



For Helse- og omsorgsdepartementet



Statistikk og trendanalyser

Vedlegg 1

Innhold

1	Trendanalyser av nasjonale indikatorer	9
1.1	Datakilder og valg av indikatorer	9
1.2	Metodikk	10
1.3	Begrensninger og usikkerhet i analysen	11
	Datakvalitet og rapporteringspraksis	11
2	Nasjonale kvalitetsindikatorer (Helsedirektoratet)	13
	Utvalgte indikatorer	13
	Regresjonsanalyse.....	14
2.1	Samhandling - epikriser	14
2.2	Pasientsikkerhet	19
2.3	Pakkeforløp for kreftpasienter	21
2.4	Vurderingsgaranti	25
3	Data fra Folkehelseinstituttet (FHI).....	29
	Regresjonsanalyse.....	29
3.1	Andel avviste henvisninger	29
3.2	Fristbrudd	30
3.3	Ventetid	37
4	SAMDATA (Helsedirektoratet)	41
	Regresjonsanalyse.....	41
4.1	Kostnader per DRG-poeng - somatikk, faste priser.....	42
4.2	DRG-poeng per årsverk – somatikk	44
4.3	Kostnader per oppholdsdøgn (inkl. overliggerdøgn) innen somatikk, faste priser ...	45
4.4	Kostnad per ISF-poeng – for psykisk helsevern og TSB samlet	46
4.5	ISF-poeng per årsverk – for psykisk helsevern og TSB samlet.....	47
4.6	Kostnader per oppholdsdøgn (ekskl. overliggerdøgn) for psykisk helsevern og TSB samlet, faste priser	47
4.7	Utskrivningsklare pasienter innen somatikk – fakturerte overliggerdøgn	48

4.8	Utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og TSB samlet – fakturerte overliggenderøgn.....	49
5	Samhandlingsbarometeret	50
	Utvalgte indikatorer	50
	Analyse av trender for kommunene som innførte Helseplattformen i 2022	50
	Regresjonsanalyse.....	50
5.1	Datakvalitet	51
5.2	Reinnleggelser	51
5.3	Liggetid per 1000 innbygger	55
5.4	Somatiske DRG-poeng	58
5.5	Innleggelser	60
6	Statistikk fra SSB.....	67
6.1	Antall avtalte årsverk – somatikk.....	67
6.2	Antall avtalte årsverk – psykisk helsevern for barn og unge.....	67
6.3	Antall avtalte årsverk – tverrfaglig spesialisert rusbehandling	68
6.4	Antall avtalte årsverk – psykisk helsevern for voksne.....	68
7	Sykefravær	69
	Referanseliste.....	70
Figur 1.1	Hovedkilder til statistikk og indikatorer.....	9
Figur 2.1	Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.....	15
Figur 2.2	Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.....	16
Figur 2.3	Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra TSB.....	16
Figur 2.4	Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra TSB	17
Figur 2.5	Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra PHV.....	18
Figur 2.6	Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra PHV	18
Figur 2.7	Andel helsetjenesteassosierte infeksjoner blant pasienter på sykehus på målingstidspunktet.....	20
Figur 2.8	Andel utsettelse av planlagte operasjoner	20
Figur 2.9	Andel gjennomførte diagnostiske pakkeforløp innen maksimal anbefalt forløpstid.....	22
Figur 2.10	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for 22 kreftformer	22

Figur 2.11	Andel 24 organspesifikke kreft pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid, medikamentell behandling	23
Figur 2.12	Andel 24 organspesifikke kreft pakkeforløp gjennomført innen standardforløpstid, strålebehandling	24
Figur 2.13	Andel pakkeforløp for 24 organspesifikke kreftformer gjennomført innen standard forløpstid, kirurgisk behandling.....	25
Figur 2.14	Barne- og ungdomsgarantien: Andel (%) til behandling innen 65 dager, PHBU	26
Figur 2.15	Barne- og ungdomsgarantien: Andel (%) til vurdering innen 10 dager	26
Figur 2.16	Andel brudd på vurderingsgarantien i somatisk helse	27
Figur 2.17	Andel brudd på vurderingsgarantien i PHV	28
Figur 3.1	Andel avviste henvisninger.....	30
Figur 3.2	Andel fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i TSB	31
Figur 3.3	Andel fristbrudd for ventende pasienter i TSB ved periodeslutt	32
Figur 3.4	Andel fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i PHBU	33
Figur 3.5	Andel fristbrudd for ventende pasienter i PHBU ved periodeslutt.....	34
Figur 3.6	Andel fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i somatisk helsetjeneste.....	34
Figur 3.7	Andel fristbrudd for ventende pasienter i somatisk helsetjeneste ved periodeslutt.....	35
Figur 3.8	Andel fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i PHV	36
Figur 3.9	Andel fristbrudd for ventende pasienter i PHV	36
Figur 3.10	Gjennomsnittlig ventetid i TSB i antall dager	38
Figur 3.11	Gjennomsnittlig ventetid i PHBU i antall dager	39
Figur 3.12	Gjennomsnittlig ventetid i somatikk i antall dager	40
Figur 3.13	Gjennomsnittlig ventetid i PHV i antall dager.....	40
Figur 4.1	Kostnader per DRG-poeng - somatikk, faste priser (2024-kroner) ..	42
Figur 4.2	Kostnader per DRG-poeng - somatikk, faste priser (2024-kroner) – St. Olavs sammenlignet med HF i Helse Vest	42
Figur 4.3	Kostnader per DRG-poeng - somatikk, faste priser (2024-kroner) – St. Olavs sammenlignet med HF i Helse Nord	43
Figur 4.4	Kostnader per DRG-poeng - somatikk, faste priser (2024-kroner) – St. Olavs sammenlignet med HF i Helse Sør-Øst (Oslo og omegn)	43
Figur 4.5	Kostnader per DRG-poeng - somatikk, faste priser (2024-kroner) – St. Olavs sammenlignet med HF i Helse Sør-Øst (utenom Oslo og omegn)	44
Figur 4.6	DRG-poeng per årsverk – somatikk	44
Figur 4.7	Kostnader per oppholdsdøgn (inkl. overliggerdøgn), faste priser ...	45
Figur 4.8	Kostnader per ISF-poeng – for psykisk helsevern og TSB samlet, faste priser	46
Figur 4.9	ISF-poeng per årsverk – psykisk helsevern og TSB	47
Figur 4.10	Kostnader per oppholdsdøgn (ekskl. overliggerdøgn*) for psykisk helsevern og TSB samlet, faste priser.....	48
Figur 4.11	Overliggerdøgn for utskrivningsklare pasienter - somatikk, regnskapsførte	49
Figur 4.12	Overliggerdøgn for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og TSB samlet, regnskapsførte.....	49

Figur 5.1	Reinnleggelser per 1000 innbygger - noe skrøpelige pasienter (75+)	52
Figur 5.2	Reinnleggelser per 1000 innbygger - skrøpelige pasienter (75+)	52
Figur 5.3	Reinnleggelser per 1000 innbygger for voksne med flere kroniske lidelser.....	53
Figur 5.4	Reinnleggelser per 1000 innbygger for pasienter 0-69 år	54
Figur 5.5	Reinnleggelser per 1000 innbygger for pasienter 70+ år	54
Figur 5.6	Skrøpelige eldre - liggedager per 1000 innbygger.....	55
Figur 5.7	Voksne (18+) med flere kroniske lidelser - liggedager per 1000 innbygger	56
Figur 5.8	Voksne (18+) alvorlige psykiske lidelser - liggedager per 1000 innbygger	57
Figur 5.9	Barn og unge (somatikk) - liggedager per 1000 innbygger.....	57
Figur 5.10	Barn og unge (0-20 år) psykisk helsevern - liggedager per 1000 innbygger	58
Figur 5.11	Kirurgiske DRG-poeng per 1000 innbygger	59
Figur 5.12	Medisinske DRG-poeng per 1000 innbygger	60
Figur 5.13	Skrøpelige eldre - Innleggelser per 1000 innbygger	61
Figur 5.14	Voksne 18+ med flere kroniske lidelser - Innleggelser per 1000 innbygger	61
Figur 5.15	Voksne med alvorlige psykiske lidelser - innleggelser per 1000 innbygger	62
Figur 5.16	Barn og unge (somatikk) - innleggelser per 1000 innbygger.....	63
Figur 5.17	Barn og unge (0-20 år) psykisk helsevern - innleggelser per 1000 innbygger	64
Figur 5.18	Akuttmedisinske innleggelser (0-2 døgn) for pasienter 0-79 år, per 1000 innbygger	64
Figur 5.19	Akuttmedisinske innleggelser (0-2 døgn) for pasienter 80+ år, per 1000 innbygger	65
Figur 5.20	Akuttmedisinske innleggelser for pasienter 0-79 år, per 1000 innbygger	66
Figur 5.21	Akuttmedisinske innleggelser for pasienter 80+ år, per 1000 innbygger	66
Figur 6.1	Antall avtalte årsverk – somatikk.....	67
Figur 6.2	Antall avtalte årsverk – psykisk helsevern for barn og unge.....	67
Figur 6.3	Antall avtalte årsverk – tverrfaglig spesialisert rusbehandling	68
Figur 6.4	Antall avtalte årsverk – psykisk helsevern for voksne	68
Figur 7.1:	Utvikling i sykefravær i Helse Midt-Norge RHF.....	69
Tabell 2.1	Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.....	15
Tabell 2.2	Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.....	15
Tabell 2.3	Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra TSB.....	16
Tabell 2.4	Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra TSB	17
Tabell 2.5	Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra PHV.....	17
Tabell 2.6	Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra PHV	18
Tabell 2.7	Andel helsetjenesteassosierte infeksjoner blant pasienter på sykehus på målingstidspunktet.....	19

Tabell 2.8	Andel utsettelse av planlagte operasjoner	20
Tabell 2.9	Andel gjennomførte diagnostiske pakkeforløp innen maksimal anbefalt forløpstid.....	21
Tabell 2.10	Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for 22 kreftformer	22
Tabell 2.11	Andel 24 organspesifikke kreft pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid, medikamentell behandling	23
Tabell 2.12	Andel 24 organspesifikke kreft pakkeforløp gjennomført innen standardforløpstid, strålebehandling	23
Tabell 2.13	Andel pakkeforløp for 24 organspesifikke kreftformer gjennomført innen standard forløpstid, kirurgisk behandling.....	24
Tabell 2.14	Barne- og ungdomsgarantien: Andel (%) til behandling innen 65 dager, PHBU	25
Tabell 2.15	Barne- og ungdomsgarantien: Andel (%) til vurdering innen 10 dager, PHBU	26
Tabell 2.16	Andel brudd på vurderingsgarantien i somatisk helse	27
Tabell 2.17	Andel brudd på vurderingsgarantien i PHV	27
Tabell 3.1	Andel avviste henvisninger.....	29
Tabell 3.2	Andel fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i TSB	31
Tabell 3.3	Andel fristbrudd for ventende pasienter i TSB ved periodeslutt	31
Tabell 3.4	Andel fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i PHBU	32
Tabell 3.5	Andel fristbrudd for ventende pasienter i PHBU ved periodeslutt*	33
Tabell 3.6	Andel fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i somatisk helsetjeneste.....	34
Tabell 3.7	Andel fristbrudd for ventende pasienter i somatisk helsetjeneste ved periodeslutt.....	35
Tabell 3.8	Andel fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i PHV	35
Tabell 3.9	Andel fristbrudd for ventende pasienter i PHV	36
Tabell 3.10	Gjennomsnittlig ventetid i TSB i antall dager	37
Tabell 3.11	Gjennomsnittlig ventetid i PHBU i antall dager*	38
Tabell 3.12	Gjennomsnittlig ventetid i somatikk i antall dager	39
Tabell 3.13	Gjennomsnittlig ventetid i PHV i antall dager.....	40
Tabell 4.1	Kostnader per DRG-poeng - somatikk, faste priser (2024-kroner) ..	42
Tabell 4.2	DRG-poeng per årsverk – somatikk	44
Tabell 4.3	Kostnader per oppholdsdøgn (inkl. overliggerdøgn), faste priser ...	45
Tabell 4.4	Kostnader per ISF-poeng – for psykisk helsevern og TSB samlet.....	46
Tabell 4.5	ISF-poeng per årsverk – psykisk helsevern og TSB	47
Tabell 4.6	Kostnader per oppholdsdøgn (ekskl. overliggerdøgn) for psykisk helsevern og TSB samlet, faste priser.....	47
Tabell 5.1	Reinnleggelser per 1000 innbygger - noe skrøpelige pasienter (75+)	51
Tabell 5.2	Reinnleggelser per 1000 innbygger - skrøpelige pasienter (75+)	52
Tabell 5.3	Reinnleggelser per 1000 innbygger for voksne med flere kroniske lidelser	53
Tabell 5.4	Reinnleggelser per 1000 innbygger for pasienter 0-69 år	53
Tabell 5.5	Reinnleggelser per 1000 innbygger for pasienter 70+ år	54
Tabell 5.6	Skrøpelige eldre - liggedager per 1000 innbygger.....	55

Tabell 5.7	Voksne (18+) med flere kroniske lidelser - liggedager per 1000 innbygger	56
Tabell 5.8	Voksne (18+) alvorlige psykiske lidelser - liggedager per 1000 innbygger	56
Tabell 5.9	Barn og unge (somatikk) - liggedager per 1000 innbygger.....	57
Tabell 5.10	Barn og unge (0-20 år) psykisk helsevern - liggedager per 1000 innbygger	58
Tabell 5.11	Kirurgiske DRG-poeng per 1000 innbygger	59
Tabell 5.12	Medisinske DRG-poeng per 1000 innbygger	59
Tabell 5.13	Skrøpelige eldre – Innleggelser per 1000 innbygger	60
Tabell 5.14	Voksne 18+ med flere kroniske lidelser - Innleggelser per 1000 innbygger	61
Tabell 5.15	Voksne med alvorlige psykiske lidelser - innleggelser per 1000 innbygger	62
Tabell 5.16	Barn og unge (somatikk) - innleggelser per 1000 innbygger	63
Tabell 5.17	Barn og unge (0-20 år) psykisk helsevern - innleggelser per 1000 innbygger	63
Tabell 5.18	Akuttmedisinske innleggelser (0-2 døgn) for pasienter 0-79 år, per 1000 innbygger	64
Tabell 5.19	Akuttmedisinske innleggelser (0-2 døgn) for pasienter 80+ år, per 1000 innbygger	65
Tabell 5.20	Akuttmedisinske innleggelser for pasienter 0-79 år, per 1000 innbygger	65
Tabell 5.21	Akuttmedisinske innleggelser for pasienter 80+ år, per 1000 innbygger	66

1 Trendanalyser av nasjonale indikatorer

I dette vedlegget vil vi beskrive statistikk og trendutvikling av ulike nasjonale indikatorer for helseforetakene og kommunene som har innført Helseplattformen.

Ved å sammenligne trendutviklingen før og etter Helseplattformen for flere kvalitetsindikatorer og andre relevante indikatorer, kan vi vurdere om utviklingen i Helse Midt-Norge avviker fra den generelle trenden i norsk helsevesen. Det er relevant å vite om trendutviklingen er lik eller om den avviker i positiv eller negativ retning. Dersom flere indikatorer viser samme trendmønster, kan det si noe om utviklingen i Helse Midt-Norge sammenliknet med resten av landet.

Vi vurderer ikke årsakssammenhenger i denne analysen. Utviklingen i en indikator kan ha mange underliggende årsaker som ikke er direkte knyttet til Helseplattformen. **Observerte endringer kan derfor ikke uten videre tolkes som en følge av Helseplattformen.** Andre faktorer kan forklare hele eller deler av endringene vi observerer.

1.1 Datakilder og valg av indikatorer

I arbeidet med å belyse utviklingstrekk ved innføringen av Helseplattformen har vi innhentet data fra flere kilder. Figur 1.1 gir en oversikt over de ti hovedkildene som inngår i kartleggingen.

Figur 1.1 Hovedkilder til statistikk og indikatorer.



Kilde: Vista Analyse

For samtlige temaer utenom ventetid og fristbrudd, ser kun på årsdata og inkluderer kun indikatorer med data til og med 2024. Dette gjør vi for å sikre at det er hvertfall to år med data etter innføring, for de som innførte Helseplattformen fra 2022. For ventetid og fristbrudd ser vi på tertialdata tom. 2. tertial 2025.

1.2 Metodikk

Analysen av statistikken er primært deskriptiv og baserer seg på en kombinasjon av visuell inspeksjon av grafiske fremstillinger av tidsserier og regresjoner.

Vi gjør følgende vurderinger av indikatorene:

1. **Trendutvikling relativt til andre:** Viser om St. Olavs har hatt en bedre, dårligere eller lik utvikling sammenlignet med andre helseforetak etter 2022. Visuelt fremstilt, men også basert på regresjonsanalyser.
2. **Indikatornivå i 2024:** Viser om indikatorene for St. Olavs ligger høyt, middels eller lavt sammenlignet med gjennomsnittet i andre regionale helseforetak.

Analysen er gjort for helseforetak og kommuner som innførte Helseplattformen i 2022. Årsaken til dette er at vi ønsket å få med hvertfall to år med erfaring etter innføringen. Vi gjør derfor følgende:

- **For indikatorer på HF-nivå: Sammenlikner St. Olavs Hospital HF med andre helseforetak**
I denne analysen har vi valgt å fokusere på St. Olavs Hospital HF fordi det var det første helseforetaket som innførte Helseplattformen i november 2022. Dette gir de lengste tidsseriene etter 2022, og dermed det beste grunnlaget for å vurdere utviklingstrekk. Helse Møre og Romsdal HF og Helse Nord-Trøndelag HF innførte Helseplattformen senere (henholdsvis i april 2024 og november 2024), og har derfor kortere oppfølgingstid.
- **For indikatorer på kommune-nivå: Sammenlikner kommuner som innførte Helseplattformen i 2022 med andre kommuner.**
Indikatorene hentet fra Samhandlingsbarometeret gir også informasjon om spesialhelsetjenesten, selv om dataene er på kommunenivå. I denne analysen har vi valgt å fokusere på de syv kommunene som innførte Helseplattformen i 2022 (Trondheim, Åfjord, Indre Fosen, Ørland, Holtålen, Os og Røros). Dette gir de lengste tidsseriene etter innføring, og dermed det beste grunnlaget for å vurdere utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten.

Regresjonsanalyser

For å vurdere trendutviklingen sammenliknet med andre kjører vi enkle regresjoner for å teste signifikans og for å kontrollere for systematiske forskjeller mellom helseforetakene og kommunene.

Når vi sammenligner kommuner og helseforetak som har innført Helseplattformen med andre kommuner og helseforetak, er det flere forhold som kan påvirke indikatorene. Noen kommuner har flere innbyggere, og alle påvirkes av ulike sjokk over tid. Vi har kontrollert for:

- **Enhetsfaste effekter:** Kommunefaste effekter når vi analyserer kommuner, og helseforetaksfaste effekter når vi analyserer helseforetak.
- **Tidsfaste effekter:** Endringer som påvirker alle enheter likt over tid (som *pandemien* eller nye nasjonale retningslinjer). Ettersom pandemien kan ha påvirket ulike HF og kommuner i

ulik grad, fanger ikke de tidsfaste effektene opp den fullstendige effekten av pandemien. De tidsfaste effektene kontrollerer kun delvis for pandemien.

- **Innbyggerstørrelse:** Befolkningens størrelse, som varierer over tid. Dette er ikke inkludert i alle regresjonene. Det fremgår av regresjonsmodellen angitt i hvert delkapittel om det er kontrollert for befolkning eller ikke.

Signifikante funn presenteres som fotnoter i vurderingstabellene som følger i de neste kapitlene.

Analysene presenteres i tabeller med ulike fager og forklaringer

Resultatene er oppsummert i tabeller som gir en forenklet visuell oppsummering av indikatorene, der hver celle er fargekodet for å indikere retning i utviklingen:

- **Grønn** indikerer positiv utvikling, som nedgang i ventetid, infeksjoner eller fristbrudd, eller økning i epikriser sendt i tide.
- **Oransje** indikerer negativ utvikling, som økning i ventetid eller kostnader, eller nedgang i epikriser og pakkeforløp.
- **Gul** brukes der utviklingen er lik.
- **Grå** brukes der utviklingen ikke er konkludert, for eksempel ved store variasjoner eller andre mangler.

1.3 Begrensninger og usikkerhet i analysen

Analysene i denne rapporten gir en deskriptiv fremstilling av utviklingstrekk i utvalgte indikatorer. Resultatene må tolkes med varsomhet. Endringer i indikatorene kan være relatert til Helseplattformen, men også til andre samtidige forhold. Rapporten gir ikke grunnlag for å trekke konklusjoner om årsak og virkning. Observerte endringer kan skyldes en rekke faktorer, som blant annet andre organisatoriske endringer og demografiske og lokale forhold. Vi har forsøkt å ta høyde for noen av disse usikkerhetene ved å kjøre regresjoner som kontrollerer for enhetsfaste- og tidsfaste effekter.

Datagrunnlaget i analysen har noen viktige begrensninger. Siden Helseplattformen ble innført i 2022, har vi kun to år med tilgjengelige data etter innføringen. Dette gir korte tidsserier, som gjør det vanskelig å vurdere langsiktige trender og stabile utviklingsmønstre. I tillegg kan datakvaliteten være påvirket av endringer i rapporteringspraksis.

Pandemien bidrar også til usikkerhet i analysen, og er en særlig utfordring ettersom flere indikatorer har relativt korte tidsserier. Flere av årene i datasettet er preget av at helsevesenet var i en unormal situasjon, som kan ha påvirket flere av indikatorene. I regresjonsanalysen er pandemien, som nevnt, delvis kontrollert for ved hjelp av tidsfaste effekter. Ettersom det er rimelig å anta at noen helseforetak ble hardere rammet av pandemien enn andre, justerer ikke analysen for den fulle effekten av pandemien.

Datakvalitet og rapporteringspraksis

Datagrunnlaget kan ha svakheter som påvirker datakvaliteten:

- Det er få år siden Helseplattformen ble innført (2022), dette gir **korte tidsserier** som kan gjøre det krevende å vurdere langsiktige trender.
- Ulik datainnsamling og definisjoner mellom kilder kan svekke sammenlignbarheten.
- Endret rapporteringspraksis etter innføringen av Helseplattformen kan gi skjevheter i dataene.

Blant annet gjør FHI oss oppmerksom på følgende faktorer:

- *Aktivitetsdata:* Ifølge FHI har overgangen til nye IT-systemer i Helse Midt-Norge påvirket aktivitetsdataene, blant annet ved endret logikk for oppsplitting av fleravdelingsopphold.
- *Tilstandskoder:* St. Olavs hospital rapporterte i 2023 i liten grad tilstandskoder for PHBU etter innføringen av Helseplattformen, noe som gir betydelig usikkerhet i datagrunnlaget for dette året. FHI oppfordrer derfor til å bruke data fra PHBU for 2023 med stor forsiktighet.»

2 Nasjonale kvalitetsindikatorer (Helsedirektoratet)

Helsedirektoratet publiserer Nasjonale kvalitetsindikatorer med data blant annet på helseforetaks-, fylkes- og kommunenivå. De Nasjonale kvalitetsindikatorerne bruker data fra FHI (kvalitetsregistre) som grunnlagsdata.

Kvalitetsindikatorerne har informasjon om et bredt utvalg fagområder. De nasjonale kvalitetsindikatorerne skal bidra til å legge til rette for god kvalitet i helsetjenesten, og et likeverdig tilbud. Videre gir de nasjonale kvalitetsindikatorerne et godt utgangspunkt for å dokumentere og følge utviklingen innen helse- og omsorgstjenesten, og for å måle effekter av endringer som kan påvirke kvaliteten i tjenestetilbudet (Helsedirektoratet, 2025). På bakgrunn av dette har de nasjonale kvalitetsindikatorerne vært en viktig datakilde i vårt analysearbeid.

Utvalgte indikatorer

I 2024 var det 147 aktive nasjonale kvalitetsindikatorer tilgjengelig fra Helsedirektoratet som dekker kommunehelsetjenesten, tannhelsetjenesten, prehospitale tjenester, somatikk og psykisk helse. Av disse har vi valgt å inkludere 18 indikatorer i vår analyse av fordeler og ulemper ved Helseplattformen. Indikatorerne ble lastet ned i september 2025, og indikatorer som ble oppdatert med 2024-data etter dette, er ikke inkludert.

Vi har prioritert indikatorer som er relevante for å vurdere de forventede effektene av Helseplattformen. Vi har derfor konsentrert oss om områder hvor systemet skal gi målbare forbedringer, særlig innen:

- **Samhandling:** Epikriser og informasjonsutveksling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten
- **Pasientsikkerhet:** Helsetjenesteassosierte infeksjoner og korridorpasienter
- **Effektivitet i pasientforløp:** Pakkeforløp for kreft og brudd på vurderingsgarantien

Andre viktige utvelgelseskriterier var:

- **Tilstrekkelig tidsserier:** Vi har kun inkludert indikatorer med data tom. 2024.
- **Sammenlignbarhet:** Indikatorerne måtte være tilgjengelige både for St. Olavs Hospital/Helse Midt-Norge og for andre HF og regionale helseforetak, slik at vi kunne gjøre relevante sammenligninger.
- **Datakvalitet:** Dersom vi har informasjon om redusert datakvalitet for en indikator blir ikke indikatoren inkludert. Blant annet har vi valgt å ikke inkludere statistikk for «sykehjemsbeboere som har fått legemiddelgjennomgang siste 12 måneder». Dette er på grunn av at Trondheim kommune meldte om rapporteringsendringer som gjør at statistikken fra kommuner med Helseplattformen ikke er riktig. Heller ikke indikatoren for andel pasienter på korridor er inkludert i analysen, grunnet manglende rapportering fra St. Olavs i 2023.

