RAPPORT

2026

Tilgang til likeverdige kommunale tjenester

FHI
Folkehelseinstituttet

Rapport

Tilgang til likeverdige kommunale tjenester

Katrine Damgaard Skyrud

Rebecka Maria Norman

Hege Marie Gjefsen

Elma Jelin

FHI
Folkehelseinstituttet

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område for Helsetjenester
Klynge for forskning og analyse av helsetjenesten
Oktober 2026

Tittel:
Tilgang til likeverdige kommunale tjenester

Forfatter(e):
Katrine Damgaard Skyrud
Rebecka Maria Norman
Hege Marie Gjefsen
Elma Jelin

Oppdragsgiver:
Helsereformutvalget

Publikasjonstype:
Rapport

Bestilling:
Rapporten kan lastes ned som pdf på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

ISBN elektronisk utgave:
978-82-8406-610-3

DOI (Permanent lenke i Nasjonalt vitenarkiv):
https://doi.org/10.21349/veac-hp10

Emneord: Likeverdige tjenester, Helsetjenestebruk, Pasientforløp, Brukererfaringer, Helse- og omsorgstjenester

FORORD

Denne rapporten er skrevet som en leveranse til Helsereformutvalget, ref 24/2483. Den omhandler likeverdige kommunale tjenester. Vi bruker både brukererfaringsundersøkelser og registerdata for å definere indikatorer og mål som kan beskrive tilgang, samhandling og erfart kvalitet i helsetjenesten.

Vi er takknemlige for gode diskusjoner og innspill fra Helsereformutvalget. Analysene og tolkningene av dem er våre egne.

Oslo, oktober 2026

Hans Olav Melberg

INNHOLD

Forord ... 3
Innhold ... 4
Sammendrag ... 6
Innledning ... 6
Metode ... 6
Resultat ... 6
1 Innledning ... 8
1.1 Bakgrunn ... 8
1.2 Avgrensning og problemstilling ... 8
2 Metode ... 10
2.1 Kommunal variasjon ... 10
2.2 Registerdata ... 11
2.2.1 Data ... 11
2.2.2 Målpopulasjoner ... 11
2.2.3 Registerbaserte mål ... 12
2.2.4 Case-mix justering og predikerte verdier ... 14
2.2.5 Kombinerte mål ... 14
2.3 Brukererfaringer ... 15
2.3.1 Datagrunnlag ... 15
2.3.2 Vekting og case-mix justering ... 16
2.3.3 Indikatorer ... 17
2.3.4 Kombinerte indikatorer ... 18
2.3.5 Geografiske analyser og analyser etter brukergruppe ... 18
2.3.6 Stabilitet og variasjon mellom kommuner ... 19
2.3.7 Utvikling over tid ... 19
2.4 Tematisk inndeling av mål/indikatorer ... 20
2.5 Korrelasjon mellom mål/indikatorer ... 22
3 Resultater ... 23
3.1 Tilgang, samhandling og erfart kvalitet etter målpopulasjoner og brukergrupper ... 23
3.1.1 Registerbaserte mål ... 23
3.1.2 Brukererfaringer ... 25
3.2 Tilgang og tilgjengelighet ... 26
3.2.1 Registerbaserte mål ... 26
3.2.2 Brukererfaringer ... 33

3.2.3 Sammenheng mellom ulike mål på tilgang og tilgjengelighet 35
3.2.4 Sammendrag 36
3.3 Samhandling og pasientflyt 37
3.3.1 Registerbaserte mål 37
3.3.2 Brukererfaringer 42
3.3.3 Sammenheng mellom ulike mål på samhandling og pasientflyt 44
3.3.4 Sammendrag 45
3.4 Erfart kvalitet og helsepersonell 47
3.4.1 Brukererfaringer 47
3.4.2 Sammenheng mellom ulike mål på erfart kvalitet og helsepersonell 49
3.4.3 Sammendrag 50
3.5 Brukererfaringer: Stabilitet og variasjon mellom kommuner 51
3.6 Brukererfaringer: Utvikling over tid 52
3.6.1 Pasienterfaringer med fastlegen 52
3.6.2 Pasienterfaringer med somatiske sykehus 55
3.6.3 Sammendrag 58
4 Diskusjon 60
4.1 Hovedfunn 60
4.1.1 Hovedfunn for registerbaserte mål og tolkning av dem 60
4.1.2 Hovedfunn for brukererfaringsmål og tolkning av dem 60
4.1.3 Tolkning av korrelasjon mellom ulike mål 61
4.2 Metodiske forbehold og begrensninger 62
4.2.1 Registerbasert mål 62
4.2.2 Brukererfaringer 62
5 Konklusjon 65
6 Referanser og datakilder 67
7 Vedlegg 70

SAMMENDRAG

Innledning

Rapporten undersøker geografisk variasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester i Norge ved hjelp av registerdata og brukererfaringsundersøkelser.

Metode

Analysene av brukererfaringer bygger hovedsakelig på data fra undersøkelsen om pasienterfaringer med fastlegen, mens registeranalysene er basert på data fra Folkeregisteret, Norsk pasientregister (NPR), Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR) og Kommunalt pasient- og brukerregister, kommunalt tildelte tjenester (KPR-KTT).

Resultat

I hovedsak viser resultatene at kommunekjennetegnene nivå av frie inntekter, sentralitet og antall innbyggere har relativt svake sammenhenger med både brukererfaringsindikatorer og registerbaserte mål. Samtidig er det betydelig variasjon mellom kommunene. Dette tyder på at variasjonen i begrenset grad forklares av de kommunekjennetegnene som er undersøkt her. Variasjonen kan i stedet skyldes andre forhold, som forskjeller i befolkningens behov, lokal organisering av tjenestene, eller samspill mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Det kan også være forskjeller mellom kommunene som ikke nødvendigvis lar seg forklare. Særlig i små kommuner og ved sjeldne utfall kan noe skyldes tilfeldig variasjon. For brukererfaringer peker analysene av stabilitet over tid i retning av at variasjonen mellom kommuner ikke bare skyldes tilfeldig variasjon.

For tilgang og tilgjengelighet viser de registerbaserte målene i hovedsak små forskjeller mellom kommuner når det gjelder institusjonsopphold og akutte kontakter. For tjenester i hjemmet er bruken noe høyere i mindre sentrale og mer ressurssterke kommuner, særlig blant personer med psykiske helse- og rusrelaterte tilstander. Brukererfaringene viser at indikatorene *kontinuitet* og *tilgjengelighet* til fastlegen skårer høyere i større og mer sentrale kommuner. *Tilgjengelighet til hastende timer* har bedret seg fra 2023 til 2025, mens *tilgjengelighet til ikke-hastende timer* har hatt en negativ utvikling over tid.

For samhandling og pasientflyt viser de registerbaserte målene blant personer 80 år og eldre moderate forskjeller mellom kommuner, men med tydelige mønstre i større geografiske områder. Dette kan tyde på at variasjonen ikke bare skyldes forhold på kommunenivå, men også påvirkes av strukturelle forhold på systemnivå, for eksempel organisering av tjenester og samspill med spesialisthelsetjenesten. Brukererfaringer knyttet til samhandling viser liten variasjon etter kommunekjennetegn.

For erfart kvalitet og helsepersonell viser brukererfaringene små til moderate forskjeller mellom kommuner. Skårene er noe høyere i kommuner med flere innbyggere og noe lavere i de minst sentrale kommunene, men det er ikke tydelige regionale mønstre. Indikatorene for *erfart kvalitet, vurdering av fastlegen* og *tillit til fastlegen* er sterkt korrelerte med hverandre.

Kommuneskårene for brukererfaringer er forholdsvis stabile over tid. Kommuner med høye skårer i 2023 har i stor grad samme relative plassering i 2025. Pasienterfaringene med

fastlegen har vært relativt stabile siden 2014, men med ulik utvikling for tilgjengelighet til hastende og ikke-hastende timer. Pasienterfaringene med somatiske sykehus har også vært stabile i perioden fra 2006 til 2021.

Sammenhengen mellom registerbaserte mål og brukererfaringer er gjennomgående svak. Dette skyldes trolig at datakildene måler ulike sider ved tjenestene og til dels omfatter ulike pasientgrupper. Registerdata beskriver tjenestebruk og pasientforløp i hele befolkningen og i utvalgte grupper, særlig blant personer 80 år og eldre, mens brukererfaringsdataene i hovedsak beskriver erfaringer med fastlegen blant respondentene. Tilgjengelighet til fastlegen måles ikke direkte i registeranalysene. Samlet gir datakildene derfor et mer helhetlig bilde enn hver for seg, men mønstrene indikerer ikke at kommuner med gode pasienterfaringer hos fastlegen nødvendigvis også har høyere tilgang, tilgjengelighet eller bedre samhandling målt ved registerbaserte målinger.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

For en velfungerende offentlig helsetjeneste er det sentralt at befolkningens behov for helsetjenester ivaretas på en tilstrekkelig måte, uavhengig av hvor i landet man bor. Fra spesialisthelsetjenesten finnes det en rekke analyser (Skyrud, Kristoffersen og Helgeland, 2020; SKDE, 2026; Helsedirektoratet, 2026) som indikerer uønsket geografisk variasjon i tilgang til og kvalitet på helsetjenester. For de kommunale helse- og omsorgstjenestene ekunnskapsgrunnlaget mer begrenset. I denne rapporten undersøker vi geografisk variasjon i mål og indikatorer som beskriver de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Det er utfordrende å etablere gode mål på tilgang, samhandling og kvalitet i de kommunale helsetjenestene. Behovene til brukerne og innretningen av tjenestene kan variere betydelig, noe som påvirker hvordan disse forholdene kan måles og tolkes. Vi benytter derfor flere typer mål, både basert på observerte mål fra registre og egenrapporterte data fra brukererfaringsundersøkelser.

Registerdata gir informasjon om bruk, aktivitet og organisering av tjenestene. Enkelte registerbaserte mål kan gi indikasjoner på ikke-optimale tjenesteforløp, men sier i begrenset grad noe om kvalitet slik den oppleves av pasientene. Brukererfaringer gir derimot innsikt i pasientenes erfaringer med tjenestene, og kan dermed bidra til å belyse sentrale elementer ved kvalitet, som tilgjengelighet, samhandling og erfart kvalitet i møtet med tjenesten.

1.2 Avgrensning og problemstilling

Målene og indikatorene vi beskriver kan ikke nødvendigvis i seg selv si noe om kvaliteten eller tilgangen på helse- og omsorgstjenester. På individnivå vil de registerbaserte målene i stor grad være påvirket av individuelle forhold, som helsetilstand, funksjonsnivå og akutte hendelser. På aggregert nivå kan de likevel gi informasjon om hvordan tjenestene og samhandlingen mellom dem fungerer. Avvik fra gjennomsnittet på kommunenivå kan derfor være relevante for å vurdere tilgang, samhandling og erfart kvalitet. For eksempel vil en akuttinnleggelse hos en person som ikke mottar tjenester i hjemmet, ofte først og fremst reflektere personens helsetilstand og uforutsette omstendigheter. Dersom en kommune gjennomgående har høyere risiko for akutte kontakter enn forventet, gitt befolkningssammensetningen, kan dette imidlertid være et uttrykk for utfordringer i de kommunale tjenestene, for eksempel knyttet til tilgang, forebygging eller samhandling.

Selv om hvert enkelt mål har begrensninger, og i noen tilfeller kun dekker deler av befolkningen, kan de samlet gi et mer helhetlig bilde av tjenestene. Indikatorene er gruppert i tre hovedkategorier:

1. Tilgang og tilgjengelighet
2. Samhandling og pasientflyt
3. Erfart kvalitet og helsepersonell

Enkelte mål beskrives også for utvalgte målpopulasjoner og brukergrupper. I Nasjonal helse- og samhandlingsplan (2024) fremheves blant annet skrøpelige eldre, personer med flere kroniske lidelser (multimorbiditet), personer med lidelser innen psykisk helse og rus og barn og ungdom med varige og/eller sammensatte behov for helse- og omsorgstjenester. I rapporten har vi operasjonalisert disse gruppene basert på Helsedirektoratet (2022). Det innebærer at vi

fokuserer på personer 80 år og eldre, personer med flere kroniske tilstander eller sykdommer, personer med diagnoser innen psykisk helse og rus, og barn og unge under 18 år med varige og/eller sammensatte behov for helse- og omsorgstjenester.

Rapporten er organisert som følger: Kapittel 2 beskriver datagrunnlaget og metodiske valg. Kapittel 3 presenterer resultater for både registerbaserte mål og brukererfaringsundersøkelser. Kapittel 4 oppsummerer funnene og diskuterer implikasjoner.

2 METODE

I dette kapittelet beskrives datagrunnlaget og de metodiske tilnærmingene som er benyttet i analysene. Rapporten bygger på to hovedtyper datakilder: registerbaserte data og data fra brukererfaringsundersøkelser, som belyser ulike sider ved de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Først beskrives den geografiske inndelingen som ligger til grunn for presentasjonen av resultatene. Deretter presenteres metodene for de to datakildene separat.

2.1 Kommunal variasjon

For å belyse geografisk variasjon presenteres resultatene på kommunenivå. I tillegg presenteres resultatene etter kommunekjennetegnene nivå av frie inntekter, sentralitet og antall innbyggere.

Frie inntekter
Kommunene er gruppert etter nivå på korrigerte frie inntekter, målt som prosent av landsgjennomsnittet. Korrigerte frie inntekter er et mål på kommunenes inntektsnivå som tar hensyn til forskjeller i beregnet utgiftsbehov mellom kommunene. Målet inkluderer blant annet skatteinntekter og rammetilskudd, samt inntekter fra eiendomsskatt, konsesjonskraft, havbruk og produksjonsavgift på vindkraft. Inntektene kan disponeres fritt av kommunene. Ved å korrigere for forskjeller i utgiftsbehov søker målet å gi et bedre grunnlag for å sammenligne kommunenes økonomiske handlingsrom.

Kommunene ble gruppert i seks kategorier basert på nivået på korrigerte frie inntekter målt som prosent av landsgjennomsnittet: 1) under 95 prosent, 2) 95–99 prosent, 3) 100–104 prosent, 4) 105–114 prosent, 5) 115–134 prosent og 6) 135 prosent og over. Befolkningen er ikke jevnt fordelt i disse inntektsgruppene: De tre høyeste inntektsgruppene inkluderer til sammen færre personer enn hver enkelt av de tre laveste. Gruppen med frie inntekter under 95 prosent er den største i antall kommuner og antall personer, med i overkant av en tredjedel av populasjonen. Se Kommunal- og distriktsdepartementet (2025b) for ytterligere informasjon.

Sentralitet
Kommunene ble gruppert etter Statistisk sentralbyrås sentralitetsindeks, som er et mål på kommunenes tilgang til arbeidsplasser og servicefunksjoner. Indeksen rangerer befolkningens tilgang til arbeidsplasser, tilgang til private og offentlige tjenester og avstanden til disse. Indeksen er igjen inndelt i seks klasser fra 1 (mest sentrale kommuner) til 6 (minst sentrale kommuner), se Kommunal- og distriksdepartementet (2025a).

I 2025 var fordelingen av kommuner i de ulike klassene: klasse 1 (5 kommuner), klasse 2 (21 kommuner), klasse 3 (54 kommuner), klasse 4 (65 kommuner), klasse 5 (104 kommuner) og klasse 6 (108 kommuner). Flertallet av kommunene i Norge tilhører sentralitetsklasse 5 og 6, mens størstedelen av befolkningen bor i de mest sentrale kommunene.

Antall innbyggere

Kommunene er også gruppert etter antall innbyggere. Vi tok utgangspunkt i antall innbyggere per kommune 1. januar 2026 og benyttet følgende kategorier: under 5 000, 5 000–14 999, 15 000–24 999 og 25 000 eller flere innbyggere.

2.2 Registerdata

2.2.1 Data

For å belyse tjenestebruk, pasientflyt og utvalgte forhold som kan være relevante for tilgang og samhandling, har vi brukt data fra nasjonale helseregistre. All bruk av offentlig helse- og omsorgstjeneste registreres i disse datakildene. Data fra de ulike registrene blir koblet sammen for samme individ, slik at vi kan undersøke overganger mellom de ulike tjenestene, samt bruk av ulike helsetjenester for ulike målpopulasjoner basert på mottak av tjenester. Videre bruker vi data fra folkeregisteret for å få kunnskap om hvor personene som bruker helse- og omsorgstjenester bor, og for å få informasjon om andelen av befolkningen i en kommune som bruker de ulike helsetjenestene eller har et utfall av interesse.

Norsk pasientregister (NPR) inneholder informasjon om alle kontakter med spesialisthelsetjenesten, inkludert diagnose, omsorgsnivå og varighet på behandlingen. For å skille mellom akutte og elektive behandlinger benytter vi hastegradsklassifiseringen i NPR. Vi bruker variabelen innmatehast og definerer en innleggelse som akutt når denne variabelen har verdien 1. KUHR beskriver alle kontakter med allmennlegetjenesten, både legevakt og fastlege. Vi har tilgjengelig informasjon om tidspunkt, type kontakt og diagnose. Kommunalt pasientregister – kommunalt tildelte tjenester (KPR-KTT) beskriver bruk av kommunalt tildelte tjenester. Det inkluderer en rekke ulike tjenester. Vi skiller mellom langtidsopphold, korttidsopphold og tjenester i hjemmet.

Gjennom registerdata beregner vi en rekke ulike tjenestetyper og definisjonene er beskrevet i Tabell 1.

Tabell 1: Definisjoner av tjenestetype i registerdata

Tjenestetype	Datakilde	Definisjon/Forklaring
Tjenester i hjemmet	KPR-KTT	Omfatter tjenester til hjemmeboende. Tjenestetype: 1-7, 9, 11, 13, 15-16, 26
Langtidsopphold i institusjon	KPR-KTT	Omfatter langtidsheldøgnsomsorg i institusjon. Tjenestetype: 21
Korttidsopphold i institusjon	KPR-KTT	Omfatter tidsbegrensede opphold i institusjon. Tjenestetype: 8, 18-20, 25
Kommunalt tildelte tjenester	KPR-KTT	Omfatter både tjenester i hjemmet, samt langtidsopphold og korttidsopphold i institusjon
Akutte kontakter i spesialisthelsetjenesten	NPR	Inmatehast = 1, inkluderer alle omsorgsnivåer, både dag, døgn og poliklinikk
Allmennlegekontakter	KUHR	Alle enkeltregninger for både fastlege og legevakt

2.2.2 Målpopulasjoner

For å operasjonalisere disse gruppene i Nasjonal helse- og samhandlingsplan (2024) har vi basert oss på Helsedirektoratet (2022) med enkelte modifikasjoner. Tabell 2 beskriver hvordan

vi har operasjonalisert målpopulasjonene, mens Tabell A1 til A3 i Vedlegg beskriver hvilke diagnoser som er inkludert i de ulike målpopulasjonene.

Tabell 2: Kilder brukt for operasjonalisering av målpopulasjonene

Målpopulasjon	Datakilder
Personer 80 år og eldre	Folkeregisteret
Personer med flere kroniske sykdommer (19-79 år)[1]	NPR, KUHR
Personer med diagnoser innen psykisk helse og/eller rus (19-79 år)[1]	NPR
Barn og ungdom med varige og/eller sammensatte behov (2-18 år)	NPR og KPR-HTT
Hele befolkningen (2 år og eldre)	Folkeregisteret

[1]Personer kan tilhøre flere av gruppene; de er derfor ikke gjensidig utelukkende.

