite antall personer, men som følge av svært høy kostnad på legemidlene blir statens stønadsutgifter høye.

Tabell 3: Ti legemidler med høyest stønad på individuell stønad (§ 3). 2015.

ATC-kode	Preparat/legemiddelgruppe	Stønad i kr.	Endring i stønad fra 2014-2015	Antall unike brukere	Endring i antall unike brukere fra 2014-2015
N03AX16	Pregabalin	73 592 279	13 %	9 007	7 %
B03XA02	Darbepoetin alfa	72 068 900	20 %	2 915	3 %
N07XX07	Fampridin	69 752 909	12 %	1 608	4 %
A16AB04	Agalsidase beta	61 698 519	33 %	39	30 %
L04AA25	Eculizumab	58 297 712	29 %	19	36 %
H01AC01	Somatropin	56 886 093	1 %	1 079	1 %
R03DX05	Omalizumab	50 800 732	35 %	560	38 %
N06BA04	Metylfenidat	49 342 054	-14 %	11 810	-9 %
B05BA10	Oppløsninger for parenteral ernæring, Kombinasjoner	48 695 827	-13 %	646	7 %
N04BA02	Levodopa og dekarboksyldasehemmer	43 746 696	5 %	131	-4 %

Kilde: Oppgjør databasen eResept, Helsedirektoratet.

Brukerperspektivet

Helse- og omsorgstjenestene skal i større grad organiseres og virke ut fra pasientenes og brukernes behov. Pasientopplevd kvalitet skal telle sammen med faglig basert kvalitet i behandling og i utforming av tjenestene.

Brukere og pasienter har rettigheter og skal få informasjon og støtte slik at de kan delta aktivt i beslutninger som angår dem. Brukernes opplevelser og egne erfaringer danner grunnlag for utvikling av tjenestene.

Her er noen nøkkeltall som har relevans for brukerperspektivet.



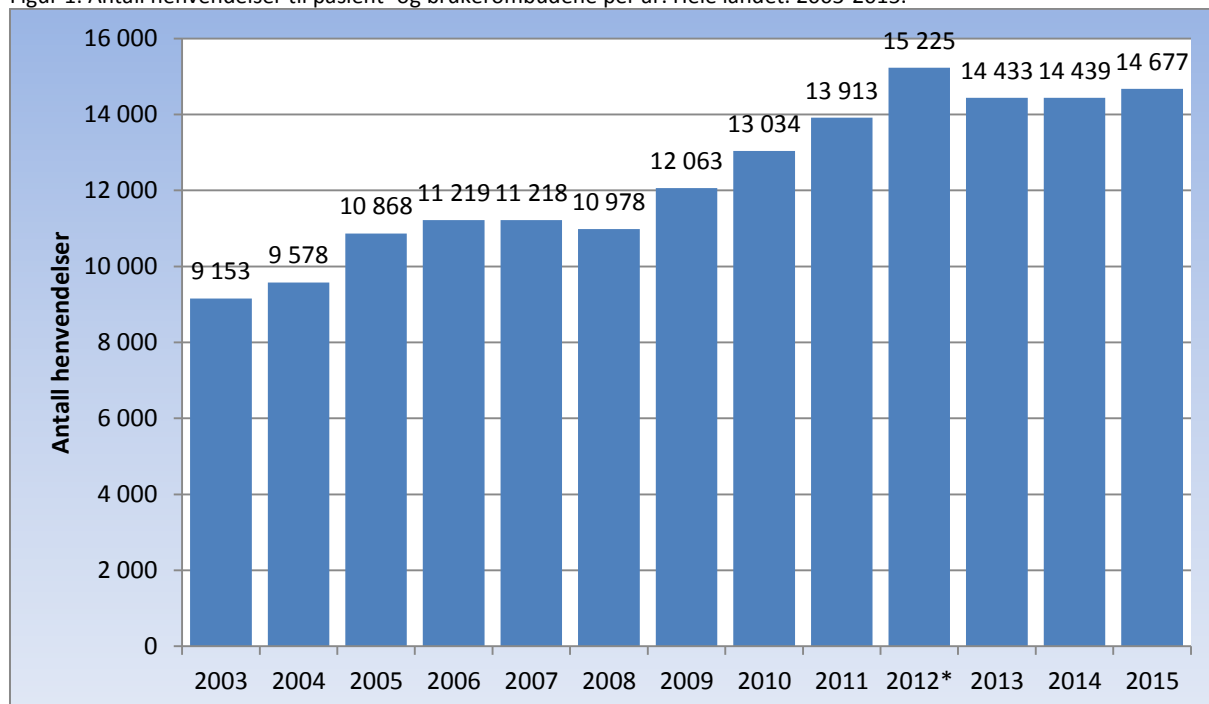
© Copyright Johnér Bildbyrå AB

42. Pasient- og brukerombudene

Pasient- og brukerombudet arbeider for å ivareta pasientens og brukerens behov, interesser og rettssikkerhet overfor spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Arbeidet skal bidra til å bedre kvaliteten i tjenestene. Ombudene er uavhengige. Det finnes i hovedsak ett ombud i hvert fylke. Unntakene er Hedmark og Oppland, samt Oslo og Akershus som har felles ombud.

Antall henvendelser til pasient - og brukerombudene har økt fra 2003 til 2015. De siste tre årene har antallet ligget relativt stabilt rundt 14 500.

Figur 1: Antall henvendelser til pasient- og brukerombudene per år. Hele landet. 2003-2015.



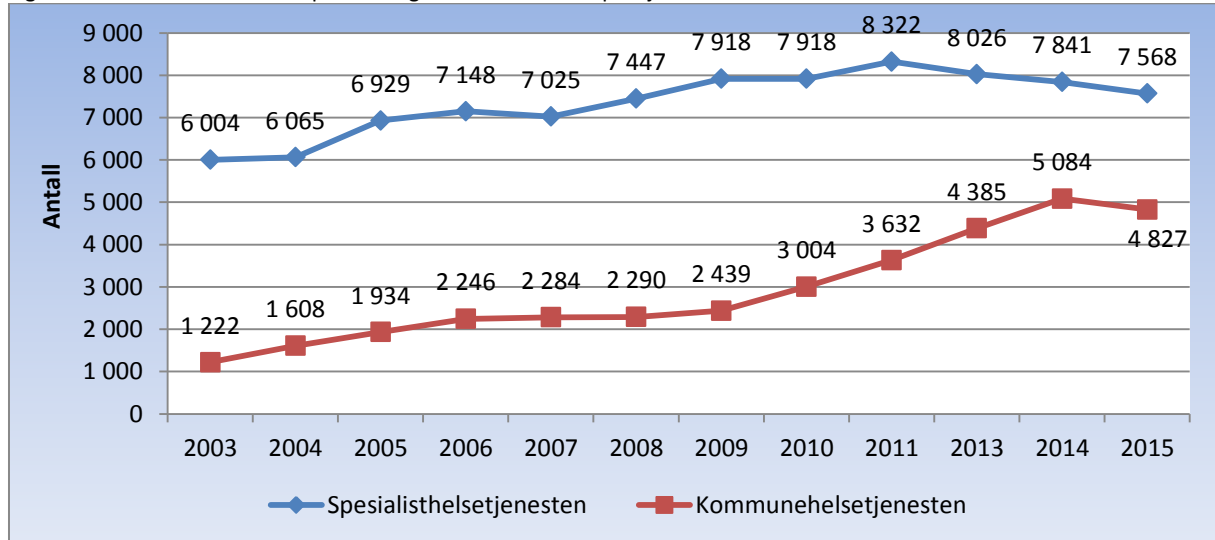
*Årsaken til de høye tallene for 2012 er skifte av kodeverk og registreringspraksis.

Kilde: Pasient- og brukerombudene.

Av henvendelsene i 2015 gjaldt rundt 61 prosent spesialisthelsetjenesten og 39 prosent kommunehelsetjenesten.

I perioden 2009 til 2014 har antall henvendelser knyttet til kommunale helse - og omsorgstjenester økt, med en liten nedgang i 2015. Antall henvendelser angående spesialisthelsetjenesten har vært stabil eller noe synkende. Totalt antall henvendelser (figur 1) er høyere enn summen av saker fordelt mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (figur 2). Det er fordi totalt antall henvendelser også inkluderer forespørsler og henvendelser utenfor Pasient og brukerombudenes mandat.