Regresjonsanalyse

Vi har brukt følgende modellspesifikasjon i regresjonsanalysen:

$$y_{i,t} = \beta_0 + \beta_1 HP22_{i,t} + \beta_2 HP23_{i,t} + \beta_3 Befolningsstr_{i,t} + \lambda_i + \gamma_t + \varepsilon_{i,t},$$

hvor y er indikatoren. Variabelen HP22, er en binær variabel som tar verdien 1 for St. Olavs i 2023 og 2024, og 0 for alle andre observasjoner. Videre kontrollerer vi for befolkningsstørrelse og HP23, som er en binær variabel som tar verdien 1 for Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag i 2024, og 0 for alle andre observasjoner. λ_i og γ_t er hhv. sykehusfaste og tidsfaste effekter. $\varepsilon_{i,t}$ er feilleddet.

2.1 Samhandling - epikriser

Ett av formålene med Helseplattformen er å bedre samhandling i helsetjenesten. God samhandling er viktig for å sikre gode pasientforløp. En viktig del av samhandlingen mellom spesial- og kommunehelsetjenesten er at fastlegen og andre aktører i kommunehelsetjenesten raskt mottar pasientens epikrise fra sykehuset. Særlig for skrøpelige eldre og andre pasientgrupper som skrives ut til videre oppfølging i den kommunale helsetjenesten er dette viktig. Epikriser var derfor en indikatorkategori som er relevant for analysen.

2.1.1 Datakvalitet

Helsedirektoratet peker på flere forhold som påvirker tolkningen av data for epikrisetid på tvers av somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling:

- **Endringer i datagrunnlaget:** Nye behandlingssteder er inkludert i senere år, og enkelte enheter utelates av personvern hensyn ved lavt pasientgrunnlag.
- **Metodeendringer:** Beregningsmetoder for utskrivelser og opphold er justert, særlig innen rus og psykisk helsevern, for å sikre at kun døgnopphold inngår.
- **Tidsavhengige endringer:** I somatikken ble fødende og nyfødte ekskludert fra statistikken fra 2015. Innen psykisk helsevern og rusbehandling ble data på behandlingsstedsnivå først tilgjengelig fra 2019.
- **Tekniske utfordringer:** I Helse Nord rapporteres det om feil og usikkerhet i datagrunnlaget for rusbehandling.

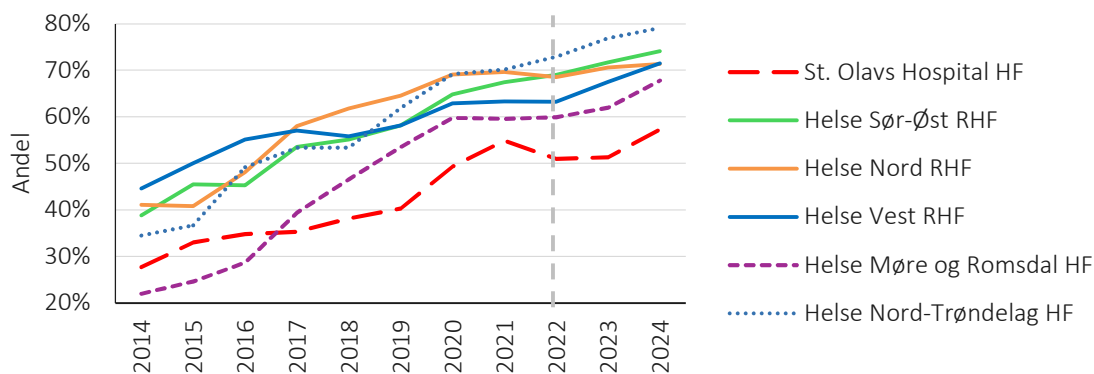
2.1.2 Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste

Tabell 2.1 Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste

Sammenlikning med andre HF utenfor Helse-Midt Norge	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg for St. Olavs etter 2022, sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Lik utvikling sammenlignet med andre HF
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for St. Olavs sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Lavere nivå sammenlignet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

Figur 2.1 Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Nasjonale kvalitetsindikatorer fra Helsedirektoratet.

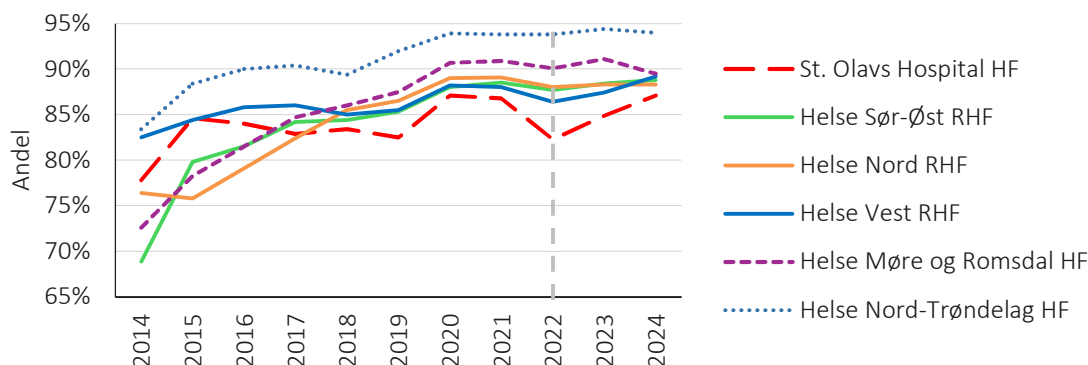
2.1.3 Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste

Tabell 2.2 Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste

Sammenlikning med andre HF utenfor Helse-Midt Norge	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg for St. Olavs etter 2022, sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Lik utvikling sammenlignet andre HF
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for St. Olavs sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Lavere nivå sammenlignet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

Figur 2.2 Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Nasjonale kvalitetsindikatorer fra Helsedirektoratet.

2.1.4 Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykiatrisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

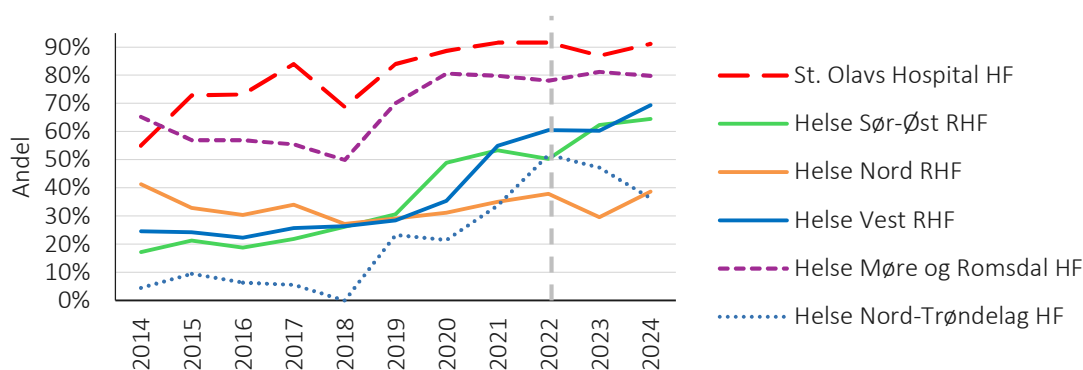
Tabell 2.3 Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra TSB

Sammenlikning med andre HF utenfor Helse-Midt Norge	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg for St. Olavs etter 2022, sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	I gjennomsnitt mer negativ utvikling sammenliknet med andre HF*
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for St. Olavs sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Høyere nivå sammenliknet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

*Regresjonsanalysen viser at St. Olavs etter innføringen av HP i 2022 har en signifikant mer negativ trend sammenliknet med andre sykehus. I gjennomsnitt tilsvarer dette en reduksjon på 15,2 prosentpoeng i andel epikriser sendt innen én dag innen TSB, sammenliknet med andre sykehus. Resultatet er signifikant på 1 % signifikansnivå. Årsakene til dette kan være sammensatt.

Figur 2.3 Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra TSB



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Nasjonale kvalitetsindikatorer fra Helsedirektoratet.

2.1.5 Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra TSB

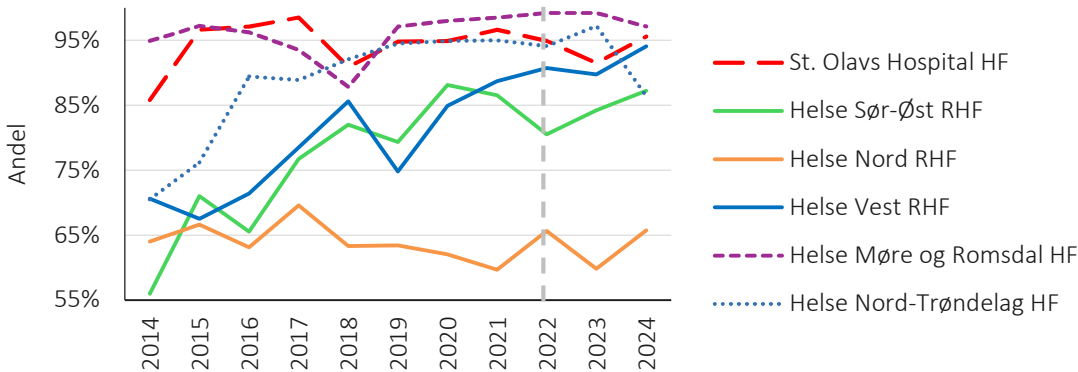
Tabell 2.4 Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra TSB

Sammenlikning med andre HF utenfor Helse-Midt Norge	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg for St. Olavs etter 2022, sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	I gjennomsnitt mer negativ utvikling sammenlignet med andre HF*
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for St. Olavs sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Høyere nivå sammenlignet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

*Regresjonsanalysen viser at St. Olavs etter innføringen av HP i 2022 har en signifikant mer negativ trend sammenliknet med andre sykehus. I gjennomsnitt tilsvarer dette en reduksjon på 5,6 prosentpoeng i andel epikriser sendt innen syv dager innen TSB, sammenliknet med andre sykehus. Resultatet er signifikant på 5 % signifikansnivå. Årsakene til dette kan være sammensatt.

Figur 2.4 Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra TSB



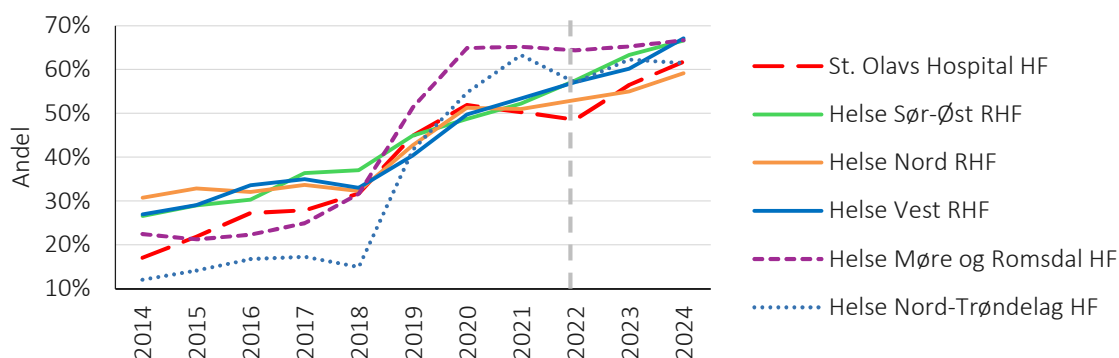
Kilde: Vista Analyse basert på data fra Nasjonale kvalitetsindikatorer fra Helsedirektoratet.

2.1.6 Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern voksne (PHV)

Tabell 2.5 Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra PHV

Sammenlikning med andre HF utenfor Helse-Midt Norge	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg for St. Olavs etter 2022, sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Lik utvikling sammenlignet med andre HF
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for St. Olavs sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Verken høyt eller lavt nivå sammenlignet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

Figur 2.5 Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra PHV

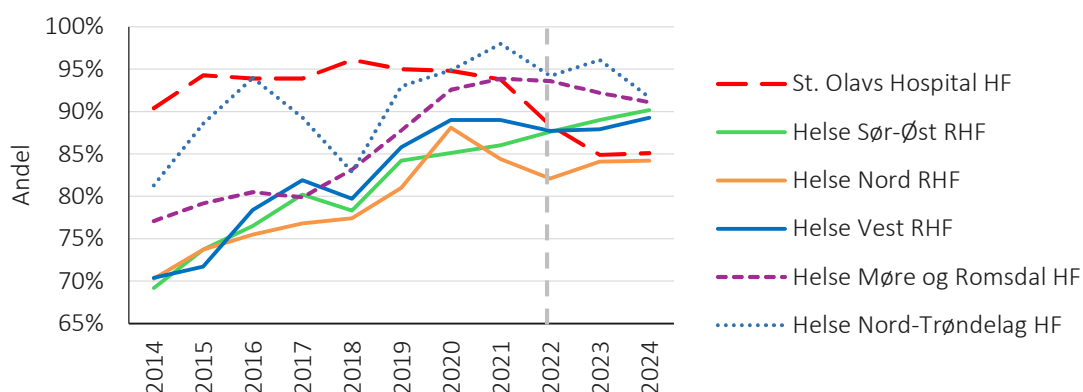
Kilde: Vista Analyse basert på data fra Nasjonale kvalitetsindikatorer fra Helsedirektoratet.

2.1.7 Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra PHV

Tabell 2.6 Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra PHV

Sammenlikning med andre HF utenfor Helse-Midt Norge	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg for St. Olavs etter 2022, sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Den ser mer negativ ut i grafen, men den er ikke signifikant i regresjonen*
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for St. Olavs sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Blant de laveste nivåene sammenliknet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger. *Regresjonsanalysen viser at endringen ikke er signifikant forskjellig for St. Olavs etter 2022, sammenliknet med andre HF.

Figur 2.6 Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra PHV

Kilde: Vista Analyse basert på data fra Nasjonale kvalitetsindikatorer fra Helsedirektoratet.

2.2 Pasientsikkerhet

Som nevnt skal Helseplattformen medføre bedre samhandling og informasjonsflyt. Dette kan igjen ha betydning for pasientsikkerhet og opplevd trygghet i helsetjenesten fordi bedre og raske tilgang på informasjon kan ha betydning for hvilke beslutninger som tas ift. pasientens behandling. Vi har sett på indikatorene for helsetjenesteassosierte infeksjoner blant pasienter på sykehus og andel utse.

2.2.1 Datakvalitet

Helsedirektoratet peker på flere kilder til usikkerhet i datagrunnlaget:

- **Manglende eller ufullstendig rapportering** fra enkelte sykehus og helseforetak.
- **Metodeendringer og punktmålinger** svekker sammenlignbarheten over tid og mellom enheter.
- **Varierende registreringspraksis, pasientsammensetning og liggetid** påvirker indikatorene.
- **Tekniske utfordringer og journalsystemendringer** kan gi feil eller manglende data.
- **Covid-19-pandemien** har påvirket aktivitetsnivå og datakvalitet i 2020 og 2021.
- **Utsettelse av planlagte operasjoner:** Det kan være ulike årsaker til at en pasient får utsatt sin operasjon, blant annet at noen behandlingssteder har mange øyeblikkelig hjelp-operasjoner. Andre faktorer kan være personellmangel, ufullstendig undersøkelse av pasienten før operasjon og urealistisk operasjonsprogram. Utsettelse på grunn av annen akutt oppstått sykdom hos pasienten er også medregnet i denne indikatoren. Slik utsettelse kan ikke tillegges sykehusets planlegging av virksomheten.

2.2.2 Andel helsetjenesteassosierte infeksjoner blant pasienter på sykehus på målingstidspunktet

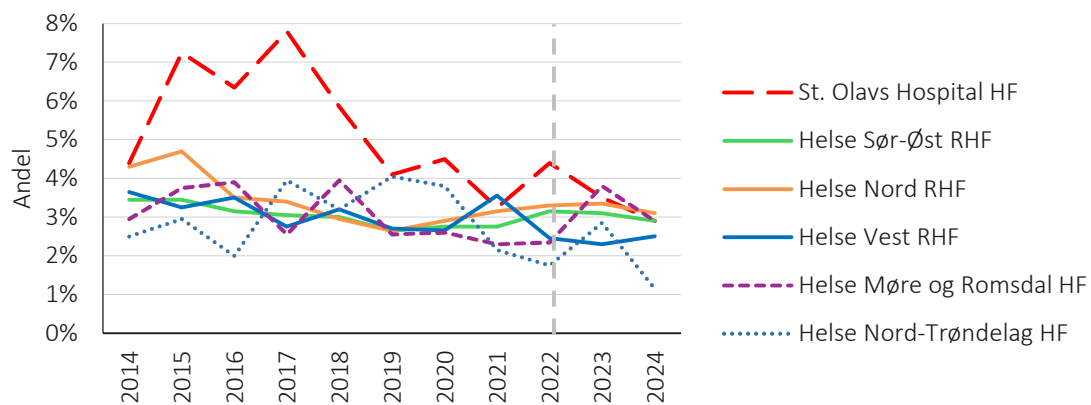
Tabell 2.7 Andel helsetjenesteassosierte infeksjoner blant pasienter på sykehus på målingstidspunktet

Sammenlikning med andre HF utenfor Helse-Midt Norge	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg for St. Olavs etter 2022, sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	I gjennomsnitt mer positiv utvikling sammenliknet med andre HF*
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for St. Olavs sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Verken høyt eller lavt nivå sammenliknet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

*Regresjonsanalysen viser at St. Olavs etter innføringen av HP i 2022 har en signifikant mer positiv trend sammenliknet med andre sykehus. I gjennomsnitt tilsvarer dette en reduksjon på 1,8 prosentpoeng i andel helsetjenesteassosierte infeksjoner blant pasienter på sykehus, sammenliknet med andre sykehus. Resultatet er signifikant på 1 % signifikansnivå. Årsakene til dette kan være sammensatt.

Figur 2.7 Andel helsetjenesteassosierte infeksjoner blant pasienter på sykehus på målingstidspunktet



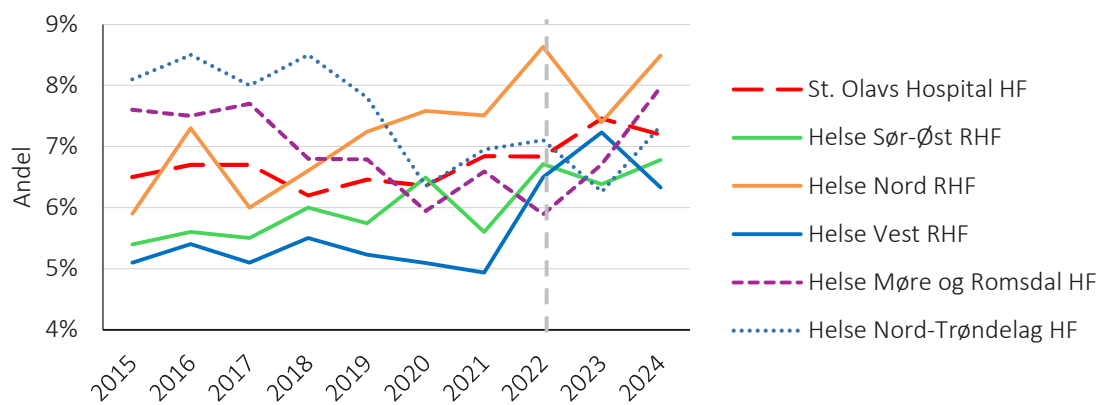
Kilde: Vista Analyse basert på data fra Nasjonale kvalitetsindikatorer fra Helsedirektoratet.

Tabell 2.8 Andel utsettelse av planlagte operasjoner

Sammenlikning med andre HF utenfor Helse-Midt Norge	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg for St. Olavs etter 2022, sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Store utslag. Ikke konkludert. Regresjonen viser også at trenden for St.Olavs etter 2022 ikke er signifikant forskjellig fra de andre.
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for St. Olavs sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Verken høyt eller lavt nivå sammenliknet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse

Figur 2.8 Andel utsettelse av planlagte operasjoner



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Nasjonale kvalitetsindikatorer fra Helsedirektoratet.

2.3 Pakkeforløp for kreftpasienter

Pakkeforløp for kreft skal bidra til at utredning og behandling starter rask, og at man unngår unødvendig ventetid. Pakkeforløpene er nasjonale og standardiserte, og beskriver prosessene som skal gjennomgå fra mistanke om kreft oppstår til eventuell behandlingsstart. Formålet med dette er at pasientene skal oppleve helhetlige, forutsigbare og velorganiserte forløp. Det finnes flere kvalitetsindikatorer innen pakkeforløp som er godt egnet for sammenligning på tvers av helseforetak og regionale helseforetak, ettersom de er nasjonale og standardiserte. Vi har inkludert fem kvalitetsindikatorer i vår analyse.

2.3.1 Datakvalitet

Helsedirektoratet presiserer flere forbehold ved tolkningen av indikatorer for pakkeforløp for kreft. I mange tilfeller diagnostiseres sykdommen ved et lokalsykehus, mens videre utredning og behandling skjer ved et annet, ofte et regionsykehus. Dette kan påvirke den målte forløpstiden, siden pasienten i statistikken knyttes til sykehuset som startet pakkeforløpet, selv om deler av utredningen og behandlingen foregår andre steder.

Videre påpekes det at pakkeforløpene for akutt og kronisk lymfatisk leukemi ble avvirket fra 1. mai 2021, og inngår kun i beregningene fram til første tertial 2021. Forløpsregistreringen gjelder bare første behandling pasienten mottar – senere behandlinger, som kirurgi etter medikamentell behandling, inngår ikke i beregningen. Dette innebærer at tallene må tolkes med varsomhet, da de ikke nødvendigvis gjenspeiler hele behandlingsforløpet.

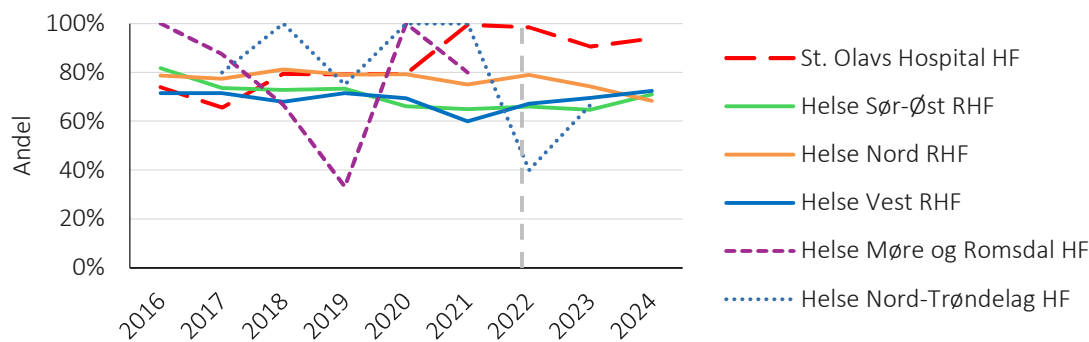
2.3.2 Andel gjennomførte diagnostiske pakkeforløp innen maksimal anbefalt forløpstid

Tabell 2.9 Andel gjennomførte diagnostiske pakkeforløp innen maksimal anbefalt forløpstid

Sammenlikning med andre HF utenfor Helse-Midt Norge	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg for St. Olavs etter 2022, sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Store utslag og for tidlig å konkludere
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for St. Olavs sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Høyere nivå sammenliknet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

Figur 2.9 Andel gjennomførte diagnostiske pakkeforløp innen maksimal anbefalt forløpstid



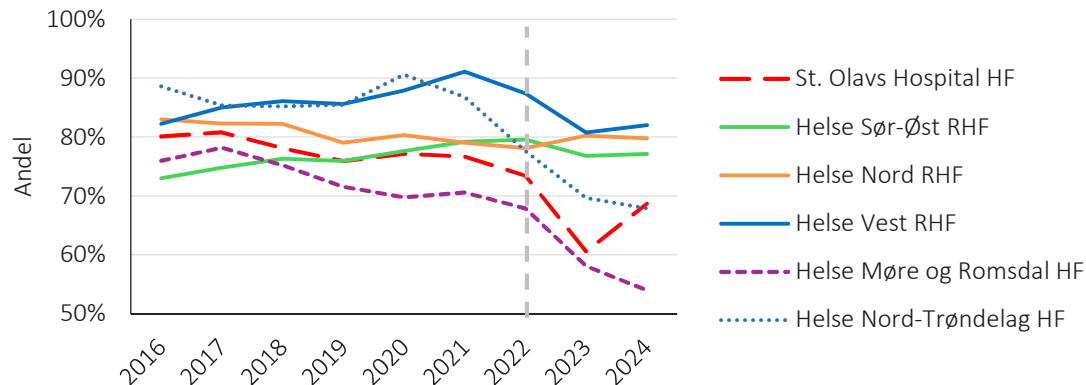
Kilde: Vista Analyse basert på data fra Nasjonale kvalitetsindikatorer fra Helsedirektoratet.

2.3.3 Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for 22 kreftformer

Tabell 2.10 Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for 22 kreftformer

Sammenlikning med andre HF utenfor Helse-Midt Norge	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg for St. Olavs etter 2022, sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Ikke konkludert – store utslag og for tidlig å konkludere
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for St. Olavs sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Lavere nivå sammenlignet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.



Figur 2.10 Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for 22 kreftformer

Kilde: Vista Analyse basert på data fra Nasjonale kvalitetsindikatorer fra Helsedirektoratet.

2.3.4 Andel 24 organspesifikke kreft pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid, medikamentell behandling

Tabell 2.11 Andel 24 organspesifikke kreft pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid, medikamentell behandling

Sammenlikning med andre HF utenfor Helse-Midt Norge	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg for St. Olavs etter 2022, sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	I gjennomsnitt mer negativ utvikling sammenliknet med andre HF*
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for St. Olavs sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Verken høyt eller lavt nivå sammenliknet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

*Regresjonsanalysen viser at St. Olavs etter innføringen av HP i 2022 har en signifikant mer negativ trend sammenliknet med andre sykehus. I gjennomsnitt tilsvarer dette en reduksjon på 5,7 prosentpoeng i andel pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid for medikamentell behandling, sammenliknet med andre sykehus. Resultatet er signifikant på 1 % signifikansnivå. Årsakene til dette kan være sammensatt.

Figur 2.11 Andel 24 organspesifikke kreft pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid, medikamentell behandling



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Nasjonale kvalitetsindikatorer fra Helsedirektoratet.