De ulike brukergruppene er avgrenset ut fra tidligere helsetjenestebruk og alder. Gruppen eldre 80 år og eldre er basert kun på alder. Personer med flere kroniske sykdommer er identifisert ut fra diagnoser registrert i primær- og spesialisthelsetjenesten de to foregående årene. For å bli inkludert i denne kategorien må personen ha minst tre diagnoser fra diagnosegruppene vist i tabell A1. En diagnose regnes som registrert ved minst én kontakt i spesialisthelsetjenesten med aktuell diagnose (NPR), eller minst to kontakter i primærhelsetjenesten (KUHR). Inkluderte diagnoser framgår av Vedlegg 1. Personer med diagnoser innen psykisk helse- og rus er identifisert ut fra diagnoser registrert i spesialisthelsetjenesten (NPR), se tabell A2 i vedlegg. En person kan både ha diagnoser som er definert i målpopulasjonen med flere kroniske sykdommer og samtidig diagnose innen psykisk helse og eller/rus slik at gruppene da ikke er gjensidig utelukkende. Barn og ungdom med varige og/eller sammensatte behov er definert ut fra enten en diagnosekode i NPR (se tabell A3), minst 20 polikliniske kontakter i BUP/PHV, innlagt i BUP/PHV eller følgende tjeneste i KPR-HTT: praktisk bistand, dagaktivitetstilbud, avlastning, omsorgsstønad, helsetjenester i hjemmet, tidsbegrenset opphold eller langtidsopphold i institusjon, i en av de to foregående årene.

Alle personer som er bosatt i Norge i 2023, 2024 eller 2025 er inkludert i populasjonene. De følges frem til 2025, eller frem til dødsmåneden. De blir beregnet som boende i den kommunen de bodde i 2025. Vi bruker data for 3 år for å ha tilstrekkelig datagrunnlag til å beregne tallene. Dette er spesielt viktig når vi beskriver tilstanden på kommunenivå og ved sjeldne utfall. Lager da et glidende gjennomsnitt, slik at 2025 tall bruker årgangene 2023, 2024 og 2025, etc. Vi beregner først tall for et år per pasient og deretter lager et gjennomsnitt per person. Gjennomsnittet for en pasient over alle tre årene blir deretter brukt i den lineære modellen når vi justerer for alder og kjønn.

2.2.3 Registerbaserte mål

De registerbaserte målene vi undersøker er både basert på mulige indikatorer beskrevet i oppdragsteksten, samt andre aktuelle mål som har oppstått underveis i prosjektet. Noen av de foreslåtte indikatorene var ikke mulig å undersøke på grunn av svak datakvalitet og manglende data. Dette var tilfelle for avslag på søknad til heldøgnsomsorg, og tid fra søknad om heldøgnsomsorg til oppstart. Vi har inkludert til sammen 13 ulike registerbaserte mål, som omhandler tilgang til tjenester, funksjonsskår ved oppstart av helse- og omsorgstjenester,

pasientflyt mellom tjenestene, allmennlegekontakter før langtidsopphold og prosentandel i langtidsopphold 6 måneder etter en akutt kontakt i spesialisthelsetjenesten.

De ulike målene blir beregnet per kommune, men enkelte kommuner er svært små, og det er få individer under hvert tall, også når vi beregner tallene over flere år. For hver indikator inkluderer vi kun kommuner som har minst 10 observasjoner bak sitt beregnede tall.

Årlig bruk av tjenester

For å beregne årlig bruk av ulike tjenester per år bruker vi statusen for tjenestemottak per måned i løpet av året. Mange pasienter vil endre status i løpet av året og for å ta høyde for dette teller vi antall måneder bruk og vekter for antall måneder vi observerer individene. Dette innebærer at dersom personen endrer status, dør eller emigrer blir dette tatt høyde for. Gjennomsnittlig andel måneder med bruk per person ble multiplisert med 12 for å estimere gjennomsnittlig antall måneder med bruk per år.

Vi beregner gjennomsnittlig antall måneder med bruk per person for følgende tjenester:

- Tjenester i hjemmet
- Korttidsopphold
- Langtidsopphold
- Akutte kontakter i spesialisthelsetjenesten

Funksjonsnivå ved oppstart av tjeneste

Funksjonsskår er definert ved oppstart av en ny tjeneste. Tjenestebehov kartlegges for brukere av kommunale tjenester og rapporteres til KPR. Skåren bygger på kommunenes kartlegging av 18 funksjoner i dagliglivet (Activities of Daily Living, ADL) som skåres på en skala fra 1 (utgjør ingen problem/utfordring) til 5 (fullt behov for bistand/assistanse/helsehjelp). I analysene brukes et ADL-samlemål, heretter omtalt som funksjonsskår. Funksjonsskåren er basert på vektingen av 15 utvalgte funksjonsvariabler og delt inn i tre nivå etter grad av bistandsbehov, 1,5 (noe/avgrenset bistandsbehov), 3 (middels til stort bistandsbehov) og 4,5 (Omfattende bistandsbehov). Vi definerer disse målene:

- Funksjonsskår ved førstegangs langtidsopphold
- Funksjonsskår ved oppstart av tjenester i hjemmet
- Manglende registering av funksjonsskår ved oppstart av tjenester i hjemmet

Manglende verdier for funksjonsskår ved oppstart av tjenester i hjemmet var på 26 prosent og vil da inngå som et eget mål, mens manglende funksjonsskår ved oppstart av langtidsopphold var sjeldent (1 prosent) og personene ble ekskludert før videre analyse.

Pasientflyt mellom tjenester

Den generelle definisjonen av de ulike indikatorene for pasientflyt mellom tjenestene er som følger: Antall personer 80 år og eldre med minst en måned med overgang fra X til Y delt på antall personer 80 år og eldre med X ganget med 100. Vi definerer dermed følgende pasientoverganger:

- Prosentandel 80 år og eldre som får langtidsopphold uten bruk av andre kommunalt tildelte tjenester i forkant

- Prosentandel 80 år og eldre i langtidsopphold som har en akutt kontakt i spesialisthelsetjenesten
- Prosentandel 80 år og eldre som mottar tjenester i hjemmet som har en akutt kontakt i spesialisthelsetjenesten
- Prosentandel 80 år og eldre som ikke mottar kommunale tildelte tjenester som har en akutt kontakt i spesialisthelsetjenesten

Allmennlegekontakt før langtidsopphold

Som et mål på bruk av helsetjeneste i forkant av et langtidsopphold, har vi sett på antall allmennlegekontakter 30 dager før et førstegangs langtidsopphold for personer 80 år og eldre. Vi ser kun på langtidsopphold og inkluderer ikke korttidsopphold.

Prosentandel i langtidsopphold etter en akutt kontakt i spesialisthelsetjenesten

Andelen som er i langtidsopphold etter akutt kontakt i spesialisthelsetjenesten kan være et signal om de øvrige kommunale tjenestene og hvordan de virker. Vi inkluderer kun pasienter som ikke hadde mottatt langtidsopphold i forkant av den akutte kontakten. Som for allmennlegekontakt ser vi kun på langtidsopphold og inkluderer ikke korttidsopphold.

2.2.4 Case-mix justering og predikerte verdier

Det er store forskjeller i demografisk sammensetning mellom kommunene. For å sammenligne kommuner er det derfor nødvendig å ta hensyn til forskjeller i alders- og kjønnssammensetning. Vi justerer for disse to variablene i alle analysene.

For alle målene bruker vi en lineær regresjonsmodell der vi justerer for alder, inkludert som 10-årige alderskategorier, og kjønn. Deretter predikerer vi målet per kommune etter at det er tatt hensyn til forskjeller i demografisk sammensetning. Vi bruker data for tre år for å få nok tilfeller per kommune til å estimere robuste mål. For mindre kommuner er det få observasjoner, og i enkelte tilfeller ingen observasjoner, som ligger til grunn for det beregnede målet. Dersom den beregnede verdien bygger på færre enn 10 observasjoner, rapporterer vi ikke verdien. En oversikt over antall kommuner som utelates fra de ulike analysene finnes i tabell A4 i vedlegg.

2.2.5 Kombinerte mål

For å lage et kombinert mål på kommunenivå har vi lagt sammen de registerbaserte målene innen to kategorier som tidligere beskrevet:

1) tilgang og tilgjengelighet

2) samhandling og pasientflyt

For samhandling og pasientflyt har vi kun beregnet målet for målpopulasjonen bestående av personer 80 år og eldre. Det er begrenset antall tilfeller av disse overgangene i de andre målpopulasjonene.

Når tallene per kommune skal settes sammen av ulike typer målenhet (årlig bruk/funksjonsskår/ prosentandel/antall kontakter) er det nødvendig at målene har samme skala. Tallene for hver kommune blir dermed normalisert etter følgende formel:

$$\tilde{x} = \frac{x - \min(x)}{\max(x) - \min(x)}$$

Videre multipliserer vi den normaliserte verdien med 100 for at tallene skal ligge mellom 0-100. For å beregne den kombinerte verdien av de ulike målene bruker vi gjennomsnittet. Videre beregner vi kun tall på kommunenivå for kombinerte mål dersom vi har tall på minst tre av sju av de inkluderte måltallene for tilgang og tilgjengelighet, og tre av seks for samhandling og pasientflyt. Kommunemålene er presentert som standardavvik fra nasjonalt gjennomsnitt (basert på en z-skår).

Tabell 3: Beskrivelse av hvilke måltall som inkluderes i de to kombinerte målene og hvilket fortegn som er brukt

Kombinert mål	Fortegn
Tilgang og tilgjengelighet	
Gjennomsnittlig antall måneder med tjenester i hjemmet per år	Positivt fortegn
Gjennomsnittlig antall måneder i langtidsopphold per år	Positivt fortegn
Gjennomsnittlig antall måneder i korttidsopphold per år	Positivt fortegn
Gjennomsnittlig antall måneder med akutte kontakter per år	Negativt fortegn
Funksjonsskår ved oppstart av langtidsopphold	Negativt fortegn
Funksjonsskår ved oppstart av tjenester i hjemmet	Negativt fortegn
Prosentandel med manglende funksjonsskår ved oppstart av tjenester i hjemmet	Negativt fortegn
Samhandling og pasientflyt	
Prosentandel som mottar langtidsopphold uten andre kommunalt tildelte tjenester i forkant	Negativt fortegn
Prosentandel som mottar langtidsopphold og som har akutt kontakt	Negativt fortegn
Prosentandel som mottar tjenester i hjemmet og som har akutt kontakt	Negativt fortegn
Prosentandel som ikke mottar andre kommunalt tildelte tjenester og som har akutt kontakt	Negativt fortegn
Antall allmennlegekontakter i forkant av førstegang på langtidsopphold	Negativt fortegn
Prosentandel i langtidsopphold 6 måneder etter akutt kontakt i spesialisthelsetjenesten	Negativt fortegn
Prosentandel som mottar langtidsopphold uten andre kommunalt tildelte tjenester i forkant	Negativt fortegn
Prosentandel som mottar langtidsopphold og som har akutt kontakt	Negativt fortegn
Prosentandel som mottar tjenester i hjemmet og som har akutt kontakt	Negativt fortegn

2.3 Brukererfaringer

2.3.1 Datagrunnlag

Data om brukererfaringer er hentet fra Folkehelseinstituttets landsdekkende undersøkelser om pasienterfaringer med fastlegen og pasienterfaringer med somatiske sykehus. Hovedanalysene i denne rapporten bygger på fastlegeundersøkelsen gjennomført i 2025, med sammenligninger mot tidligere undersøkelser i 2014, 2018, 2021 og 2023. Fastlegeundersøkelsene i 2023 og 2025 er de eneste som gir landsdekkende resultater på kommunenivå, og danner derfor grunnlaget for analysene av geografisk variasjon og stabilitet mellom kommuner. Tidligere undersøkelser om pasienterfaringer med fastlegen er nærmere beskrevet i egne rapporter (Holmboe et al., 2015; Iversen et al., 2019; Norman et al., 2022; Norman et al., 2025).

I 2025 var inklusjonskriteriene at personene var 18 år eller eldre, registrert i fastlegeordningen og hadde hatt minst én konsultasjon hos fastlegen de siste 12 månedene. Personer oppført på liste uten navngitt fastlege inngikk også i utvalget. I hver kommune og bydel i Oslo ble det trukket et tilfeldig utvalg på 550 personer som oppfylte inklusjonskriteriene.

Datainnsamlingen ble gjennomført digitalt via Helsenorge. Personer uten registrert digital brukerprofil mottok invitasjon per post med informasjon om hvordan undersøkelsen kunne besvares. For den digitale gruppen ble det sendt inntil fire påminnelser via SMS til personer som ikke hadde besvart undersøkelsen. Etter eksklusjon av personer med mangelfull adresse, døde og personer som reserverte seg mot deltakelse, besto nettoutvalget i 2025 av 195 105 personer. Totalt antall svar var 66 849, tilsvarende en svarprosent på 34,3.

Tilsvarende undersøkelse ble gjennomført i 2023. Også denne undersøkelsen var trukket for å gi resultater på kommunenivå, med separat trekking innen hver kommune og bydel i Oslo. Nettoutvalget var 137 629 personer, og svarprosenten var 43,0. Personer uten navngitt fastlege inngikk ikke i 2023-undersøkelsen.

Undersøkelsene om pasienterfaringer med fastlegen gjennomført i 2014, 2018 og 2021 var trukket for å gi representative resultater på nasjonalt nivå.

For å undersøke langsiktige utviklingstrekk i brukererfaringer ble også tidligere nasjonale brukererfaringsundersøkelser vurdert. På grunn av forskjeller i metodisk tilnærming ble kun undersøkelsene om pasienterfaringer med somatiske sykehus vurdert som tilstrekkelig sammenlignbare til å inngå i tillegg til fastlegeundersøkelsene. Disse undersøkelsene benyttes kun i analysene av utvikling over tid. Dette er landsdekkende spørreskjemaundersøkelser blant pasienter utskrevet etter døgnopphold ved somatiske sykehus. I undersøkelsene ble det trukket tilfeldige utvalg på om lag 400 pasienter fra hvert sykehus, med datainnsamling etter utskrivelse. Den siste undersøkelsen er nærmere beskrevet i Holmboe et al. (2022).

2.3.2 Vekting og case-mix justering

Ettersom utvalgene i fastlegeundersøkelsen i 2023 og 2025 var trukket for å gi resultater på kommunenivå, ble det beregnet designvekter som ble benyttet i analyser på nivåer over kommune og ved sammenligninger over tid for disse årene. Vektene ble beregnet på kommunenivå som inversen av sannsynligheten for å bli trukket ut. Dette tilsvarer forholdet mellom antall personer i målpopulasjonen og antall personer trukket til utvalget i den enkelte kommunen. Trekksannsynlighetsvekten korrigerer dermed for at små kommuner er overrepresentert i utvalget.

For å korrigere for frafall ble det beregnet responshomogenitetsgruppevekter (RHG-vekter) med utgangspunkt i opplysninger for hele det inviterte utvalget. Svarsannsynligheten ble estimert ved hjelp av et klassifikasjonstre basert på tilgjengelige registeropplysninger, blant annet alder, kjønn og tidligere bruk av fastlege. Deretter ble både respondenter og ikke-respondenter gruppert i responshomogenitetsgrupper med mest mulig lik forventet svarsannsynlighet. Frafallsvekten ble beregnet som den inverse av observert svarandel i hver gruppe.

I analyser der det var relevant, ble designvekter og frafallsvekter kombinert. De kombinerte vektene ble normalisert før bruk i analysene. Der det er benyttet vekter, oppgis dette i tabell- og figurtekster.

I relevante analyser ble det beregnet justerte gjennomsnittsskårer ved hjelp av lineære regresjonsmodeller. Resultatene ble justert for alder, kategorisert i tiårsgrupper, og kjønn. For brukergruppen 80 år eller eldre ble det bare justert for kjønn. Justeringen ble gjort for å redusere betydningen av forskjeller i alders- og kjønnssammensetning mellom gruppene og enhetene som ble sammenlignet.

2.3.3 Indikatorer

Brukererfaringene med fastlegen ble målt ved hjelp av standardiserte og tidligere validerte indikatorer utviklet for undersøkelser om pasienterfaringer med fastlegen (Holmboe et al., 2017; Bjertnæs et al., 2022). I tillegg ble det inkludert indikatorer og spørsmål basert på OECDs PaRIS-rammeverk (Valderas et al., 2025a; 2025b). Indikatorene belyser ulike sider ved pasientenes erfaringer med fastlegen, fastlegekontoret og øvrige helsetjenester, og er i rapporten gruppert i tre temaområder.

Tilgang og tilgjengelighet omfatter fire indikatorer. *Kontinuitet* måler om pasienten vanligvis møter sin egen fastlege. *Tilgjengelighet* måler hvor akseptabel pasienten opplever ventetiden for å få en vanlig time eller en time ved behov for rask hjelp. *Tilgjengelighet til hastende time* og *tilgjengelighet til ikke-hastende time* måler pasientrapportert ventetid for henholdsvis timer som haster, og vanlige timer som ikke haster.

Samhandling og pasientflyt omfatter tre indikatorer som er beregnet for respondenter med minst ett kronisk helseproblem. *Personsentrerte tjenester* måler pasientenes erfaringer med hvordan helsetjenestene ivaretar deres behov, blant annet gjennom involvering i beslutninger, helhetlig oppfølging, organisering av tjenestene og støtte til å håndtere egen helse. *Koordinering og samhandling* måler erfaringer med fastlegens koordinering av helsetjenestetilbudet og samarbeid med andre tjenester. *Mestring* måler i hvilken grad pasientene opplever at kontakten med fastlegen gjør dem bedre i stand til å forstå og mestre egne helseproblemer og holde seg friske.

Erfart kvalitet og helsepersonell omfatter fire indikatorer. *Erfart kvalitet* måler pasientens samlede vurdering av helsehjelpen fra fastlegekontoret de siste tolv månedene. *Fastlegen* omfatter erfaringer med legens faglige dyktighet, kommunikasjon, informasjon, tidsbruk, interesse og involvering av pasienten i beslutninger. *Tillit til fastlegen* måler om pasienten opplever fastlegen som til å stole på. *Organisering og øvrige ansatte* måler erfaringer med organiseringen av fastlegekontoret og møtet med øvrige ansatte.

Indikatorene ble valgt med utgangspunkt i oppdragets problemstillinger om tilgang, samhandling og kvalitet. Som grunnlag for utvelgelsen ble det undersøkt hvordan variasjonen i indikatorene fordelte seg mellom individ-, lege- og kommunenivå (se figur A1 i vedlegg). Dette ble undersøkt med lineære flernivåmodeller med tilfeldige effekter for kommune og fastlege innen kommune. Bare fastleger med minst fem respondenter ble inkludert. Indikatorer med tydelig variasjon på lege- og/eller kommunenivå ble inkludert i analysene, mens enkelte indikatorer, herunder pasientrapporterte utfall (PROM), i hovedsak viste variasjon på individnivå og derfor ikke ble inkludert i hovedanalysene.

For analyser av utvikling over tid i pasienterfaringer med somatiske sykehus ble det benyttet etablerte indikatorer fra FHIs undersøkelser av pasienterfaringer med somatiske sykehus (Pettersen et al., 2004).

Indikatorene over omfatter både sammensatte indikatorer basert på flere spørsmål og enkeltspørsmål. Sammensatte indikatorer ble beregnet som gjennomsnitt av flere spørsmål og vil generelt være mindre utsatt for tilfeldig variasjon enn enkeltspørsmål. I rapporten omtales begge typer som indikatorer. Alle indikatorene er transformert til en skala fra 0 til 100, der høyere verdi uttrykker bedre erfaringer. For ventetidsindikatorene fra fastlegeundersøkelsen presenteres også prosentandeler.

Indikatorenes opprinnelse, spørsmålene som inngår, svaralternativer, sammensetning og beregning er nærmere beskrevet i tabell A5 og A6 i vedlegget.

2.3.4 Kombinerte indikatorer

For fastlegeundersøkelsen ble det beregnet kombinerte brukererfaringsindikatorer for ulike analyseformål.

I analyser av geografiske forskjeller på kommunenivå ble det beregnet tre tematiske indikatorer basert på indikatorene innen de tre temaområdene vist i tabell 4: tilgang og tilgjengelighet (indikator 1–4), samhandling og pasientflyt (indikator 6–8) og erfart kvalitet og helsepersonell (indikator 10–13). Indikatoren for samhandling og pasientflyt ble kun beregnet for respondenter som oppga å ha ett eller flere kroniske helseproblemer.

For hver enkelt indikator ble det først beregnet kommuneskårer justert for alder og kjønn og vektet for trekksannsynlighet og frafall. De justerte kommuneskårene ble deretter slått sammen ved å beregne gjennomsnittet av tilgjengelige indikatorer innen hvert temaområde.