Figur 2: Antall henvendelser til pasient- og brukerombudene per tjenesteområde. 2003-2015.*

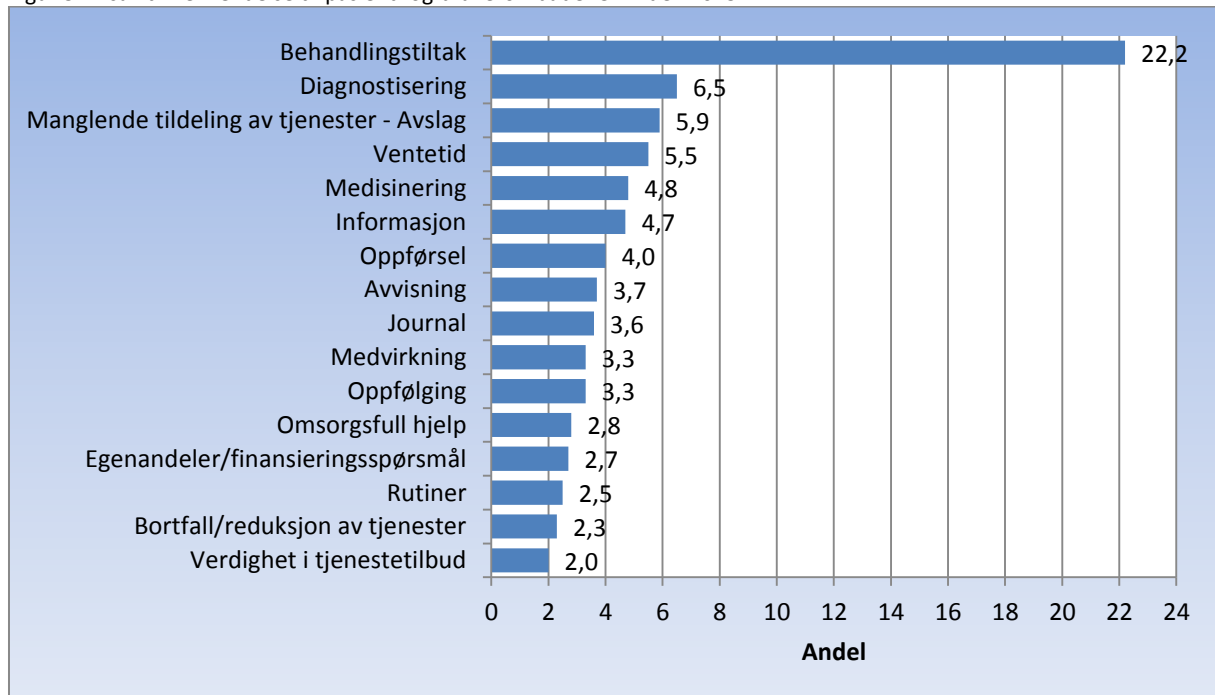


*2012 er ikke tatt med fordi pasient- og brukerombudene skiftet kodeverk, og registreringspraksis.

Kilde: Pasient- og brukerombudene

Den største andel av henvendelsene i 2015 var knyttet til «behandlingstiltak» med 22 prosent. Etterfulgt av henvendelser om diagnostisering, manglende tildeling av tjenester – avslag, ventetid, medisiner og informasjon.

Figur 3: Årsak til henvendelse til pasient- og brukerombudene. Andel. 2015.



Kilde: Pasient- og brukerombudene.

I 56,6 prosent av sakene i 2015 var den vanligste oppfølgingen etter en henvendelse at pasient- og brukerombudene ga informasjon, råd og veiledning. 2,5 prosent av henvendelsene førte til møte mellom partene, mens det var skriftlig dialog mellom partene i rundt 7,3 prosent av tilfellene. I 12,7 prosent av sakene bistod pasient- og brukerombudene med å sende en klage. 12,9 prosent av sakene endte hos Norsk Pasientskadeerstatning eller Fylkesmannen.

43. Fritt Sykehusvalg Norge og Velg behandlingssted

I Norge har pasienter rett til å velge behandlingssted når de blir henvist til undersøkelse eller behandling i spesialisthelsetjenesten. 1. november 2015 ble den tidligere ordningen fritt sykehusvalg utvidet slik at private behandlingssteder kan søke om å tilby visse undersøkelser og behandlinger som dekkes av det offentlige. Ordningen heter nå fritt behandlingsvalg. Målet med endringen er økt valgfrihet og kortere ventetider.

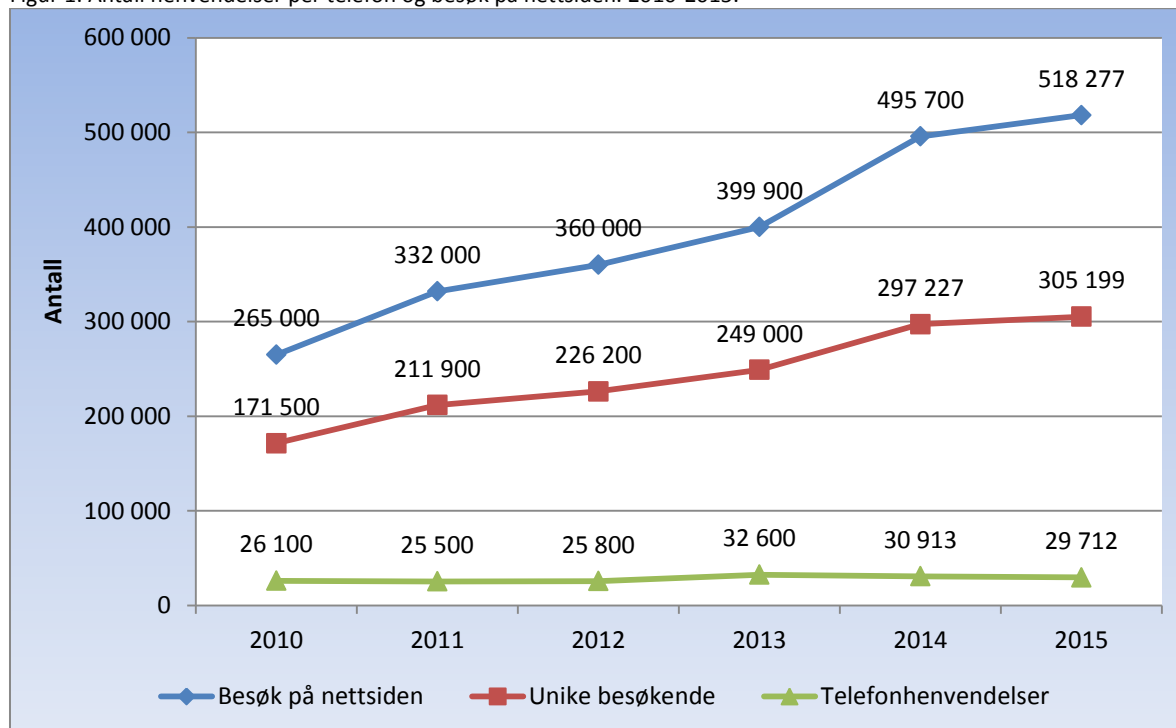
Informasjonstjenesten Velg behandlingssted erstattet nettstedet frittsykehusvalg.no. Tjenesten skal gi en samlet oversikt over behandlingssteder, behandlingstilbud, ventetider, antall utførte behandlinger og rettigheter i spesialisthelsetjenesten. I tillegg er det et mål at tjenesten skal bidra til å utjevne forskjeller i ventetider mellom behandlingssteder og tilrettelegge for bedre utnyttelse av behandlingsstedenes kapasitet. Informasjon er tilgjengelig på helsenorge.no/velg-behandlingssted og på telefon via veiledningstjenesten 800HELSE.

Bruk av nettsiden og telefontjenesten

Antall telefonhenvendelser og besøk på nettsiden er en indikasjon på befolkningens kjennskap til retten til å velge behandlingssted. Fra 2010 til 2015 har det vært en jevn økning i bruken av nettsiden.

Antall telefonhenvendelser har økt fra i overkant av 26 000 i 2010 og nærmere 30 000 i 2015. Antallet telefonhenvendelser ser imidlertid ut til å gå noe ned fra 2014 til 2015.

Figur 1: Antall henvendelser per telefon og besøk på nettsiden. 2010-2015.*



* Tallene for 2015 er sammenslått for Fritt sykehusvalg og Velg behandlingssted og gjelder for året totalt. Antallet telefonhenvendelser for november og desember 2015 er basert på anslag på grunn av omlegging av telefontjenesten og er dermed usikre.

Kilde: Fritt sykehusvalg/Velg behandlingssted.

Andel oppdaterte ventetider

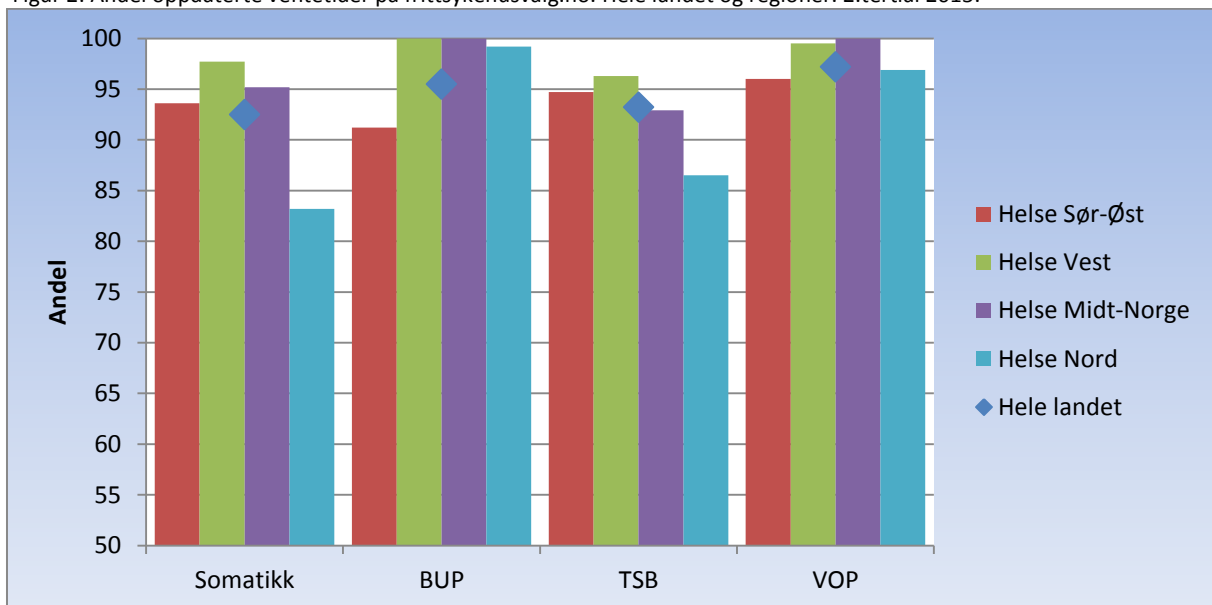
For at pasienter og brukere skal få riktig informasjon, har behandlingsstedene hver måned plikt til å oppdatere forventede ventetider for de undersøkelsene og behandlingene de tilbyr. Forventet ventetid er definert som forventet maksimal ventetid for de lavest prioriterte pasientene til en undersøkelse eller behandling. Målet er at alle ventetider som publiseres skal være oppdaterte og korrekte.