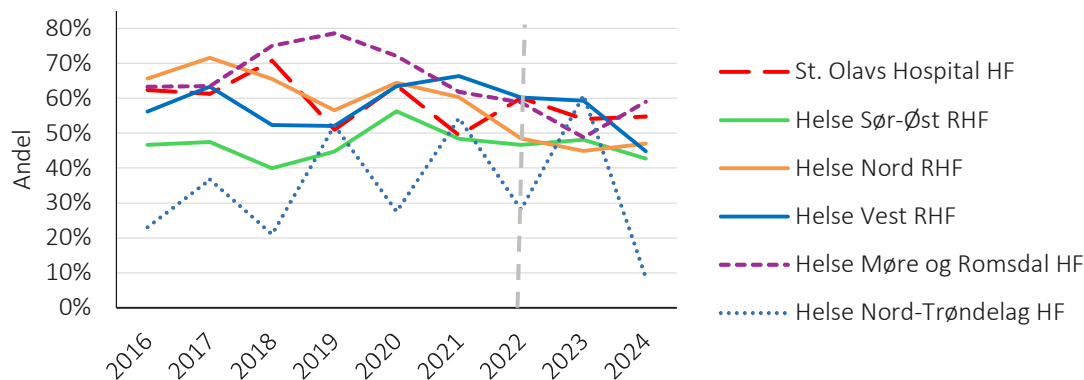
2.3.5 Andel 24 organspesifikke kreft pakkeforløp gjennomført innen standardforløpstid, strålebehandling

Tabell 2.12 Andel 24 organspesifikke kreft pakkeforløp gjennomført innen standardforløpstid, strålebehandling

Sammenlikning med andre HF utenfor Helse-Midt Norge	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg for St. Olavs etter 2022, sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Ikke konkludert – litt ulik trend. Relativt lik Helse Nord fra 2022. For tidlig å konkludere.
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for St. Olavs sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Høyere nivå sammenliknet med RHF utenfor Helse Midt-Norge

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

Figur 2.12 Andel 24 organspesifikke kreft pakkeforløp gjennomført innen standardforløpstid, strålebehandling



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Nasjonale kvalitetsindikatorer fra Helsedirektoratet.

2.3.6 Andel pakkeforløp for 24 organspesifikke kreftformer gjennomført innen standard forløpstid, kirurgisk behandling

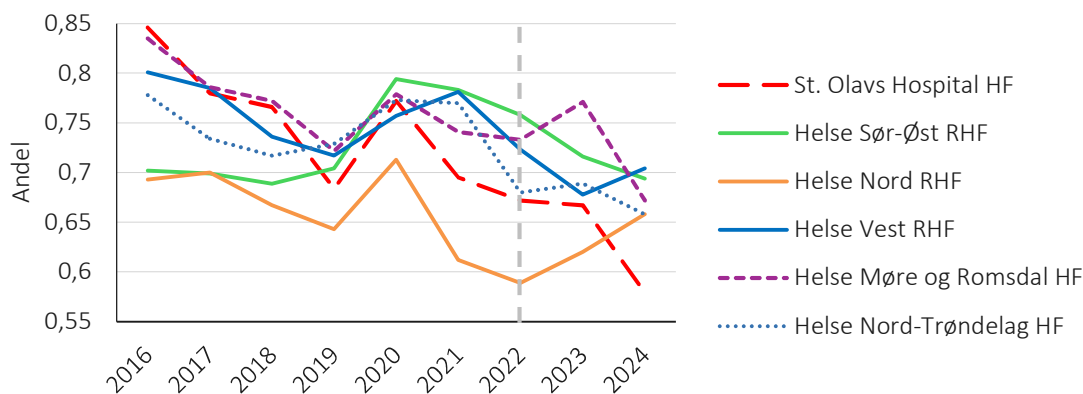
Tabell 2.13 Andel pakkeforløp for 24 organspesifikke kreftformer gjennomført innen standard forløpstid, kirurgisk behandling

Sammenlikning med andre HF utenfor Helse-Midt Norge	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg for St. Olavs etter 2022, sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	I gjennomsnitt mer negativ utvikling sammenlignet med andre HF*
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for St. Olavs sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Lavere nivå sammenlignet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

*Regresjonsanalysen viser at St. Olavs etter innføringen av HP i 2022 har en signifikant mer negativ trend sammenliknet med andre sykehus. I gjennomsnitt tilsvarer dette en reduksjon på 9,2 prosentpoeng i andel pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid for kirurgisk behandling, sammenliknet med andre sykehus. Resultatet er signifikant på 1 % signifikansnivå. Årsakene til dette kan være sammensatt.

Figur 2.13 Andel pakkeforløp for 24 organspesifikke kreftformer gjennomført innen standard forløpstid, kirurgisk behandling



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Nasjonale kvalitetsindikatorer fra Helsedirektoratet.

2.4 Vurderingsgaranti

Helsedirektoratet peker på flere kilder til usikkerhet i dataene:

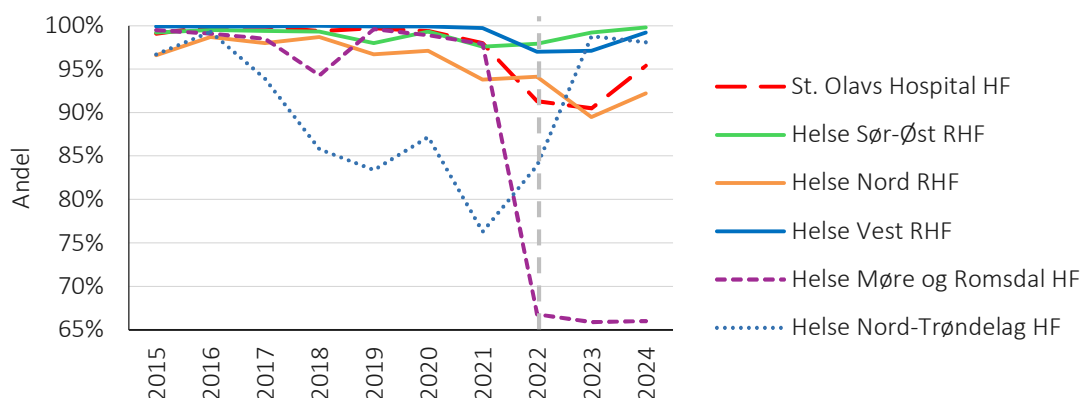
- **Systemendringer i Helse Midt-Norge** (Helseplattformen 2022–2024 og tidligere omlegginger) har ført til mangler og feil i rapporteringen til NPR.
- **Ulik registreringspraksis og beregningsmetodikk** mellom behandlingssteder og mellom Helsedirektoratet og FHI kan gi avvik.
- **Covid-19-pandemien** påvirket datagrunnlaget for 2020, som ikke er justert for midlertidige unntak fra frist- og varslingsplikter.

2.4.1 Barne- og ungdomsgarantien: Andel (%) til behandling innen 65 dager

Tabell 2.14 Barne- og ungdomsgarantien: Andel (%) til behandling innen 65 dager, PHBU

Sammenlikning med andre HF utenfor Helse-Midt Norge	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg for St. Olavs etter 2022, sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Ikke konkludert – store utslag og for tidlig å konkludere
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for St. Olavs sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Hverken høyt eller lavt nivå sammenliknet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

Figur 2.14 Barne- og ungdomsgarantien: Andel (%) til behandling innen 65 dager, PHBU

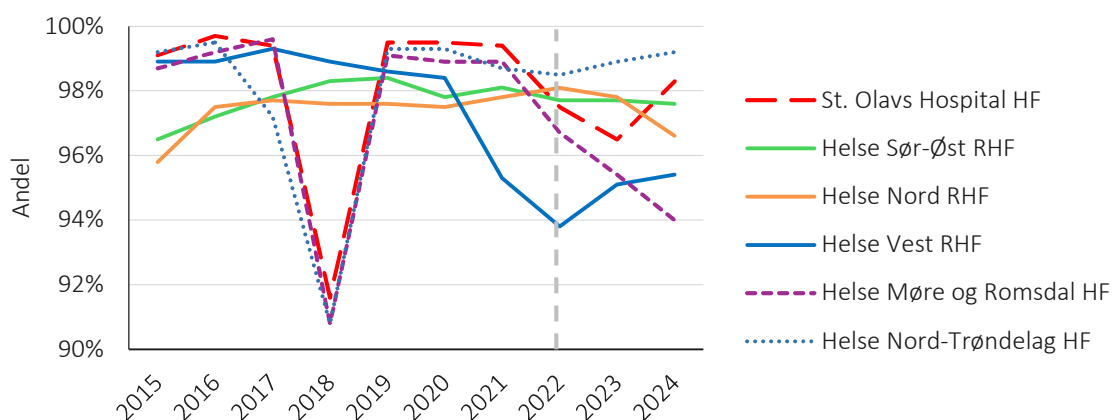
Kilde: Vista Analyse basert på data fra Nasjonale kvalitetsindikatorer fra Helsedirektoratet.

2.4.2 Barne- og ungdomsgarantien: Andel (%) til vurdering innen 10 dager, PHBU

Tabell 2.15 Barne- og ungdomsgarantien: Andel (%) til vurdering innen 10 dager, PHBU

Sammenlikning med andre HF utenfor Helse-Midt Norge	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg for St. Olavs etter 2022, sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Ikke konkludert – store utslag og for tidlig å konkludere
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for St. Olavs sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Høyere sammenliknet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

Figur 2.15 Barne- og ungdomsgarantien: Andel (%) til vurdering innen 10 dager

Kilde: Vista Analyse basert på data fra Nasjonale kvalitetsindikatorer fra Helsedirektoratet.

2.4.3 Andel brudd på vurderingsgarantien i somatisk helse

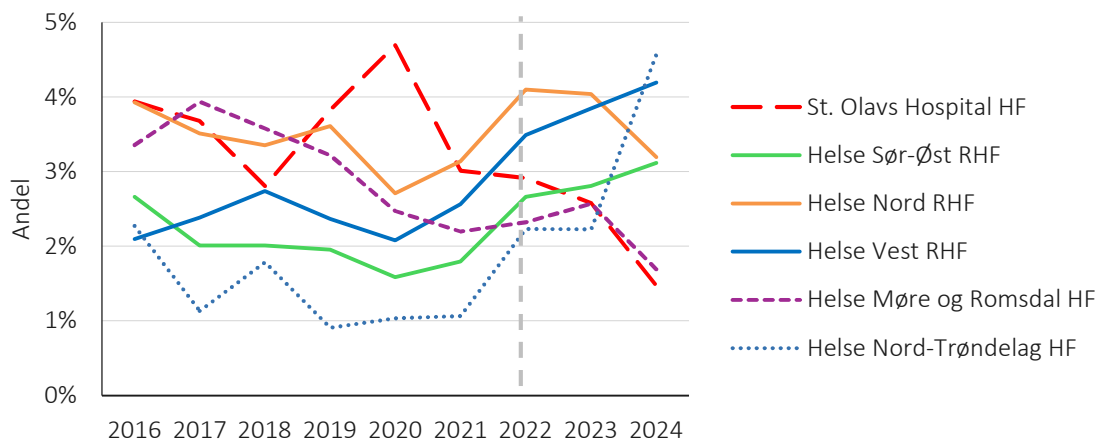
Tabell 2.16 Andel brudd på vurderingsgarantien i somatisk helse

Sammenlikning med andre HF utenfor Helse-Midt Norge	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg for St. Olavs etter 2022, sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Mer positiv utvikling sammenliknet med andre HF* (liten skala på y-aksen)
Indikatorverdi i 2025: Er indikatorverdien i 2025 høyere eller lavere for St. Olavs sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Lavere nivå sammenliknet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

*Regresjonsanalysen viser at St. Olavs etter innføringen av HP i 2022 har en signifikant mer positiv trend sammenliknet med andre sykehus. I gjennomsnitt tilsvarer dette en reduksjon på 2,2 prosentpoeng i andel brudd på vurderingsgarantien innen somatisk helse, sammenliknet med andre sykehus. Resultatet er signifikant på 1 % signifikansnivå. Årsakene til dette kan være sammensatt.

Figur 2.16 Andel brudd på vurderingsgarantien i somatisk helse



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Nasjonale kvalitetsindikatorer fra FHI.

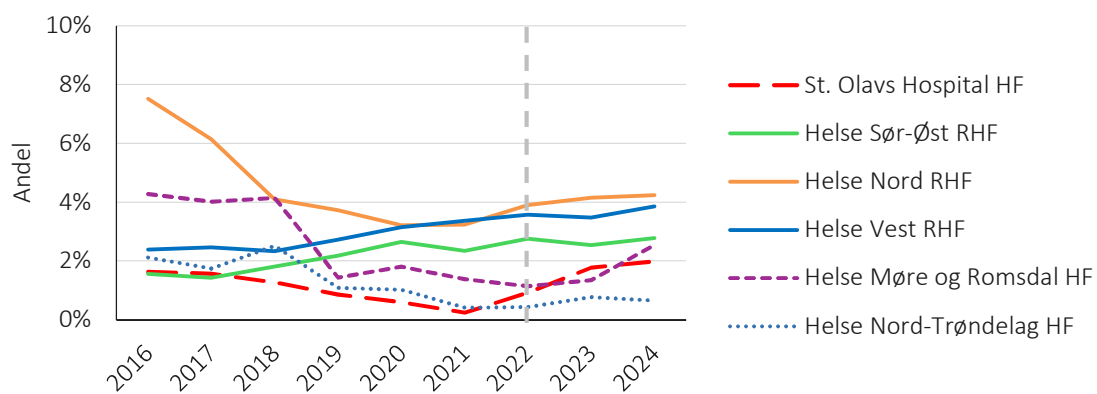
2.4.4 Andel brudd på vurderingsgarantien i PHV

Tabell 2.17 Andel brudd på vurderingsgarantien i PHV

Sammenlikning med andre HF utenfor Helse-Midt Norge	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg for St. Olavs etter 2022, sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Lik utvikling sammenliknet med andre HF (liten skala på y-aksen)
Indikatorverdi i 2025: Er indikatorverdien i 2025 høyere eller lavere for St. Olavs sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Lavere sammenliknet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

Figur 2.17 Andel brudd på vurderingsgarantien i PHV



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Nasjonale kvalitetsindikatorer fra FHI.

3 Data fra Folkehelseinstituttet (FHI)

I tillegg til offentlig tilgjengelig statistikk om fristbrudd og ventetid, fikk vi tilgang til andelen avviste henvisninger fra FHI. Andelen avviste henvisninger gir innsikt i tilgjengelighet og prioriteringspraksis i spesialisthelsetjenesten. Høy andel kan tyde på kapasitetsutfordringer, ulik henvisningspraksis eller variasjon i vurdering av rett til helsehjelp.

Dataene fra FHI er per tertial, til og med andre tertial 2025 for ventetider og fristbrudd, og til og med første tertial 2025 for andel avviste henvisninger. Vi har inkludert 13 indikatorer fra FHI.

Regresjonsanalyse

Vi har brukt følgende modellspesifikasjon i regresjonsanalysen av fristbrudd og ventetider:

$$y_{i,t} = \beta_0 + \beta_1 HP22_{i,t} + \beta_2 HP23_{i,t} + \lambda_i + \gamma_t + \varepsilon_{i,t},$$

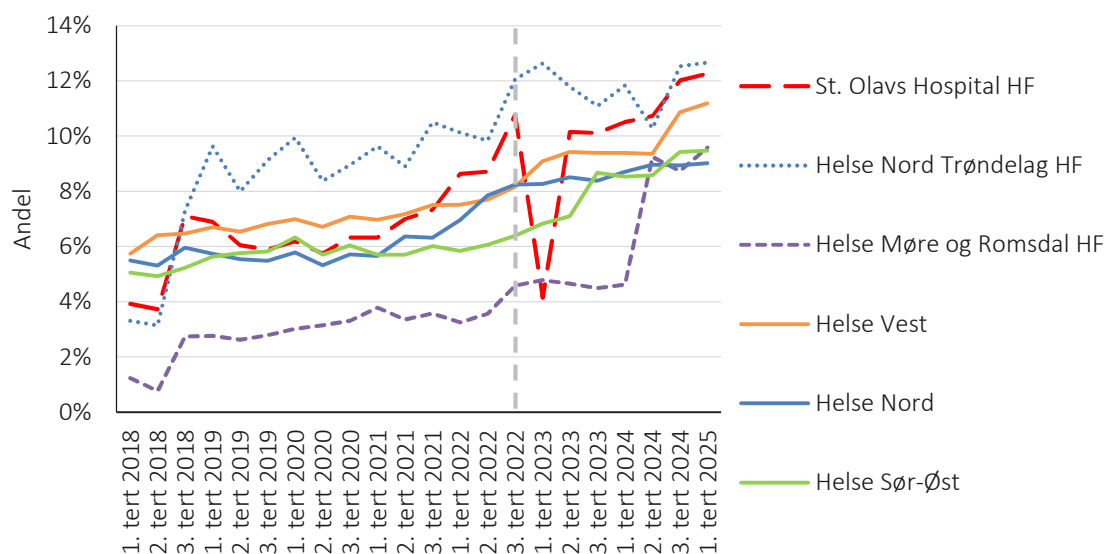
hvor y er indikatoren. Variabelen HP22, er en binær variabel som tar verdien 1 for St. Olavs fra første tertial 2023 til andre tertial 2025, og 0 for alle andre observasjoner. Videre kontrollerer vi for HP23, som er en binær variabel som tar verdien 1 for Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag fra tertialet etter de innførte Helseplattformen til og med andre tertial 2025, og 0 for alle andre observasjoner. λ_i og γ_t er hhv. sykehusfaste og tidsfaste effekter. $\varepsilon_{i,t}$ er feilleddet.

3.1 Andel avviste henvisninger

Tabell 3.1 Andel avviste henvisninger

Sammenlikning med andre HF utenfor Helse-Midt Norge	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg for St. Olavs etter 2022, sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Lik utvikling sammenlignet med andre HF
Indikatorverdi i 2025: Er indikatorverdien i 2025 høyere eller lavere for St. Olavs sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Høyere nivå sammenlignet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

Figur 3.1 Andel avviste henvisninger

Kilde: Vista Analyse basert på data fra FHI.

3.2 Fristbrudd

Innen tidsavvik har vi sett på indikatorer som viser andel fristbrudd eller andel brudd på vurderingsgarantien. Et fristbrudd i helsetjenesten oppstår når helsehjelp begynnes etter fristdatoen. Andelen fristbrudd for ulike pasientgrupper er derfor et viktig mål på kvaliteten i helsetjenesten. På bakgrunn av dette er tidsavvik en viktig kategori som kan belyse eventuelle fordeler eller ulemper knyttet til Helseplattformen.

3.2.1 Datakvalitet

Helsedirektoratet, som publiserer tilsvarende statistikk, peker på flere kilder til usikkerhet i dataene:

- **Systemendringer i Helse Midt-Norge** (Helseplattformen 2022–2024 og tidligere omlegginger) har ført til mangler og feil i rapporteringen til NPR.
- **Ulik registreringspraksis og beregningsmetodikk** mellom behandlingssteder og mellom Helsedirektoratet og FHI kan gi avvik.
- **Covid-19-pandemien** påvirket datagrunnlaget for 2020, som ikke er justert for midlertidige unntak fra frist- og varslingsplikter.

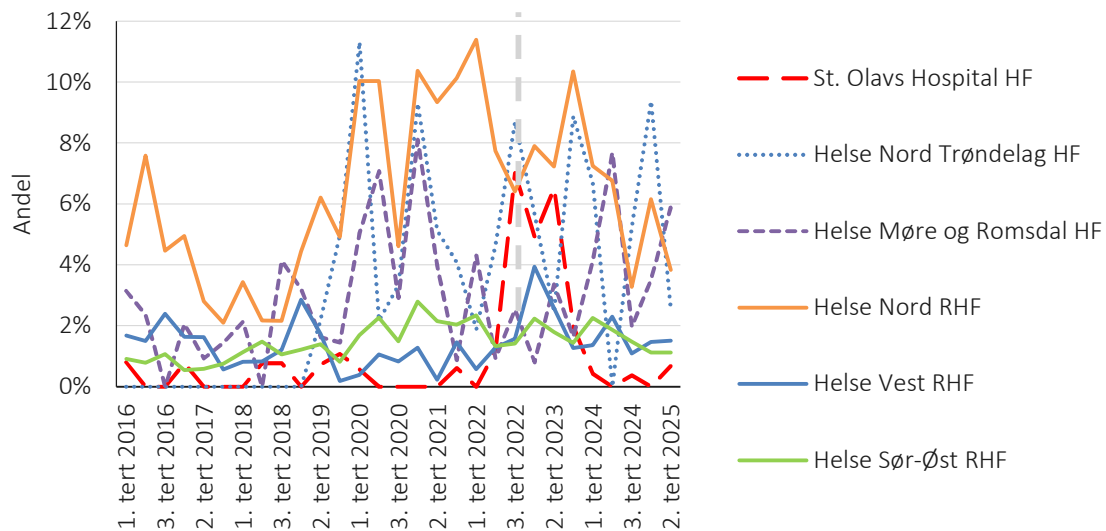
3.2.2 Andel fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i TSB

Tabell 3.2 Andel fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i TSB

Sammenlikning med andre HF utenfor Helse-Midt Norge	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg for St. Olavs etter 2022, sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Ikke konkludert – Midlertidig forverring i 2022 og 2023. Nivået normaliserte seg i 2024-2025.
Indikatorverdi i 2025: Er indikatorverdien i 2025 høyere eller lavere for St. Olavs sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Lavere sammenlignet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

Figur 3.2 Andel fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i TSB



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Nasjonale kvalitetsindikatorer fra FHI.

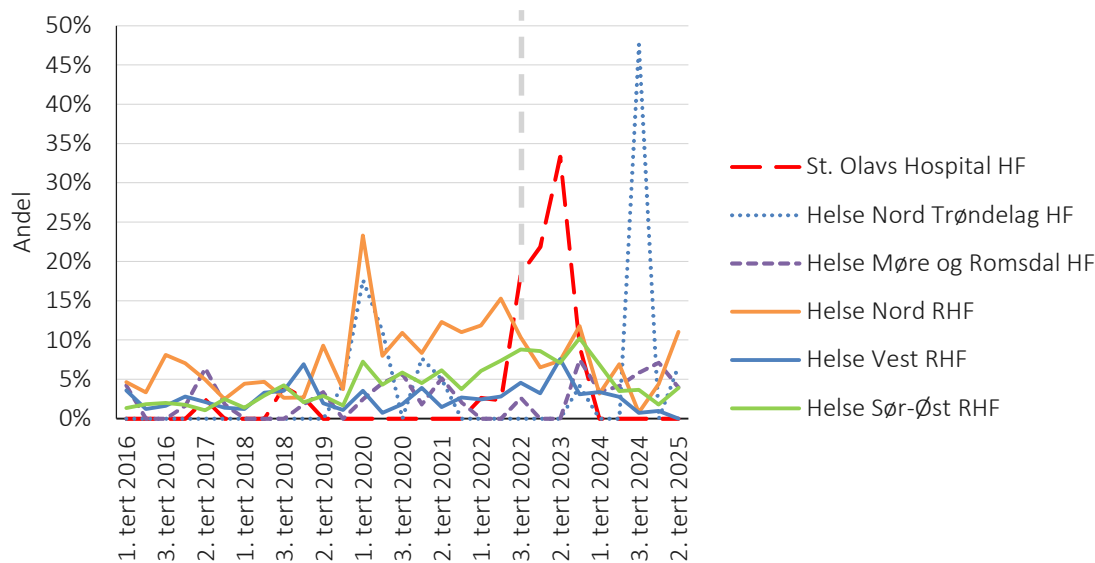
3.2.3 Andel fristbrudd for ventende pasienter i TSB ved periodeslutt

Tabell 3.3 Andel fristbrudd for ventende pasienter i TSB ved periodeslutt

Sammenlikning med andre HF utenfor Helse-Midt Norge	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg for St. Olavs etter 2022, sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Ikke konkludert - Midlertidig forverring i 2022 og 2023. Nivået normaliserte seg i 2024-2025
Indikatorverdi i 2025: Er indikatorverdien i 2025 høyere eller lavere for St. Olavs sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Lavere sammenlignet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

Figur 3.3 Andel fristbrudd for ventende pasienter i TSB ved periodeslutt



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Nasjonale kvalitetsindikatorer fra FHI.

3.2.4 Andel fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i psykisk helsevern barn og unge (PHBU)*

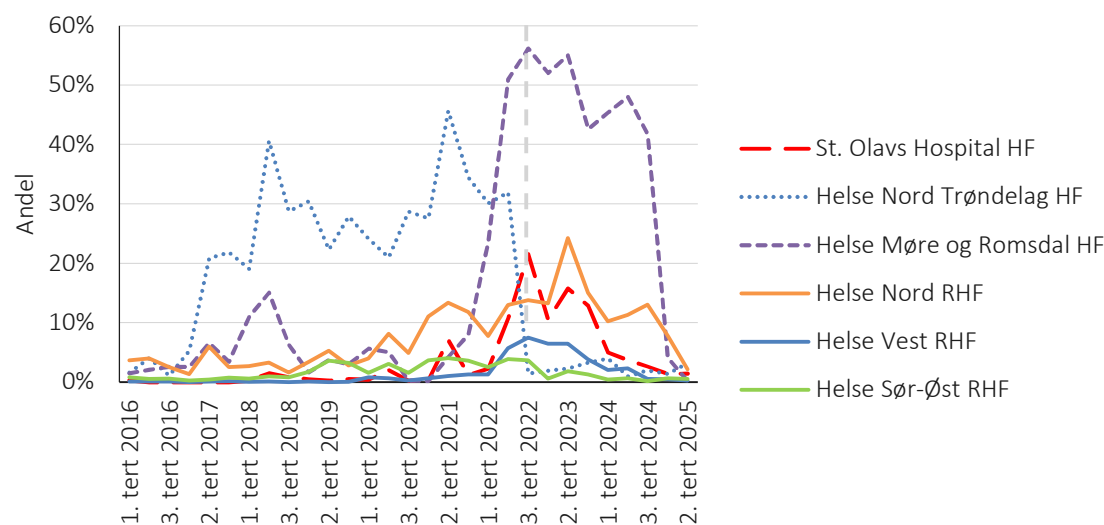
Tabell 3.4 Andel fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i PHBU

Sammenlikning med andre HF utenfor Helse-Midt Norge	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg for St. Olavs etter 2022, sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Ikke konkludert – Midlertidig forverring i 2022 og 2023. Nivået normaliserte seg i 2024-2025.
Indikatorverdi i 2025: Er indikatorverdien i 2025 høyere eller lavere for St. Olavs sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Hverken høyt eller lavt sammenlignet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

* Merk at PHBU er blant områdene som trekkes frem som har særlig store utfordringer knyttet til datakvalitet. Som nevnt trekker FHI frem at «St. Olavs hospital rapporterte i 2023 i liten grad tilstandskoder for PHBU etter innføringen av Helseplattformen, noe som gir betydelig usikkerhet i datagrunnlaget for dette året. FHI oppfordrer derfor til å bruke data fra PHBU for 2023 med stor forsiktighet». Dette gjør resultatene fra regresjonsanalysen svært usikre, og vi vurderer at datagrunnlaget for median ventetid i PHBU er beheftet med for stor usikkerhet til å kunne konkludere.