I analyser av utvikling over tid for fastlegeundersøkelsen ble det beregnet en samlet indikator basert på gjennomsnittet av fem sentrale fastlegeindikatorer som har vært like over tid: *tilgjengelighet, koordinering og samhandling, mestring, fastlegen* samt *organisering og øvrige ansatte.*

For utvikling over tid for pasienterfaringer med somatiske sykehus ble det beregnet en samlet indikator basert på fire indikatorer: *pleiepersonalet, informasjon, organisering* og *pårørende.*

Alle kombinerte indikatorer er oppgitt på en skala fra 0 til 100, der høyere verdi uttrykker bedre erfaringer. Nærmere beskrivelse av sammensetning, spørsmål, skåringsregler og beregning er gitt i Tabell A5 og A6 i vedlegg.

2.3.5 Geografiske analyser og analyser etter brukergruppe

For å undersøke geografisk variasjon i totalutvalget ble indikatorene analysert etter kommunekjennetegn: nivå av frie inntekter, sentralitetsklasse og antall innbyggere i kommunen, samt på kommunenivå.

I tillegg ble det gjennomført analyser for utvalgte brukergrupper i hele utvalget: respondenter 80 år eller eldre, respondenter med to eller flere selvrapporterte kroniske helseproblemer, og respondenter som oppga psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer. Disse analysene ble brukt for å undersøke om resultatene varierte mellom ulike grupper av brukere, uavhengig av geografisk inndeling.

Brukergruppene med kroniske helseproblemer og psykiske helseproblemer/rusproblemer var basert på respondentenes egne opplysninger i spørreskjemaet, mens gruppen 80 år eller eldre var basert på registeropplysninger om alder.

Indikatorene *personsentrerte tjenester*, *koordinering og samhandling* og *mestring* ble beregnet blant respondenter med minst ett selvrapportert kronisk helseproblem, i tråd med spørreskjemaets filter. Denne avgrensningen ble også brukt i kommuneanalysene for disse indikatorene for å sikre et tilstrekkelig datagrunnlag på kommunenivå.

Ved analyser etter kommunekjennetegn ble resultatene vektet for trekksannsynlighet og frafall. Det ble beregnet gjennomsnittsskårer justert for alder og kjønn, unntatt for brukergruppen 80 år eller eldre, der det bare ble justert for kjønn.

Ved analyser på kommunenivå ble kommuneskårer beregnet som justerte gjennomsnittsskårer, kontrollert for alder og kjønn og vektet for trekksannsynlighet og frafall. I kartanalysene ble kommuner med færre enn 30 respondenter med gyldig skår på minst én indikator innen det aktuelle temaområdet utelatt fra resultatpresentasjonen.

I kartanalyser ble kommuner med færre enn to fastleger med gyldig HPR-nummer ekskludert. Kommuneskårene ble presentert som standardiserte avvik fra nasjonalt gjennomsnitt (z-skår), gruppert i kategorier uttrykt i standardavvik.

Analysene er deskriptive og har som formål å vise overordnede mønstre og utviklingstrekk. Det er ikke gjennomført signifikanstester eller beregnet konfidensintervaller for forskjellene mellom gruppene. Små forskjeller mellom enkeltkategorier bør derfor tolkes med varsomhet, og det legges størst vekt på gjennomgående mønstre på tvers av kategorier og brukergrupper.

2.3.6 Stabilitet og variasjon mellom kommuner

For å undersøke om forskjellene i pasienterfaringer mellom kommuner var stabile over tid, ble kommuneskårene i 2023 og 2025 sammenlignet. Dersom kommuneskårene gjenspeiler systematiske forskjeller mellom kommunene, forventes en viss stabilitet i kommunenes relative plassering over en så kort periode. Store endringer i relativ plassering kan derimot indikere betydelig tilfeldig variasjon, men kan også skyldes reelle endringer i tjenestene. Undersøkelsene i 2023 og 2025 er de eneste som gir landsdekkende resultater på kommunenivå. For hver indikator omfattet analysen kun kommuner med minst 30 gyldige svar på den aktuelle indikatoren i både 2023 og 2025. For å sikre best mulig sammenlignbarhet mellom årene ble personer uten navngitt fastlege ekskludert i 2025, ettersom denne gruppen ikke inngikk i 2023-undersøkelsen. Kommuneskårene ble beregnet som justerte gjennomsnittsskårer (justert for alder og kjønn). Resultatene ble standardisert til en felles alders- og kjønnsfordeling basert på de to undersøkelsesårene samlet. Analysene ble vektet for trekksannsynlighet og frafall. Kommunene ble deretter rangert etter gjennomsnittsskår på tvers av de to undersøkelsesårene.

Stabiliteten mellom undersøkelsesårene ble vurdert ved hjelp av Pearsons korrelasjonskoeffisient (r), beregnet separat for hver indikator. Høyere korrelasjon uttrykker større grad av stabilitet i kommunenes relative plassering mellom 2023 og 2025. Sensitivitetsanalyser med Spearmans rangkorrelasjon ga tilsvarende mønstre, men gjennomgående noe lavere korrelasjon.

2.3.7 Utvikling over tid

Utvikling over tid i pasienterfaringer med fastlegen ble analysert ved å sammenligne resultater fra undersøkelsene i 2014, 2018, 2021, 2023 og 2025. Analysene omfattet fem sentrale

indikatorer samt en samlet indikator beregnet som gjennomsnittet av disse. Alle skårer er presentert på en skala fra 0 til 100, der høyere verdi uttrykker bedre erfaringer.

For å sikre best mulig sammenlignbarhet mellom undersøkelsesårene ble personer uten navngitt fastlege ekskludert fra analysene, ettersom denne gruppen var inkludert i 2025-undersøkelsen, men ikke i tidligere undersøkelser. Resultatene ble beregnet som justerte gjennomsnittsskårer (justert for alder og kjønn). For undersøkelsene i 2023 og 2025 ble resultatene i tillegg vektet for trekksannsynlighet slik at estimatene ble sammenlignbare med tidligere undersøkelser. I tillegg til nasjonale analyser ble utviklingen undersøkt etter fylke.

For analyser av utvikling over tid ble det også benyttet data fra Folkehelseinstituttets undersøkelser om pasienterfaringer med somatiske sykehus. Disse undersøkelsene ble valgt fordi de over tid har hatt relativt stabile indikatorer og metodiske opplegg, og dermed gir et bedre grunnlag for sammenligninger mellom undersøkelsesår enn øvrige brukererfaringsundersøkelser. Sykehusundersøkelsene inngår kun i analysene av utvikling over tid, ettersom de ikke gir tilsvarende grunnlag for sammenligninger på kommunenivå.

Utvikling over tid i pasienterfaringer med somatiske sykehus ble analysert ved å sammenligne resultater fra tidligere nasjonale pasienterfaringsundersøkelser gjennomført i perioden 2006–2021. Analysene omfattet utvalgte indikatorer for pasienters erfaringer med sykehusoppholdet, herunder en samlet indikator, ventetid ved sykehuset og samhandling. Den samlede vurderingsindikatoren er basert på fire delindikatorer (nærmere beskrevet i kapittel 2.3.4). Kun den samlede indikatoren var tilgjengelig i 2006-undersøkelsen, mens øvrige indikatorer var tilgjengelige i senere undersøkelsesår. Indikatoren for ventetid omfatter kun elektive pasienter. Alle skårer er presentert på en skala fra 0 til 100, der høyere verdi uttrykker bedre erfaringer. Resultatene ble beregnet som justerte gjennomsnittsskårer ved hjelp av lineære regresjonsmodeller der det ble kontrollert for alder (kategorisert i 10-årsgrupper), kjønn og selvrapportert helse.

2.4 Tematisk inndeling av mål/indikatorer

For å belyse oppdragets problemstillinger er indikatorene fra brukererfaringsundersøkelsene og de registerbaserte målene samlet i tre temaområder: tilgang og tilgjengelighet, samhandling og pasientflyt samt erfart kvalitet og helsepersonell. Tabell 4 viser hvilke indikatorer og mål som inngår i hvert temaområde.

Tabell 4: Gruppering av indikatorer fra brukererfaringer og registerbaserte mål inndelt etter tema

Tema	Brukererfaringer (indikatorer)	Registerbaserte mål[1]
1) Tilgang og tilgjengelighet		
	Fastlege 1. Kontinuitet (18 år +) 2. Tilgjengelighet (18 år +) 3. Tilgjengelighet til ikke-hastende time (18 år +)	Gjennomsnittlig antall måneder med tjenester i hjemmet per år Gjennomsnittlig antall måneder i langtidsopphold per år Gjennomsnittlig antall måneder i korttidsopphold per år

	4. Tilgjengelighet til hastende time (18 år +) **Somatiske sykehus** (kun utvikling over tid) Kort ventetid til sykehus (kun elektive pasienter, 16 år +)	Gjennomsnittlig antall måneder med akutte kontakter per år Funksjonsskår ved førstegangs langtidsopphold Funksjonsskår ved oppstart av tjenester i hjemmet Prosentandel med manglende funksjonsskår ved oppstart av tjenester i hjemmet
2) Samhandling og pasientflyt		
	Fastlege 5. Personsentrerte tjenester (minimum et kronisk helseproblem) 6. Koordinering og samhandling (minimum et kronisk helseproblem) 7. Mestring (minimum et kronisk helseproblem) **Somatiske sykehus** (kun utvikling over tid) 8. Samhandling (16 år +)	Prosentandel 80 år og eldre som innlegges på langtidsopphold uten bruk av andre kommunalt tildelte helse- og andre omsorgstjenester Prosentandel 80 år og eldre i langtidsopphold som har akutt kontakt Prosentandel 80 år og eldre som mottar tjenester i hjemmet som har akutt kontakt Prosentandel 80 år og eldre som ikke mottar kommunalt tildelte helse- og andre omsorgstjenester som har akutt kontakt Antall allmennlegekontakter 30 dager før langtidsopphold for personer 80 år og eldre Prosentandel av personer 80 år og eldre som har hatt en akutt kontakt som mottar langtidsopphold seks måneder etter akutt kontakten
3) Erfart kvalitet og helsepersonell		
	Fastlege 9. Erfart kvalitet (18 år +) 10. Fastlegen (18 år +) 11. Tillit til fastlegen (18 år +) 12. Organisering og øvrige ansatte (18 år +) **Somatiske sykehus** (kun utvikling over tid) Samlet vurdering over 4 indikatorer (Pleiepersonalet, informasjon, organisering og pårørende; 16 år +)	

[1]kreves tre år data for å ha nok styrke til å beregne tall på kommunenivå

2.5 Korrelasjon mellom mål/indikatorer

Enkelte mål og indikatorer kan hver for seg gi informasjon om forhold ved tjenestene som varierer mellom kommuner. Det er derfor relevant å undersøke i hvilken grad de henger sammen på kommunenivå. Formålet med korrelasjonsanalysene er å undersøke om kommuner som skårer høyt eller lavt på ett område også har tilsvarende mønstre på andre mål innen samme temaområde. Analysene kan dermed bidra til å belyse om de ulike datakildene gir sammenfallende informasjon, og om det er slik at de kommunene som leverer gode tjenester langs noen dimensjoner også gjør det langs andre dimensjoner, eller om de ulike målene snarere beskriver ulike og komplementære sider ved tjenestene.

I denne analysen er sammenhenger mellom registerbaserte mål og pasienterfaringsindikatorene undersøkt ved hjelp av korrelasjonsanalyser. Totalt inngår 13 registerbaserte mål og 11 brukererfaringsindikatorer fra fastlegeundersøkelsen. Korrelasjoner er beregnet mellom indikatorer innenfor hvert temaområde (se tabell 4 for kategorisering). Korrelasjonsanalysene ble gjennomført på kommunenivå. De registerbaserte målene for tilgang gjelder hele befolkningen, mens de registerbaserte målene for samhandling gjelder personer 80 år og eldre. Brukererfaringsindikatorene er beregnet for totalutvalget, med unntak av indikatorene *personsentrerte tjenester, koordinering og samhandling* og *mestring,* som er beregnet for respondenter med minst ett kronisk helseproblem. I tillegg presenteres en samlet korrelasjonsfigur som inkluderer mål og indikatorer på tvers av temaområdene i figur A2 i vedlegg.

3 RESULTATER

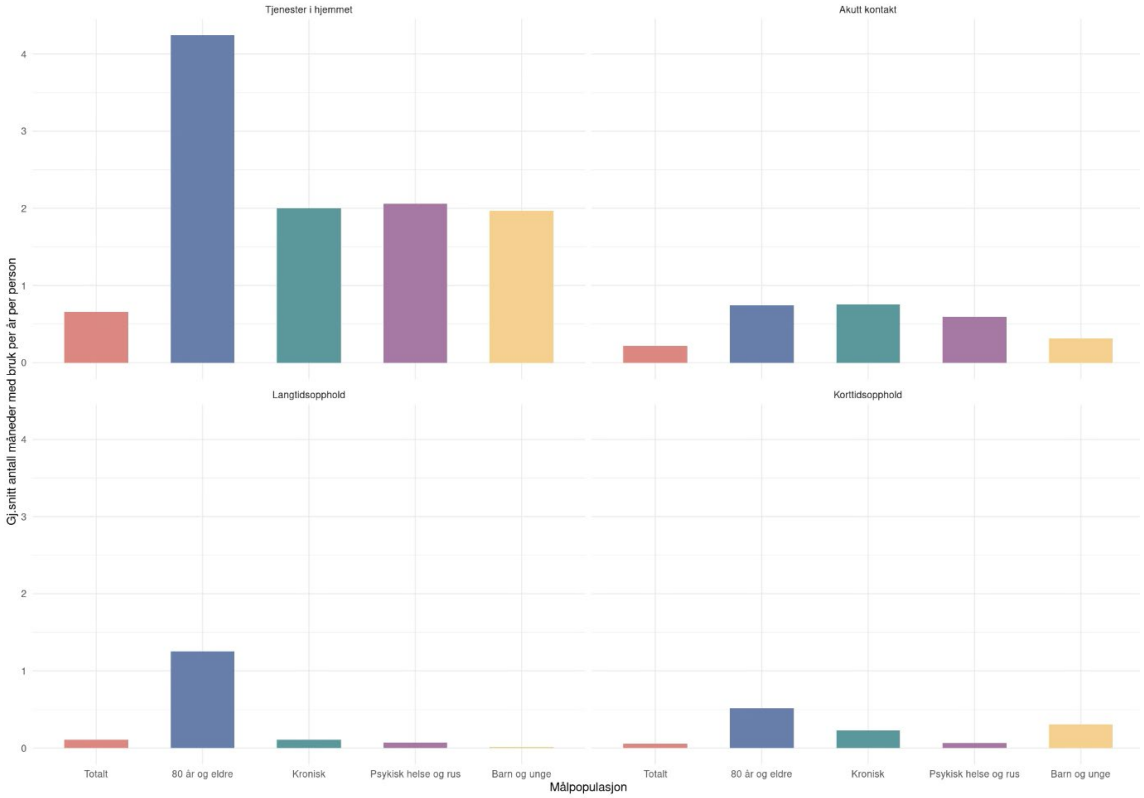
3.1 Tilgang, samhandling og erfart kvalitet etter målpopulasjoner og brukergrupper

I dette delkapittelet beskriver vi de ulike registerbaserte målene og brukererfaringsindikatorene og hvordan de varierer på tvers av målpopulasjonene og brukergruppene.

3.1.1 Registerbaserte mål

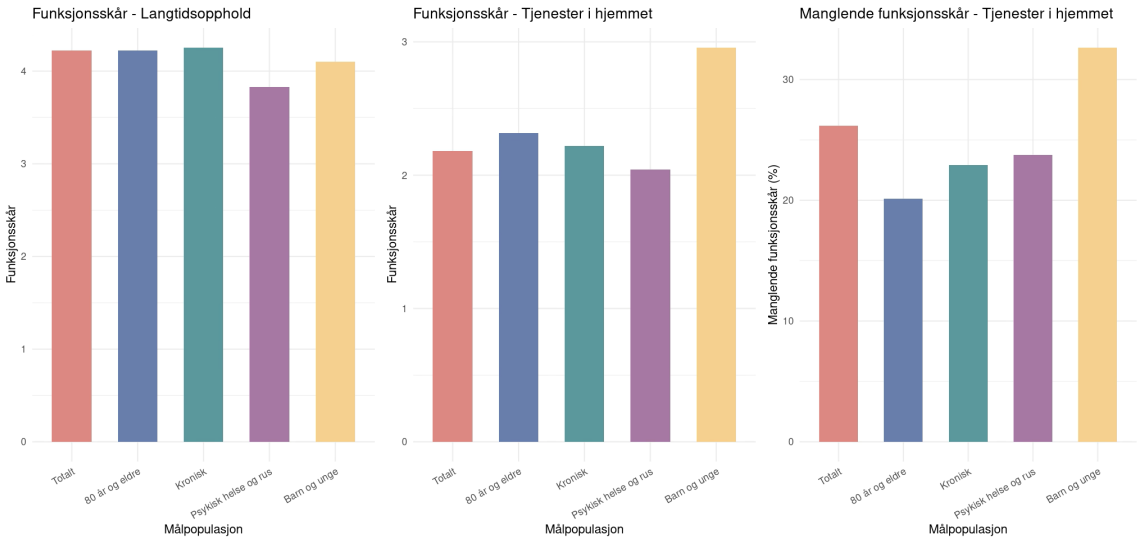
Figur 1 viser gjennomsnitt antall måneder per år med bruk av forskjellige tjenester i de ulike målpopulasjonene. Det er i stor grad personer 80 år og eldre som mottar tjenester i hjemmet, med et gjennomsnitt på 4,2 måneder med tjenester i hjemmet per år per person. Det er relativ lik bruk for de tre andre målpopulasjonene, med omtrent 2 måneder med bruk. Akutte kontakter for totalbefolkningen er lav, rundt 0,2 måneder med bruk per år per person. For personer 80 år og eldre er bruken langt høyere, men fortsatt relativt begrenset på 0,8. Andelen er relativt lik for personer med flere kroniske sykdommer. Den er noe lavere bruk for de med diagnoser innen psykisk helse og rus, mens for barn med varige og/eller sammensatte behov er den langt lavere, noe høyere enn nivået for totalbefolkningen. Bruk av langtidsopphold og korttidsopphold er i størst grad brukt for personer 80 år og eldre, med et gjennomsnitt på 1,2 måneder med langtidsopphold og 0,5 måneder med korttidsopphold per år.

For samhandling og pasientflyt er målene kun beregnet for målpopulasjonen personer 80 år og eldre (tabell A7 i vedlegg). Prosentandelen som får langtidsopphold i institusjon uten å ha hatt andre kommunalt tildelte tjenester er lave, og ligger på 0,9 prosent. Prosentandelen som har langtidsopphold i institusjon og samtidig har en akutt kontakt er på 20,3 prosent, mens prosentandelen blant de med andre kommunalt tildelte tjenester som har en akutt kontakt er på 40,6 prosent, mens den er 21,8 prosent for de som ikke mottar noen kommunalt tildelte tjenester. Antall allmennlegekontakter 30 dager i forkant av en førstegangsinnleggelse på langtidsinstitusjon er 2,0. Prosentandel som er i langtidsomsorg 6 måneder etter en akutt kontakt er på 8,1 prosent for de som ikke har langtidsopphold i forkant av akuttkontakten.



Figur 1: *Gjennomsnitt antall måneder med bruk per år per person for ulike tjenester etter ulike målpopulasjoner. Målene er ujustert.*

Figur 2 viser at funksjonsskåren ved oppstart av langtidsopphold er 4,2 (mål på tjenestebehov med skala fra 1,5 (lite behov) til 4,5 (omfattende behov)). For personer med diagnoser innen psykisk helse og rus ligger gjennomsnittlig funksjonsskår noe lavere, om lag 3,8. Funksjonsskåren er i gjennomsnitt 2,2 ved oppstart av tjenester i hjemmet, og er forholdvis lik på tvers av målpopulasjonene. Et unntak er blant barn og unge med varige og/eller sammensatte behov, som har en betydelig høyere målt funksjonsskår ved oppstart av tjenester i hjemmet, om lag 3. Manglende registering av funksjonsskår ved oppstart av tjenester i hjemmet varierer en del på tvers av målpopulasjonene, med størst grad av manglende registering blant barn og unge med varige og/eller sammensatte behov, hvor i overkant av 30 prosent mangler registering. Minst grad av manglende registering ser vi blant personer 80 år og eldre, men det er fremdeles rundt 20 prosent hvor det ikke er registrert en funksjonsskår ved oppstart av tjenester i hjemmet.