Andel oppdaterte ventetider varierer mellom helseregionene, og mellom fagområdene. På landsbasis er andelen oppdaterte ventetider høyest innen psykisk helsevern for voksne (VOP) med 97,2 prosent og lavest innen somatikken med 92,5 prosent.

Helse Vest ligger over landssnittet for oppdaterte ventetider for alle fagområdene. Helse Nord ligger under landssnittet for somatikk og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (TSB), men ligger høyt for psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Helse Midt-Norge og Helse Vest har 100 prosent oppdaterte ventetider innen BUP. Samme andel i Helse Sør-Øst er 91,2 prosent.

Helse Midt-Norge og Helse Vest har størst andel oppdaterte ventetider innen BUP og VOP, med mellom 96 og 100 prosent. Helse Nord har lavest andel oppdaterte ventetider innen somatikk med 83,2 prosent og innen TSB med 86,5 prosent. På landsbasis er andelen oppdaterte ventetider over 92 prosent i 2. tertial 2015.

Figur 2: Andel oppdaterte ventetider på frittsykehusvalg.no. Hele landet og regioner. 2.tertial 2015.



Forklaring: BUP = Psykisk helsevern for barn og unge, TSB= Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, VOP=Psykisk helsevern for voksne.

Kilde: Helsedirektoratet.

E-helse

Det er et mål at informasjon mellom pasient og helsetjeneste og mellom ulike deler av helse- og omsorgstjenesten i størst mulig grad skal kunne foregå elektronisk. Den elektroniske samhandlingen er økende. Stadig flere aktører er tilkoblet Norsk helsenett, og meldingsutvekslingen mellom tjenesteyterne er økende.

Her er noen nøkkeltall for bruk av elektroniske løsninger i helse- og omsorgstjenesten.



© Copyright Johnér Bildbyrå AB

44. Helsenorge.no

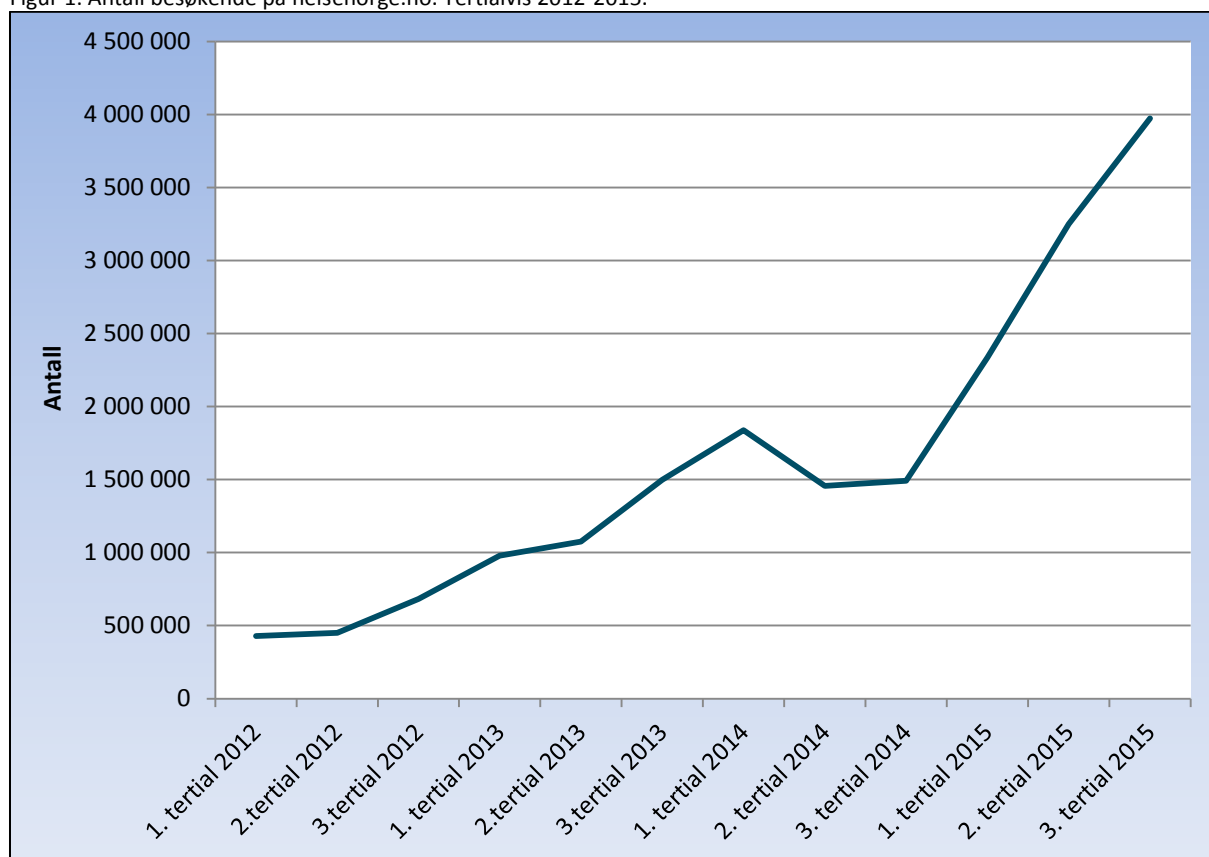
Helsenorge.no ble etablert i juni 2011. Her kan innbyggerne finne kvalitetssikret informasjon om sykdommer, behandling, helseråd og rettigheter. Flere elektroniske selvbetjeningstjenester er tilgjengelig på helsenorge.no, for eksempel Mine resepter, Mine egenandeler og kjernejournal. Nye tjenester vil legges til på helsenorge.no fremover, blant annet e-konsultasjon med fastlege og administrativ kontakt med fastlegekontoret.

Antall besøk på helsenorge.no

I 2015 hadde helsenorge.no gjennomsnittlig 796 511 besøk per måned. Til sammenlikning hadde portalen gjennomsnittlig 130 146 besøk per måned i 2012 og 426 589 besøk per måned i 2014.

Omlag halvparten av brukerne på helsenorge.no benyttet mobiltelefon og nettbrett.

Figur 1: Antall besøkende på helsenorge.no. Tertialvis 2012-2015.

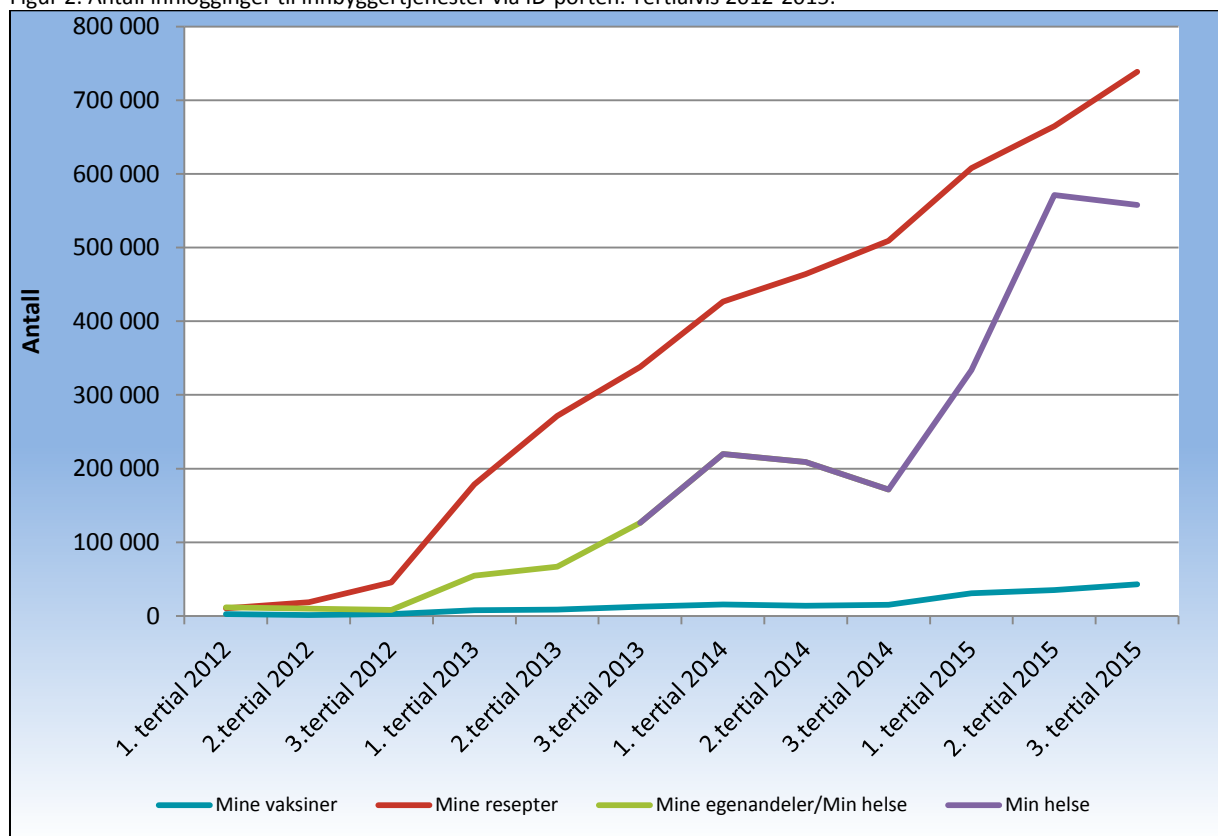


Kilde: Helsedirektoratet.