Figur 3.4 Andel fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i PHBU



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Nasjonale kvalitetsindikatorer fra FHI.

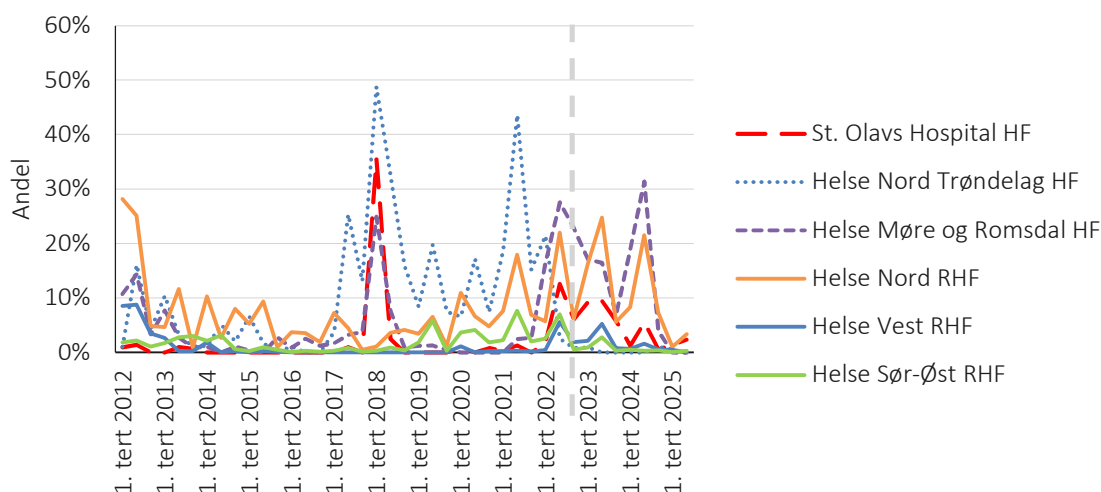
3.2.5 Andel fristbrudd for ventende pasienter i PHBU ved periodeslutt

Tabell 3.5 Andel fristbrudd for ventende pasienter i PHBU ved periodeslutt*

Sammenlikning med andre HF utenfor Helse-Midt Norge	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg for St. Olavs etter 2022, sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Ikke konkludert – Midlertidig forverring i 2022 og 2023. Nivået normaliserte seg i 2024-2025.
Indikatorverdi i 2025: Er indikatorverdien i 2025 høyere eller lavere for St. Olavs sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Hverken høyt eller lavt sammenlignet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

* Merk at PHBU er blant områdene som trekkes frem som har særlig store utfordringer knyttet til datakvalitet. Som nevnt trekker FHI frem at «St. Olavs hospital rapporterte i 2023 i liten grad tilstandskoder for PHBU etter innføringen av Helseplattformen, noe som gir betydelig usikkerhet i datagrunnlaget for dette året. FHI oppfordrer derfor til å bruke data fra PHBU for 2023 med stor forsiktighet». Dette gjør resultatene fra regresjonsanalysen svært usikre, og vi vurderer at datagrunnlaget for median ventetid i PHBU er beheftet med for stor usikkerhet til å kunne konkludere.

Figur 3.5 Andel fristbrudd for ventende pasienter i PHBU ved periodeslutt

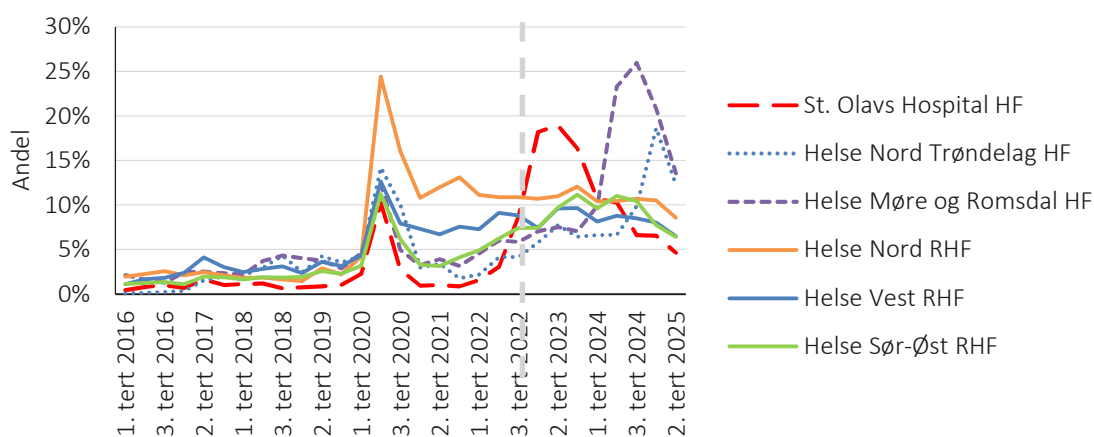
Kilde: Vista Analyse basert på data fra Nasjonale kvalitetsindikatorer fra FHI.

3.2.6 Andel fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i somatisk helsetjeneste

Tabell 3.6 Andel fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i somatisk helse-tjeneste

Sammenlikning med andre HF utenfor Helse-Midt Norge	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg for St. Olavs etter 2022, sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Ikke konkludert – Midlertidig forverring i 2022 og 2023. Nivået normaliserte seg i 2025.
Indikatorverdi i 2025: Er indikatorverdien i 2025 høyere eller lavere for St. Olavs sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Lavere sammenlignet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

Figur 3.6 Andel fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i somatisk helse-tjeneste

Kilde: Vista Analyse basert på data fra Nasjonale kvalitetsindikatorer fra FHI.

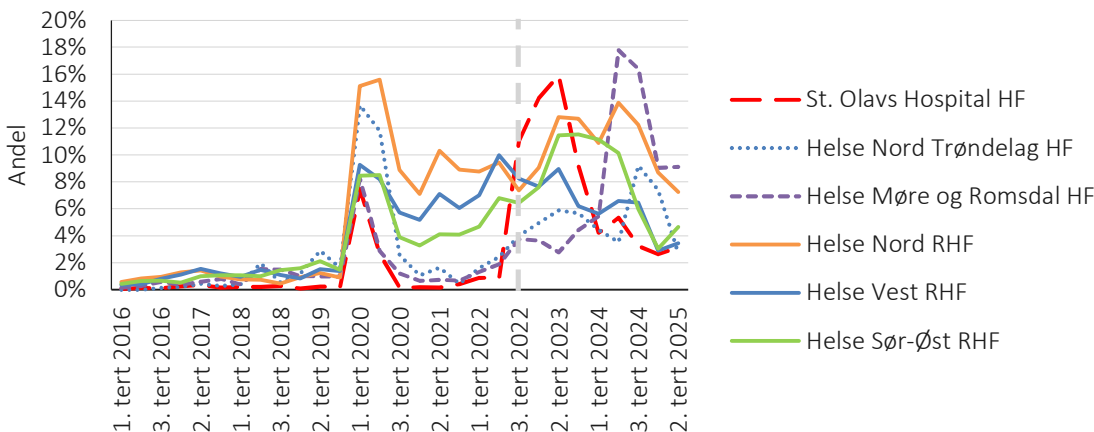
3.2.7 Andel fristbrudd for ventende pasienter i somatisk helsetjeneste ved periodeslutt

Tabell 3.7 Andel fristbrudd for ventende pasienter i somatisk helsetjeneste ved periodeslutt

Sammenlikning med andre HF utenfor Helse-Midt Norge	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg for St. Olavs etter 2022, sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Ikke konkludert – Midlertidig forverring i 2022 og 2023. Nivået normaliserte seg i 2025.
Indikatorverdi i 2025: Er indikatorverdien i 2025 høyere eller lavere for St. Olavs sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Lavere sammenliknet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

Figur 3.7 Andel fristbrudd for ventende pasienter i somatisk helsetjeneste ved periodeslutt



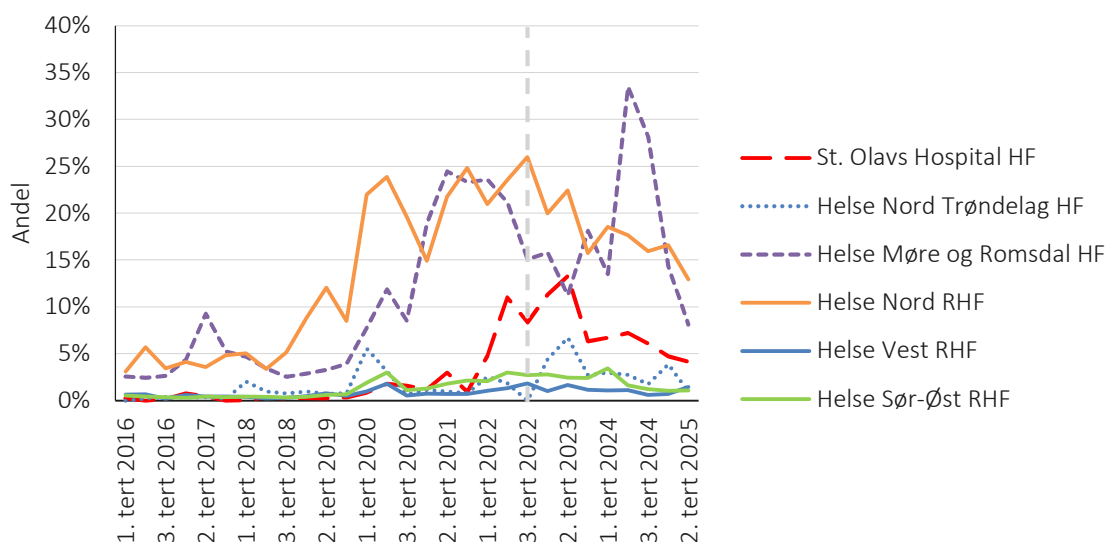
Kilde: Vista Analyse basert på data fra Nasjonale kvalitetsindikatorer fra FHI.

3.2.8 Andel fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i PHV

Tabell 3.8 Andel fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i PHV

Sammenlikning med andre HF utenfor Helse-Midt Norge	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg for St. Olavs etter 2022, sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Ikke konkludert – Midlertidig forverring i 2022 og 2023. Nivået går mot normalisering i 2025.
Indikatorverdi i 2025: Er indikatorverdien i 2025 høyere eller lavere for St. Olavs sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Verken høyt eller lavt nivå sammenliknet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

Figur 3.8 Andel fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i PHV

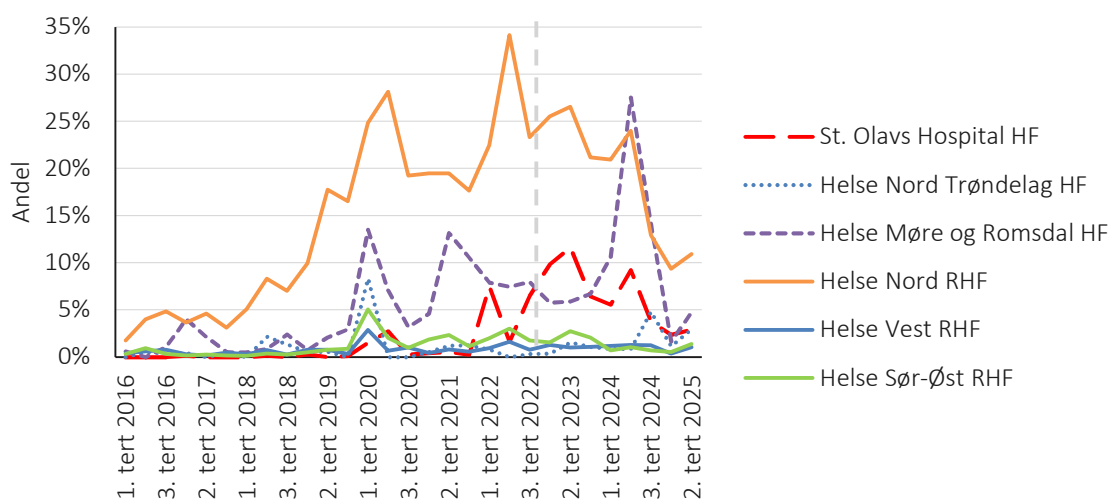
Kilde: Vista Analyse basert på data fra Nasjonale kvalitetsindikatorer fra FHI.

3.2.9 Andel fristbrudd for ventende pasienter i PHV

Tabell 3.9 Andel fristbrudd for ventende pasienter i PHV

Sammenlikning med andre HF utenfor Helse-Midt Norge	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg for St. Olavs etter 2022, sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Ikke konkludert – Midlertidig forverring i 2022 og 2023. Nivået går mot normalisering i 2025.
Indikatorverdi i 2025: Er indikatorverdien i 2025 høyere eller lavere for St. Olavs sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Verken høyt eller lavt nivå sammenliknet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

Figur 3.9 Andel fristbrudd for ventende pasienter i PHV

Kilde: Vista Analyse basert på data fra Nasjonale kvalitetsindikatorer fra FHI.

3.3 Ventetid

Helseplattformen skal bidra til forbedret pasientadministrasjon og logistikk, og at helsetjenesten kan spare tid med verktøy som timebøker og timebestilling. Dersom administrasjon, logistikk og tidsbruk knyttet til henvisninger og timebestillinger bedres for helsetjenesten, kan dette gi utslag i lavere ventetider i spesialhelsetjenesten. På bakgrunn av dette har vi sett på gjennomsnittlig ventetid i TSB, PHBU, somatikk og PHV.

3.3.1 Datakvalitet

Helsedirektoratet peker på flere forbehold ved ventetidsdata for somatikk, psykisk helsevern, PHBU og TSB. Innføringen av Helseplattformen i Helse Midt-Norge (2022–2024) har ført til mangler og feil i rapporteringen til NPR, og påvirket både datakvalitet og aktivitet. Tidligere systemomlegginger (2018–2019) har også skapt usikkerhet.

I tillegg varierer registreringspraksis mellom behandlingssteder, og covid-19-pandemien påvirket datagrunnlaget for 2020–2021. Ulik kodepraksis og systemfunksjonalitet kan gi ytterligere variasjon, og enkelte enheter er utelatt av personvernensyn.

3.3.2 Gjennomsnittlig ventetid i TSB i antall dager

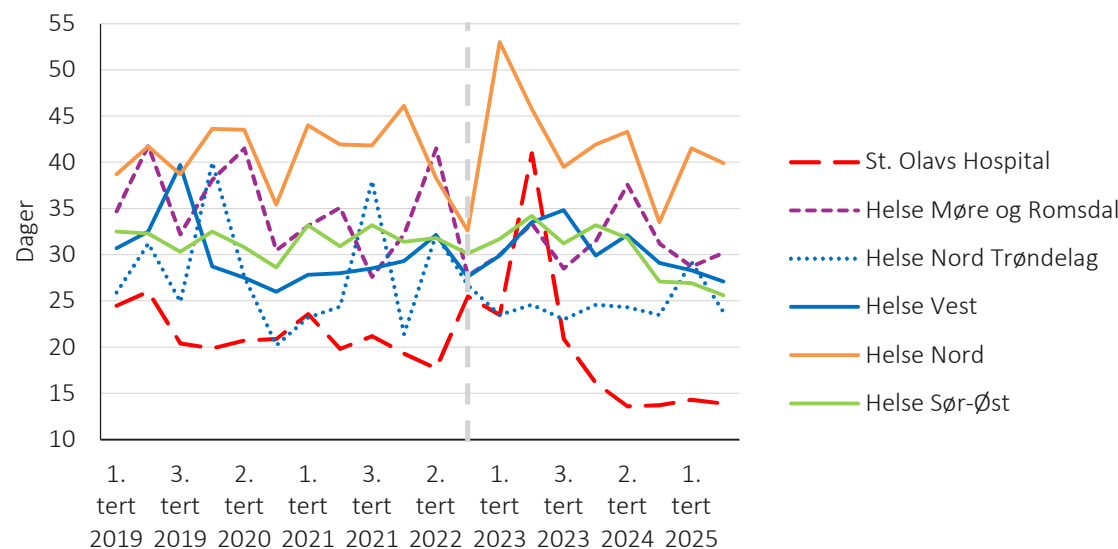
Tabell 3.10 Gjennomsnittlig ventetid i TSB i antall dager

Sammenlikning med andre HF utenfor Helse-Midt Norge	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg for St. Olavs etter 2022, sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Ikke konkludert – Midlertidig forverring i 2022 og 2023. Nivået i 2025 er lavere enn nivået før 2022.
Indikatorverdi i 2025: Er indikatorverdien i 2025 høyere eller lavere for St. Olavs sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Lavere sammenliknet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

* Regresjonsanalysen viser at St. Olavs etter innføringen av HP i 2022 har en signifikant mer positiv trend sammenliknet med andre sykehus. I gjennomsnitt tilsvarer dette en reduksjon på 4,7 dager i median ventetid i TSB, sammenliknet med andre sykehus. Resultatet er signifikant på 1 % signifikansnivå. Årsakene til dette kan være sammensatt.

Figur 3.10 Gjennomsnittlig ventetid i TSB i antall dager



Kilde: Vista Analyse basert på data fra FHI.

3.3.3 Gjennomsnittlig ventetid i PHBU i antall dager

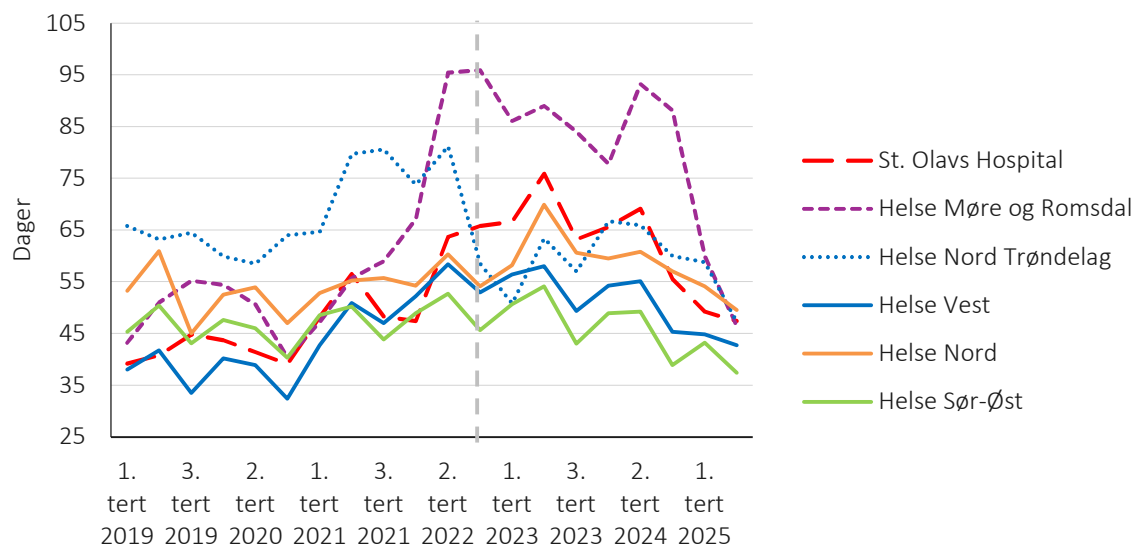
Tabell 3.11 Gjennomsnittlig ventetid i PHBU i antall dager*

Sammenlikning med andre HF utenfor Helse-Midt Norge	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg for St. Olavs etter 2022, sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Ikke konkludert – Midlertidig forverring i 2022 og 2023. Nivået går mot normalisering i 2025.
Indikatorverdi i 2025: Er indikatorverdien i 2025 høyere eller lavere for St. Olavs sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Hverken høyt eller lavt nivå sammenlignet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

* Merk at PHBU er blant områdene som trekkes frem som har særlig store utfordringer knyttet til datakvalitet. Som nevnt trekker FHI frem at «St. Olavs hospital rapporterte i 2023 i liten grad tilstandskoder for PHBU etter innføringen av Helseplattformen, noe som gir betydelig usikkerhet i datagrunnlaget for dette året. FHI oppfordrer derfor til å bruke data fra PHBU for 2023 med stor forsiktighet». Dette gjør resultatene fra regresjonsanalysen svært usikre, og vi vurderer at datagrunnlaget for median ventetid i PHBU er beheftet med for stor usikkerhet til å kunne konkludere.

Figur 3.11 Gjennomsnittlig ventetid i PHBU i antall dager



Kilde: Vista Analyse basert på data fra FHI.

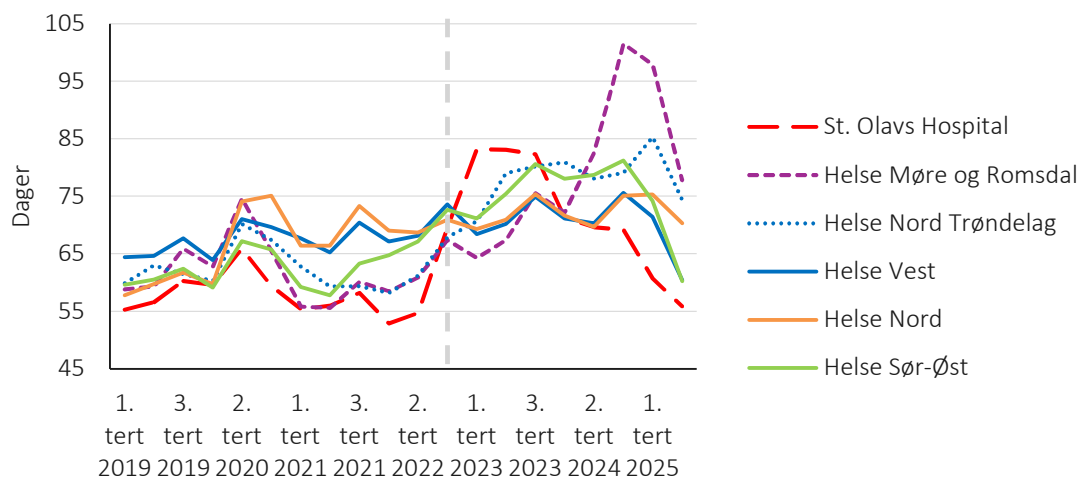
3.3.4 Gjennomsnittlig ventetid i somatikk i antall dager

Tabell 3.12 Gjennomsnittlig ventetid i somatikk i antall dager

Sammenlikning med andre HF utenfor Helse-Midt Norge	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg for St. Olavs etter 2022, sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Ikke konkludert – Midlertidig forverring i 2022 og 2023. Nivået går mot normalisering i 2025.
Indikatorverdi i 2025: Er indikatorverdien i 2025 høyere eller lavere for St. Olavs sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Lavere nivå sammenlignet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

Figur 3.12 Gjennomsnittlig ventetid i somatikk i antall dager



Kilde: Vista Analyse basert på data fra FHI.

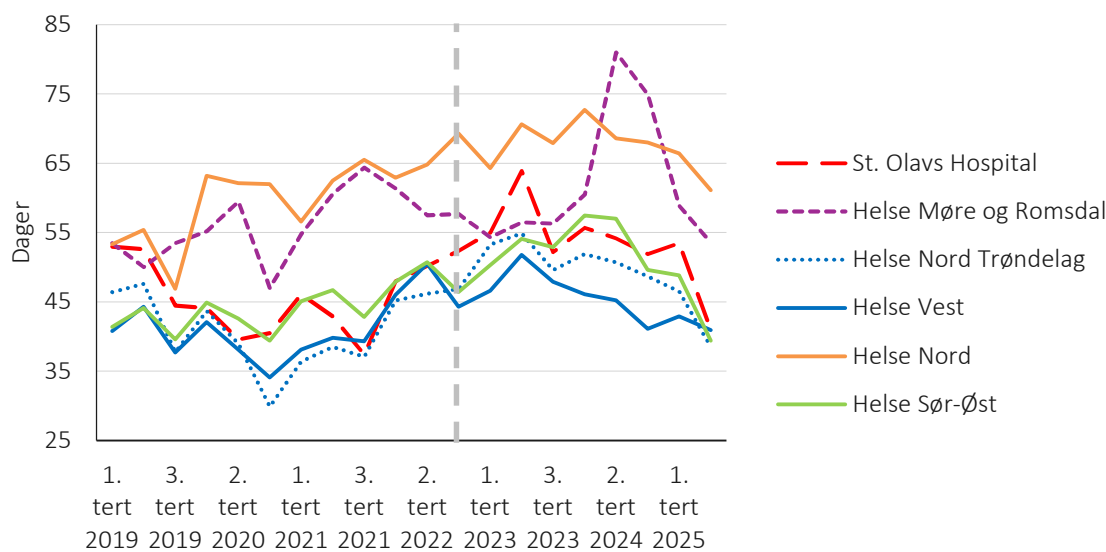
3.3.5 Gjennomsnittlig ventetid i PHV i antall dager

Tabell 3.13 Gjennomsnittlig ventetid i PHV i antall dager

Sammenlikning med andre HF utenfor Helse-Midt Norge	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg for St. Olavs etter 2022, sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Ikke konkludert – Midlertidig forverring i 2022 og 2023. Nivået går mot normalisering i 2025.
Indikatorverdi i 2025: Er indikatorverdien i 2025 høyere eller lavere for St. Olavs sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Blant de laveste sammenliknet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

Figur 3.13 Gjennomsnittlig ventetid i PHV i antall dager



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Nasjonale kvalitetsindikatorer fra Helsedirektoratet.