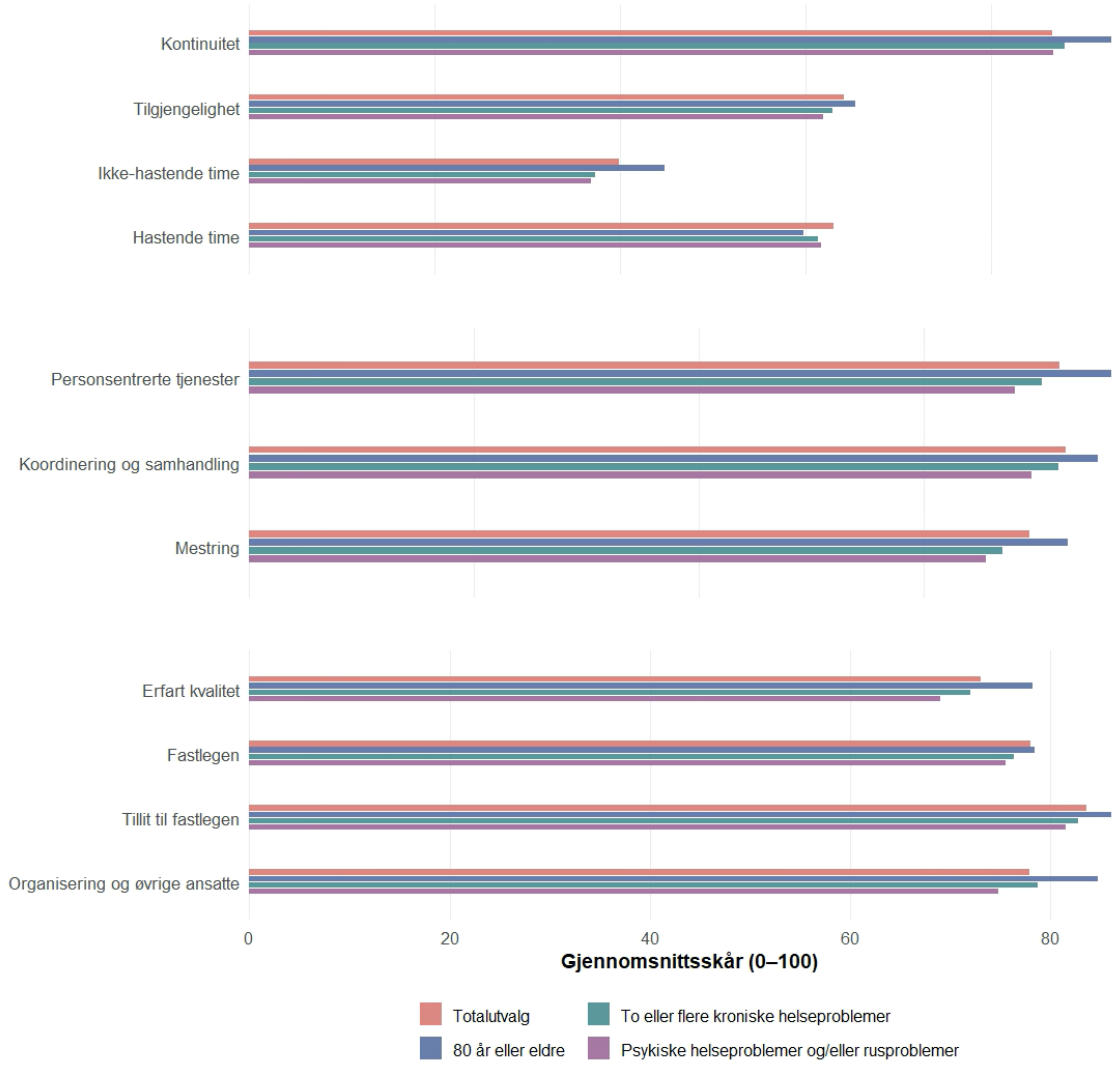


Figur 2: *Funksjonsskår ved oppstart av langtidsopphold eller tjenester i hjemmet, samt prosent med manglende registering av funksjonsskår for de med oppstart av tjenester i hjemmet for de ulike målpopulasjonene. Funksjonsskår er angitt på en skala fra 1,5 til 4,5, der høyere skår indikerer dårligere funksjon. Tallene er ujustert.*

3.1.2 Brukererfaringer

Figur 3 viser nasjonale, vektede gjennomsnittsskårer i fastlegeundersøkelsen 2025 for totalutvalget og utvalgte brukergrupper. Indikatorskårene var gjennomgående relativt like mellom gruppene, med små absolutte forskjeller mellom brukergrupper. Det ble likevel observert et mønster der respondenter i alderen 80 år og eldre gjennomgående rapporterte noe høyere skårer på flere indikatorer, mens respondenter med psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer hadde noe lavere skårer. Forskjellene var imidlertid moderate og ikke konsistente på tvers av alle indikatorer.

Skårene kan ikke sammenlignes direkte mellom indikatorene, ettersom indikatorene bygger på ulike spørsmål og skalaer. Dette gjelder særlig ventetid og kontinuitet, som er basert på kategoriske svaralternativer.

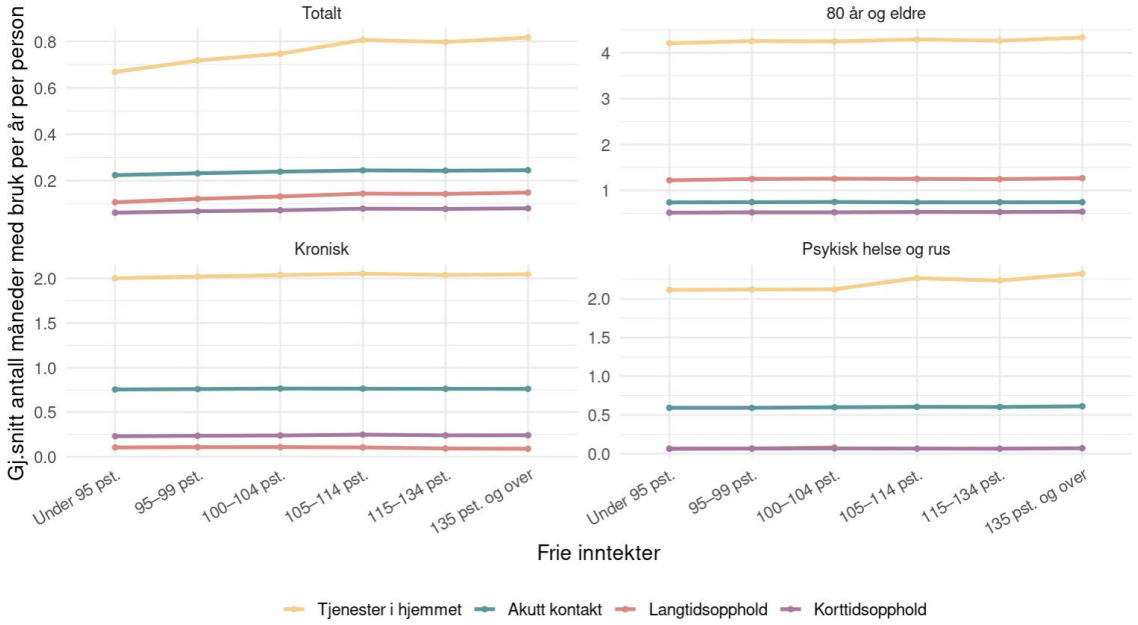


Figur 3. *Nasjonale gjennomsnittsskårer i fastlegeundersøkelsen 2025 for totalutvalget og utvalgte brukergrupper. Resultatene er vektet for trekksannsynlighet og frafall. Skårene varierer fra 0 til 100, der høyere skår uttrykker bedre erfaringer. Indikatorene personsentrerte tjenester, koordinering og samhandling og mestring er kun beregnet for respondenter med minst ett kronisk helseproblem. For disse tre indikatorene omfatter «totalutvalget» alle respondenter med minst ett kronisk helseproblem, mens de øvrige indikatorene er beregnet for hele utvalget.*

3.2 Tilgang og tilgjengelighet

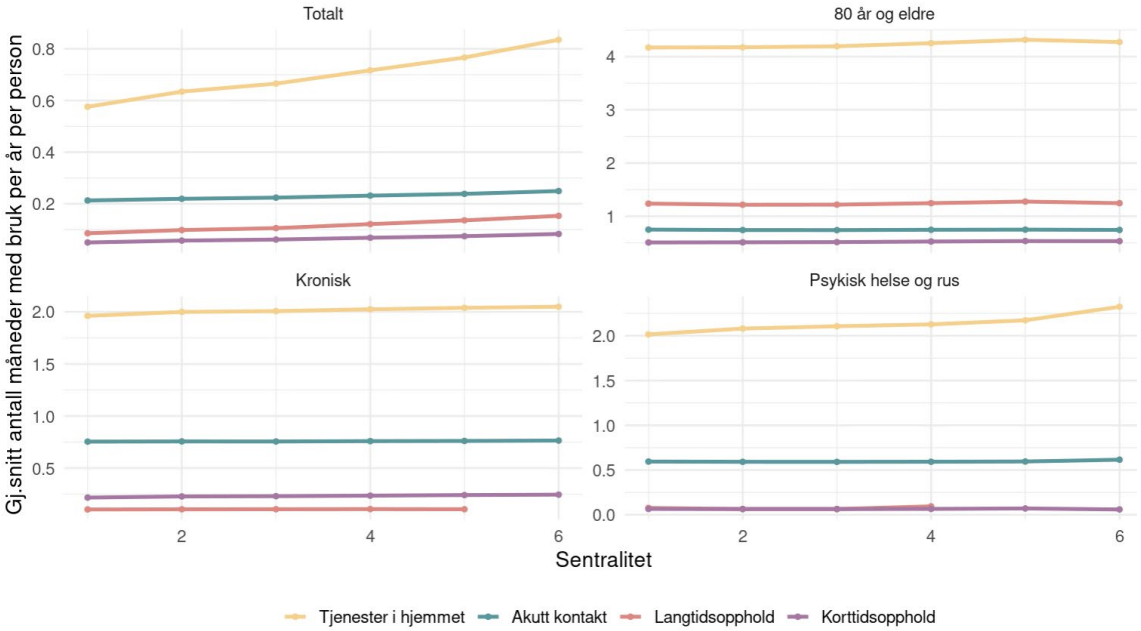
3.2.1 Registerbaserte mål

Figur 4a viser gjennomsnittlig antall måneder med bruk per år per person av tjenester etter nivå av frie inntekter. For akutte kontakter, samt korttids- og langtidsheldøgnsomsorg finner vi ingen variasjon etter inntekt når vi tar høyde for alders- og kjønnssammensetning i kommunene for de som er over 80 år og de med kroniske sykdommer. For tjenester i hjemmet finner vi imidlertid større variasjon enn i de øvrige målene. Gjennomsnittlig bruk av tjenester i hjemmet i totalbefolkningen øker med frie inntekter. Denne økningen finner vi også igjen blant de som er 80 år og eldre, og personer med diagnoser innen psykisk helse og rus. En økning finnes også for langtidsopphold i totalbefolkningen.



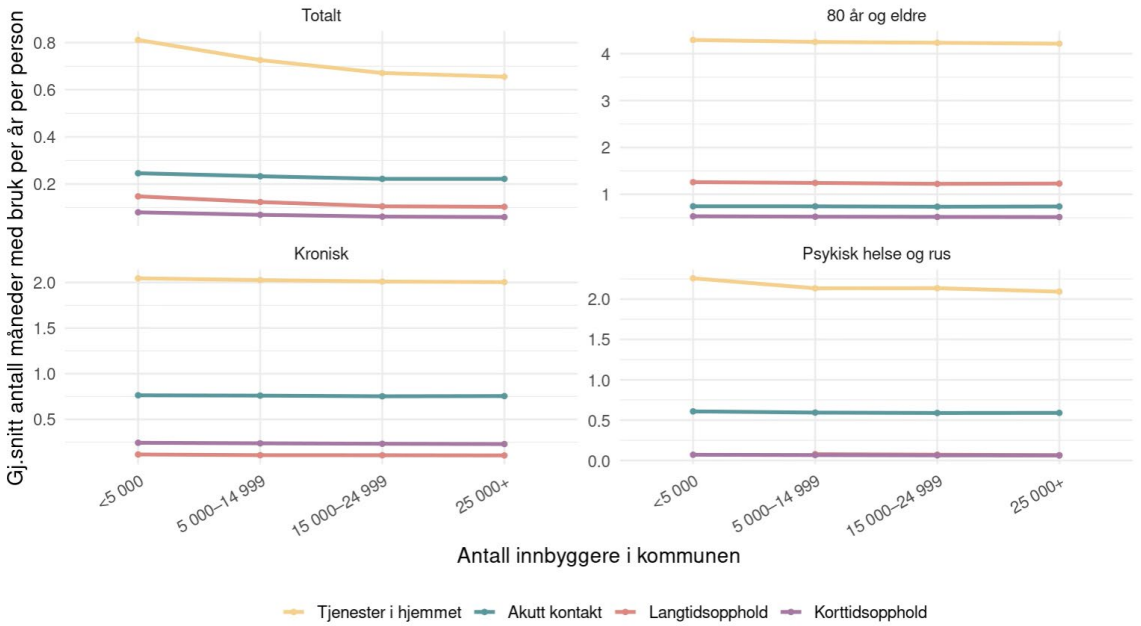
Figur 4a: *Gjennomsnittlig antall måneder med bruk per år per person av tjenester etter* ***nivå av frie inntekter*** *i kommunen per målpopulasjon. Målene er justert for alder og kjønn. Manglende verdier for enkelte punkter er et resultat av at vi kun inkluderer kommuner som har minst 10 observasjoner bak sitt beregnede tall. pst.- prosent*

Figur 4b viser at gjennomsnittlig antall måneder med bruk per år i korttidsopphold og akutte kontakter ligger på omtrent samme nivå på tvers av sentralitetsklasser andre kommunalt tildelte tjenester, mens for tjenester i hjemmet og til en viss grad langtidsopphold, er det derimot en svakt økende andel med økt sentralitetsklasse. Det er flere som mottar hjemmebaserte tjenester og langtidsopphold i mindre sentrale kommuner enn i sentrale kommuner, justert for alder og kjønn. Økningen i hjemmetjenester gjelder særlig for personer med diagnoser innen psykisk helse og rus.



Figur 4b: *Gjennomsnittlig årlig bruk per person av tjenester etter* ***kommunens sentralitet*** *per målpopulasjon. Målene er justert for alder og kjønn. Manglende verdier for enkelte punkter er et resultat av at vi kun inkluderer kommuner som har minst 10 observasjoner bak sitt beregnede tall.*

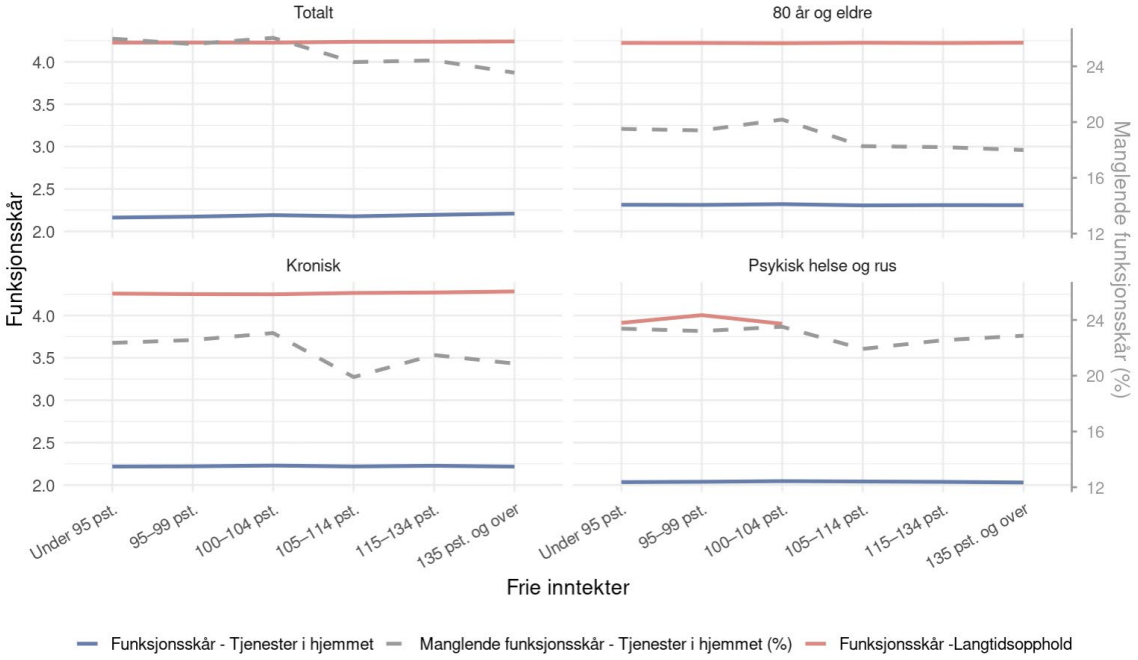
Figur 4c viser gjennomsnittlig bruk etter antall innbyggere i kommunen og viser at bruk av akutte kontakter, langtidsopphold og korttidsopphold er forholdvis likt på tvers av innbyggertallet i kommunen slik som de andre geografiske inndelingene for de som er over 80 år og de med kroniske sykdommer. Også her varierer bruk av tjenester i hjemmet for totalbefolkningen og personer med diagnoser innen psykisk helse og rus, der befolkningen i kommuner med få innbyggere får betydelig mer tjenester i hjemmet enn mer befolkede kommuner. Dette gjelder også for langtidsopphold i totalbefolkningen.



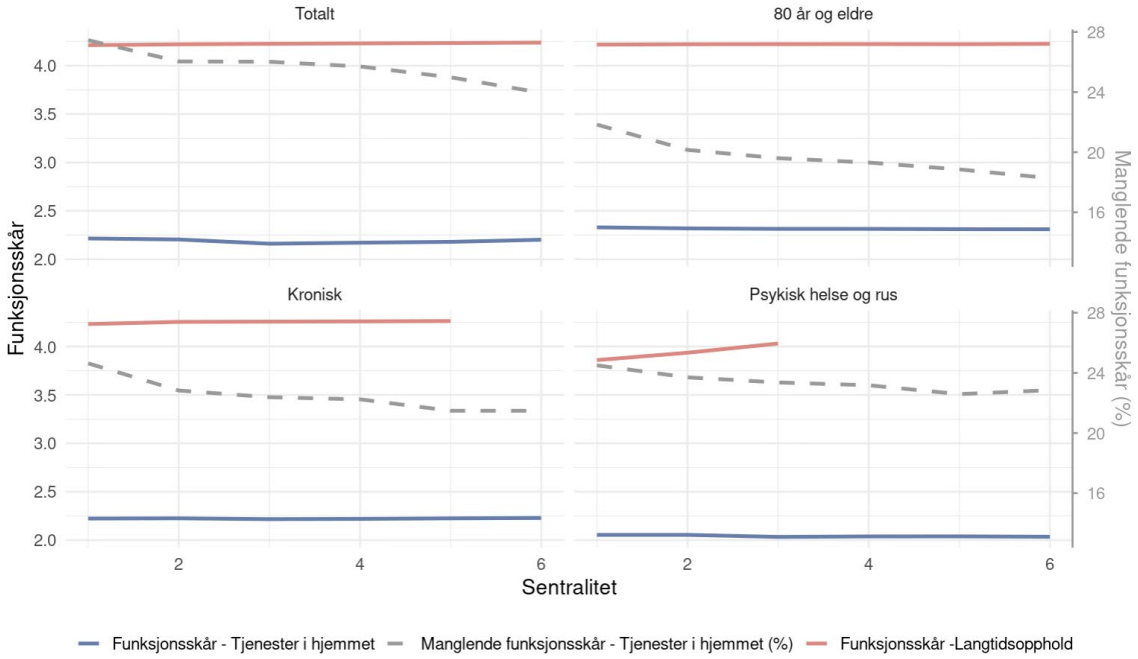
Figur 4c: *Gjennomsnittlig årlig bruk per person av tjenester etter* ***antall innbyggere i kommunen*** *per målpopulasjon. Målene er justert for alder og kjønn. Manglende verdier for enkelte punkter er et resultat av at vi kun inkluderer kommuner som har minst 10 observasjoner bak sitt beregnede tall.*

Figur 5a-c viser at det er lite variasjon i funksjonsskåren på tvers av frie inntekter, sentralitet og antall innbyggere i kommunen, både ved oppstart av langtidsopphold i institusjon og ved oppstart av tjenester i hjemmet. Imidlertid kan man se en tendens til mer variasjon i prosent som mangler registering av funksjonsskår, med lavest prosent med manglende registering for kommuneinntekt mellom 105-114 prosent av landsgjennomsnittet. Det ser også ut til å være økende grad av manglende registering etter lavere grad av sentralitet. Det bør også bemerkes at funksjonsskår er et mål satt av helsepersonellet som vurderer dem, og kan således være både mindre objektivt og gjenstand for tilfeldig variasjon.