Bruk av digitale innbyggertjenester

Innlogging på helsenorge.no fra ID-porten ble etablert med tjenesten Mine egenandeler i 2012. I august 2013 ble Min helse, som da primært inneholdt Mine egenandeler, etablert på helsenorge.no. Bruken av Min helse har deretter hatt en kraftig økning. Økningen skyldes i hovedsak utvidelse og innføring av nye tjenester og mulighet for innlogging via Bank ID på mobil fra 17. november 2015. Området Min helse videreutvikles kontinuerlig og nye tjenester vil bli gjort tilgjengelig fortløpende.

Figur 2: Antall innlogginger til innbyggertjenester via ID-porten. Tertialvis 2012-2015.



Kilde: Difi.

Antall innlogginger via ID-porten til Mine resepter har økt i perioden 2012 til 2015. I 2012 var antall brukere i underkant av 75 000, mens antall totalt for 2015 var over to millioner. I 3. tertial i 2015 var det omlag 200 000 flere innlogginger på Mine resepter sammenliknet med samme periode i 2014. 738 471 innlogginger i 2015 versus 509 204 i 2014.

Mine vaksiner er ikke tilgjengelig via innlogging på helsenorge.no, men tjenesten er gjort tilgjengelig via pekere. Antallet innlogginger til Mine vaksiner har hatt en jevn, men svakere økning sammenliknet med Min helse på helsenorge.no og Mine resepter.

45. Kjernejournal

Kjernejournal er en elektronisk løsning som samler viktige helseopplysninger og gjør dem tilgjengelig både for innbyggere og helsepersonell. Dette er opplysninger som er viktig for helsepersonell å kjenne til ved behandling av en pasient, for eksempel om alvorlige allergier, spesielle tilstander og bruk av legemidler. Kjernejournal utgjør et supplement til de vanlige pasientjournalene hos fastlegen, legevakten og sykehusene. Innbyggerne kan også selv legge inn informasjon i sin kjernejournal.

Utprøving og deretter regional innføring

Utprøving av kjernejournal startet høsten 2013 rundt St. Olavs Hospital i Trondheim og omfattet kommunene Trondheim, Melhus, Malvik og Klæbu. Våren 2014 startet en utprøving rundt Stavanger Universitetssjukehus (SUS) med kommunene Stavanger, Sola, Randaberg samt Midtre Gauldal. I juni 2014 var kjernejournal opprettet for om lag 400 000 innbyggere. Utprøvingene ble utvidet høsten 2014 til samtlige kommuner rundt St. Olavs Hospital og SUS. Ved utgangen av 2014 var kjernejournal opprettet for om lag 700 000 innbyggere fordelt på 47 kommuner.

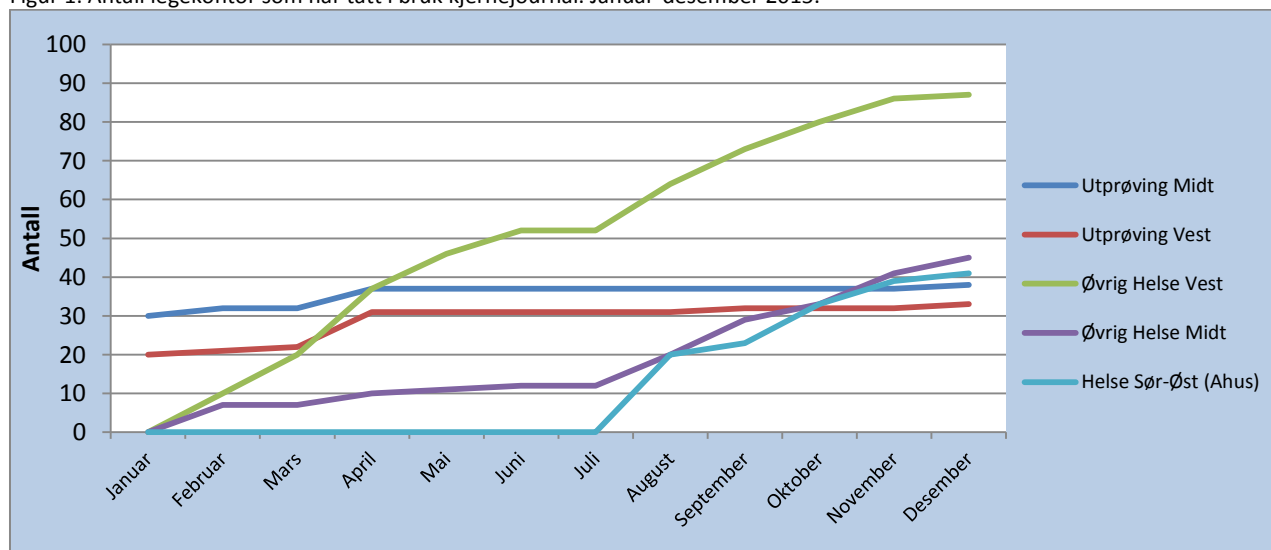
Våren 2015 ble kjernejournal innført i hele Helse Vest. Høsten 2015 fulgte hele Helse Midt, samt kommunene knyttet til Ahus i Helse Sør-Øst etter. På slutten av 2015 ble kjernejournal også innført for innbyggerne rundt Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). Ved utgangen av 2015 er kjernejournal opprettet for i alt 2,5 millioner innbyggere, fordelt på 223 kommuner.

Bruk av kjernejournal ved fastlegekontorer

Det er flere fastlegekontor i utprøvningsområdene som bruker kjernejournal enn i de områdene der kjernejournal er innført i 2015. Dette skyldes trolig at legekantorene i utprøvningsområdene har fått en tettere oppfølging, både med henhold til informasjon og teknisk tilrettelegging, enn den ved nasjonale innføringen.

Ved utgangen av 2015 bruker 79 prosent av fastlegekontorene i utprøvningsområdet rundt St. Olavs Hospital, og 73 prosent rundt SUS kjernejournal. I resten av landet bruker 36 prosent av fastlegekontorene kjernejournal. På landsbasis innebærer dette at 43 prosent, 244 av 572 fastlegekontor bruker kjernejournal.

Figur 1: Antall legekantore som har tatt i bruk kjernejournal. Januar-desember 2015.