4 SAMDATA (Helsedirektoratet)

SAMDATA har en rekke data knyttet til spesialhelsetjenesten. Vi har inkludert åtte indikatorer fra SAMDATA. Et av produktivetsmålene i spesialhelsetjenesten er kostnad per DRG-poeng for somatikk og kostnad per ISF-poeng for psykisk helsevern og TSB. En økning i kostnader per DRG-poeng eller ISF-poeng tilsier en forverring i produktivitet, mens en nedgang indikerer forbedret produktivitet. Vi fremstiller utviklingen i faste 2024-priser. Vi ser også på DRG-poeng per årsverk innen somatikk, og ISF-poeng per årsverk for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Årsaken til at vi bruker DRG-poeng for somatikk og ISF-poeng for psykisk helsevern og TSB, er at Helsedirektoratet bruker kostnad per DRG-poeng innen somatikk og kostnad per ISF-poeng innen psykisk helsevern og TSB som mål på produktivitet. Vi velger å bruke samme tilnærming som Helsedirektoratet.

Videre ser vi på regnskapsførte overliggerdøgn for utskrivningsklare pasienter, både innen somatikk og psykisk helsevern og TSB. Dette er et annet mål på antall overliggerdøgn enn den tekniske tellingen av antall overliggerdøgn som publiseres i Samhandlingsbarometeret. En svakhet med antall fakturerte overliggerdøgn i SAMDATA er at den ikke gir oversikt over antall overliggerdøgn for ulike pasientgrupper.

Flere relevante variabler er ikke inkludert i analysen, da SAMDATA ikke hadde publisert oppdaterte data for 2024 på tidspunktet vi gjennomførte arbeidet med nedlastning av data. Nedlastning av data ble i hovedsak gjennomført i oktober, og variabler som ble oppdatert med nye data etter dette er ikke inkludert i analysen. Dette gjelder blant annet aktivitet og kapasitetsdata for somatikk, PHV og rehabilitering. Unntaket er '*Produktivitet i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*' som ble oppdatert 13. november.

Regresjonsanalyse

Vi har brukt følgende modellspesifikasjon i regresjonsanalysen:

$$y_{i,t} = \beta_0 + \beta_1 HP22_{i,t} + \beta_2 HP23_{i,t} + \lambda_i + \gamma_t + \varepsilon_{i,t},$$

hvor y er indikatoren. Variabelen HP22, er en binær variabel som tar verdien 1 for St. Olavs i 2023 og 2024, og 0 for alle andre observasjoner. Videre kontrollerer vi for befolkningsstørrelse og HP23, som er en binær variabel som tar verdien 1 for Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag i 2024, og 0 for alle andre observasjoner. λ_i og γ_t er hhv. sykehusfaste og tidsfaste effekter. $\varepsilon_{i,t}$ er feilledet.

4.1 Kostnader per DRG-poeng - somatikk, faste priser

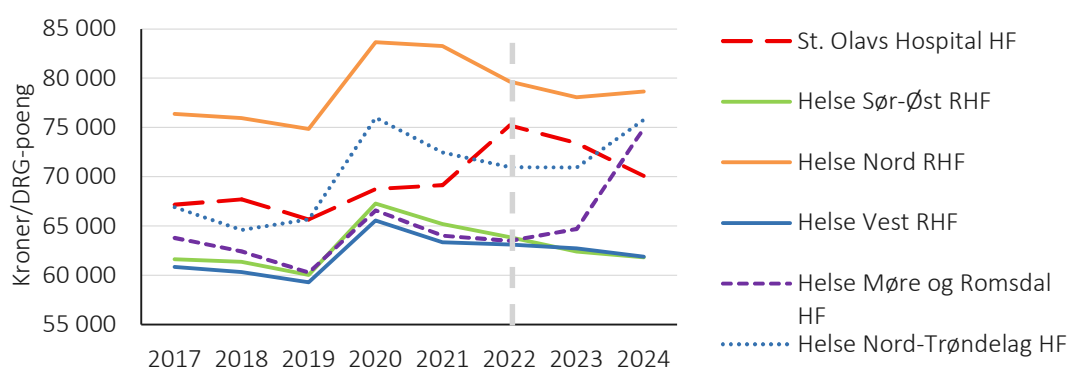
Tabell 4.1 Kostnader per DRG-poeng - somatikk, faste priser (2024-kroner)

Sammenlikning med andre HF utenfor Helse-Midt Norge	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg for St. Olavs etter 2022, sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	I gjennomsnitt en svakere nedgang sammenliknet med andre HF*
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for St. Olavs sammenliknet med RHFer utenfor Helse Midt-Norge?	Hverken høyt eller lavt nivå sammenliknet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

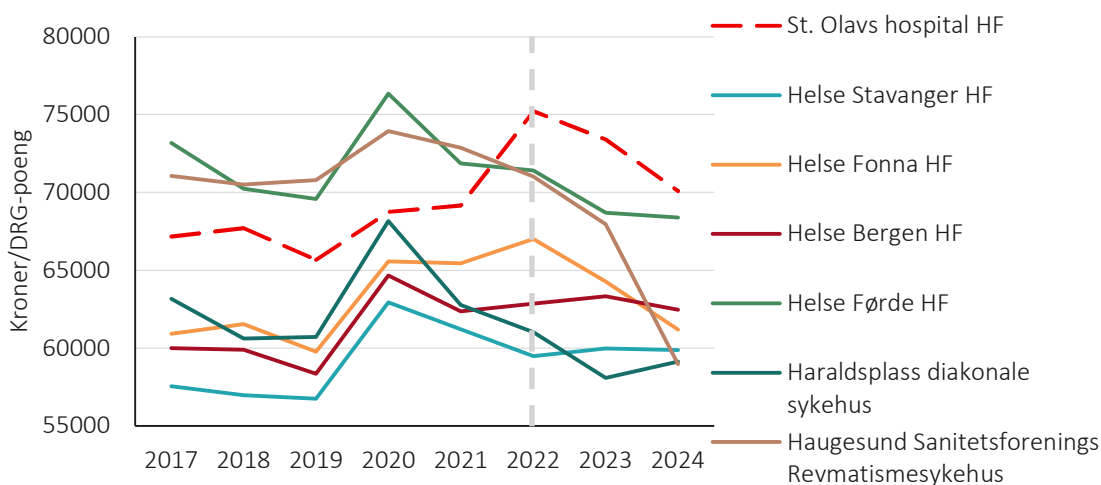
*Regresjonsanalysen viser at St. Olavs etter innføringen av Helseplattformen i 2022 har hatt en signifikant mer negativ utvikling i kostnader per DRG-poeng sammenliknet med andre helseforetak. I gjennomsnitt er nedgangen svakere (mindre) med 3 400 kroner per DRG-poeng, sammenliknet med andre helseforetak. Resultatet er signifikant på 5 % signifikansnivå. Årsakene til dette kan være sammensatt.

Figur 4.1 Kostnader per DRG-poeng - somatikk, faste priser (2024-kroner)



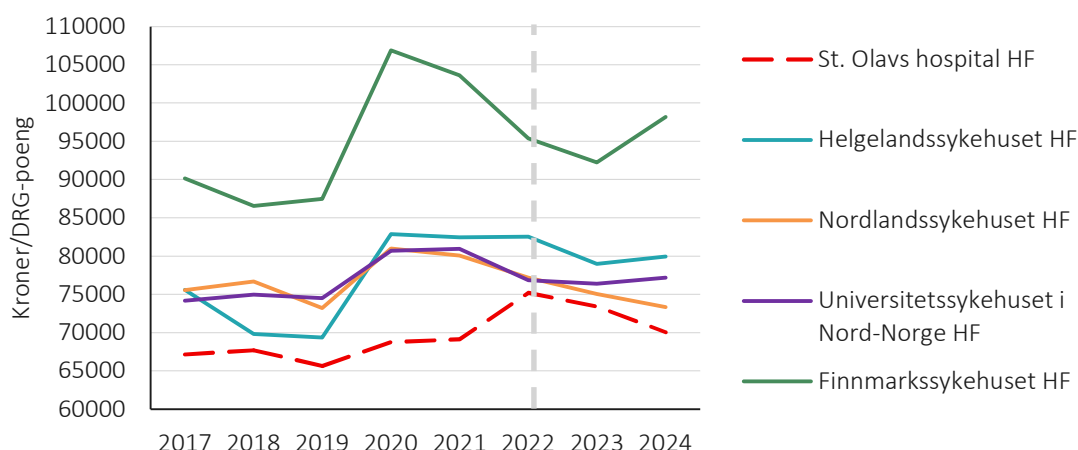
Kilde: Vista Analyse basert på data fra SAMDATA

Figur 4.2 Kostnader per DRG-poeng - somatikk, faste priser (2024-kroner) – St. Olavs sammenlignet med HF i Helse Vest



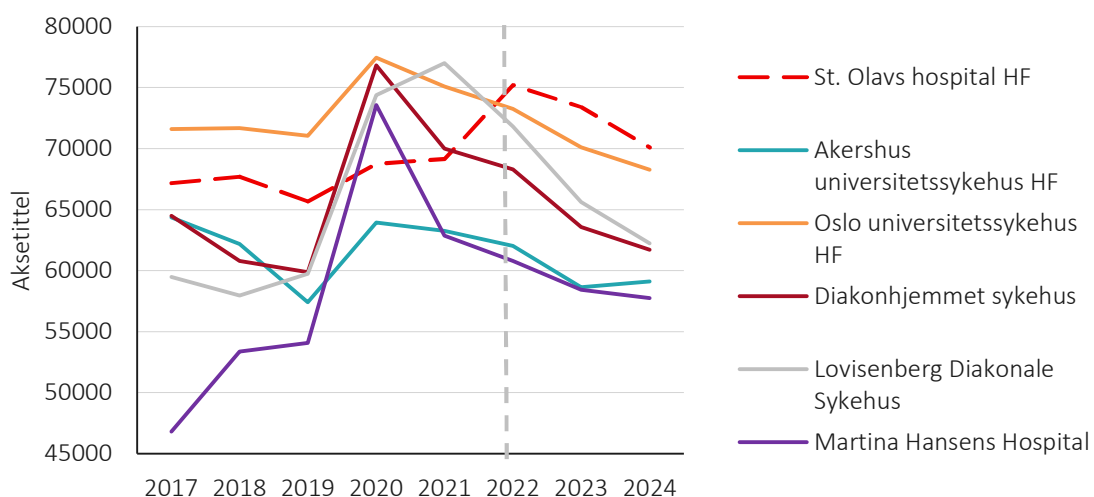
Kilde: Vista Analyse basert på data fra SAMDATA

Figur 4.3 Kostnader per DRG-poeng - somatikk, faste priser (2024-kroner) – St. Olavs sammenlignet med HF i Helse Nord



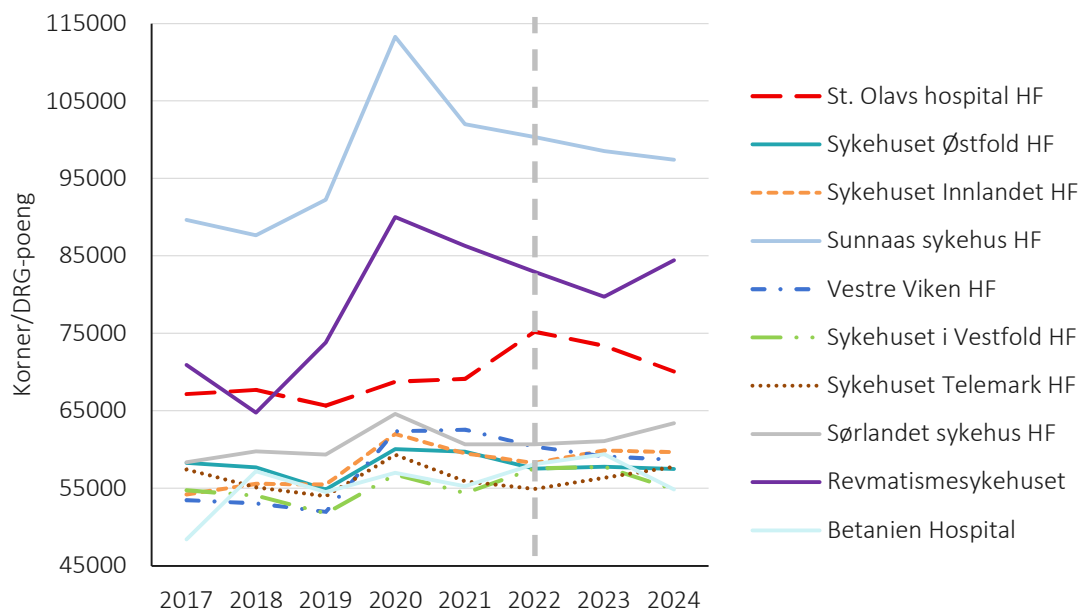
Kilde: Vista Analyse basert på data fra SAMDATA

Figur 4.4 Kostnader per DRG-poeng - somatikk, faste priser (2024-kroner) – St. Olavs sammenlignet med HF i Helse Sør-Øst (Oslo og omegn)



Kilde: Vista Analyse basert på data fra SAMDATA

Figur 4.5 Kostnader per DRG-poeng - somatikk, faste priser (2024-kroner) – St. Olavs sammenlignet med HF i Helse Sør-Øst (utenom Oslo og omegn)



Kilde: Vista Analyse basert på data fra SAMDATA

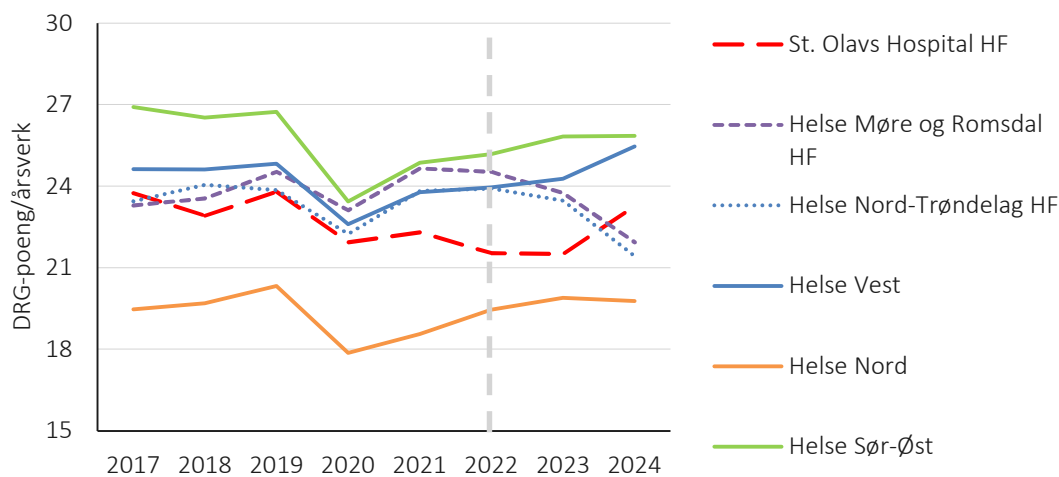
4.2 DRG-poeng per årsverk – somatikk

Tabell 4.2 DRG-poeng per årsverk – somatikk

Sammenlikning med andre HF utenfor Helse-Midt Norge	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg for St. Olavs etter 2022, sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Lik utvikling sammenliknet med andre HF
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for St. Olavs sammenliknet med RHFer utenfor Helse Midt-Norge?	Hverken høyt eller lavt nivå sammenliknet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

Figur 4.6 DRG-poeng per årsverk – somatikk



Kilde: Vista Analyse basert på data fra SAMDATA og [SSB Tabell 13954](#) (antall avtalte årsverk innen somatisk behandling).

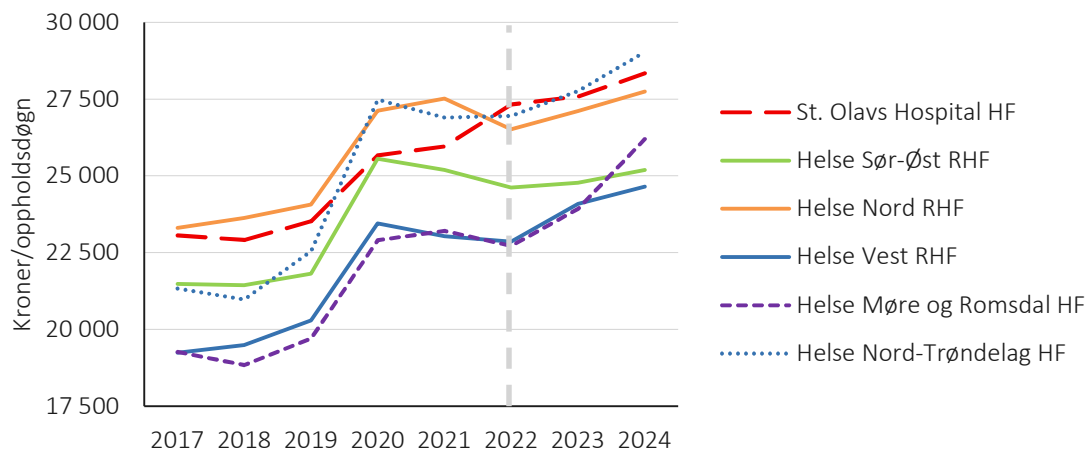
4.3 Kostnader per oppholdsdøgn (inkl. overliggerdøgn) innen somatisk, faste priser

Tabell 4.3 Kostnader per oppholdsdøgn (inkl. overliggerdøgn), faste priser

Sammenlikning med andre HF utenfor Helse-Midt Norge	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg for St. Olavs etter 2022, sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Lik utvikling sammenliknet med andre HF
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for St. Olavs sammenliknet med RHFer utenfor Helse Midt-Norge?	Høyt nivå sammenliknet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

Figur 4.7 Kostnader per oppholdsdøgn (inkl. overliggerdøgn), faste priser



Kilde: Vista Analyse basert på data fra SAMDATA

4.4 Kostnad per ISF-poeng – for psykisk helsevern og TSB samlet

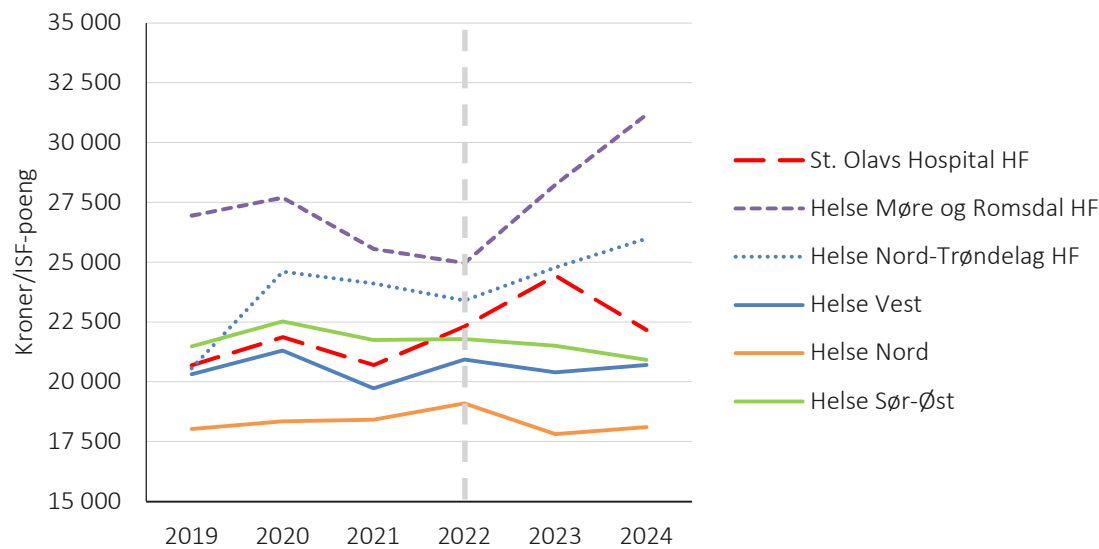
Tabell 4.4 Kostnader per ISF-poeng – for psykisk helsevern og TSB samlet

Sammenlikning med andre HF utenfor Helse-Midt Norge	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg for St. Olavs etter 2022, sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	I gjennomsnitt svakere utvikling sammenliknet med andre HF*
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for St. Olavs sammenliknet med RHFer utenfor Helse Midt-Norge?	Høyt nivå sammenliknet med gjennomsnittet i andre HF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

*Regresjonsanalysen viser at St. Olavs etter innføringen av Helseplattformen i 2022 har hatt en signifikant mer negativ utvikling i kostnader per ISF-poeng sammenliknet med andre helseforetak. I gjennomsnitt er nedgangen svakere (mindre) med 3 300 kroner per ISF-poeng, sammenliknet med andre helseforetak. Resultatet er signifikant på 1% signifikansnivå. Årsakene til dette kan være sammensatt.

Figur 4.8 Kostnader per ISF-poeng – for psykisk helsevern og TSB samlet, faste priser



Kilde: Vista Analyse basert på data fra SAMDATA

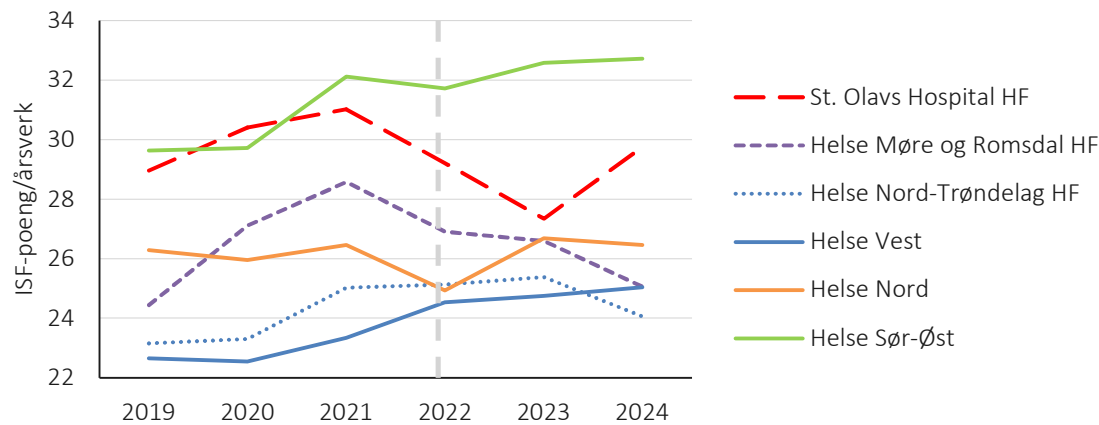
4.5 ISF-poeng per årsverk – for psykisk helsevern og TSB samlet

Tabell 4.5 ISF-poeng per årsverk – psykisk helsevern og TSB

Sammenlikning med andre HF utenfor Helse-Midt Norge	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg for St. Olavs etter 2022, sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Ikke konkludert - nivået i 2024 er lavere enn før 2022, men nivået økte fra 2023-2024. Går mot normalisering*
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for St. Olavs sammenliknet med RHFer utenfor Helse Midt-Norge?	Hverken høyt eller lavt nivå sammenlignet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

Figur 4.9 ISF-poeng per årsverk – psykisk helsevern og TSB



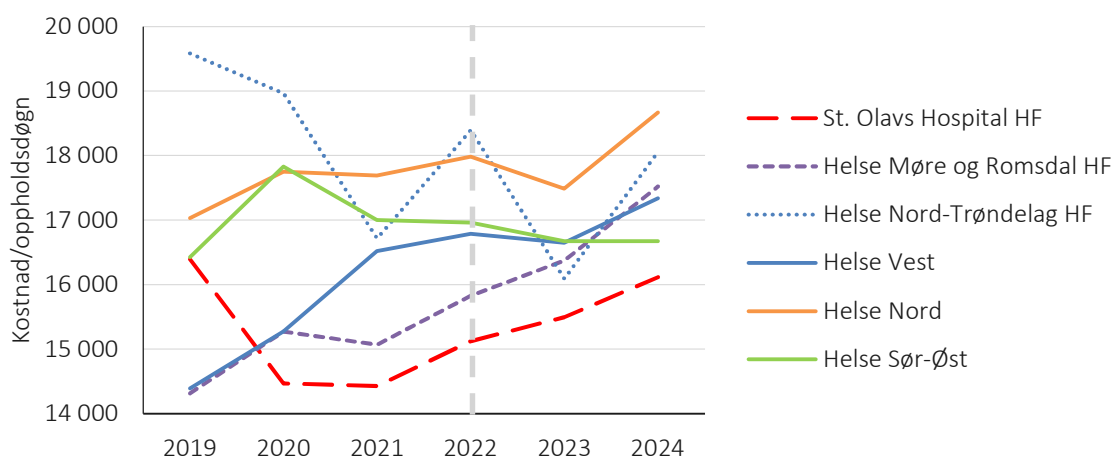
Kilde: Vista Analyse basert på data fra SAMDATA og SSB Tabell 13954 (antall avtalte årsverk innen somatisk behandling).