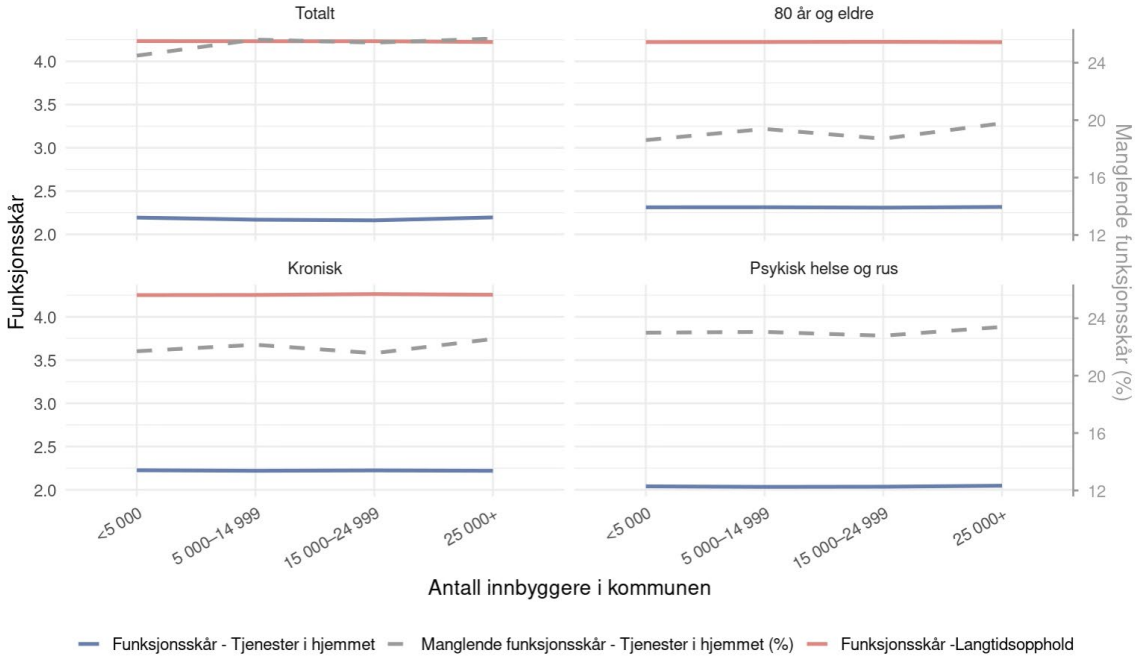
For målpopulasjonen med diagnoser innen psykisk helse og rus er det ikke tilstrekkelig data til å kunne beregne funksjonsskår ved førstegangs langtidsopphold for de som bor i kommuner med sentralitetsklasse 4 og høyere, eller med kommuneinntekt over 105 prosent, og kun for kommuner med antall innbyggere over 25 000. Det er ikke relevant å kun ha et punkt i linjeplott så har da fjernet alle punktene for funksjonsskår ved oppstart av langtidsopphold for personer med diagnoser innen psykisk helse og rus. For personer med flere kroniske sykdommer har vi ikke nok observasjoner i sentralitetsklasse 6.



Figur 5a: *Funksjonsskår ved oppstart av tjenester i hjemmet eller ved oppstart av langtidsopphold i institusjon etter* ***nivå av frie inntekter*** *per målpopulasjon. Funksjonsskår er angitt på en skala fra 1,5 til 4,5, der høyere skår indikerer dårligere funksjon. Manglende funksjonsskår ved oppstart av tjenester i hjemmet er angitt i prosent og vises på høyre y-akse. Målene er justert for alder og kjønn. pst.- prosent*



Figur 5b: *Funksjonsskår ved oppstart av tjenester i hjemmet (og % manglende skår) eller ved oppstart av langtidsopphold i institusjon etter* ***kommunens sentralitet*** *per målpopulasjon. Funksjonsskår er angitt på en skala fra 1,5 til 4,5, der høyere skår indikerer dårligere funksjon. Manglende funksjonsskår ved oppstart av tjenester i hjemmet er angitt i prosent og vises på høyre y-akse. Målene er justert for alder og kjønn.*

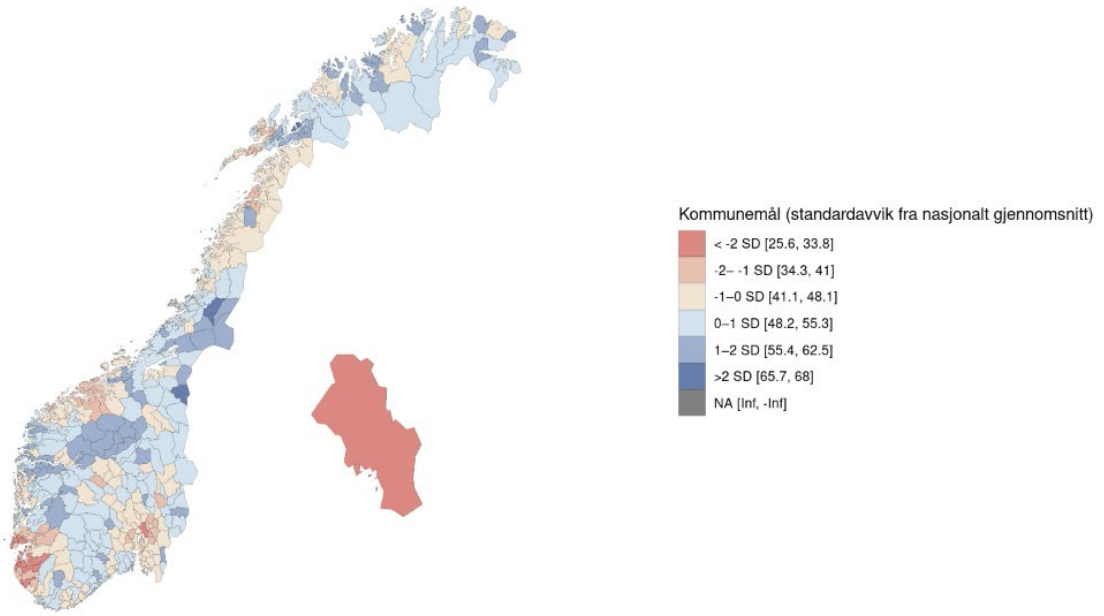


Figur 5c: *Funksjonsskår ved oppstart av tjenester i hjemmet eller ved oppstart av langtidsopphold i institusjon etter* ***antall innbyggere i kommunen*** *per målpopulasjon. Funksjonsskår er angitt på en skala fra 1,5 til 4,5, der høyere skår indikerer dårligere funksjon. Manglende funksjonsskår ved oppstart av tjenester i hjemmet er angitt i prosent og vises på høyre y-akse. Målene er justert for alder og kjønn.*

I figur 6–8 viser vi kombinerte registerbaserte mål per kommune. Rød farge indikerer verdier under gjennomsnittet, mens blå farge indikerer verdier over gjennomsnittet. Sterkere farge indikerer større avstand fra gjennomsnittet.

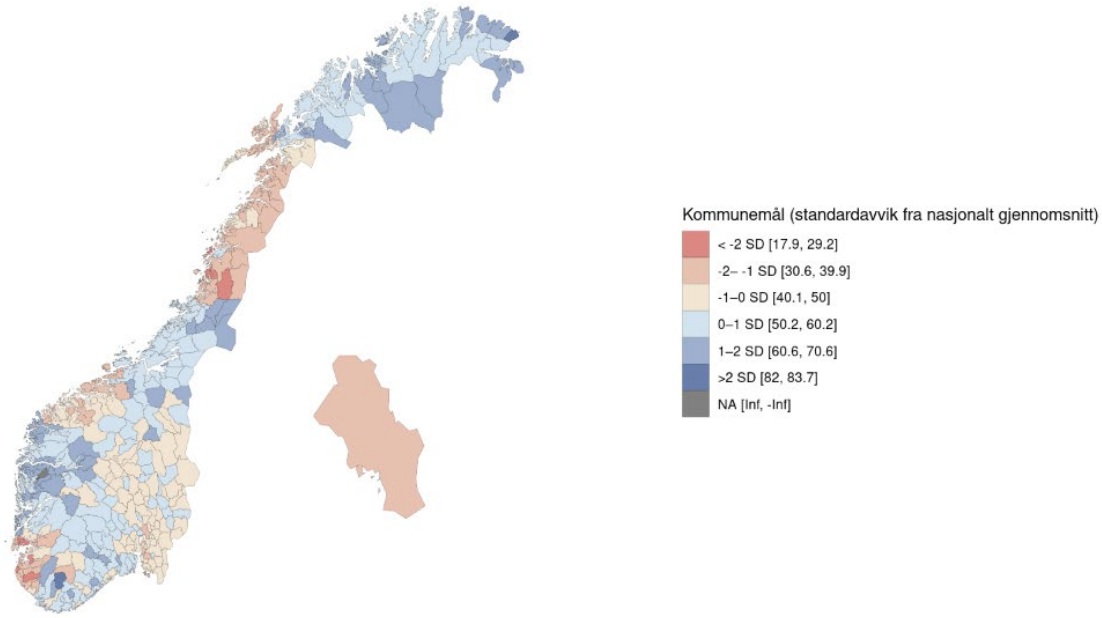
Figur 6 viser variasjon mellom kommunene i det kombinerte registerbaserte målet for tilgang og tilgjengelighet. Kartet viser en viss geografisk konsentrasjon, der større sammenhengende områder har lignende verdier. For eksempel har områdene rundt Oslo lavere verdier, dvs.

lavere tilgang og tilgjengelighet, mens en rekke innlandsområder og kommuner i Nordland har høyere verdier.



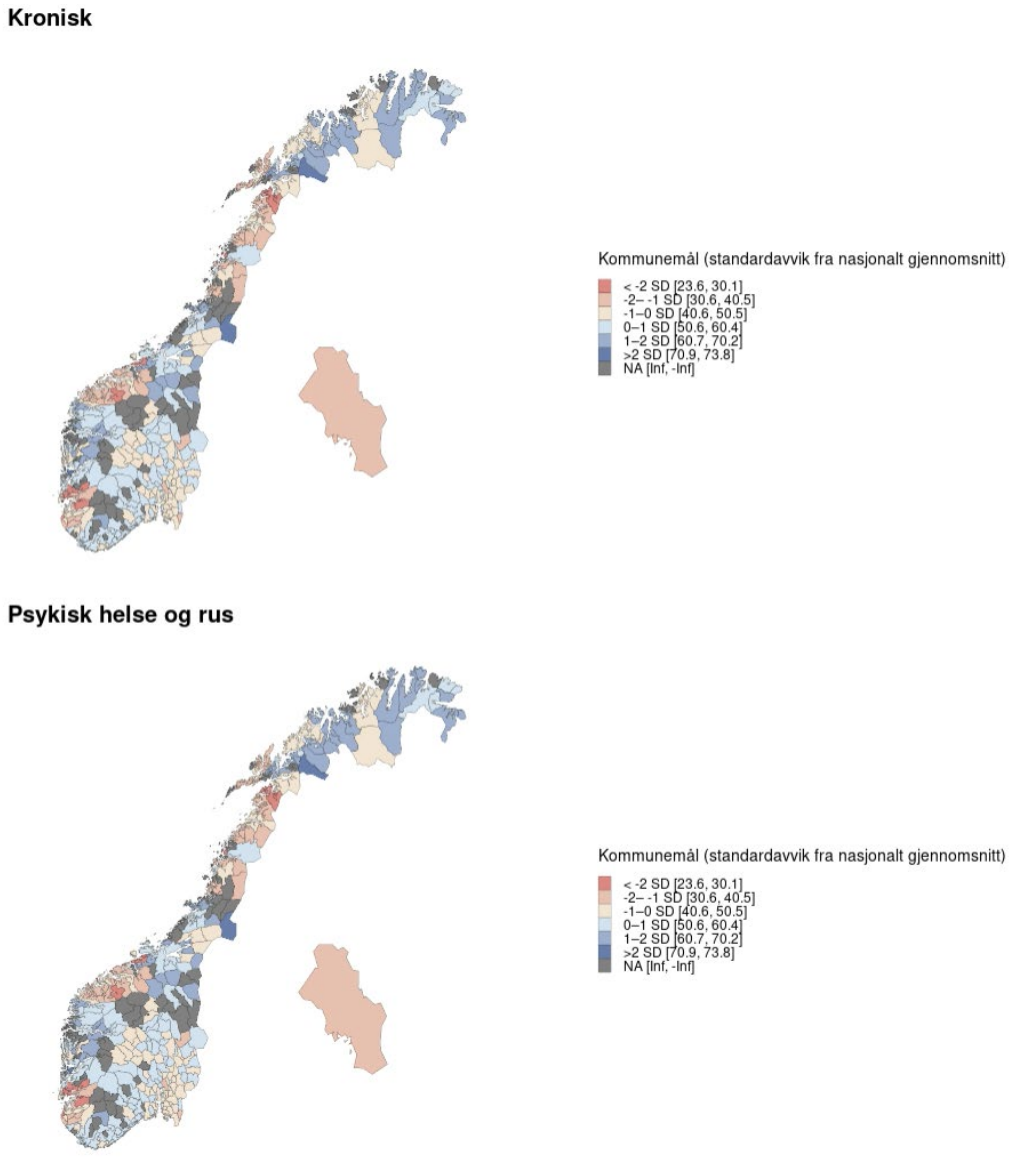
Figur 6: *Kommunemål i registerdata (2023-2025) for kombinert mål (0–100, høyere verdi = bedre) for* ***hele befolkningen****, basert på målene bruk av tjenester (4 mål) og funksjonsskår ved oppstart tjeneste (3 mål). Målene er justert for alder og kjønn. Fargene viser standardavvik fra nasjonalt gjennomsnitt.*

Figur 7 viser tilsvarende som figur 6, men for målpopulasjonen av 80 år og eldre. Enkelte mønstre er like, som noe høyere tilgang og tilgjengelighet (høyere verdi) for flere av kommunene i Finnmark, og høyere verdi enn gjennomsnitt for en rekke kommuner på Vestlandet. Kommunene i Innlandet har noe lavere verdi, og det samme gjelder i stor grad Nordlandskommunene.



Figur 7: *Kommunemål i registerdata (2023-2025) for kombinert mål (0–100, høyere verdi = bedre) for* ***personer 80 år og eldre****, basert på målene bruk av tjenester (4 mål) og funksjonsskår ved oppstart tjeneste (3 mål). Målene er justert for alder og kjønn. Fargene viser standardavvik fra nasjonalt gjennomsnitt.*

Figur 8 viser tilsvarende mål som figur 6 og 7, men for målpopulasjonene personer med flere kroniske sykdommer og personer med diagnoser innen psykisk helse og rus. Det er flere kommuner som ikke har nok observasjoner til å bli inkludert (70 kommuner er ekskludert), men vi kan finne de samme geografiske tendensene som for de to andre målpopulasjonene.



Figur 8: *Kommunemål i registerdata (2023-2025) for kombinert mål (0–100, høyere verdi = bedre) for* ***personer med flere kronisk sykdommer og personer med diagnoser innen psykisk helse og rus****, basert på målene mottakere av tjenester (4 mål) og funksjonsskår ved oppstart tjeneste (3 mål). Målene er justert for alder og kjønn. Fargene viser standardavvik fra nasjonalt gjennomsnitt.*

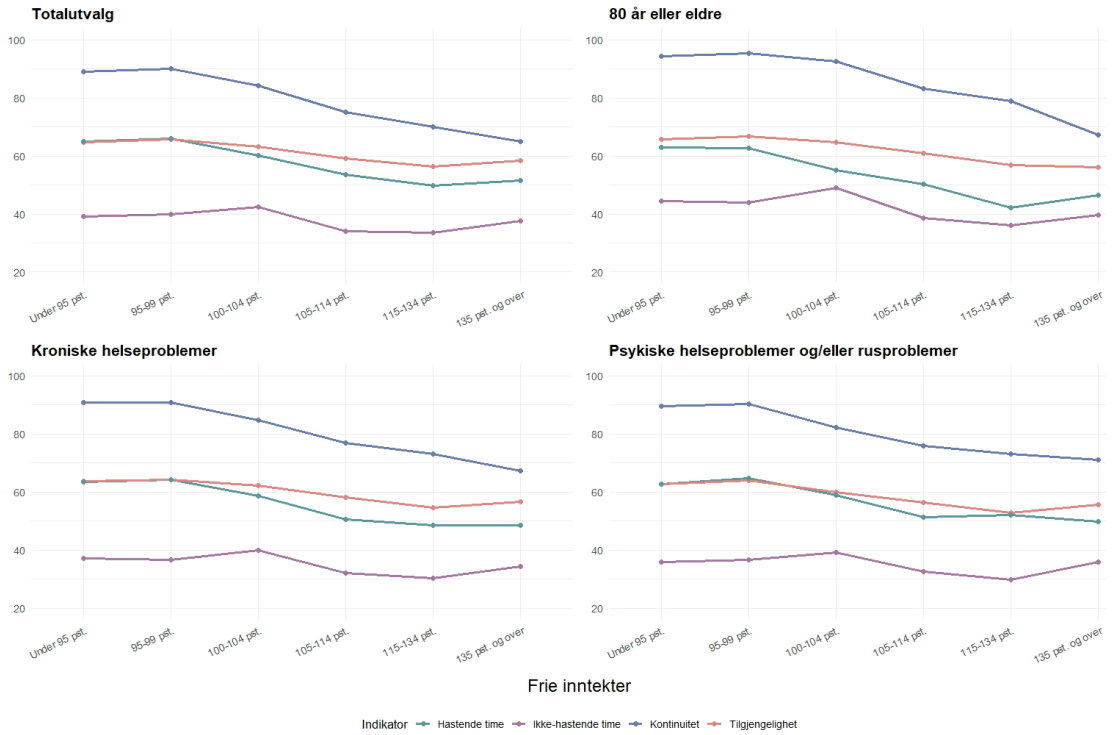
3.2.2 Brukererfaringer

Figur 9a–c viser justerte, vektede gjennomsnittsskårer i fastlegeundersøkelsen 2025 for indikatorene *kontinuitet, tilgjengelighet* og *ventetid* etter nivå på frie inntekter, sentralitetsklasse og antall innbyggere i kommunen. Resultatene vises for totalutvalget og utvalgte brukergrupper. Skårene varierer fra 0 til 100, der høyere skår uttrykker bedre pasienterfaringer. Skårene er vektet for trekksannsynlighet og frafall og justert for alder og kjønn.