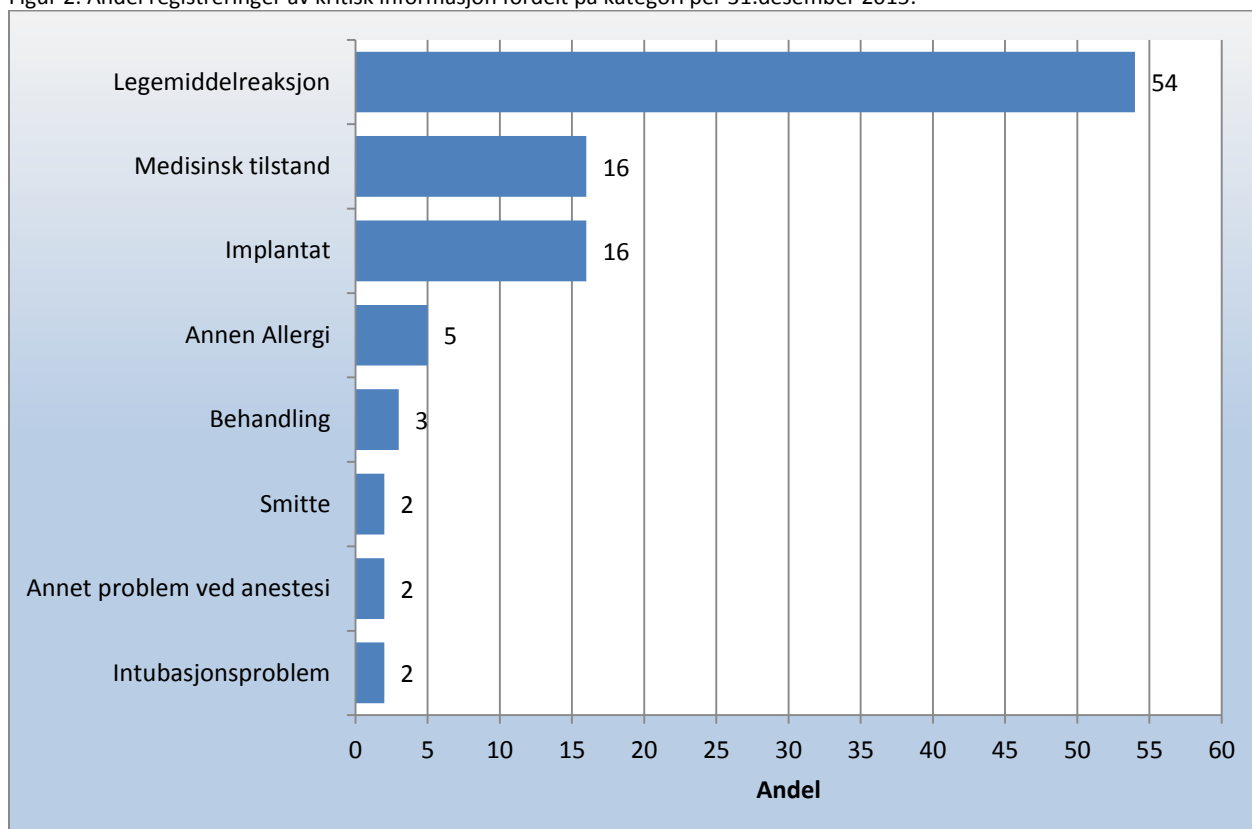


Kilde: Direktoratet for e-helse.

Registrering av kritisk informasjon

Leger har mulighet til å registrere kritisk informasjon i kjernejournalen. Dette er opplysninger som kan få avgjørende betydning for valg av helsehjelp. Ved utgangen av 2015 hadde leger foretatt 4 041 registreringer av kritisk informasjon i pasienters kjernejournal, mot 1 581 ved utgangen av 2014. De største gruppene registreringer var 54 prosent legemiddelreaksjoner, 16 prosent implantater og 16 prosent en medisinsk tilstand. De resterende registreringene var kritisk informasjon om behandling, allergi, intubasjonsproblematikk, problemer ved anestesi og smitte.

Figur 2: Andel registreringer av kritisk informasjon fordelt på kategori per 31. desember 2015.



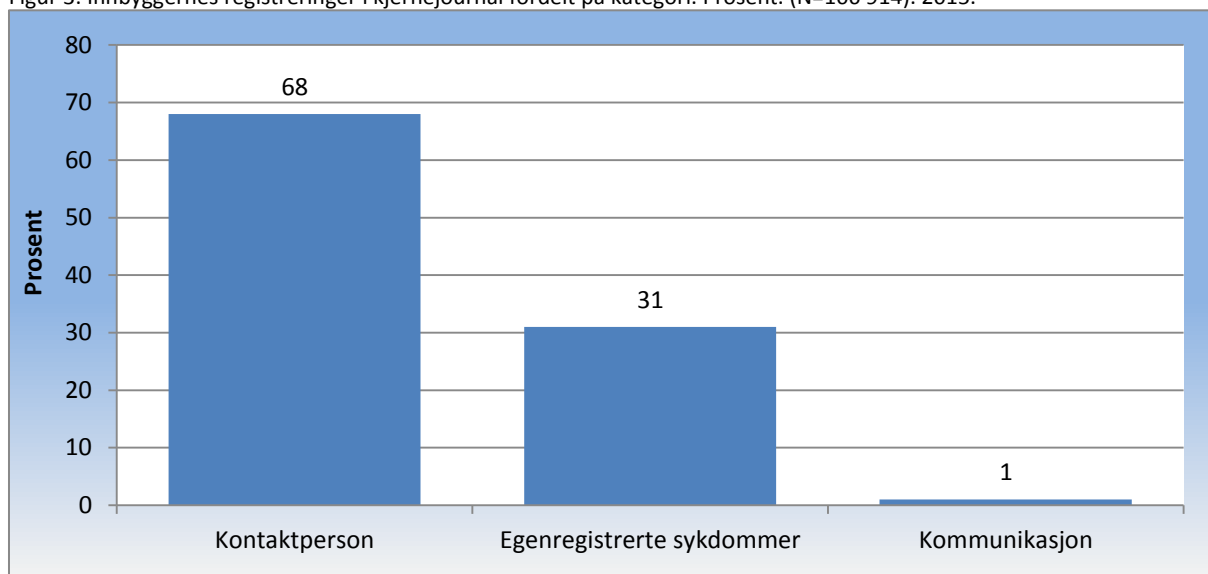
Kilde: Direktoratet for e-helse.

Innbyggerregistreringer og reserverasjoner

På helsenorge.no kan innbyggerne logge seg inn for å se innholdet, og registrere utvalgte opplysninger i sin kjernejournal. Opplysninger som kan registreres er kontaktpersoner, kommunikasjonsbehov og sykdomshistorie. Innbyggerne kan velge å reservere seg mot kjernejournal.

Totalt er det gjort 106 914 innbyggerregistreringer ved utgangen av 2015, mot ca. 8 500 ved utgangen av 2014. I 2015 var 68 prosent registrering av kontaktpersoner, 31 prosent registrerte sykdommer, slik som tidligere hjertesykdommer eller kreftdiagnoser og i underkant av én prosent registrerte kommunikasjonsbehov som utfordringer med syn, hørsel, tale eller språk.

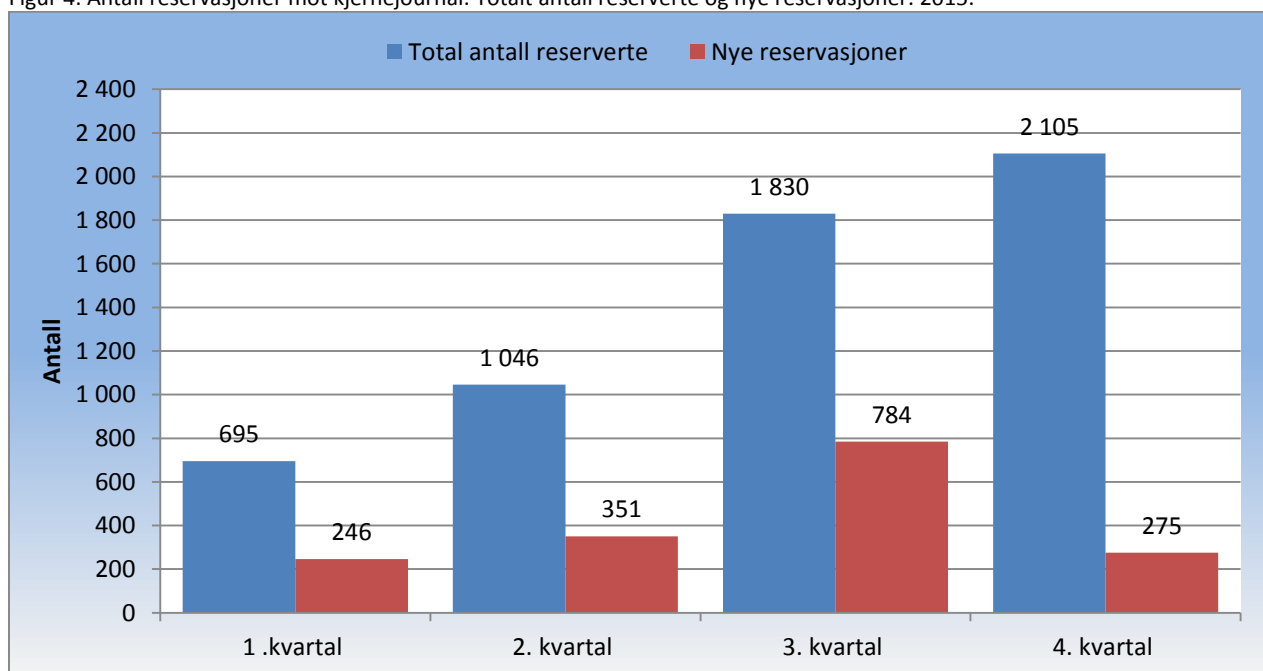
Figur 3: Innbyggernes registreringer i kjernejournal fordelt på kategori. Prosent. (N=106 914). 2015.



Kilde: Direktoratet for e-helse.

2 105 innbyggere har ved utgangen av 2015 reservert seg. En reservasjon innebærer at all informasjon i kjernejournalen slettes, og at nye opplysninger om innbyggeren ikke samles inn. Helsepersonell vil heller ikke finne noen kjernejournal for denne innbyggeren.

Figur 4: Antall reservasjoner mot kjernejournal. Totalt antall reservert og nye reservasjoner. 2015.



Kilde: Kilde: Direktoratet for e-helse.