4.6 Kostnader per oppholdsdøgn (ekskl. overliggerdøgn) for psykisk helsevern og TSB samlet, faste priser

Tabell 4.6 Kostnader per oppholdsdøgn (ekskl. overliggerdøgn) for psykisk helsevern og TSB samlet, faste priser

Sammenlikning med andre HF utenfor Helse-Midt Norge	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg for St. Olavs etter 2022, sammenliknet med andre HF utenfor Helse Midt-Norge?	Lik utvikling sammenlignet med andre HF
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for St. Olavs sammenliknet med RHFer utenfor Helse Midt-Norge?	Lavt nivå sammenlignet med gjennomsnittet i andre RHF

Figur 4.10 Kostnader per oppholdsdøgn (ekskl. overliggerdøgn*) for psykisk helsevern og TSB samlet, faste priser



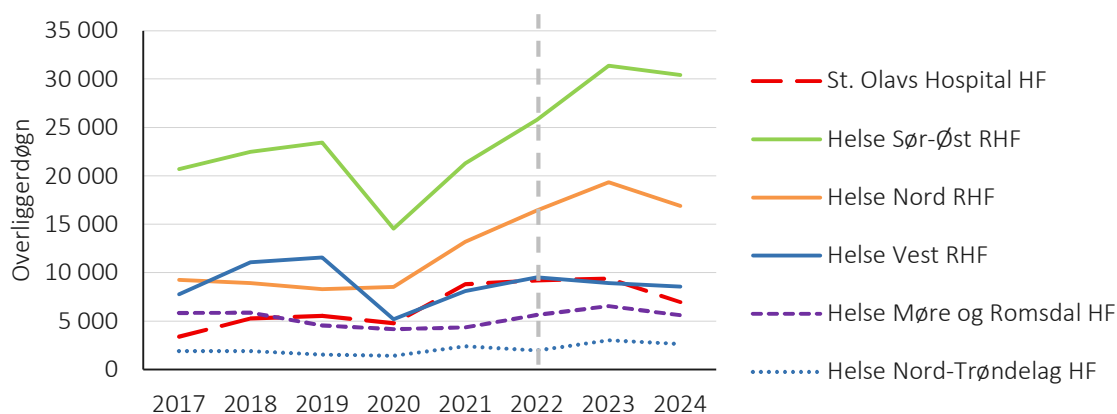
Kilde: Vista Analyse basert på data fra SAMDATA

*For somatikk brukte vi kostnader per oppholdsdøgn inkl. overliggerdøgn. For psykisk helsevern og TSB var ikke kostnader per oppholdsdøgn inkl. overliggerdøgn tilgjengelig i faste priser i SAMDATA. Vi valgte derfor å bruke kostnader per oppholdsdøgn ekskl. overliggerdøgn.

4.7 Utskrivningsklare pasienter innen somatikk – fakturerte overliggerdøgn

SAMDATA publiserer statistikk for fakturerte (eller regnskapsførte) overliggerdøgn for utskrivningsklare pasienter. De regnskapsførte overliggerdøgnene er antall overliggerdøgn kommunen faktisk må betale for etter at en pasient er meldt utskrivningsklar fra spesialisthelsetjenesten. Dette blir beregnet basert på sykehusenes regnskapsførte inntekter fra kommuner ført på konto 326 i helseforetakenes kontoplan. Ved å dele disse inntektene på døgnprisen for overliggerdøgn, får man antall regnskapsførte overliggerdøgn. Dette er dermed et annet mål på antall overliggerdøgn, som gir et vel så korrekt bilde av den faktiske situasjonen ift. utskrivningsklare pasienter, sammenlignet med den tekniske tellingen av antall overliggerdøgn som publiseres i Samhandlingsbarometeret. En svakhet med antall fakturerte overliggerdøgn i SAMDATA er at den ikke gir oversikt over antall overliggerdøgn for ulike pasientgrupper.

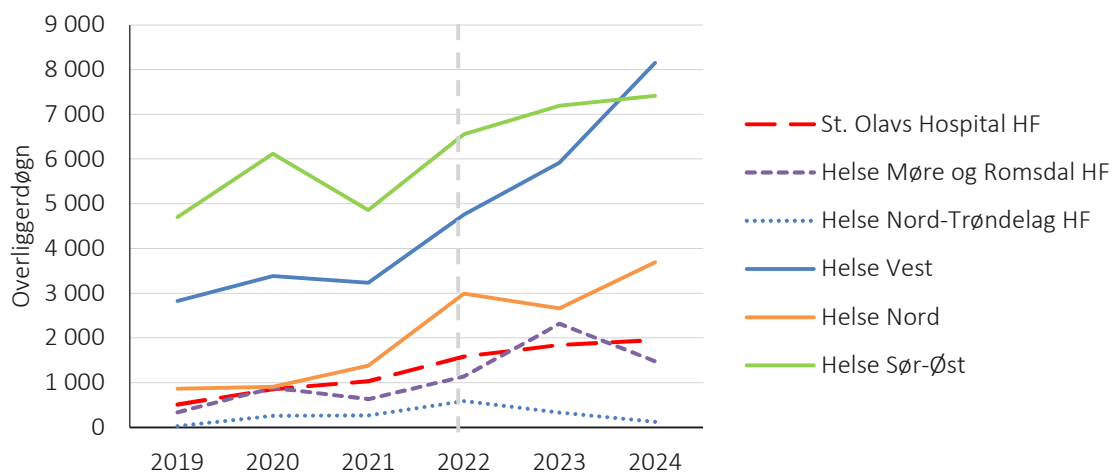
For denne indikatoren, sammenlikner vi ikke St. Olavs med andre helseforetak, ettersom indikatoren ikke er normalisert. Figur 4.11 viser imidlertid at St. Olavs har hatt en nedgang i indikatoren fra 2021 til 2024. I 2024 er nivået likevel godt over nivået i perioden 2017-2020.

Figur 4.11 Overliggerdøgn for utskrivningsklare pasienter - somatikk, regnskapsførte

Kilde: Vista Analyse basert på data fra SAMDATA.

4.8 Utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og TSB samlet – fakturerte overliggerdøgn

For denne indikatoren, sammenlikner vi ikke St. Olavs med andre helseforetak, ettersom indikatoren ikke er normalisert. Figur 4.12 viser imidlertid at St. Olavs har hatt en økende trend i indikatoren, og er på et høyere nivå i 2024 enn før 2022.

Figur 4.12 Overliggerdøgn for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og TSB samlet, regnskapsførte

Kilde: Vista Analyse basert på data fra SAMDATA.

5 Samhandlingsbarometeret

Samhandlingsbarometeret eies og driftes av Helse Førde på vegne av Helse Vest, og skal gi et felles kunnskapsgrunnlag for samhandlingen mellom kommune- og spesialhelsetjenesten. Samhandlingsbarometeret har en rekke tilgjengelige statistikker både knyttet til samhandling, fag, kvalitet, ressurser og økonomi. Dermed er Samhandlingsbarometeret en sentral datakilde med relevante variabler for en analyse av fordeler og ulemper ved Helseplattformen.

Utvalgte indikatorer

I dette kapittelet går vi gjennom våre analyser basert på variabler fra Samhandlingsbarometeret inndelt i kategoriene reinnleggelser, utskrivningsklare pasienter, somatiske DRG-poeng, innleggelser, akutt medisinske korttidsinnleggelser og liggetid. Totalt 21 indikatorer fra Samhandlingsbarometeret er inkludert. Dataene ble lastet ned i oktober 2025, og indikatorer som ikke hadde 2024-data på dette tidspunktet ble ikke inkludert i analysen.

Grunnet feil i datagrunnlaget fra FHI knyttet til utskrivningsklare pasienter, ble statistikken for 2023 og 2024 trukket. Statistikk om utskrivningsklare pasienter ville vært svært relevante i en analyse av fordeler og ulemper med Helseplattformen, og vi anbefaler å analysere utviklingen i overliggerdøgn for utskrivningsklare pasienter for ulike pasientgrupper når statistikk for 2023 og 2024 publiseres. I kapittel 4.7 så vi imidlertid på utviklingen i fakturerte overliggerdøgn for utskrivningsklare pasienter.

Analyse av trender for kommunene som innførte Helseplattformen i 2022

I denne analysen har vi valgt å fokusere på de syv kommunene som innførte Helseplattformen i 2022 (Trondheim, Åfjord, Indre Fosen, Ørland, Holtålen, Os og Røros). Dette gir de lengste tidsseriene etter innføring, og dermed det beste grunnlaget for å vurdere utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten.

Ettersom utviklingen for kommunene som innførte HP i 2022 regnes ut som snittet av verdiene for disse syv kommunene, og enkelte av kommunene har få innbyggere som kan gjøre at disse får større utslag i rate ved relativt små endringer i faktisk antall, kan snittet for kommunegruppen påvirkes av små kommuner. Dette vil påpekes i tilfeller hvor vi vurderer at dette kan drive resultatene.

Fordi vi bruker den gjennomsnittlige raten for kommunene som innførte HP i 2022, har vi også regnet ut den gjennomsnittlige raten for kommunene i Helse Midt-Norge uten HP, og for kommunene i Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst. Dette for å sikre at tallene er sammenlignbare på tvers av grupper. Denne beregningsmetoden gjør at utviklingen vi viser for Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst kan avvike fra statistikken presentert i Samhandlingsbarometeret.

Regresjonsanalyse

I tillegg til trendanalyser har vi gjort regresjonsanalyser med relevante variabler fra Samhandlingsbarometeret. Vi har brukt følgende modellspesifikasjon i regresjonsanalysen:

$$y_{i,t} = \beta_0 + \beta_1 HP22_{i,t} + \beta_2 HP23_{i,t} + Befolkningstr_{i,t} + \lambda_i + \gamma_t + \varepsilon_{i,t},$$

hvor y er indikatoren. Variabelen $HP22$, er en binær variabel som tar verdien 1 i 2023 og 2024 for kommunene som ble koblet på Helseplattformen i 2022, og 0 for alle andre observasjoner. Videre kontrollerer vi for befolkningsstørrelse og $HP23$, som er en binær variabel som tar verdien 1 i 2024 for kommunene som innførte Helseplattformen i 2023, og 0 for alle andre observasjoner. λ_i og γ_t er hhv. sykehusfaste og tidsfaste effekter. $\varepsilon_{i,t}$ er feilleddet.

5.1 Datakvalitet

Samhandlingsbarometeret publiserer data basert kilder som Norsk pasientregister (NPR), Kommunalt pasientregister (KPR), FHI, KOSTRA, SSB og noen kvalitetsregister. Fra samtaler med personer som jobber med statistikk blant annet i Helsedirektoratet, har vi fått opplysninger om at data fra disse kildene kan være påvirket av innføringen av Helseplattformen i Helse Midt-Norge i 2022-2024, som har gitt feil og mangler i registreringen til NPR. Dette har påvirket både aktivitet og datakvalitet. Vi legger til grunn at dataene fra Samhandlingsbarometeret også kan være påvirket av dette. Dette gjelder særlig variabler som måler aktivitet, ettersom aktivitetsdataene påvirkes av innføringen av HP blant annet ved at logikk for oppsplitting av fleravdelingsopphold er endret.

Publisering av statistikk på kommunenivå kan gi utfordringer i forhold til datasikkerhet og personvern. Dette gjelder særlig data som er knyttet til personer, og er relevant for nesten samtlige av variablene fra Samhandlingsbarometeret som inngår i vår analyse. Samhandlingsbarometeret løser personvernsutfordringene ved å ikke publisere data dersom det er mindre enn fem personer bak et variabelvalg.

5.2 Reinnleggelser

Reinnleggelser er et viktig mål i helsetjenesten. Helseplattformen skal gi helsepersonell mer informasjon om pasienten, blant annet prøvesvar, som kan være avgjørende for en fastlege eller legevaktslege for å vurdere om det er behov for innleggelse. Bedre tilgang om informasjon om pasienten kan bidra til å unngå innleggelser, herunder reinnleggelser, fordi legen for eksempel kan sammenligne prøvesvar med prøvesvar fra sykehuset, og på bakgrunn av dette vurdere om tilstanden er stabil eller om det er behov for innleggelse.

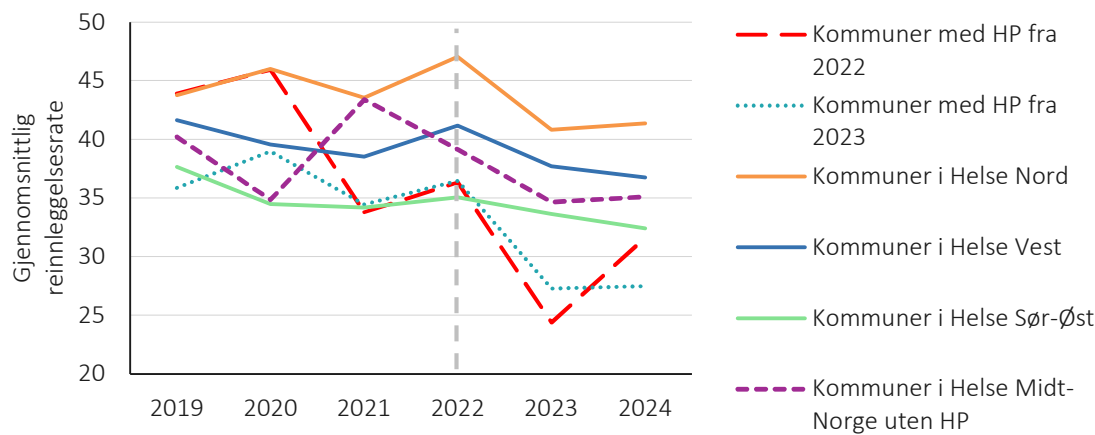
5.2.1 Reinnleggelser per 1000 innbygger - noe skrøpelige pasienter (75+)

Tabell 5.1 Reinnleggelser per 1000 innbygger - noe skrøpelige pasienter (75+)

Sammenlikning kommuner som ble en del av Helseplattformen i 2022 med andre kommuner	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg etter 2022 for kommunene som innførte HP i 2022, sammenliknet med kommuner uten HP?	Ikke konkludert
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for kommunene som innførte HP i 2022 sammenliknet med kommuner uten HP?	Lavere sammenliknet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

Figur 5.1 Reinnleggelser per 1000 innbygger - noe skrøpelige pasienter (75+)



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Samhandlingsbarometeret.

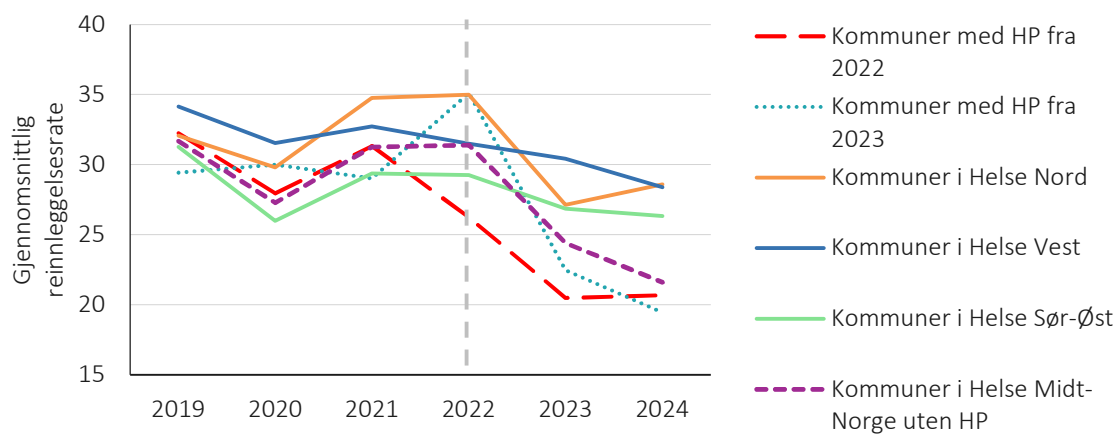
5.2.2 Reinnleggelser per 1000 innbygger - skrøpelige pasienter (75+)

Tabell 5.2 Reinnleggelser per 1000 innbygger - skrøpelige pasienter (75+)

Sammenlikning kommuner som ble en del av Hel-seplattformen i 2022 med andre kommuner	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg etter 2022 for kommunene som innførte HP i 2022, sammenliknet med kommuner uten HP?	Lik utvikling sammenlignet med kommuner uten HP
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for kommunene som innførte HP i 2022 sammenliknet med kommuner uten HP?	Lavere sammenlignet med kommuner uten HP

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

Figur 5.2 Reinnleggelser per 1000 innbygger - skrøpelige pasienter (75+)



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Samhandlingsbarometeret.

5.2.3 Reinnleggelser per 1000 innbygger for voksne med flere kroniske lidelser

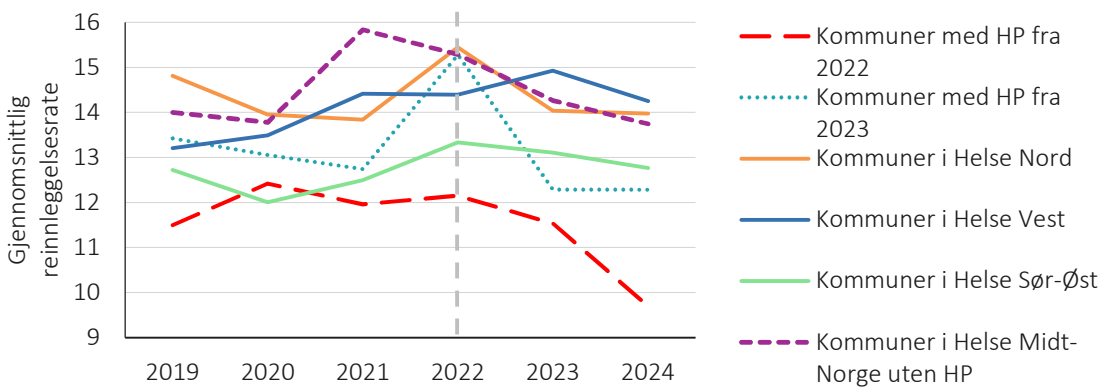
Tabell 5.3 Reinnleggelser per 1000 innbygger for voksne med flere kroniske lidelser

Sammenlikning kommuner som ble en del av Hel-seplattformen i 2022 med andre kommuner	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg etter 2022 for kommunene som innførte HP i 2022, sammenliknet med kommuner uten HP?	Mer positiv utvikling sammenliknet med kommuner uten HP*
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for kommunene som innførte HP i 2022 sammenliknet med kommuner uten HP?	Lavere nivå sammenliknet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

* Regresjonsanalysen viser at kommunene som innførte HP i 2022 har en signifikant mer positiv trend etter 2022 sammenliknet med andre kommuner. I gjennomsnitt tilsvarer dette en reduksjon på 2,5 i innleggelsesraten for voksne med flere kroniske lidelser, sammenliknet med andre kommuner. Resultatet er signifikant på 10 % signifikansnivå. Årsakene til dette kan være sammensatt.

Figur 5.3 Reinnleggelser per 1000 innbygger for voksne med flere kroniske lidelser



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Samhandlingsbarometeret.

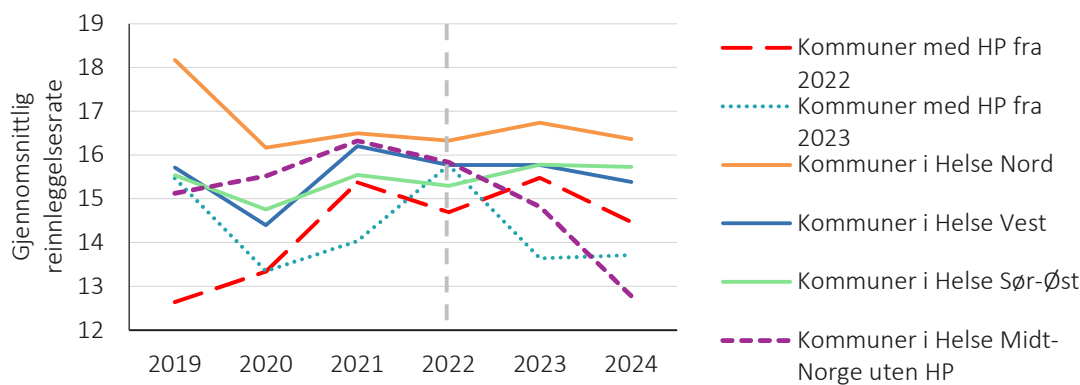
5.2.4 Reinnleggelser per 1000 innbygger for pasienter 0-69 år

Tabell 5.4 Reinnleggelser per 1000 innbygger for pasienter 0-69 år

Sammenlikning kommuner som ble en del av Hel-seplattformen i 2022 med andre kommuner	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg etter 2022 for kommunene som innførte HP i 2022, sammenliknet med kommuner uten HP?	Lik utvikling sammenliknet med kommuner uten HP
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for kommunene som innførte HP i 2022 sammenliknet med kommuner uten HP?	Hverken høyt eller lavt nivå sammenliknet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

Figur 5.4 Reinnleggelser per 1000 innbygger for pasienter 0-69 år



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Samhandlingsbarometeret.

5.2.5 Reinnleggelser per 1000 innbygger for pasienter 70+ år

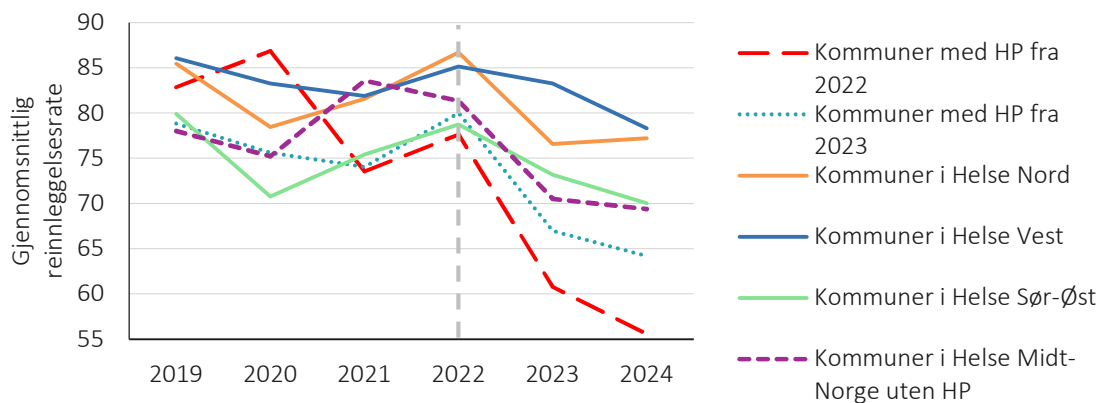
Tabell 5.5 Reinnleggelser per 1000 innbygger for pasienter 70+ år

Sammenlikning kommuner som ble en del av Hel-seplattformen i 2022 med andre kommuner	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg etter 2022 for kommunene som innførte HP i 2022, sammenliknet med kommuner uten HP?	Mer positiv utvikling sammenliknet med kommuner uten HP*
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for kommunene som innførte HP i 2022 sammenliknet med kommuner uten HP?	Lavere nivå sammenliknet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

*Regresjonsanalysen viser at kommunene som innførte HP i 2022 har en signifikant mer positiv trend etter 2022 sammenliknet med andre kommuner. I gjennomsnitt tilsvarer dette en reduksjon på 23 i reinnleggesratesraten for personer over 70 år, sammenliknet med andre kommuner. Resultatet er signifikant på 1 % signifikansnivå. Årsakene til dette kan være sammensatt.

Figur 5.5 Reinnleggelser per 1000 innbygger for pasienter 70+ år



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Samhandlingsbarometeret

5.3 Liggetid per 1000 innbygger

Liggetid kan påvirkes av Helseplattformen dersom Helseplattformen medfører mer effektiv arbeidsflyt og kortere ventetid for pasienter i behandling, slik at nødvendig behandling kan gjennomføres på kortere tid. Det kan også bety at pasientene som legges inn på sykehus er mer komplekse enn tidligere, og derfor har lengre liggetid.

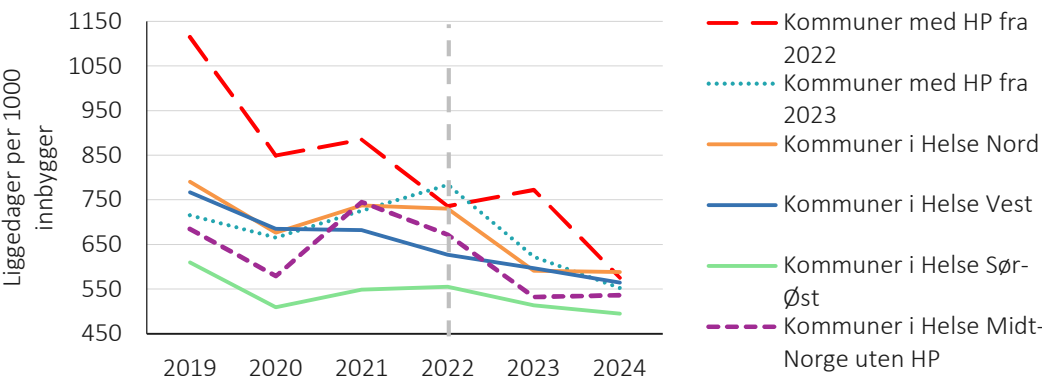
5.3.1 Skrøpelige eldre - liggedager per 1000 innbygger

Tabell 5.6 Skrøpelige eldre - liggedager per 1000 innbygger

Sammenlikning kommuner som ble en del av Helseplattformen i 2022 med andre kommuner	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg etter 2022 for kommunene som innførte HP i 2022, sammenliknet med kommuner uten HP?	Mer positiv utvikling sammenliknet med kommuner uten HP*
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for kommunene som innførte HP i 2022 sammenliknet med kommuner uten HP?	Blant de høyeste nivåene sammenliknet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.
Det er ikke hensiktsmessig å tolke om trenden er positiv (grønn) eller (negativ), endringer i antall liggedager kan tolkes på flere måter. Variablene er derfor satt i grå.
* Regresjonsanalysen viser at kommunene som innførte HP i 2022 har en signifikant større nedgang i liggedager etter 2022 sammenliknet med andre kommuner. I gjennomsnitt tilsvarer dette en reduksjon på 174 liggedager per 1000 innbyggere for skrøpelige eldre, sammenliknet med andre kommuner. Resultatet er signifikant på 5 % signifikansnivå. Årsakene til dette kan være sammensatt.

Figur 5.6 Skrøpelige eldre - liggedager per 1000 innbygger



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Samhandlingsbarometeret.