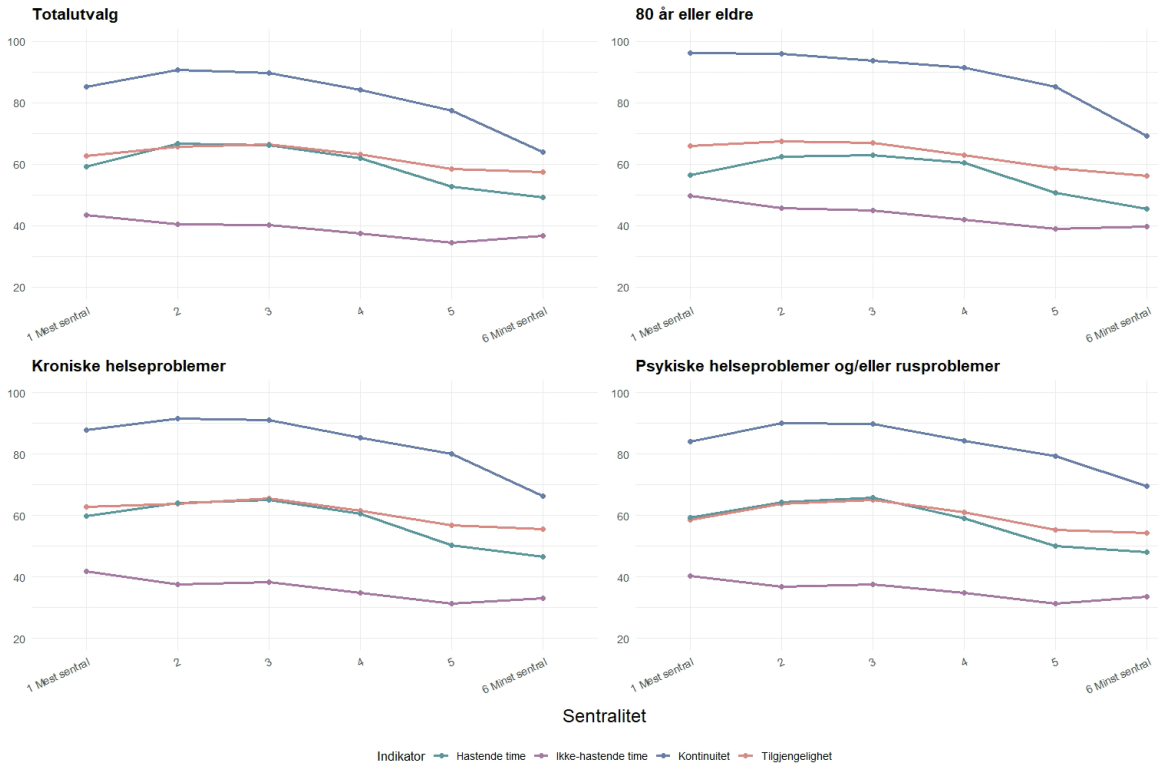
Etter kommunens nivå på frie inntekter (figur 9a) ble det observert en tendens til høyere skårer i kommuner med lavere og middels inntektsnivå, særlig for *kontinuitet*. *Tilgjengelighet til hastende time* var også noe lavere i kommuner med høyere frie inntekter, mens *tilgjengelighet til ikke-hastende time* viste mindre variasjon. Forskjellene var likevel moderate i absolutt størrelse. Mønstrene var i hovedsak sammenfallende i brukergruppene.

Etter sentralitetsklasse (figur 9b) var *kontinuitet* gjennomgående høyere i de mest sentrale kommunene og lavere i de minst sentrale kommunene. For *tilgjengelighet* var mønsteret etter sentralitet mindre tydelig, men skårene var gjennomgående noe lavere i de minst sentrale kommunene. *Tilgjengelighet til hastende time* viste et klarere fall fra sentralitetsklasse 4 til 6, noe som tilsvarer en tendens til lengre ventetid i de minst sentrale kommunene. *Tilgjengelighet til ikke-hastende time* varierte mindre og viste ikke et like tydelig mønster etter sentralitet.

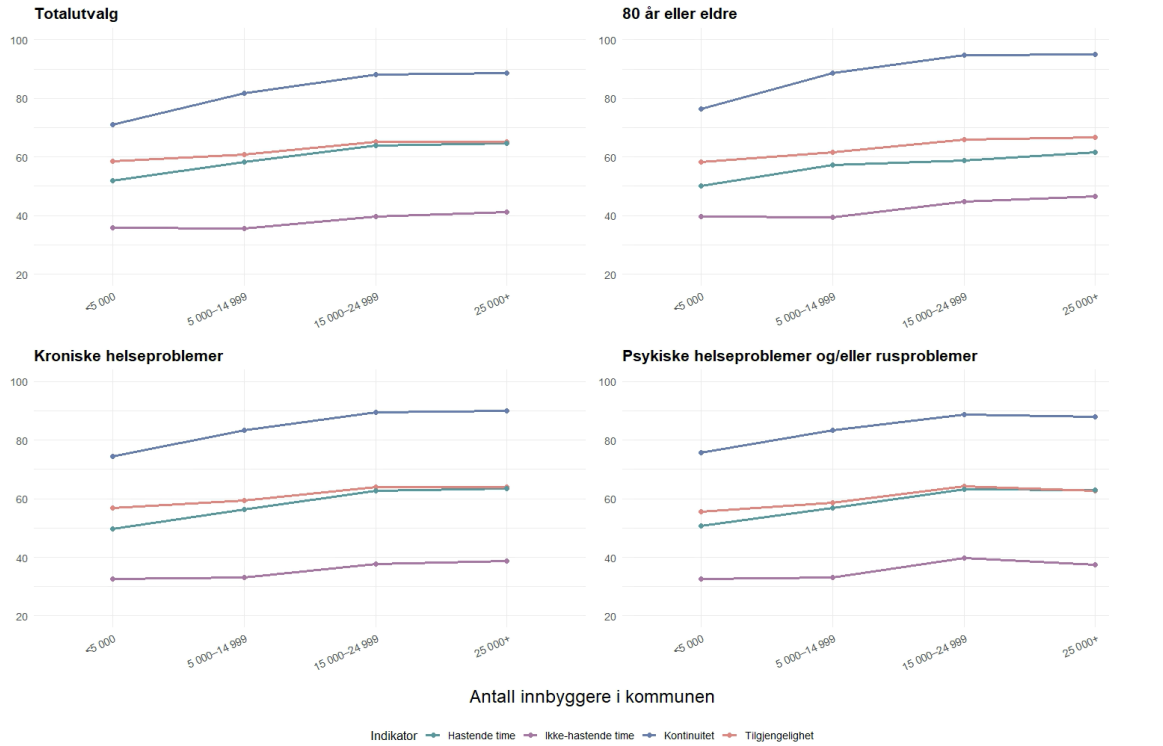
Etter antall innbyggere i kommunen (figur 9c) ble det observert en tydelig tendens til høyere skårer i større kommuner, særlig for *kontinuitet*. Også *tilgjengelighet* og *tilgjengelighet til hastende time* hadde noe høyere skårer i større kommuner. *Tilgjengelighet til ikke-hastende time* viste mindre variasjon etter antall innbyggere i kommunen. Mønsteret var i hovedsak sammenfallende i totalutvalget og i de utvalgte brukergruppene.



Figur 9a: *Justerte gjennomsnittsskårer i fastlegeundersøkelsen 2025 (0–100, høyere verdi = bedre), vektet for trekksannsynlighet og frafall, for utvalgte indikatorer etter* ***kommunens nivå på frie inntekter*** *i totalutvalget og utvalgte brukergrupper. Gjennomsnittene er justert for kjønn og alder, unntatt for brukergruppen 80 år eller eldre, hvor det kun er justert for kjønn.*

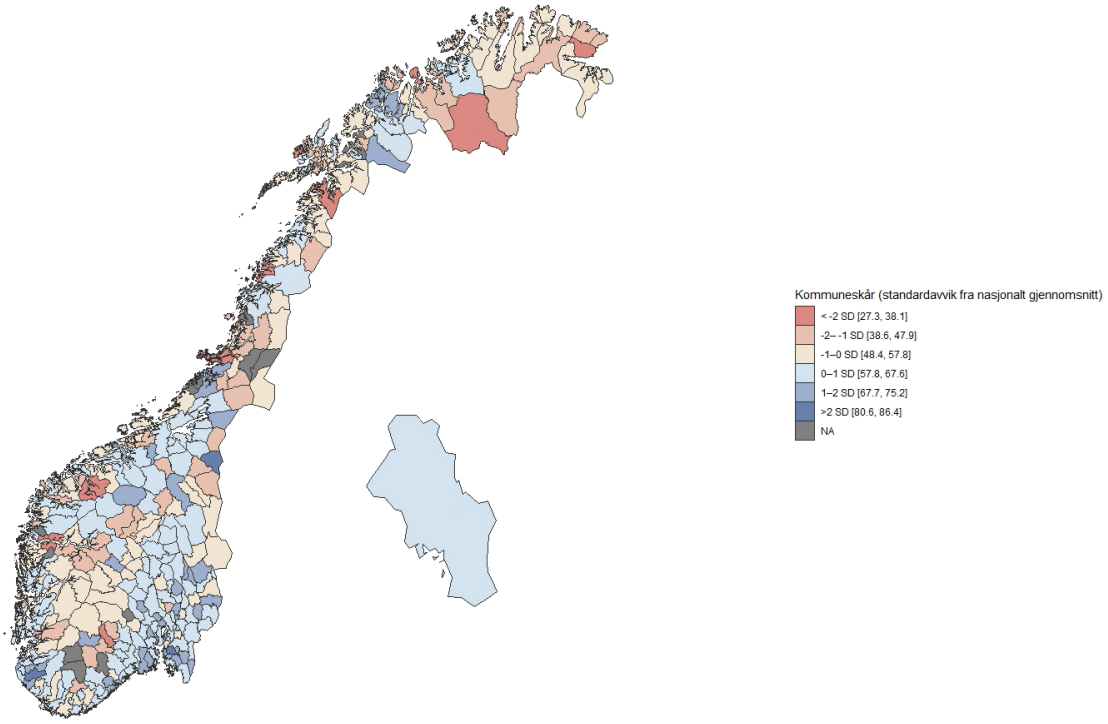


Figur 9b: *Justerte gjennomsnittsskårer i fastlegeundersøkelsen 2025 (0–100, høyere verdi = bedre), vektet for trekksannsynlighet og frafall, for utvalgte indikatorer etter* ***sentralitetsklasse (1–6)*** *i totalutvalget og utvalgte brukergrupper. Gjennomsnittene er justert for kjønn og alder, unntatt for brukergruppen 80 år eller eldre, hvor det kun er justert for kjønn.*



Figur 9c: *Justerte gjennomsnittsskårer i fastlegeundersøkelsen 2025 (0–100, høyere verdi = bedre), vektet for trekksannsynlighet og frafall, for utvalgte indikatorer etter* ***antall innbyggere i kommunen*** *i totalutvalget og utvalgte brukergrupper. Gjennomsnittene er justert for kjønn og alder, unntatt for gruppen 80 år eller eldre, hvor det kun er justert for kjønn.*

Figur 10 viser geografisk variasjon mellom kommunene i den kombinerte indikatoren for tilgang og tilgjengelighet. Flertallet av kommunene lå nær nasjonalt gjennomsnitt, med begrenset spredning i skårene. Kommuner med både høyere og lavere skårer forekom i alle landsdeler, uten et tydelig geografisk hovedmønster. Det er noe flere kommuner med skår over gjennomsnitt på Østlandet, og i Innlandet, samt kystnære deler av Trøndelag.

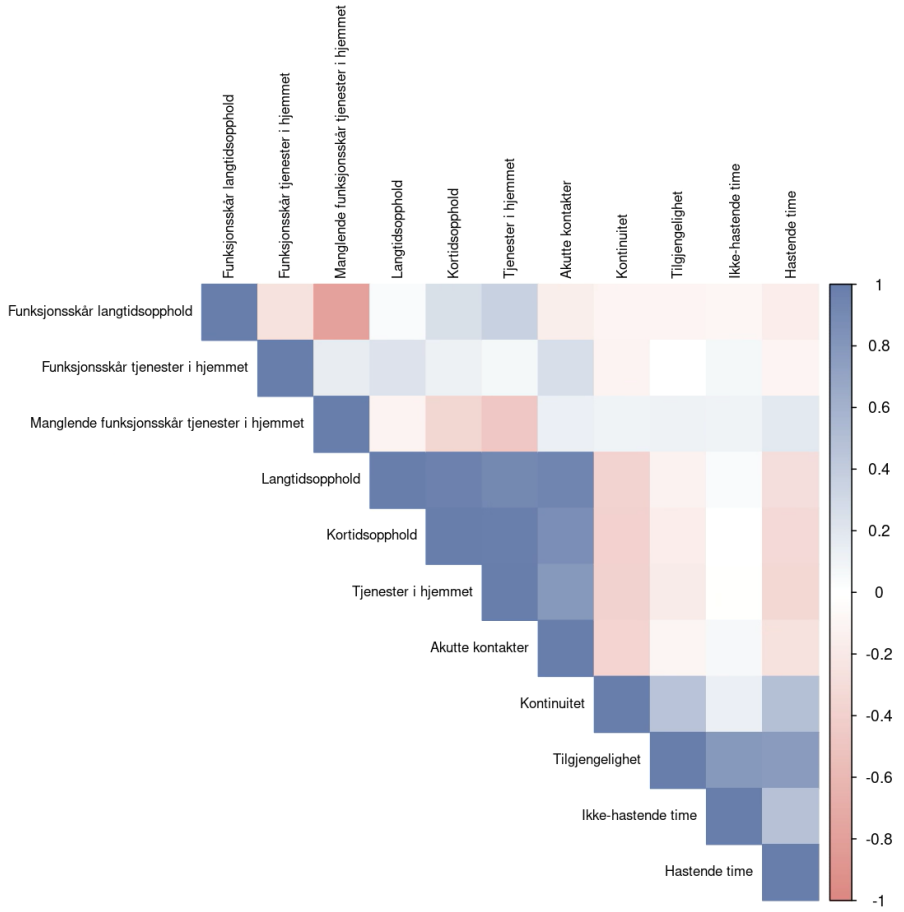


Figur 10: *Kommuneskårer i fastlegeundersøkelsen 2025 for kombinert indikator (0–100, høyere verdi = bedre), basert på indikatorene kontinuitet, tilgjengelighet og ventetid. Skårene er justert for alder og kjønn og vektet for trekksannsynlighet og frafall. Fargene viser standardavvik fra nasjonalt gjennomsnitt.*

3.2.3 Sammenheng mellom ulike mål på tilgang og tilgjengelighet

Figur 11 viser korrelasjoner mellom de tidligere beskrevne målene for tilgang og tilgjengelighet, basert på både registerdata og brukererfaringsdata. Det er gjennomgående positive korrelasjoner mellom flere av de registerbaserte målene for tjenestebruk, og tilsvarende mellom brukererfaringsindikatorene. Sammenhengene mellom funksjonsskår og andel som mottar tjenester er derimot svakere, og i enkelte tilfeller negative.

Korrelasjonene mellom brukererfaringsindikatorene og de registerbaserte målene er i hovedsak svake eller negative. Dette innebærer at høyere nivå på registerbaserte mål, som andel som mottar tjenester og funksjonsnivå ved oppstart, ikke nødvendigvis sammenfaller med bedre brukeropplevd tilgang og tilgjengelighet.



Figur 11: *Korrelasjoner mellom mål på tilgang og tilgjengelighet, basert på registerdata (6 mål) for hele befolkningen (totalt) og brukererfaringsindikatorer (4 indikatorer). Blå farge indikerer positive korrelasjoner, hvit lav eller ingen korrelasjon og rød farge negative korrelasjoner.*

3.2.4 Sammendrag

De registerbaserte målene på tilgang og tilgjengelighet viser gjennomgående små forskjeller mellom kommuner når det gjelder korttidsopphold på institusjon og akutte kontakter etter inntektsnivå i kommunen, sentralitet og antall innbyggere. For tjenester i hjemmet, og i noen grad for langtidsopphold på institusjon, er det derimot høyere bruk i høyinntektskommuner, mindre sentrale og i lavere befolkede kommuner, særlig blant personer med diagnoser innen psykisk helse og rus. Funksjonsnivå ved oppstart av tjenester er relativt likt på tvers av kommuner, noe som kan tyde på at terskelen for å tildele tjenester er nokså lik.

Samlemålene viser en viss geografisk variasjon, med lavere skår i enkelte sentrale områder, blant annet rundt Oslo, Stavanger og Trondheimsregionen, og høyere skår i innlandsområder og deler av Nord-Norge.

Brukererfaringene fra fastlegeundersøkelsen, målt ved indikatorene *kontinuitet, tilgjengelighet* og *tilgjengelighet til hastende og ikke-hastende time* viser enkelte forskjeller etter kommunekjennetegn. *Kontinuitet* skårer høyere i kommuner med flere innbyggere og mer sentrale kommuner, og lavere i mindre sentrale kommuner og kommuner med høyere frie inntekter. *Tilgjengelighet* og *tilgjengelighet til hastende time* viser noe av det samme mønsteret, men forskjellene er mindre tydelige. *Tilgjengelighet til ikke-hastende time* varierer lite mellom kommunene. Kartanalysene viste ikke et tydelig gjennomgående geografisk mønster for brukererfaringene.

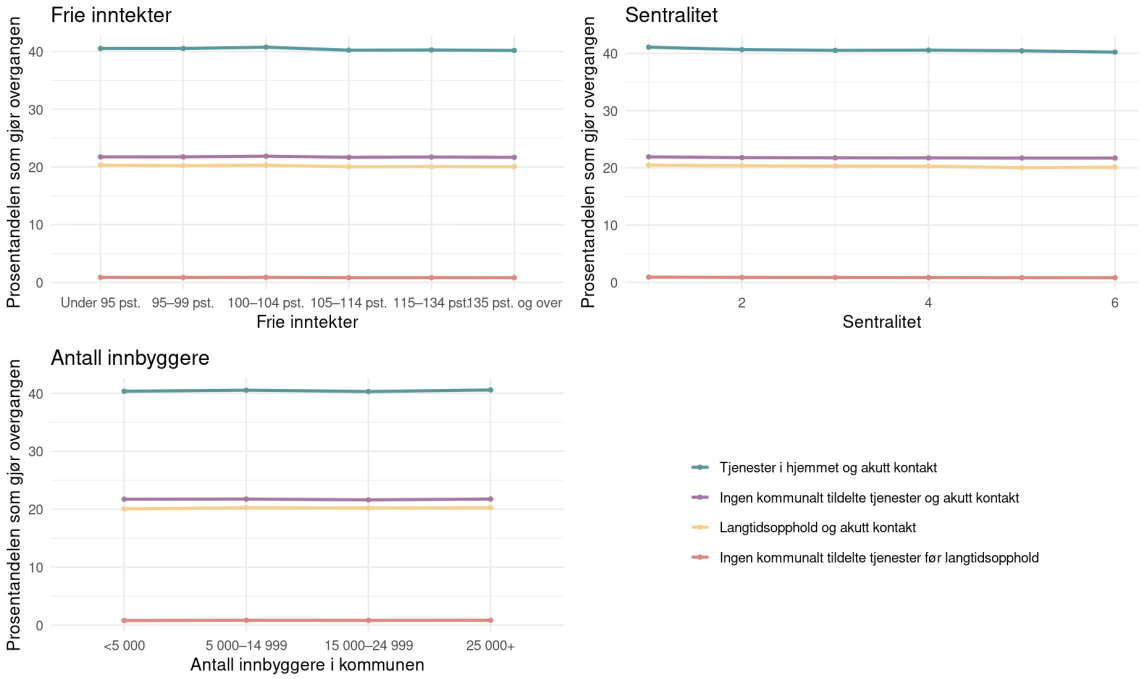
Sammenhengen mellom registerbaserte mål og brukererfaringer er gjennomgående svak eller negativ. Dette indikerer at registerbaserte mål på tjenestetilgang ikke nødvendigvis sammenfaller med brukernes opplevelser av tilgjengelighet. Samtidig er det viktig å merke seg at datakildene fanger ulike sider ved tjenestene og delvis omfatter ulike grupper. Brukererfaringene beskriver erfaringer blant respondenter i fastlegeundersøkelsen, mens registermålene omfatter hele befolkningen eller avgrensede grupper, for eksempel personer som mottar kommunale tjenester eller personer med risiko for akutte kontakter.