46. E-resept

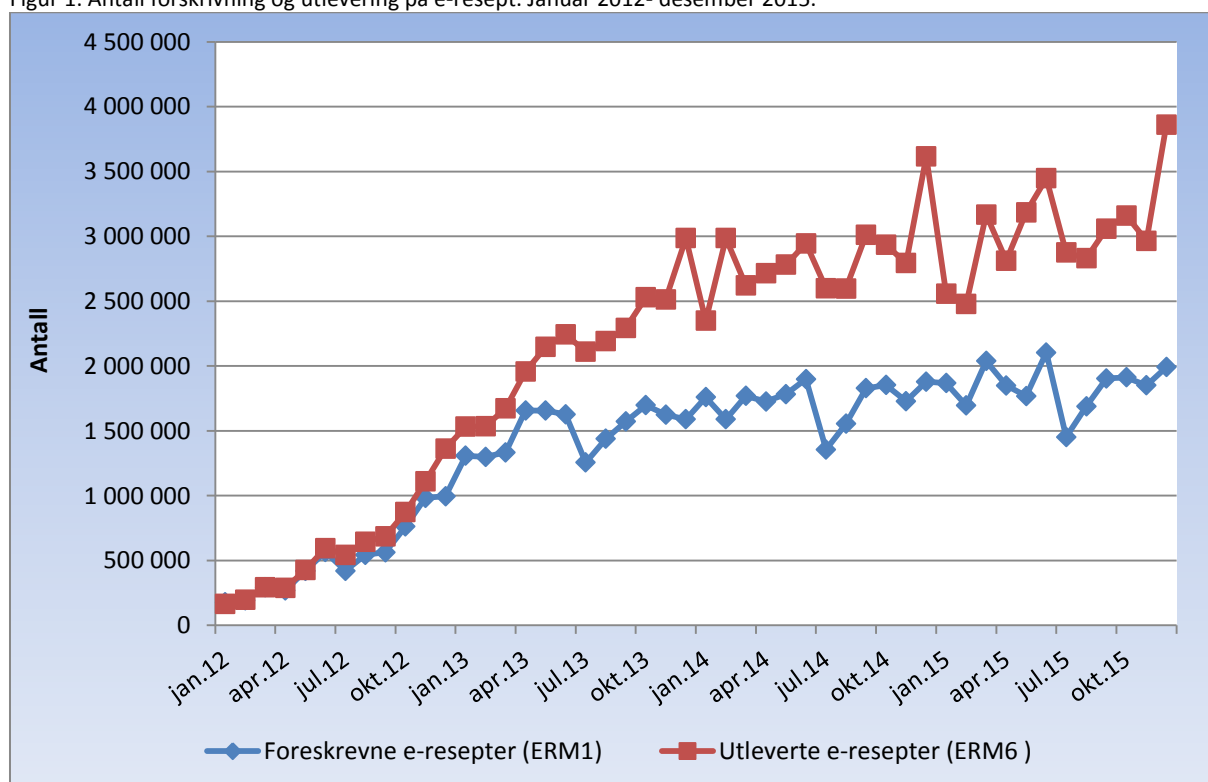
E-resept er et viktig bidrag til modernisering av legemiddelforvaltningen og til bedre samhandling i helsetjenesten. E-resepter gir tryggere legemiddelbruk, fordi omfanget av feil ved forskrivning og utlevering reduseres. Det har vært en gradvis innføring av e-resept fra 2012.

Ved bruk av e-resept sender legen resepten elektronisk til en sentral database. På apoteket eller hos bandasjisten blir resepten lastet ned og ekspedert. Økonomisk oppgjør mellom apotek/bandasjist og HELFO håndteres elektronisk. Det gir økt effektivitet og bedre kontroll med statens utgifter til legemidler. I februar 2013 ble den nasjonale innføringen av e-resept hos fastleger, avtalespesialister, apotek og bandasjister fullført. Da hadde samtlige apotek og de aller fleste bandasjister startet med e-resept. Ved utgangen av 2015 benytter også halvparten av helseforetakene e-resept.

Forskrivninger og utleveringer

Antallet forskrivninger og utleveringer på e-resept øker fordi flere legekontor og sykehus benytter ordningen. Det kan være flere utleveringer tilknyttet én forskrevet resept. I desember 2015 ble det foreskrevet omtrent to millioner e-resepter. Samtidig ble det gjort nesten fire millioner utleveringer på e-resept.

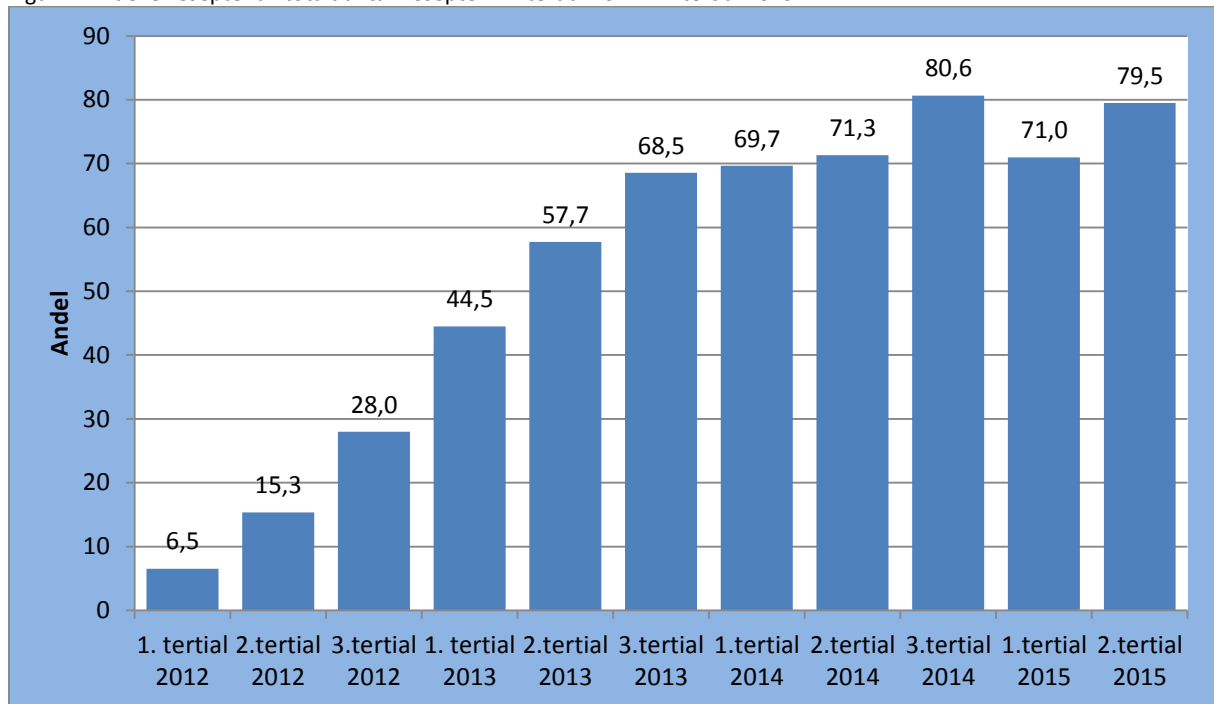
Figur 1: Antall forskrivning og utlevering på e-resept. Januar 2012- desember 2015.



Kilde: Direktoratet for e-helse.

Det har vært en økning i bruken av e-resept siden den gradvis ble innført fra 2012. I andre tertial 2015 ble nesten 80 prosent av alle forskrivninger foretatt elektronisk.

Figur 2: Andel e-resepter av totalt antall resepter. 1. tertial 2012 - 2. tertial 2015.



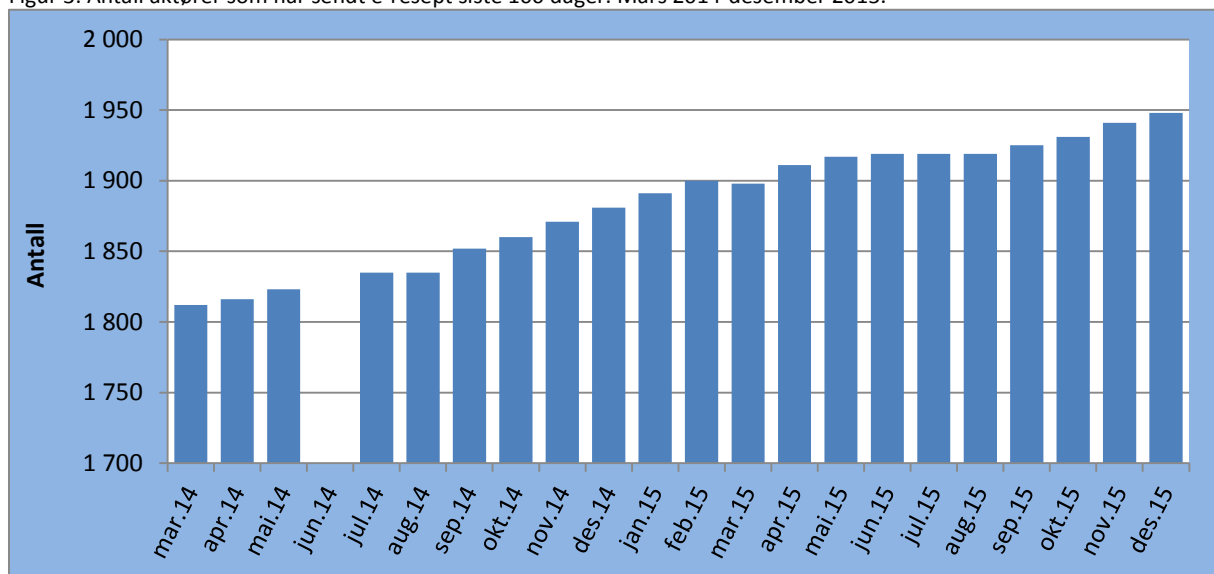
Kilde: Reseptregisteret, Folkehelseinstituttet og Reseptformidleren, Direktoratet for e-helse.