5.3.2 Voksne (18+) med flere kroniske lidelser - liggedager per 1000 innbygger

Tabell 5.7 Voksne (18+) med flere kroniske lidelser - liggedager per 1000 innbygger

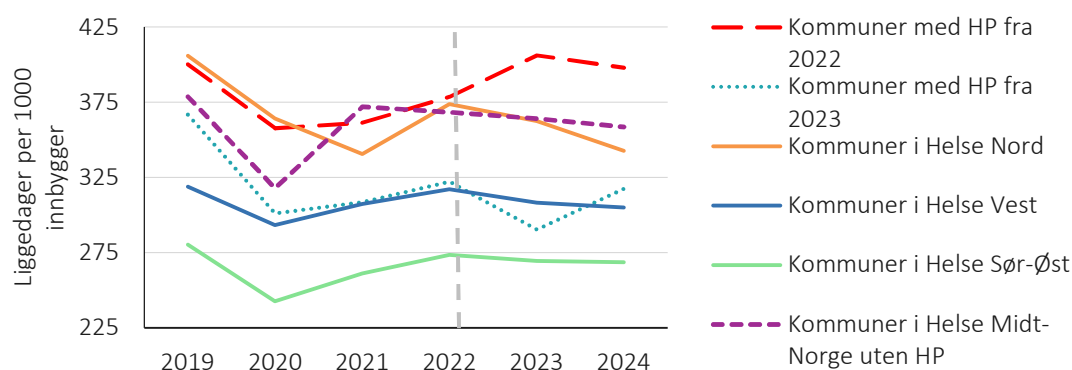
Sammenlikning kommuner som ble en del av Helseplattformen i 2022 med andre kommuner	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg etter 2022 for kommunene som innførte HP i 2022, sammenliknet med kommuner uten HP?	Større økning i antall liggedager sammenliknet med kommuner uten HP*
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for kommunene som innførte HP i 2022 sammenliknet med kommuner uten HP?	Høyere nivå sammenliknet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger

Det er ikke hensiktsmessig å tolke om trenden er positiv (grønn) eller (negativ), endringer i antall liggedager kan tolkes på flere måter. Variablene er derfor satt i grå..

*Regresjonsanalysen viser at kommunene som innførte Helseplattformen i 2022 har en signifikant en større økning i antall liggedager for voksne med flere kroniske lidelser etter 2022 sammenliknet med andre kommuner. I gjennomsnitt tilsvarer dette en økning på 29 liggedager per 1000 innbyggere, sammenliknet med andre kommuner. Resultatet er signifikant på 5 % signifikansnivå.

Figur 5.7 Voksne (18+) med flere kroniske lidelser - liggedager per 1000 innbygger



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Samhandlingsbarometeret.

5.3.3 Voksne (18+) alvorlige psykiske lidelser - liggedager per 1000 innbygger

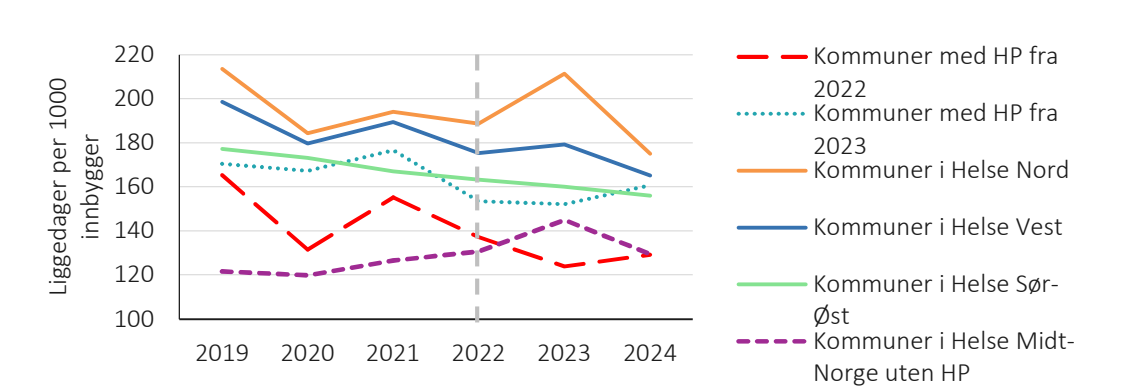
Tabell 5.8 Voksne (18+) alvorlige psykiske lidelser - liggedager per 1000 innbygger

Sammenlikning kommuner som ble en del av Helseplattformen i 2022 med andre kommuner	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg etter 2022 for kommunene som innførte HP i 2022, sammenliknet med kommuner uten HP?	Ikke konkludert. Ulikt utslag enn de andre, for tidlig å konkludere.
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for kommunene som innførte HP i 2022 sammenliknet med kommuner uten HP?	Blant de laveste nivåene sammenliknet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

Det er ikke hensiktsmessig å tolke om trenden er positiv (grønn) eller (negativ), endringer i antall liggedager kan tolkes på flere måter. Variablene er derfor satt i grå.

Figur 5.8 Voksne (18+) alvorlige psykiske lidelser - liggedager per 1000 innbygger



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Samhandlingsbarometeret.

5.3.4 Barn og unge (somatikk) - liggedager per 1000 innbygger

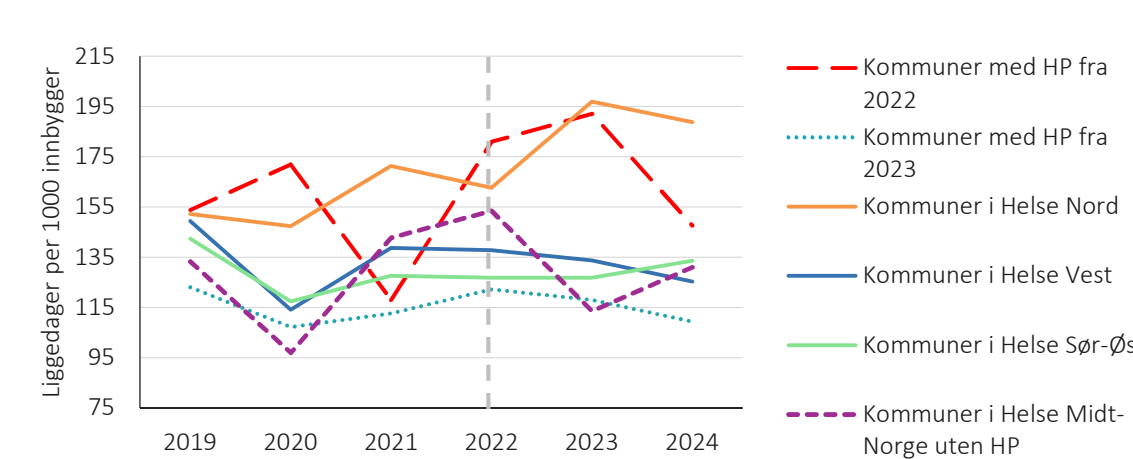
Tabell 5.9 Barn og unge (somatikk) - liggedager per 1000 innbygger

Sammenlikning kommuner som ble en del av Helseplattformen i 2022 med andre kommuner	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg etter 2022 for kommunene som innførte HP i 2022, sammenliknet med kommuner uten HP?	Store utslag, for tidlig å konkludere
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for kommunene som innførte HP i 2022 sammenliknet med kommuner uten HP?	Hverken høyt eller lavt sammenliknet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

Det er ikke hensiktsmessig å tolke om trenden er positiv (grønn) eller (negativ), endringer i antall liggedager kan tolkes på flere måter. Variablene er derfor satt i grå.

Figur 5.9 Barn og unge (somatikk) - liggedager per 1000 innbygger



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Samhandlingsbarometeret.

5.3.5 Barn og unge (0-20 år) psykisk helsevern - liggedager per 1000 innbygger

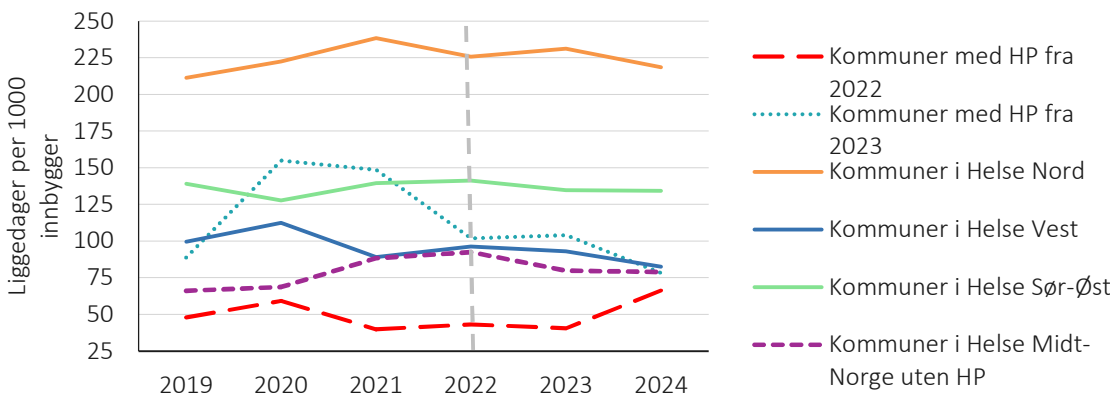
Tabell 5.10 Barn og unge (0-20 år) psykisk helsevern - liggedager per 1000 innbygger

Sammenlikning kommuner som ble en del av Helseplattformen i 2022 med andre kommuner	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg etter 2022 for kommunene som innførte HP i 2022, sammenliknet med kommuner uten HP?	Lik utvikling sammenliknet med kommunegrupper uten HP
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for kommunene som innførte HP i 2022 sammenliknet med kommuner uten HP?	Lavest nivå sammenliknet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

Det er ikke hensiktsmessig å tolke om trenden er positiv (grønn) eller (negativ), endringer i antall liggedager kan tolkes på flere måter. Variablene er derfor satt i grå.

Figur 5.10 Barn og unge (0-20 år) psykisk helsevern - liggedager per 1000 innbygger



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Samhandlingsbarometeret.

5.4 Somatiske DRG-poeng

Etter innføringen av Helseplattformen ved St. Olavs hospital har det vært en økning i kirurgiske DRG-poeng per 1000 innbyggere. DRG-poeng (DiagnoseRelaterte Grupper) er et mål på sykehusaktivitet, og brukes blant annet til å beregne ressursbruk og finansiering. En økning i disse poengene kan ha flere forklaringer. For det første kan det skyldes at det nye journalsystemet gir bedre støtte for dokumentasjon og koding, slik at mer av den kirurgiske aktiviteten blir korrekt registrert og gir uttelling i DRG-systemet. Det kan også være en reell økning i kirurgisk aktivitet, for eksempel som følge av endrede prioriteringer, pasientflyt eller kapasitetsutnyttelse etter innføringen av Helseplattformen. I tillegg kan endringer i pasientsammensetningen ha spilt inn, der mer komplekse pasienter gir høyere poeng. Det er også mulig at tekniske endringer i hvordan DRG-poeng beregnes eller rapporteres i det nye systemet har påvirket resultatene. Mest sannsynlig skyldes økningen en kombinasjon av flere av disse faktorene, og tolkningen bør derfor gjøres med forsiktighet.

Økningen i kirurgiske DRG-poeng per 1000 innbyggere etter innføringen av Helseplattformen kan være positiv, særlig hvis den skyldes bedre dokumentasjon eller økt aktivitet. Samtidig kan den også skyldes tekniske endringer i systemet eller endret pasientsammensetning. Derfor bør utviklingen tolkes med forsiktighet, og det er sannsynlig at flere faktorer spiller inn samtidig.

5.4.1 Kirurgiske DRG-poeng per 1000 innbygger

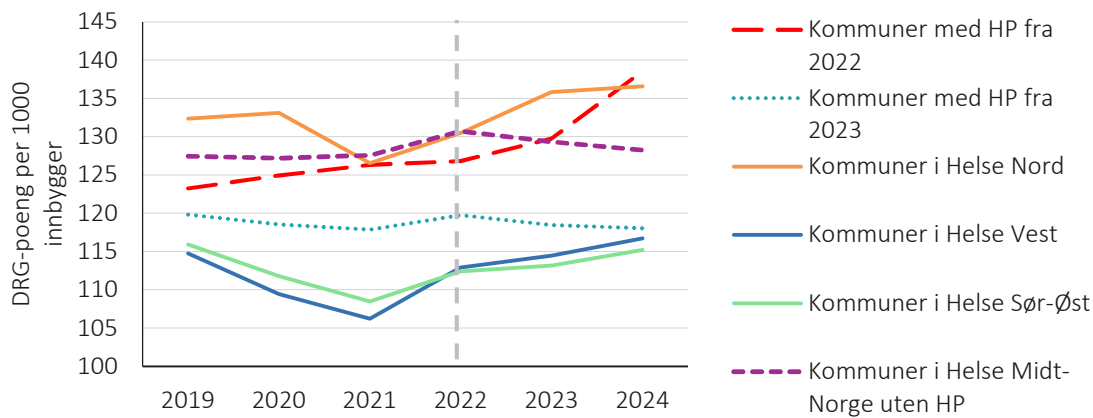
Tabell 5.11 Kirurgiske DRG-poeng per 1000 innbygger

Sammenlikning kommuner som ble en del av Hel-seplattformen i 2022 med andre kommuner	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg etter 2022 for kommunene som innførte HP i 2022, sammenliknet med kommuner uten HP?	Mer økning i antall DRG-poeng per innbygger sammenliknet med kommuner uten HP*.
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for kommunene som innførte HP i 2022 sammenliknet med kommuner uten HP?	Høyere nivå sammenliknet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

* Regresjonsanalysen viser at kommunene som innførte HP i 2022 har en signifikant mer positiv trend etter 2022 sammenliknet med andre kommuner. I gjennomsnitt tilsvarer dette en økning på 7 kirurgiske DRG-poeng per 1000 innbyggere, sammenliknet med andre kommuner. Resultatet er signifikant på et 1% signifikansnivå. Årsakene til dette kan være sammensatt.

Figur 5.11 Kirurgiske DRG-poeng per 1000 innbygger



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Samhandlingsbarometeret.

5.4.2 Medisinske DRG-poeng per 1000 innbygger

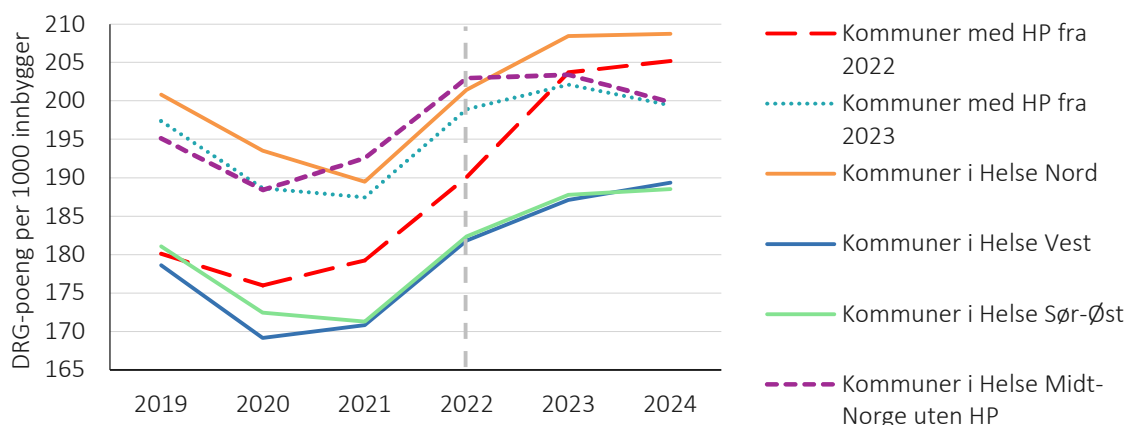
Tabell 5.12 Medisinske DRG-poeng per 1000 innbygger

Sammenlikning kommuner som ble en del av Hel-seplattformen i 2022 med andre kommuner	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg etter 2022 for kommunene som innførte HP i 2022, sammenliknet med kommuner uten HP?	Mer positiv utvikling sammenliknet med kommuner uten HP*
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for kommunene som innførte HP i 2022 sammenliknet med kommuner uten HP?	Blant de høyeste nivåene sammenliknet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger.

* Regresjonsanalysen viser at kommunene som innførte HP i 2022 har en signifikant mer positiv trend etter 2022 sammenliknet med andre kommuner. I gjennomsnitt tilsvarer dette en økning på 14 medisinske DRG-poeng per 1000 innbyggere, sammenliknet med andre kommuner. Resultatet er signifikant på et 1% signifikansnivå. Årsakene til dette kan være sammensatt.

Figur 5.12 Medisinske DRG-poeng per 1000 innbygger



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Samhandlingsbarometeret

5.5 Innleggelser

Som nevnt under kapittel 5.2 om reinnleggelser, kan større tilgang på informasjon for fastleger og legevaktsleger bidra til å forhindre unødvendige sykehusinnleggelser.

Vi har analysert fem indikatorer for innleggelser per 1000 innbygger for ulike pasientgrupper som skrøpelige eldre, voksne med flere kroniske lidelser, voksne med alvorlige psykiske lidelser, samt barn og unge innen somatikk og psykisk helsevern.

Indikatoren for **innleggelser er krevende å tolke**. En økning i innleggelser kan tolkes på to måter: På den ene siden kan det indikere en mer effektiv helsetjeneste som fanger opp behandlingsbehov tidligere. På den andre siden kan det tyde på at samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten ikke har blitt bedret, slik at flere pasienter enn nødvendig må innlegges på sykehus. Vi har valgt å ikke vurdere om endringene i antall innleggelser er positive eller negative (derfor går farge i tabellene under), men det er gitt en deskriptiv beskrivelse av utviklingen.

5.5.1 Skrøpelige eldre – Innleggelser per 1000 innbygger

Tabell 5.13 Skrøpelige eldre – Innleggelser per 1000 innbygger

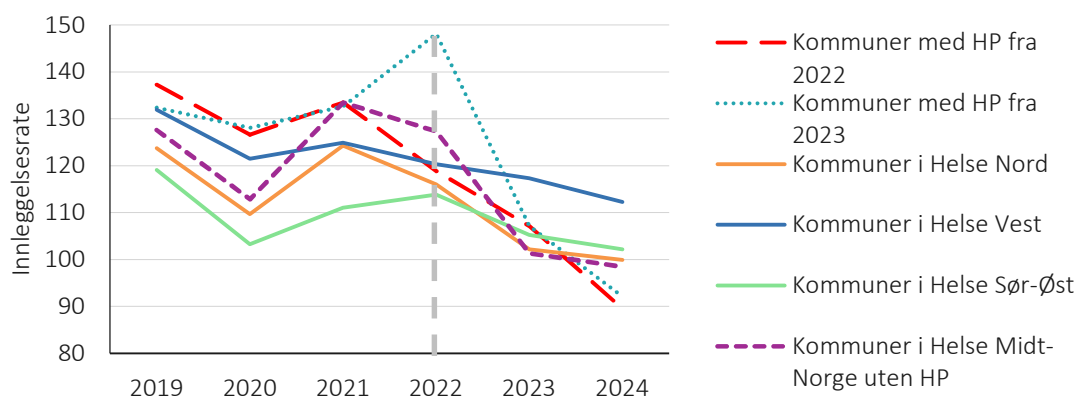
Sammenlikning kommuner som ble en del av Hel-seplattformen i 2022 med andre kommuner	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg etter 2022 for kommunene som innførte HP i 2022, sammenliknet med kommuner uten HP?	Sterkere nedadgående utvikling sammenliknet med kommuner uten HP*
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for kommunene som innførte HP i 2022 sammenliknet med kommuner uten HP?	Lavere sammenliknet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger. Endringer i antall innleggelser er krevende å tolke, vurderingen i denne tabellen er derfor i grå og gir kun en deskriptiv beskrivelse.

*Regresjonsanalysen viser at kommunene som innførte HP i 2022 har en signifikant sterkere nedgang etter 2022 sammenliknet med andre kommuner. I gjennomsnitt tilsvarer dette en reduksjon på 30 i innleggelsesraten for skrøpelige

eldre, sammenliknet med andre kommuner. Resultatet er signifikant på 1 % signifikansnivå. Årsakene til dette kan være sammensatt.

Figur 5.13 Skrøpelige eldre - Innleggelser per 1000 innbygger



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Samhandlingsbarometeret.

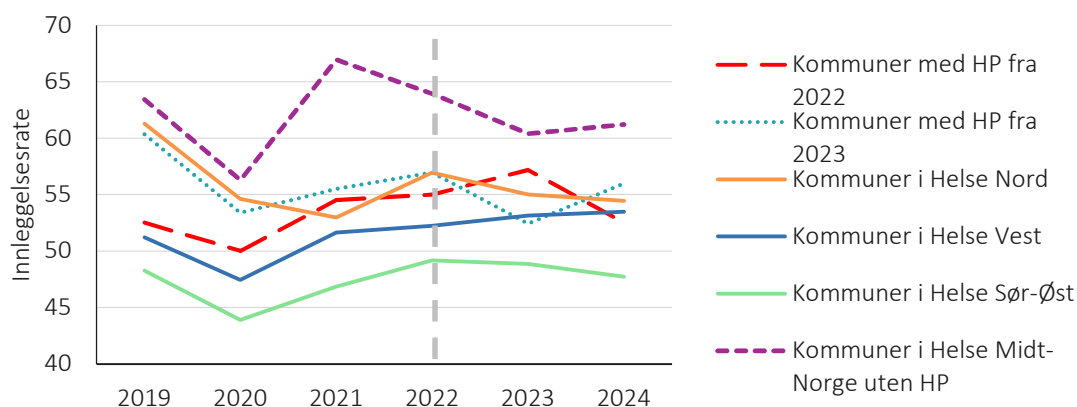
5.5.2 Voksne 18+ med flere kroniske lidelser - Innleggelser per 1000 innbygger

Tabell 5.14 Voksne 18+ med flere kroniske lidelser - Innleggelser per 1000 innbygger

Sammenlikning kommuner som ble en del av Hel-seplattformen i 2022 med andre kommuner	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg etter 2022 for kommunene som innførte HP i 2022, sammenliknet med kommuner uten HP?	Lik utvikling sammenlignet med kommuner uten HP
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for kommunene som innførte HP i 2022 sammenliknet med kommuner uten HP?	Hverken høyt eller lavt nivå sammenlignet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger. Endringer i antall innleggelser er krevende å tolke, vurderingen i denne tabellen er derfor i grå og gir kun en deskriptiv beskrivelse.

Figur 5.14 Voksne 18+ med flere kroniske lidelser - Innleggelser per 1000 innbygger



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Samhandlingsbarometeret.

5.5.3 Voksne med alvorlige psykiske lidelser - innleggelser per 1000 innbygger

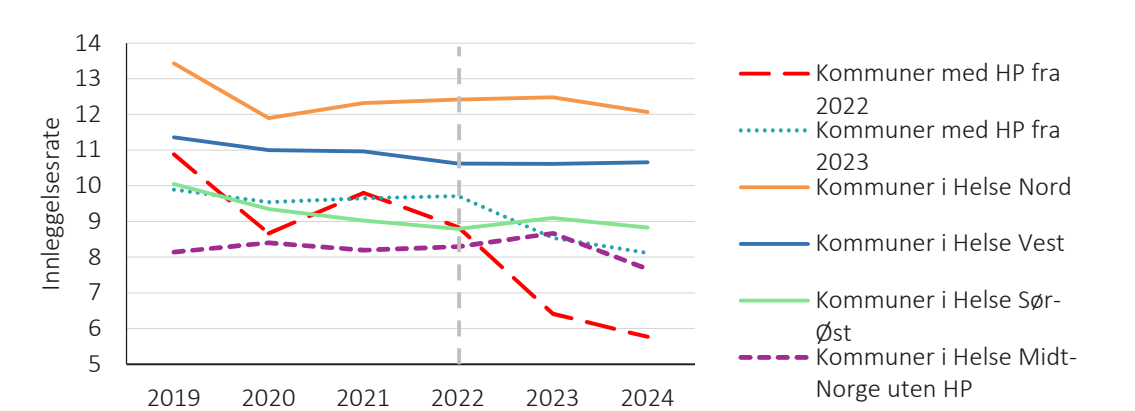
Tabell 5.15 Voksne med alvorlige psykiske lidelser - innleggelser per 1000 innbygger

Sammenlikning kommuner som ble en del av Helseplattformen i 2022 med andre kommuner	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg etter 2022 for kommunene som innførte HP i 2022, sammenliknet med kommuner uten HP?	Sterkere nedadgående utvikling sammenliknet med kommuner uten HP*
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for kommunene som innførte HP i 2022 sammenliknet med kommuner uten HP?	Lavere sammenliknet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger. Endringer i antall innleggelser er krevende å tolke, vurderingen i denne tabellen er derfor i grå og gir kun en deskriptiv beskrivelse.

* Regresjonsanalysen viser at kommunene som innførte HP i 2022 har en signifikant større nedgang etter 2022 sammenliknet med andre kommuner. I gjennomsnitt tilsvarer dette en reduksjon på 3,6 i innleggelsesraten for voksne med alvorlige psykiske lidelser, sammenliknet med andre kommuner. Resultatet er signifikant på 1 % signifikansnivå. Årsakene til dette kan være sammensatt.

Figur 5.15 Voksne med alvorlige psykiske lidelser - innleggelser per 1000 innbygger



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Samhandlingsbarometeret.

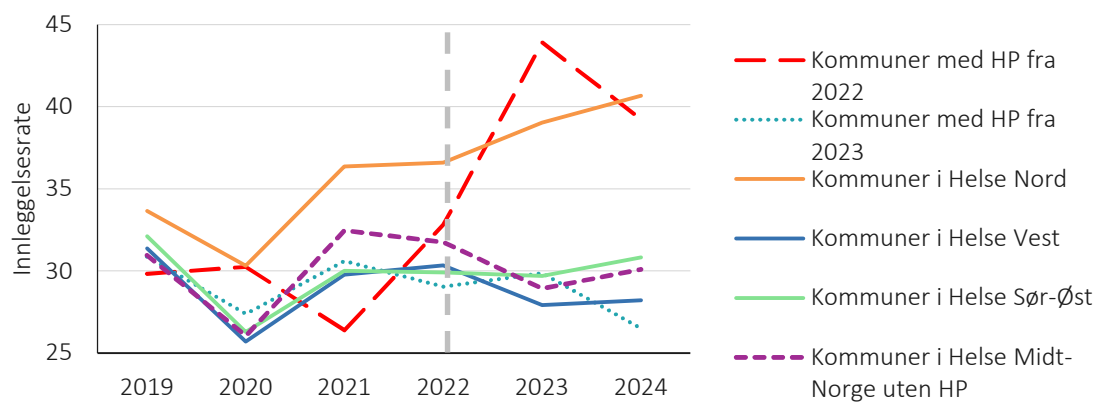
5.5.4 Barn og unge (somatikk) - innleggelser per 1000 innbygger

Tabell 5.16 Barn og unge (somatikk) - innleggelser per 1000 innbygger

Sammenlikning kommuner som ble en del av Hel-seplattformen i 2022 med andre kommuner	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg etter 2022 for kommunene som innførte HP i 2022, sammenliknet med kommuner uten HP?	Store utslag, for tidlig å konkludere.
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for kommunene som innførte HP i 2022 sammenliknet med kommuner uten HP?	Blant de høyeste nivåene sammenliknet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger. Endringer i antall innleggelser er krevende å tolke, vurderingen i denne tabellen er derfor i grå og gir kun en deskriptiv beskrivelse.