3.3 Samhandling og pasientflyt

3.3.1 Registerbaserte mål

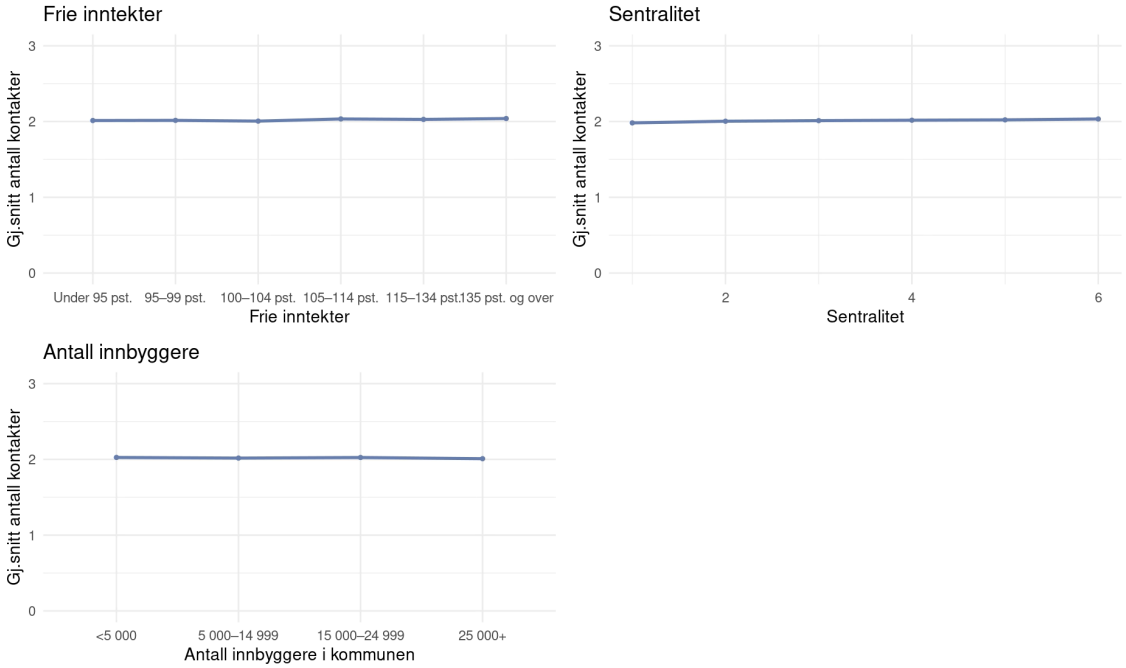
I registerbaserte mål på samhandling og pasientflyt beskriver vi prosentandelen som gjør ulike pasientoverganger. Disse målene er kun beregnet for målpopulasjonen 80 år og eldre. For de andre målpopulasjonene er det svært få som gjør slike overganger, og det er derfor ikke mulig å beregne indikatorene på kommunenivå og dermed også aggregert til større geografiske inndelinger.

Figur 12 viser prosentandelen som gjør ulike overganger: For de som mottar tjenester i hjemmet uten institusjonsplass er prosentandelen med akutt kontakt i spesialisthelsetjenesten svakt avtagende med sentralitetsklasse. Personer i sentrale strøk som mottar tjenester i hjemmet blir i større grad akuttinnlagt enn tilsvarende personer i mindre sentrale strøk. Tilsvarende mønster finner vi for akutt kontakt fra langtidsopphold i institusjon. Det er derimot ingen tydelige forskjeller i disse overgangene etter kommunenes frie inntekter eller antall innbyggere i kommunen.



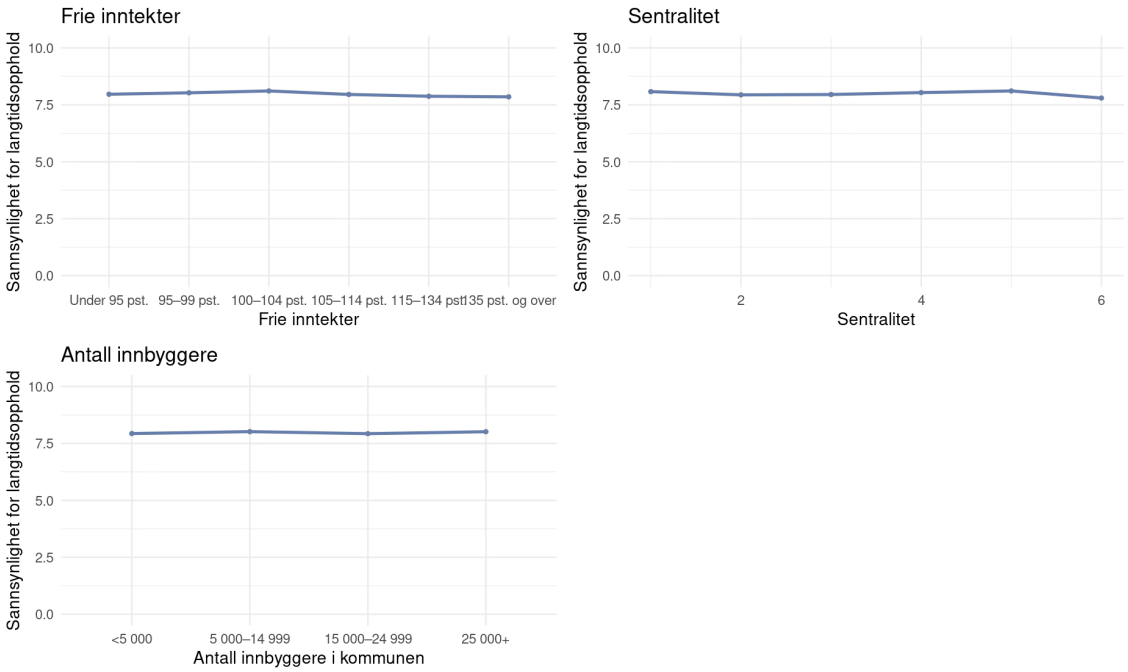
Figur 12: *Prosentandel med overganger mellom ulike tjenester etter kommunenes nivå av frie inntekter, kommunenes sentralitet, og antall innbyggere i kommunen. Prosentandelen er justert for alder og kjønn. pst.-prosent.*

Antall allmennlegekontakter ved pasientoverganger er et relevant mål på samhandling ettersom det beskriver intensiteten i fastlegens arbeid på dette kritiske tidspunktet i pasientforløpet. Vi finner en svak økning i allmennlegekontakter med høyere sentralitetsklasse, samt etter kommunens inntektsnivå (Figur 13). Imidlertid er det svært små forskjeller.



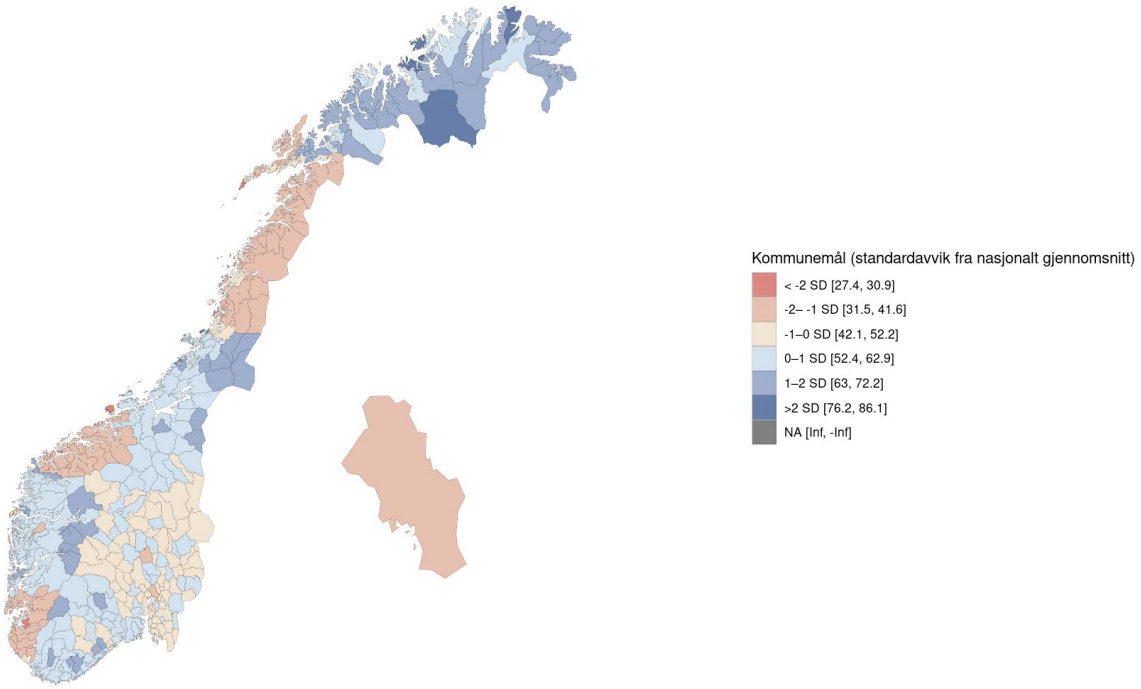
Figur 13: *Antall allmennlegekontakter 30 dager før overgang til langtidsopphold i institusjon etter kommunenes nivå av frie inntekter, kommunenes sentralitet, og antall innbyggere i kommunen. Antall kontakter er justert for alder og kjønn. pst.- prosent.*

Det er en betydelig prosentandel som er i langtidsopphold i institusjon seks måneder etter en akutt kontakt i en populasjon som ikke var på langtidsinstitusjon på tidspunktet for akutt kontakten. Figur 14 viser variasjonen i prosentandelen som er i langtidsinstitusjon seks måneder etter en akutt kontakt i spesialisthelsetjenesten. Kommuner i de mest rurale kommunene, sentralitetsklasse 6, har noe lavere prosentandel i langtidsinstitusjon i etterkant av en akutt kontakt. For kommunens inntekt ser vi en noe oppadgående utvikling i prosentandel opp til de med frie inntekter mellom 100 og 104 prosent, og deretter en svak avtagende tendens med økende inntekter.



Figur 14: *Prosentandel i langtidsopphold i institusjon 6 måneder etter akutt kontakt i spesialisthelsetjenesten etter kommunenes nivå av frie inntekter, kommunenes sentralitet, og antall innbyggere i kommunen. Prosentandelen er justert for alder og kjønn. pst.- prosent.*

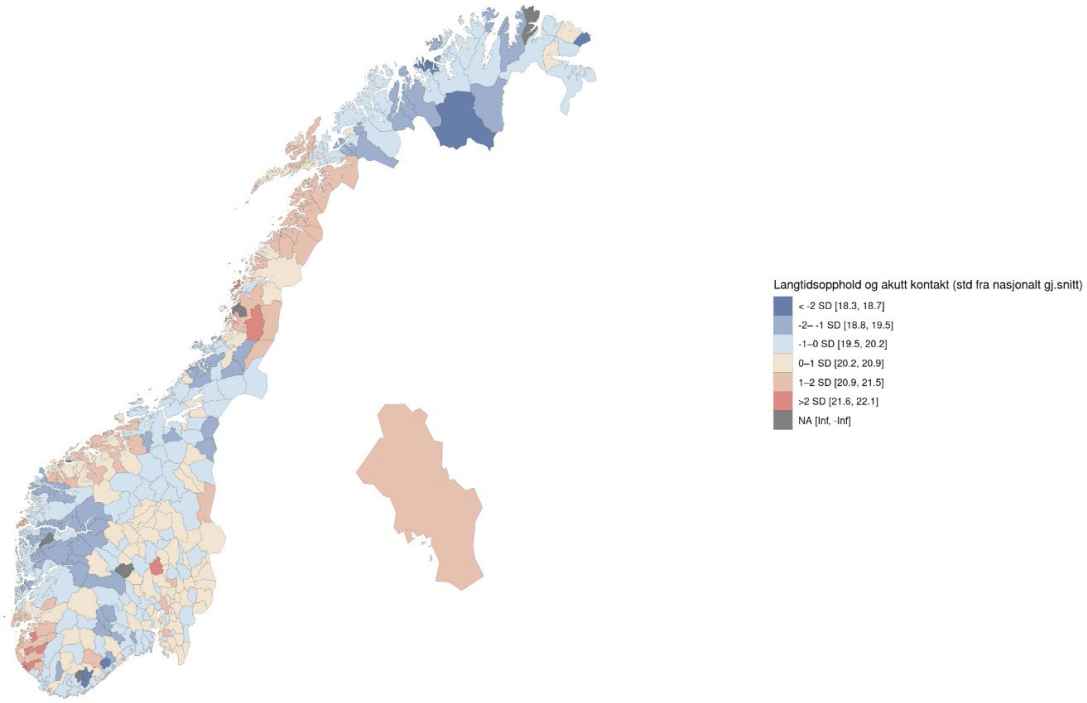
Figur 15 viser det samlede registerbaserte målet for samhandling og pasientflyt. Rød farge indikerer verdier under gjennomsnittet, mens blå farge indikerer verdier over gjennomsnittet. Sterkere farge indikerer større avstand fra gjennomsnittet. For samhandling og pasientflyt avtegner det seg tydelige geografiske mønstre. I Nord-Norge finner vi gjennomgående verdier over gjennomsnittet, selv om mønsteret er noe svakere i den sørlige delen av landsdelen. Store deler av Trøndelag har også verdier over gjennomsnittet. Nord-Vestlandet har lavere skårer, mens Vestlandet for øvrig har noe høyere verdier. De tydelige geografiske mønstrene kan indikere at målene påvirkes av forhold utover kommunenivå. Ettersom målene handler om samhandling mellom tjenester, er det mulig at deler av variasjonen også reflekterer strukturelle forhold på helseforetaksnivå eller i samspillet mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjeneste



***Figur 15**: Kommunemål i registerdata (2023-2025) for kombinert mål (0–100, høyere verdi = bedre) for personer 80 år og eldre, basert på målene prosentandel med overganger mellom ulike tjenester (4 mål), antall fastlegekontakter 30 dager før oppstart av langtidsopphold og prosentandel langtidsopphold i institusjon 6 måneder etter akutt kontakt på sykehus. Hvert av målene er justert for alder og kjønn. Fargene viser standardavvik fra nasjonalt gjennomsnitt.*

Et mål av spesiell interesse er prosentandel som får en akutt kontakt i spesialisthelsetjenesten blant personer 80 år og eldre som er innlagt i langtidsinstitusjoner. Akutt kontakt er ikke nødvendigvis et negativt signal i seg selv, men en høyere andel akutte kontakter enn forventet, gitt alderssammensetningen, kan være et uttrykk for utfordringer i tjenestesammensetning, oppfølging eller samhandling. Figur 16 viser variasjon mellom kommuner i prosentandelen med akutt kontakt blant personer i langtidsopphold, målt som standardavvik fra gjennomsnittet.

Mønsteret ligner det samlede målet for samhandling og pasientflyt, med tydelige forskjeller mellom landsdeler. Samtidig er det noe mer variasjon i dette enkeltmålet, noe som ikke er overraskende siden enkeltmål ofte er mer utsatt for tilfeldig variasjon enn sammensatte mål. Mønsteret kan indikere at variasjonen ikke bare påvirkes av tjenesteytingen på kommunenivå, men også av forhold på høyere nivåer, for eksempel helseforetaksnivå eller samspillet mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten.



Figur 16: *Prosentandel med **akutt kontakt** for personer 80 år og eldre i langtidsopphold (0–100, høyere verdi = dårligere). Prosentandelen er justert for alder og kjønn. Fargene viser standardavvik fra nasjonalt gjennomsnitt.*

3.3.2 Brukererfaringer

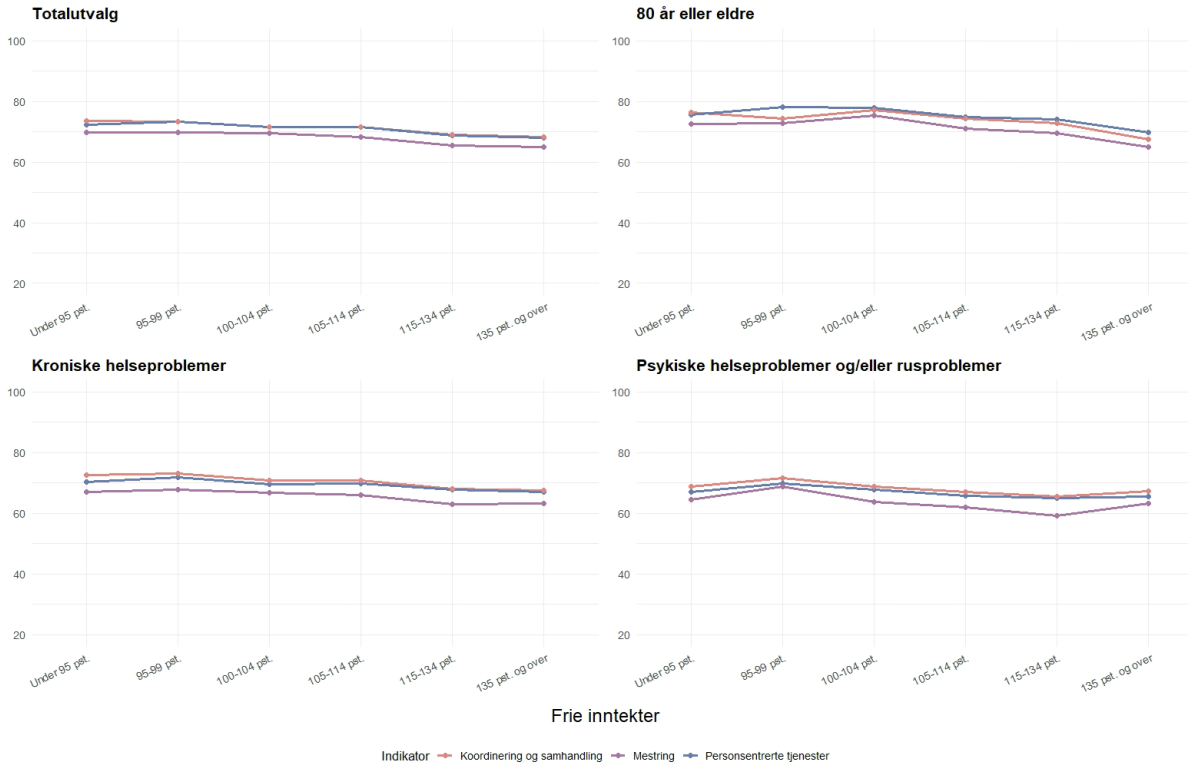
Figur 17a–c viser justerte, vektede gjennomsnittsskårer i fastlegeundersøkelsen 2025 for indikatorene *koordinering og samhandling*, *mestring* og *personsentrerte tjenester* etter kommunens nivå på frie inntekter, antall innbyggere i kommunen, og sentralitetsklasse. Resultatene vises for totalutvalget og utvalgte brukergrupper. Skårene varierer fra 0 til 100, der høyere skår uttrykker bedre pasienterfaringer. Skårene er vektet for trekksannsynlighet og frafall og justert for alder og kjønn.

Forskjellene mellom kommunegruppene var gjennomgående små for alle tre indikatorene. Etter nivå på frie inntekter (figur 17a) var det små forskjeller, med en svak tendens til lavere skårer i kommuner med høyere frie inntekter.