Forskrivninger fra sykehus utgjør antatt ca. 20 prosent av det totale antall resepter. Per nå utgjør e-resepter fra sykehus om lag fem prosent av totalantallet e-resepter. Det arbeides også med å tilrettelegge for innføring av e-resept til andre rekvirentgrupper, for eksempel tannleger og kommunale helse- og omsorgsenheter.

Rekvirenter

Et mål på bruk av e-resept er antall unike rekvirentvirksomheter som har sendt e-resept i løpet av siste 100 dager. I løpet av 2015 har 67 nye rekvirentvirksomheter tatt i bruk e-resept. Flere av disse rekvirentvirksomhetene tilsvarer et helt sykehus.

Figur 3: Antall aktører som har sendt e-resept siste 100 dager. Mars 2014 - desember 2015.



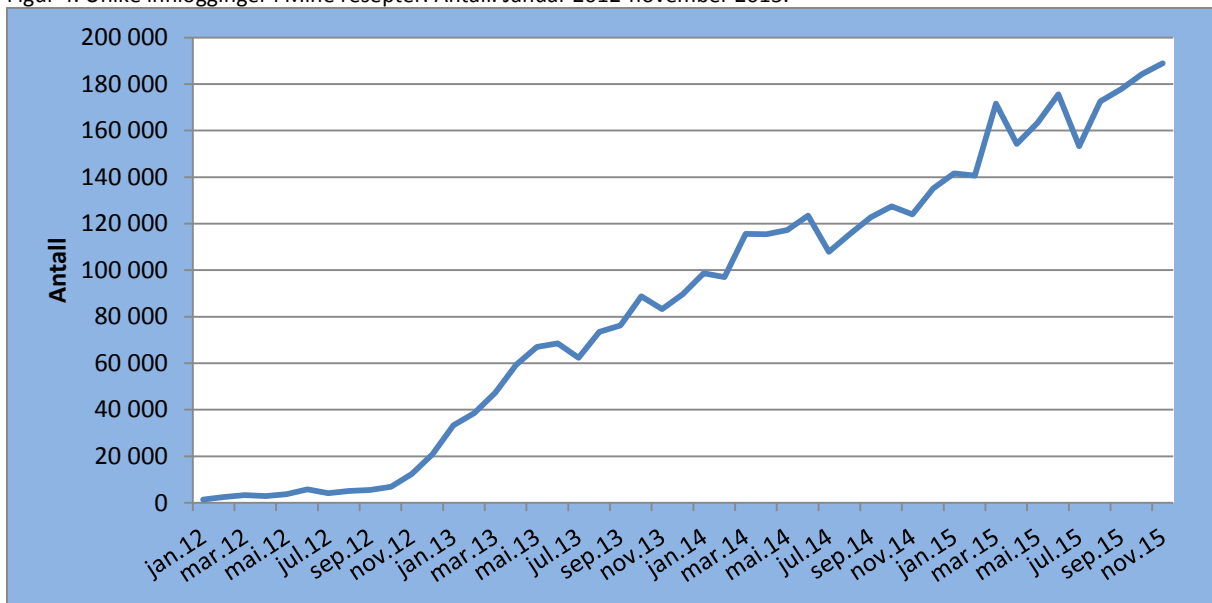
*Det foreligger ikke data for juni 2014.

Kilde: Direktoratet for e-helse.

Mine resepter

Med tjenesten Mine resepter på helsenorge.no får innbyggerne oversikt over egne e-resepter. Et mål for bruk av Mine resepter er antall unike innlogginger pr måned. Bank ID ble godkjent som elektronisk ID for Mine resepter i slutten av november 2012, og innføring av e-resept nasjonalt ble sluttført i februar 2013. Dette medførte en sterk økning i bruk av Mine resepter ved årsskiftet 2012/13. Siden da har bruken av tjenesten økt ytterligere, og i november 2015 var antallet unike innlogginger i Mine resepter nesten 190 000.

Figur 4: Unike innlogginger i Mine resepter. Antall. Januar 2012-november 2015.



Kilde: Helsenorge.no.

47. Meldingsutveksling

Meldingsutveksling er en elektronisk kommunikasjonsform mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren. Kommunikasjon mellom omsorgstjenesten, fastleger og helseforetak (HF) skjer gjennom standardiserte meldinger via Norsk Helsenett. Meldingsutveksling er et viktig virkemiddel for å realisere mål om helhet og samhandling i helse- og omsorgstjenesten.

Tilnærmet alle aktørene i helse- og omsorgstjenesten er nå tilkoblet helsenettet. På mange områder har elektroniske meldinger erstattet papirforsendelser, eksempelvis er elektroniske henvisninger, epikriser, laboratoriesvar og automatisk frikort nå bredt tatt i bruk.

Elektroniske omsorgsmeldinger

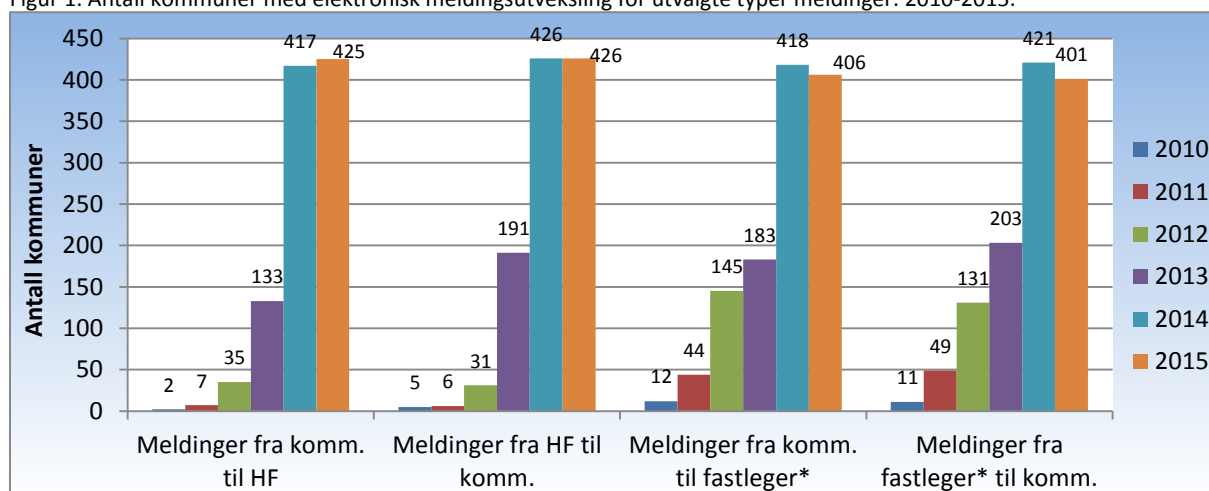
Elektroniske omsorgsmeldinger dekker ulike informasjonsutvekslingsbehov som f. eks:

- orientering om tjenestetilbud i kommunen; som sendes fra omsorgstjenesten til fastlegen når vedtak om kommunale tjenester er fattet
- legemiddelopplysninger; som benyttes i forbindelse med den løpende kontakt mellom omsorgstjenesten og fastlegen om innlagt pasient; som sendes fra spesialisthelsetjenesten til omsorgstjenesten når pasienten opplyser at de har hjemmetjenester eller sykehjemstjenester
- innleggelsesrapport; som sendes fra omsorgstjenesten til spesialisthelsetjenesten når pasient er innlagt
- melding om utskrivningsklar pasient; som sendes fra spesialisthelsetjenesten til omsorgstjenesten (varsel om utskrivning)
- utskrivningsrapport, som sendes fra spesialisthelsetjenesten til omsorgstjenesten samme dag som pasient skrives ut.

Utbredelse og bruk av omsorgsmeldinger

Det har vært et mål at alle kommuner skal være i gang med elektronisk meldingsutveksling innen utgangen av 2014. 406 kommuner sendte og 401 mottok omsorgsmeldinger til/fra fastlegen i 2015. Dette er en liten nedgang fra i 2014, men det er omtrent en dobling fra 2013. I perioden 2010-2015 har det vært en økning både i antall kommuner som sender til helseforetakene og motsatt.