Figur 5.16 Barn og unge (somatikk) - innleggelser per 1000 innbygger



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Samhandlingsbarometeret.

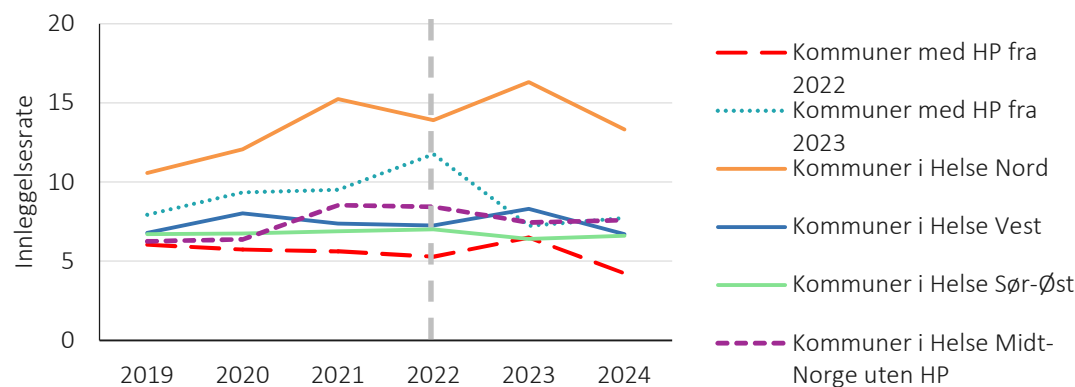
5.5.5 Barn og unge (0-20 år) psykisk helsevern - innleggelser per 1000 innbygger

Tabell 5.17 Barn og unge (0-20 år) psykisk helsevern - innleggelser per 1000 innbygger

Sammenlikning kommuner som ble en del av Hel-seplattformen i 2022 med andre kommuner	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg etter 2022 for kommunene som innførte HP i 2022, sammenliknet med kommuner uten HP?	Lik utvikling sammenliknet med kommuner uten HP
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for kommunene som innførte HP i 2022 sammenliknet med kommuner uten HP?	Lavere sammenliknet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger. Endringer i antall innleggelser er krevende å tolke, vurderingen i denne tabellen er derfor i grå og gir kun en deskriptiv beskrivelse.

Figur 5.17 Barn og unge (0-20 år) psykisk helsevern - innleggelser per 1000 innbygger



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Samhandlingsbarometeret.

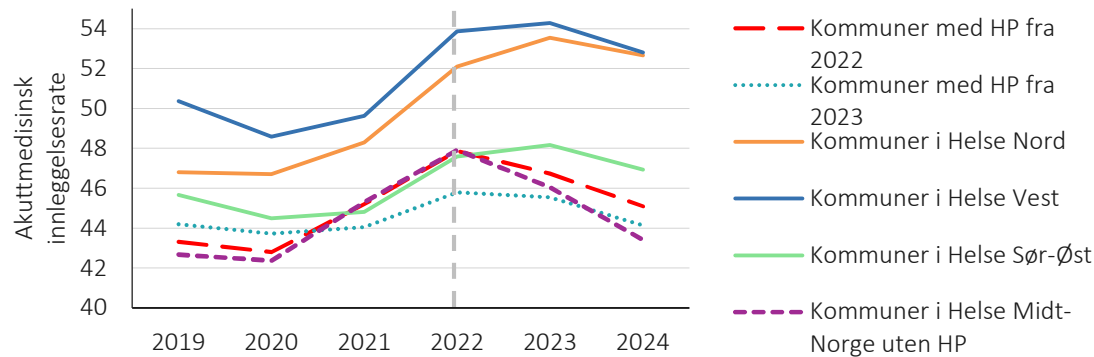
5.5.6 Akuttmedisinske innleggelser (0-2 døgn) for pasienter 0-79 år, per 1000 innbygger

Tabell 5.18 Akuttmedisinske innleggelser (0-2 døgn) for pasienter 0-79 år, per 1000 innbygger

Sammenlikning kommuner som ble en del av Helseplattformen i 2022 med andre kommuner	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg etter 2022 for kommunene som innførte HP i 2022, sammenliknet med kommuner uten HP?	Lik utvikling sammenliknet med kommuner uten HP
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for kommunene som innførte HP i 2022 sammenliknet med kommuner uten HP?	Blant de laveste nivåene sammenliknet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger. Endringer i antall innleggelser er krevende å tolke, vurderingen i denne tabellen er derfor i grå og gir kun en deskriptiv beskrivelse.

Figur 5.18 Akuttmedisinske innleggelser (0-2 døgn) for pasienter 0-79 år, per 1000 innbygger



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Samhandlingsbarometeret.

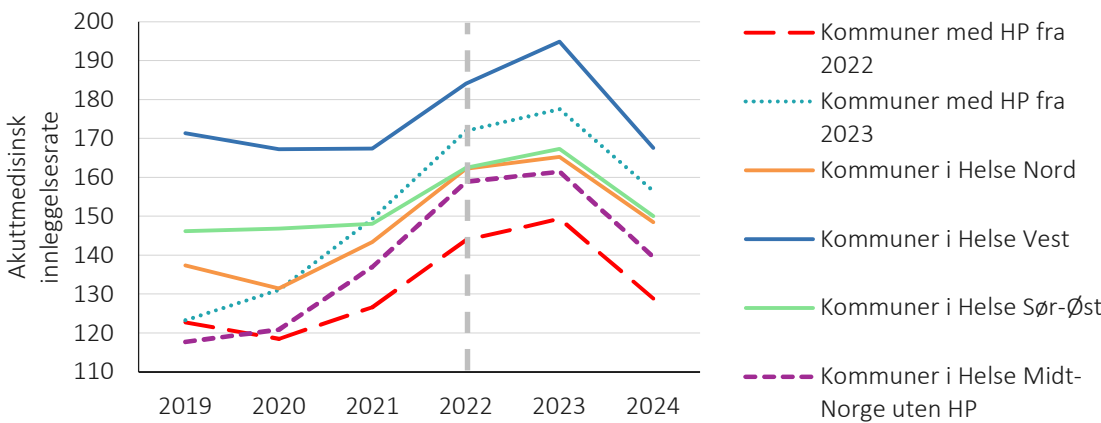
5.5.7 Akuttmedisinske innleggelser (0-2 døgn) for pasienter 80+ år, per 1000 innbygger

Tabell 5.19 Akuttmedisinske innleggelser (0-2 døgn) for pasienter 80+ år, per 1000 innbygger

Sammenlikning kommuner som ble en del av Hel-seplattformen i 2022 med andre kommuner	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg etter 2022 for kommunene som innførte HP i 2022, sammenliknet med kommuner uten HP?	Lik utvikling sammenlignet med kommuner uten HP
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for kommunene som innførte HP i 2022 sammenliknet med kommuner uten HP?	Lavere nivå sammenlignet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger. Endringer i antall innleggelser er krevende å tolke, vurderingen i denne tabellen er derfor i grå og gir kun en deskriptiv beskrivelse.

Figur 5.19 Akuttmedisinske innleggelser (0-2 døgn) for pasienter 80+ år, per 1000 innbygger



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Samhandlingsbarometeret.

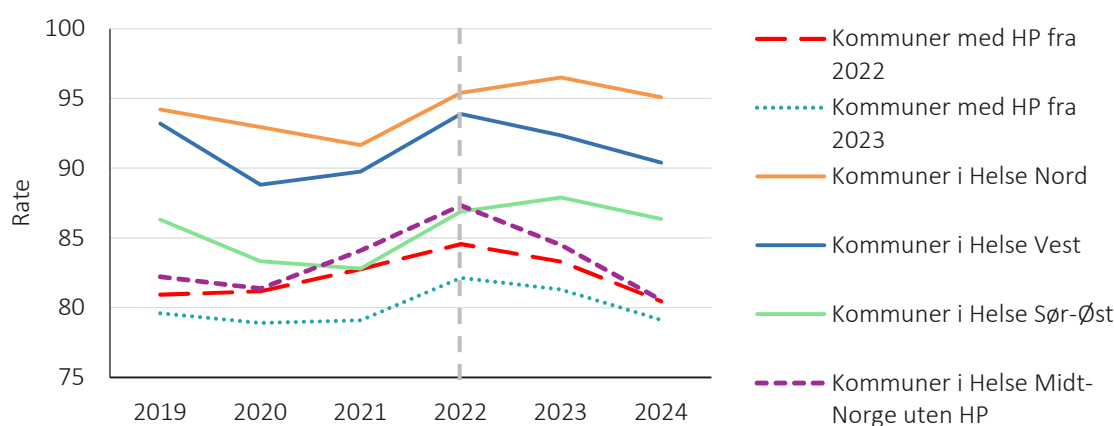
5.5.8 Akuttmedisinske innleggelser for pasienter 0-79 år, per 1000 innbygger

Tabell 5.20 Akuttmedisinske innleggelser for pasienter 0-79 år, per 1000 innbygger

Sammenlikning kommuner som ble en del av Hel-seplattformen i 2022 med andre kommuner	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg etter 2022 for kommunene som innførte HP i 2022, sammenliknet med kommuner uten HP?	Lik utvikling sammenlignet med kommuner uten HP
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for kommunene som innførte HP i 2022 sammenliknet med kommuner uten HP?	Blant de laveste nivåene sammenlignet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger. Endringer i antall innleggelser er krevende å tolke, vurderingen i denne tabellen er derfor i grå og gir kun en deskriptiv beskrivelse.

Figur 5.20 Akuttmedisinske innleggelser for pasienter 0-79 år, per 1000 innbygger



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Samhandlingsbarometeret.

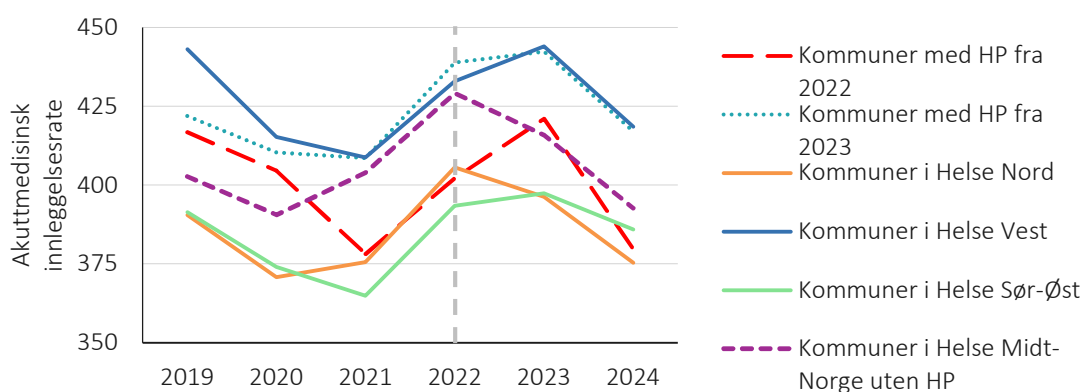
5.5.9 Akuttmedisinske innleggelser for pasienter 80+ år, per 1000 innbygger

Tabell 5.21 Akuttmedisinske innleggelser for pasienter 80+ år, per 1000 innbygger

Sammenlikning kommuner som ble en del av Hel-seplattformen i 2022 med andre kommuner	Vurdering
Trendutvikling: Hvordan har indikatorverdien utviklet seg etter 2022 for kommunene som innførte HP i 2022, sammenliknet med kommuner uten HP?	Lik utvikling sammenliknet med kommunene uten HP
Indikatorverdi i 2024: Er indikatorverdien i 2024 høyere eller lavere for kommunene som innførte HP i 2022 sammenliknet med kommuner uten HP?	Blant de laveste nivåene sammenliknet med gjennomsnittet i andre RHF

Kilde: Vista Analyse. Merk at vi ikke vurderer årsakssammenhenger. Endringer i antall innleggelser er krevende å tolke, vurderingen i denne tabellen er derfor i grå og gir kun en deskriptiv beskrivelse.

Figur 5.21 Akuttmedisinske innleggelser for pasienter 80+ år, per 1000 innbygger



Kilde: Vista Analyse basert på data fra Samhandlingsbarometeret.

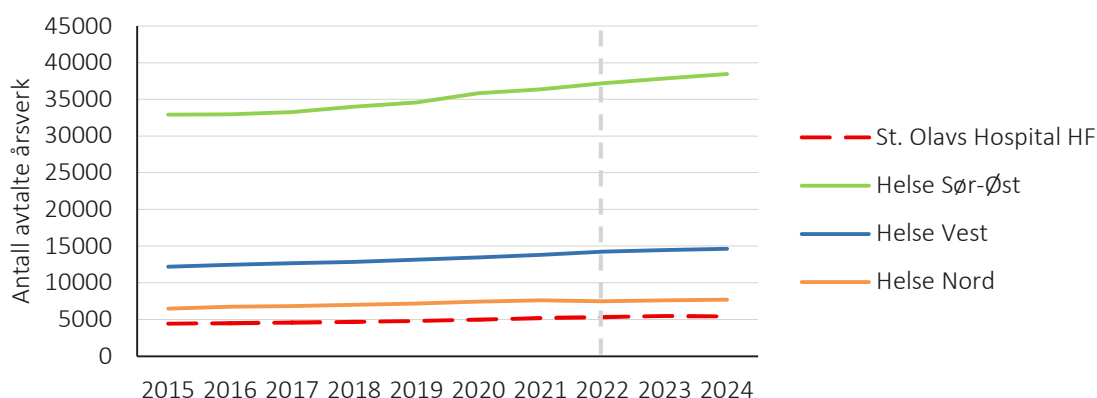
6 Statistikk fra SSB

SSB har en data for en rekke variabler, blant annet knyttet til spesialhelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. I dette delkapittelet ser vi på utviklingen innen antall årsverk i spesialhelsetjenesten. Totalt fire indikatorer er basert på SSB-data.

6.1 Antall avtalte årsverk – somatikk

Ettersom indikatoren ikke er normalisert, kan vi ikke sammenlikne utviklingen for St. Olavs med andre helseforetak. Nivået for St. Olavs er relativt stabilt over tid.

Figur 6.1 Antall avtalte årsverk – somatikk

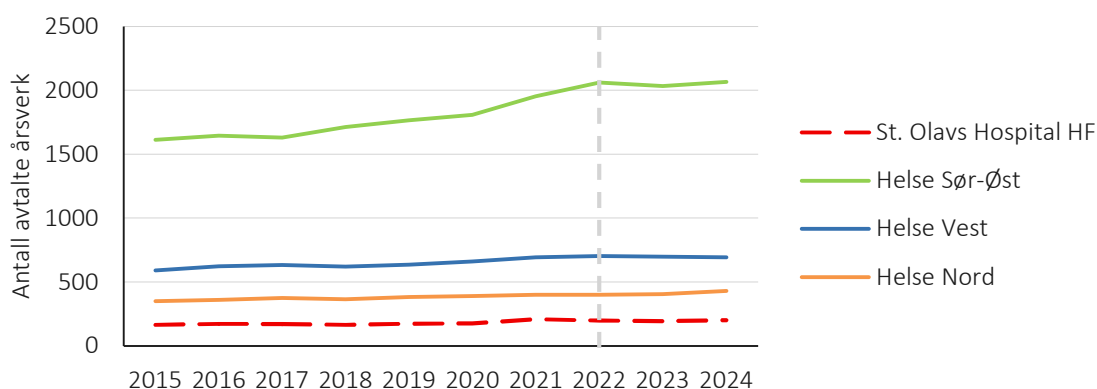


Kilde: Vista Analyse basert på SSB Tabell 13954

6.2 Antall avtalte årsverk – psykisk helsevern for barn og unge

Ettersom indikatoren ikke er normalisert, kan vi ikke sammenlikne utviklingen for St. Olavs med andre helseforetak. Nivået for St. Olavs er relativt stabilt over tid.

Figur 6.2 Antall avtalte årsverk – psykisk helsevern for barn og unge

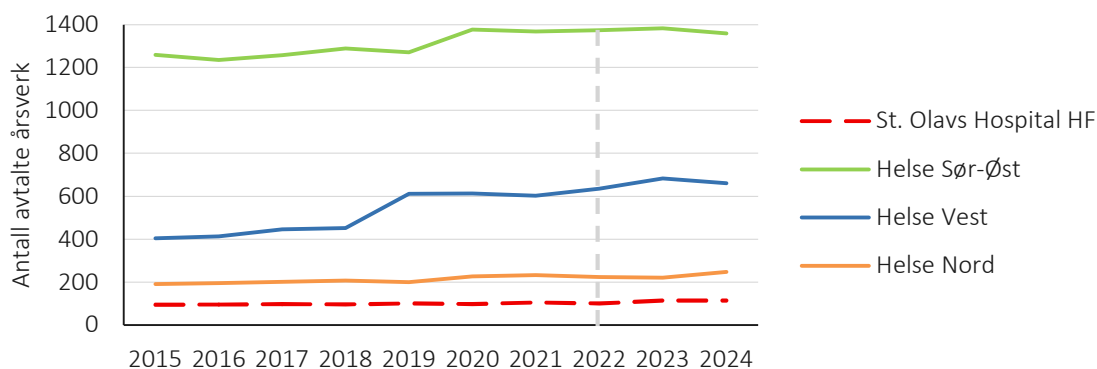


Kilde: Vista Analyse basert på SSB Tabell 13954

6.3 Antall avtalte årsverk – tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Ettersom indikatoren ikke er normalisert, kan vi ikke sammenlikne utviklingen for St. Olavs med andre helseforetak. Nivået for St. Olavs er relativt stabilt over tid.

Figur 6.3 Antall avtalte årsverk – tverrfaglig spesialisert rusbehandling

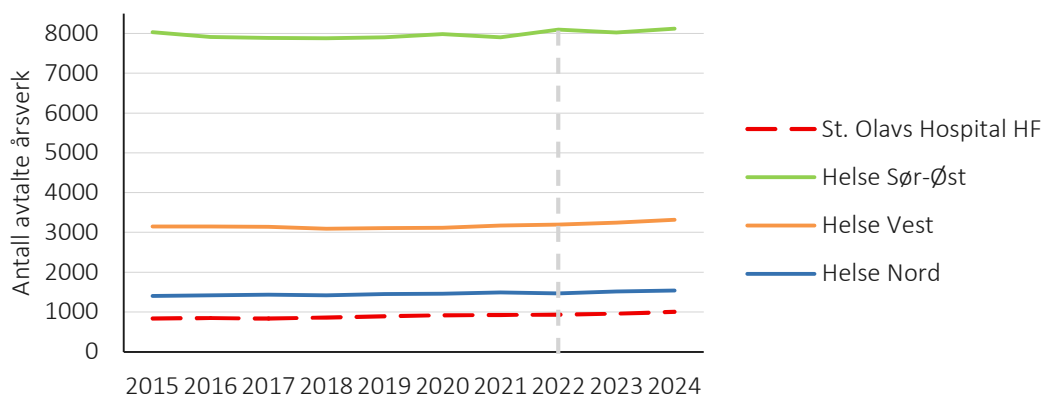


Kilde: Vista Analyse basert på [SSB Tabell 13954](#).

6.4 Antall avtalte årsverk – psykisk helsevern for voksne

Ettersom indikatoren ikke er normalisert, kan vi ikke sammenlikne utviklingen for St. Olavs med andre helseforetak. Nivået for St. Olavs er relativt stabilt over tid.

Figur 6.4 Antall avtalte årsverk – psykisk helsevern for voksne



Kilde: Vista Analyse basert på [SSB Tabell 13954](#)

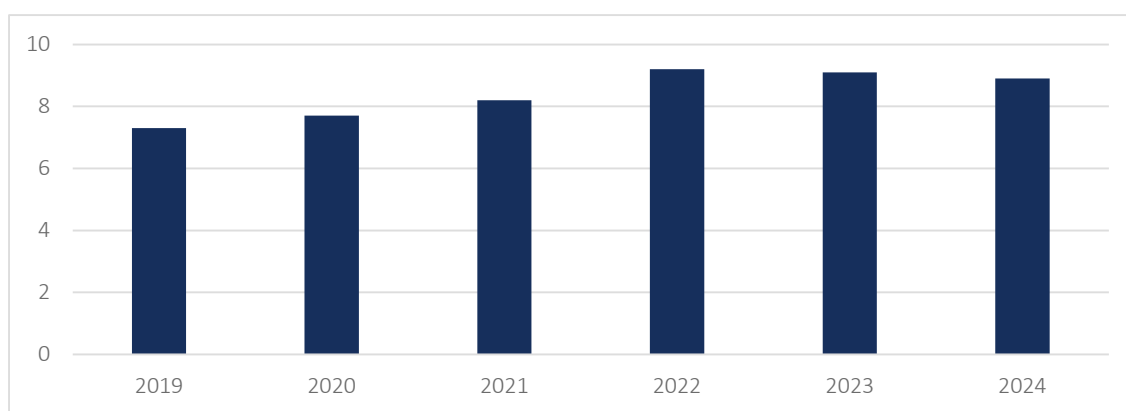
7 Sykefravær

Vi har hentet tall over sykefravær for de regionale helseregionene fra deres årsberetninger.

I Helse Midt-Norge var sykefraværet 9,1 prosent i 2023 og 8,9 prosent i 2024. Siden 2019 har sykefraværet i regionen variert mellom 7 og over 9 prosent (Helse Midt-Norge RHF, 2025).

Til sammenlikning hadde Helse Nord et gjennomsnittlig sykefravær på 9,5 prosent i 2024 (Helse Nord RHF, 2025), mens Helse Sør-Øst lå på 7,7 prosent samme år (Helse sør-øst RHF, 2025). Helse Vest 2024 hadde et sykefravær på 7,98 prosent i 2024 (Helse Vest RHF, 2025).

Figur 7.1: Utvikling i sykefravær i Helse Midt-Norge RHF.



Kilde: Vista Analyse basert på data fra årsrapporten for Helse Midt-Norge i 2024 (2025).

Referanseliste

- Arnesen, E., Ringnes, A., Kristoffersen, J. E., & Torgersen, J. (2025, september 25). Pasientjournaler i Norge har dårlig brukervennlighet. *Tidsskrift for den norske legeforening*.
- Helse Midt-Norge RHF. (2025). *Årsberetning og årsregnskap 2024*. Hentet fra sak 056-2025 vedlegg 1_ Styrets årsberetning 2024.pdf
- Helse Nord RHF. (2025). *Helse Nord RHF* . Hentet fra <https://www.helse-nord.no/49b42e/siteassets/dokumenter-og-blokker/4-om-oss/styret/styremoter/styremoter-2025/20250527/styresak-54-2025-sykefravar-i-helse-nord.pdf>
- Helse sør-øst RHF . (2025). *Årsberetning 2024*. Hentet fra <https://www.helse-sorost.no/49dfce/siteassets/documents/arsrapport/2024---arsrapport-helse-sor-ost-rhf.pdf>
- Helse Vest RHF. (2025). *Årsberetning 2024*. Hentet fra <https://www.helse-vest.no/4a3774/siteassets/rapporter/arsrapportar/arsberetning-2024.pdf>
- Helsedirektoratet. (2024). *Helsepersonellundersøkelsen om digitalisering i helse- og omsorgstjenesten 2024* . Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helsepersonellundersokelsen-om-digitalisering-i-helse-og-omsorgstjenesten-2024-bruk-av-holdninger-til-og-tilfredshet-med-digitale-helsetjenester/pdf-av-rapporten/Helsepersonellunders%C3%B8kelsen%20om%20digitalise>
- Helsedirektoratet. (2025, mars 14). *Rammeverk for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/rammeverk-for-nasjonalt-kvalitetsindikatorsystem-for-helse-og-omsorgstjenesten>
- Helsetilsynet. (2024, april 11). Hentet fra Varsel om svært alvorlig hendelse i helse- og omsorgstjenesten: <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/varsel-om-alvorlige-hendelser/oversikt/>
- Helsetilsynet. (2025, januar 24). Hentet fra Statistikk – varsel om alvorlig hendelse i helse- og omsorgstjenestene: <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/varsel-om-alvorlige-hendelser/statistikk/#toc-header-2>
- Levanger kommune. (2024). *Kommunedirektøren orienterer - mars 2024*. https://www.levanger.kommune.no/_f/p1/ife1840ca-f0e6-424f-a57f-e103d68a6682/kommunedirektoren-orienterer-mars-2024.PDF.
- Levanger kommune. (2025). *2. gangs brukerundersøkelse: Helseplattformen i Levanger kommune mai 2025*. https://www.levanger.kommune.no/_f/p1/i1da5ee4d-6e29-4d41-a5ed-4c878731c87f/brukerundersokelse-helseplattformen-2-gangs-presentasjon-15102025.pdf.
- Meld. St. 9. (2012-2013). *Én innbygger – én journal*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Norsk pasientskadeerstatning. (u.d.). *Om NPE*. Hentet fra <https://www.npe.no/no/Om-NPE/>

Pasient- og brukerombudet. (u.d.). Hentet fra Hvordan kan vi hjelpe?: <https://www.pasientogbrukerombudet.no/hvordan-kan-vi-hjelpe>

Styret Helse Midt-Norge RHF. (2025, oktober 30). Hentet fra Saksframlegg: <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%20156-2025%20Resultater%20fra%20medarbeiderundersøkelsen%20ForBedring%202025%20i%20Helse%20Midt-Norge.pdf>