Figur 1: Antall kommuner med elektronisk meldingsutveksling for utvalgte typer meldinger. 2010-2015.**

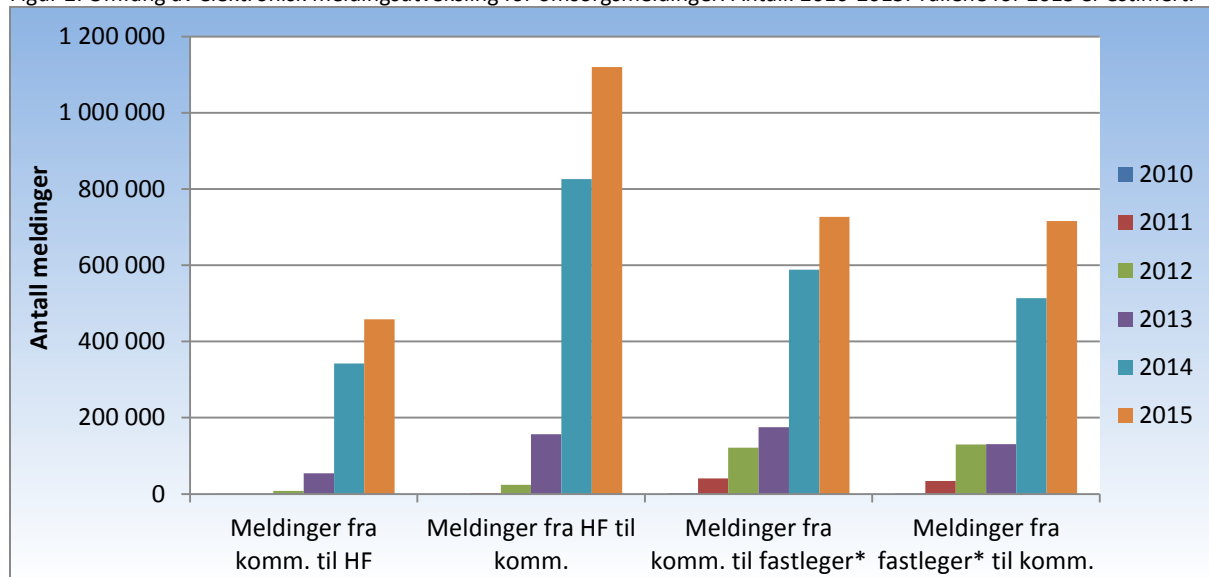


*Privatpraktiserende autorisert helsepersonell. ** Tallene for 2015 er estimert.

Kilde: Norsk Helsenett.

Antall omsorgsmeldinger har økt fra 2010 til 2015, hvorav den største økningen skjedde fra 2013 til 2014. Det har også vært en økning fra 2014 til 2015. For eksempel sendte kommunene om lag 1 800 000 meldinger via nettet i 2015, mot rundt 1 000 000 meldinger i 2014.

Figur 2: Omfang av elektronisk meldingsutveksling for omsorgsmeldinger. Antall. 2010-2015. Tallene for 2015 er estimert.



*Privatpraktiserende autorisert helsepersonell.

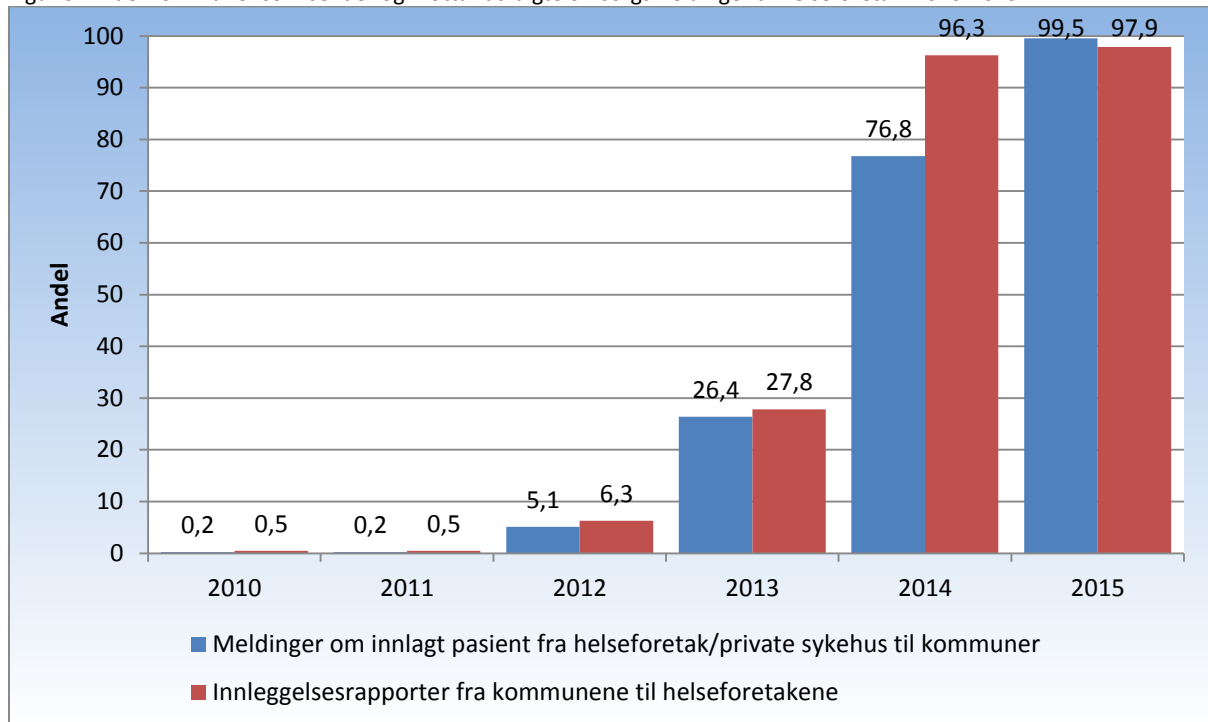
Kilde: Norsk Helsenett.

Melding om innlagt pasient

Ved innleggelse av en pasient i sykehus skal det etter samtykke sendes elektronisk melding om innleggelsen til omsorgstjenesten. Dette gjelder for pasienter som allerede har et tilbud fra omsorgstjenesten eller for pasienter som med stor sannsynlighet vil få behov for slike tjenester. Hvis pasienten allerede har tilbud om omsorgstjenester skal kommunen respondere med å sende en elektronisk innleggelsesrapport.

Meldinger om innlagt pasient og innleggelsesrapporter har økt betydelig fra 2010 til 2015. Den største økningen kom fra 2013 til 2014. I 2015 sendte rundt 98 prosent av kommunene innleggelsesrapporter til helseforetakene. 99,5 prosent av kommunene mottok melding om innlagt pasient fra helseforetak.

Figur 3: Andel kommuner som sender og mottar utvalgte omsorgsmeldinger til helseforetak. 2010-2015.*



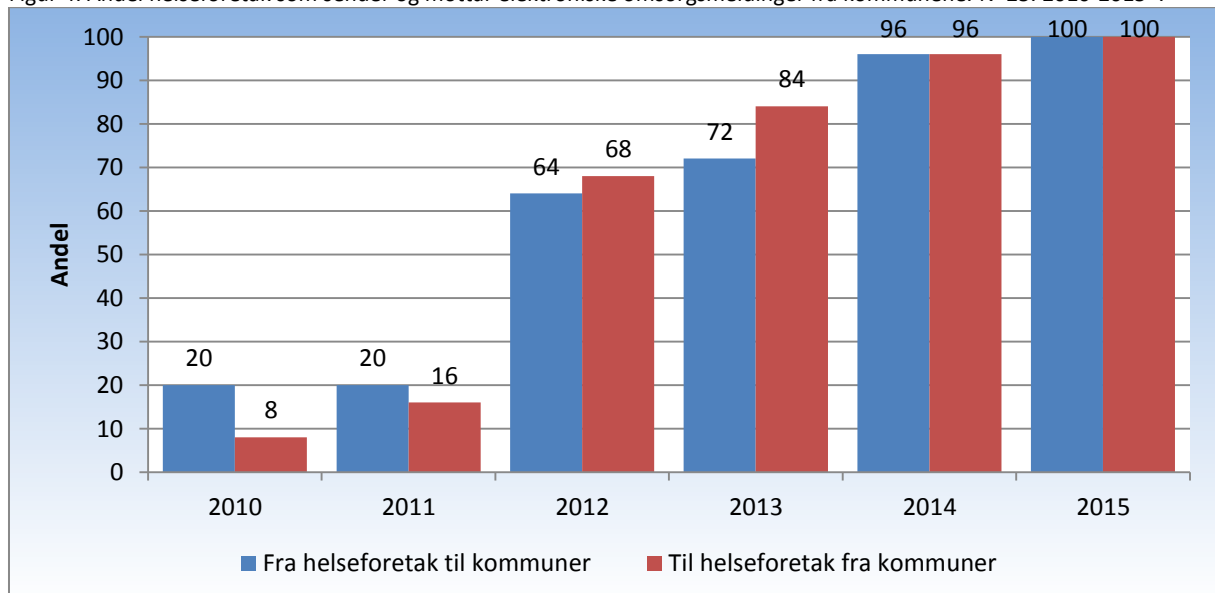
* Tallene for 2015 er estimert.

Kilde: Norsk helsenett.

Omsorgsmeldinger mellom helseforetak og kommuner

I 2015 mottok og sendte 100 prosent av helseforetakene omsorgsmeldinger fra/til kommunene. Til sammenligning mottok 68 prosent av helseforetakene meldinger fra kommunene i 2012, og 64 prosent sendte omsorgsmeldinger.

Figur 4: Andel helseforetak som sender og mottar elektroniske omsorgsmeldinger fra kommunene. N=25. 2010-2015*.



* Tallene for 2015 er estimert. Avvik fra Samhandlingsstatistikken skyldes feil beregningsgrunnlag i Samhandlingsstatistikken.

Kilde: Norsk helsenett.



Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000, St. Olavs plass, 0130 Oslo
Telefon: +47 810 20 050
Faks: +47 24 16 30 01
E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no