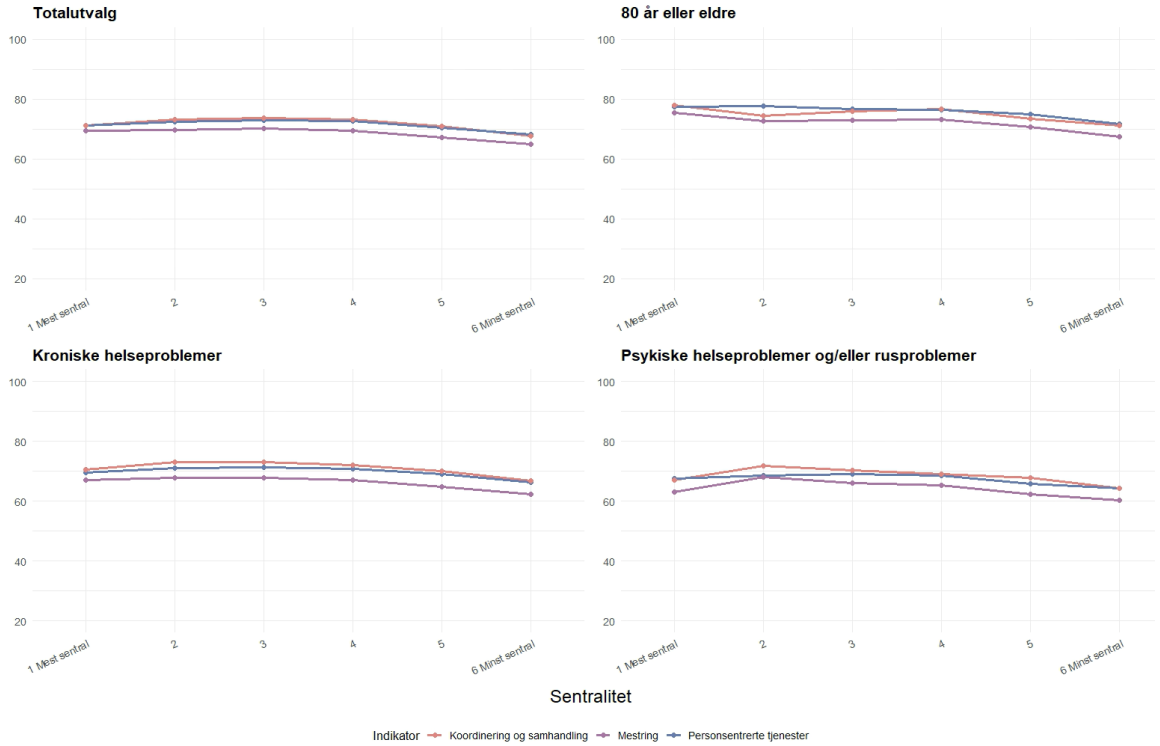
Etter sentralitet (figur 17b) var skårene noe lavere i de minst sentrale kommunene, men forskjellene var moderate.

Etter antall innbyggere i kommunen (figur 17c) var det en svak tendens til høyere skårer i kommuner med flere innbyggere, særlig blant personer 80 år eller eldre og blant personer med kroniske helseproblemer.

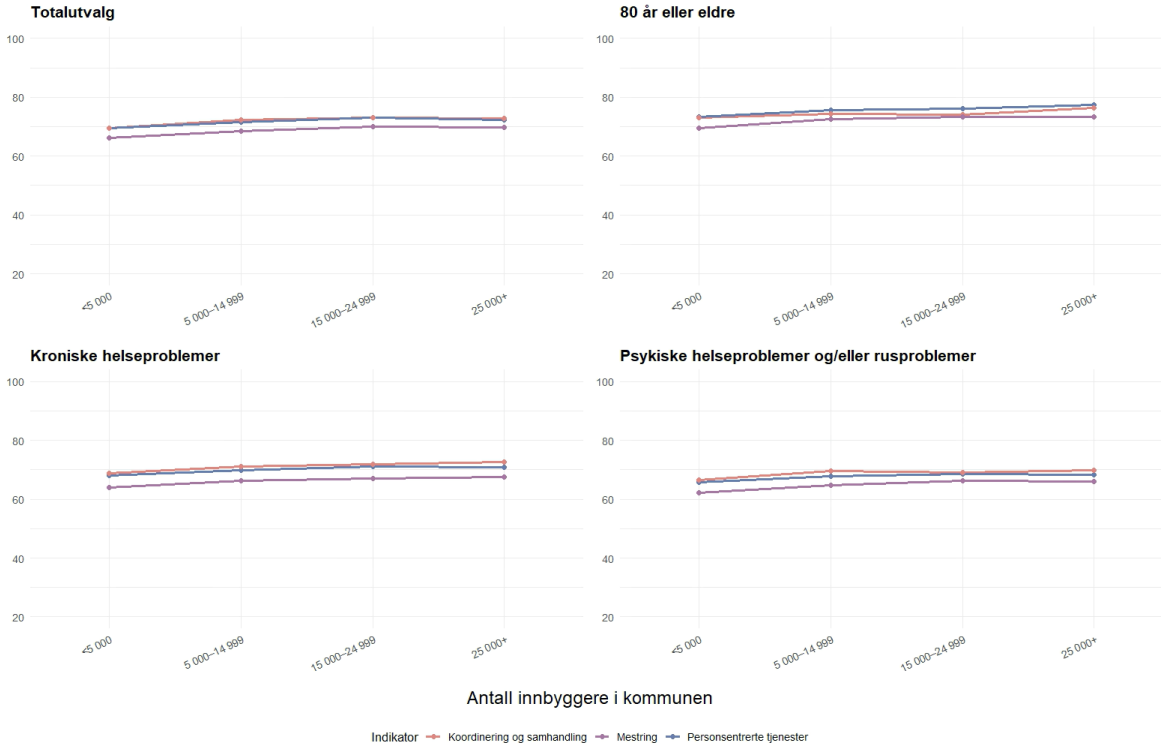
Mønstrene var i hovedsak sammenfallende i totalutvalget og i de utvalgte brukergruppene. Samlet sett tyder resultatene på at *koordinering og samhandling*, *mestring* og *personsentrerte tjenester* varierer lite etter kommunens nivå på frie inntekter, sentralitet og antall innbyggere.



Figur 17a: *Justerte gjennomsnittsskårer i fastlegeundersøkelsen 2025 (0–100, høyere verdi = bedre), vektet for trekksannsynlighet og frafall, for utvalgte indikatorer etter* ***kommunens nivå av frie inntekter****, oppgitt i prosent av landsgjennomsnittet. Resultatene vises for totalutvalget og utvalgte brukergrupper. Gjennomsnittene er justert for kjønn og alder, unntatt for brukergruppen 80 år eller eldre, hvor det kun er justert for kjønn.*

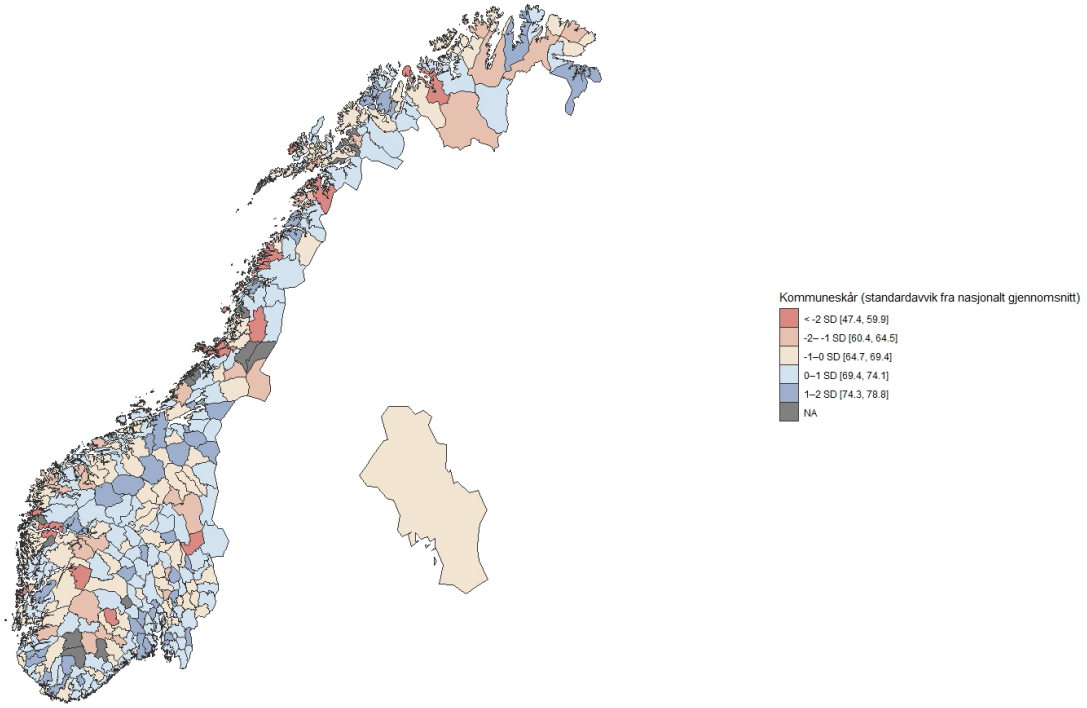


Figur 17b: *Justerte gjennomsnittsskårer i fastlegeundersøkelsen 2025 (0–100, høyere verdi = bedre), vektet for trekksannsynlighet og frafall, for utvalgte indikatorer etter* ***sentralitetsklasse (1–6)*** *i totalutvalget og utvalgte brukergrupper. Gjennomsnittene er justert for kjønn og alder, unntatt for brukergruppen 80 år eller eldre, hvor det kun er justert for kjønn.*



Figur 17c: *Justerte gjennomsnittsskårer i fastlegeundersøkelsen 2025 (0–100, høyere verdi = bedre), vektet for trekksannsynlighet og frafall, for utvalgte indikatorer etter* ***antall innbyggere i kommunen*** *i totalutvalget og utvalgte brukergrupper. Gjennomsnittene er justert for kjønn og alder, unntatt for brukergruppen 80 år eller eldre, hvor det kun er justert for kjønn.*

Figur 18 viser geografisk variasjon i kommuneskårene for den kombinerte indikatoren basert på *personsentrerte tjenester, koordinering og samhandling* samt *mestring*. Kommuner med både høyere og lavere skårer enn nasjonalt gjennomsnitt forekom i alle landsdeler, uten et tydelig regionalt mønster. Flertallet av kommunene lå nær nasjonalt gjennomsnitt.

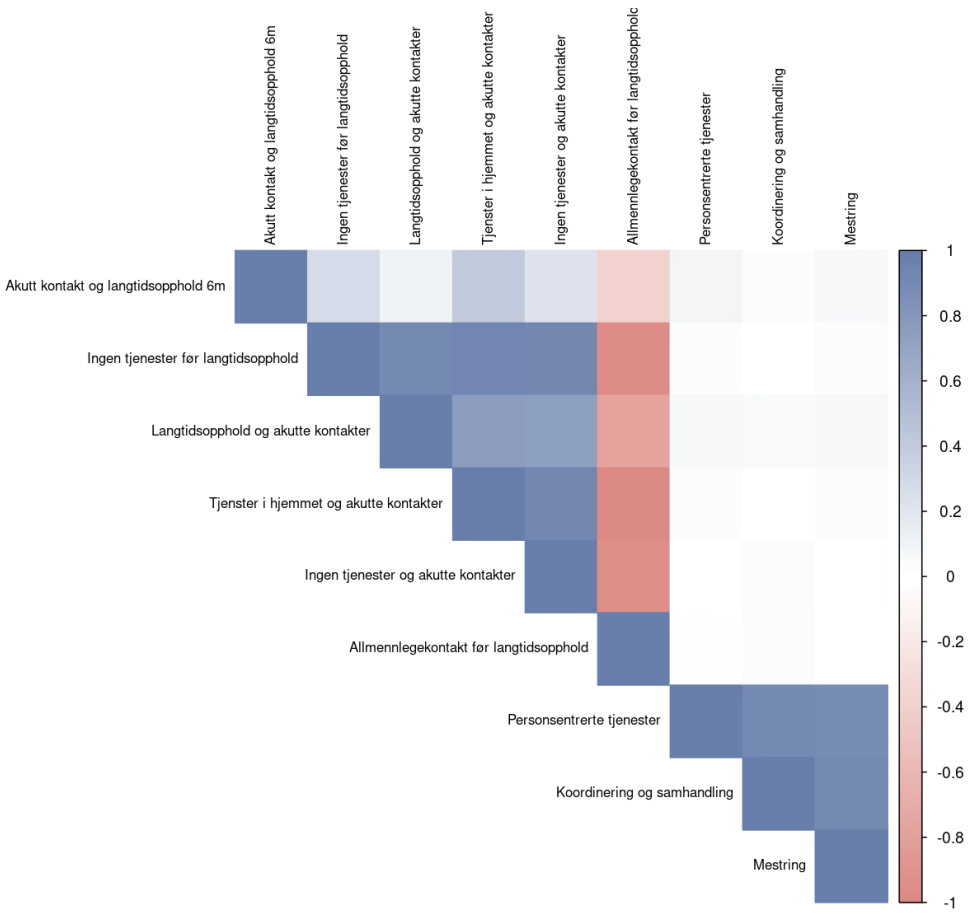


Figur 18: *Kommuneskårer i fastlegeundersøkelsen for kombinert indikator (0–100, høyere verdi = bedre), basert på personsentrerte tjenester, koordinering og samhandling samt mestring. Kartet viser resultater for personer med selvrapporterte kroniske helseproblemer (én eller flere tilstander). Skårene er justert for alder og kjønn og vektet for trekksannsynlighet og frafall. Fargene viser standardavvik fra nasjonalt gjennomsnitt.*

3.3.3 Sammenheng mellom ulike mål på samhandling og pasientflyt

Figur 19 viser korrelasjoner mellom de ulike målene innen samhandling og pasientflyt. Korrelasjonene mellom de registerbaserte målene og brukererfaringsindikatorene er gjennomgående svake. Dette tyder på at de to datakildene fanger ulike sider ved samhandling og pasientflyt.

De tre brukererfaringsindikatorene, *mestring, personsentrerte tjenester* og *koordinering og samhandling*, er sterkt korrelert med hverandre. Det innebærer at kommuner med høy skår på én av disse indikatorene ofte også har høy skår på de øvrige. Flere av de registerbaserte målene er også sterkt korrelert med hverandre, særlig målene som gjelder akutte kontakter blant ulike grupper av personer 80 år og eldre. Antall allmennlegekontakter før langtidsopphold skiller seg derimot ut, og er negativt korrelert med flere av de øvrige registerbaserte målene.



Figur 19: *Korrelasjoner mellom mål på samhandling og pasientflyt, basert på registerdata (6 mål) og brukererfaringsindikatorer (3 indikatorer). Blå farge indikerer positive korrelasjoner, hvit lav eller ingen korrelasjon og rød negative korrelasjoner.*

3.3.4 Sammendrag

De registerbaserte analysene av samhandling og pasientflyt blant personer 80 år og eldre viser gjennomgående små forskjeller mellom kommuner etter sentralitet, inntektsnivå og antall innbyggere, men med enkelte geografiske mønstre. Prosentandelen med akutt kontakt i spesialisthelsetjenesten er svakt lavere i mer sentrale kommuner, både blant hjemmeboende tjenestemottakere og personer i langtidsopphold, mens det ikke er tydelige forskjeller etter kommunenes inntektsnivå. Etter en akutt kontakt er prosentandelen med overgang til langtidsopphold relativt høy, men noe lavere i de minst sentrale kommunene. Antall allmennlegekontakter før langtidsopphold varierer lite mellom kommuner.

Samlemålet for samhandling og pasientflyt viser tydeligere geografiske mønstre enn enkeltmålene, blant annet med høyere verdier i nordlige landsdeler og deler av Trøndelag. Dette kan tyde på at variasjonen ikke bare er knyttet til forhold på kommunenivå, men også til strukturelle forhold på høyere nivåer, for eksempel organisering av tjenester og samspill med spesialisthelsetjenesten. Antall allmennlegekontakter ved overganger varierer lite mellom kommuner, men høyere kontaktnivå er negativt korrelert med flere av de øvrige mål.

Brukererfaringene fra fastlegeundersøkelsen, målt ved indikatorene *koordinering og samhandling*, *mestring* og *personsentrerte tjenester*, viser gjennomgående små forskjeller etter kommunenes frie inntekter, sentralitet og antall innbyggere. Det er en svak tendens til høyere skårer i større kommuner og noe lavere skårer i de minst sentrale kommunene, men

forskjellene er moderate. Kartanalysene viser heller ingen tydelige geografiske mønstre for disse brukererfaringsmålene.

Indikatorene *mestring, personsentrerte tjenester* og *koordinering og samhandling* er sterkt korrelert med hverandre. Flere av de registerbaserte målene er også korrelert med hverandre, mens sammenhengene mellom registerbaserte mål og brukererfaringsindikatorer gjennomgående er svake. Dette tyder på at registerbaserte mål og brukererfaringsmål fanger ulike sider ved samhandling og pasientflyt.

3.4 Erfart kvalitet og helsepersonell

3.4.1 Brukererfaringer

Figur 20a–c viser justerte, vektede gjennomsnittsskårer i fastlegeundersøkelsen 2025 for *erfart kvalitet, fastlegen, organisering og øvrige ansatte* samt *tillit til fastlegen* etter kommunens nivå på frie inntekter, sentralitetsklasse og antall innbyggere. Resultatene vises for totalutvalget og utvalgte brukergrupper. Skårene varierer fra 0 til 100, der høyere skår uttrykker bedre pasienterfaringer. Skårene er vektet for trekksannsynlighet og frafall og justert for alder og kjønn.

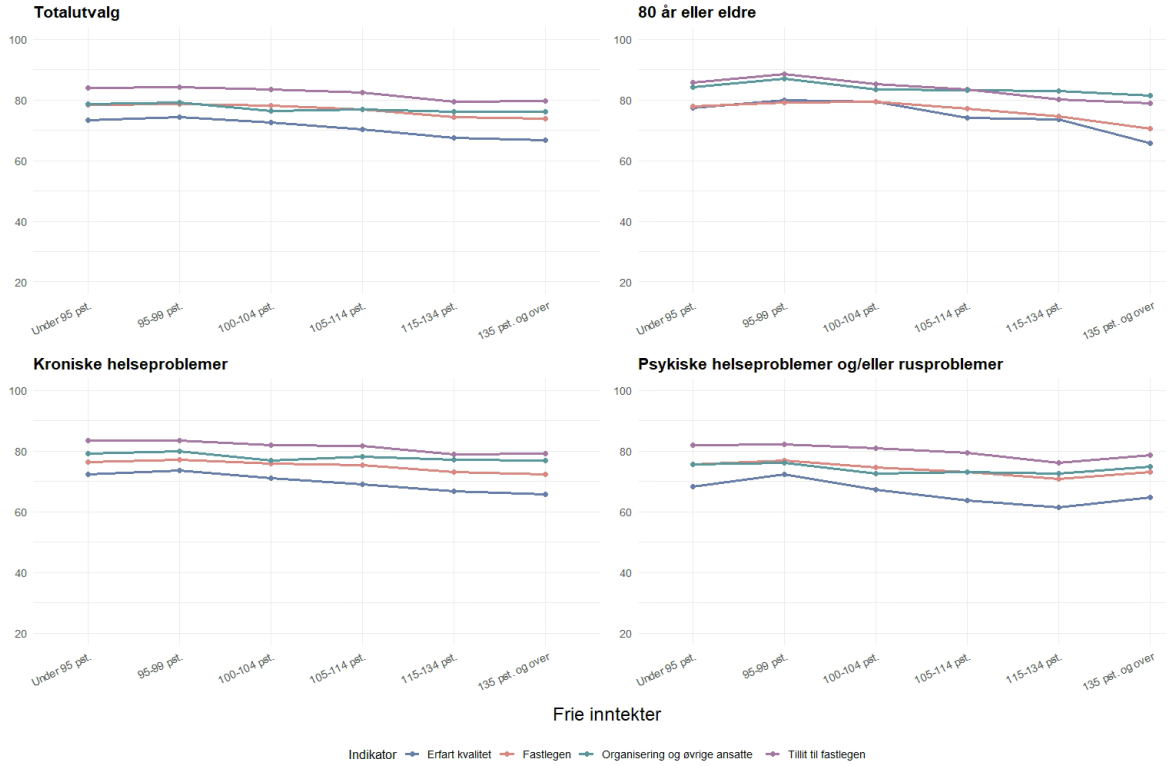
Forskjellene mellom kommunegruppene var gjennomgående små til moderate.

Etter nivå på frie inntekter (figur 20a) var skårene gjennomgående noe lavere i kommuner med høyere frie inntekter, men forskjellene var moderate.

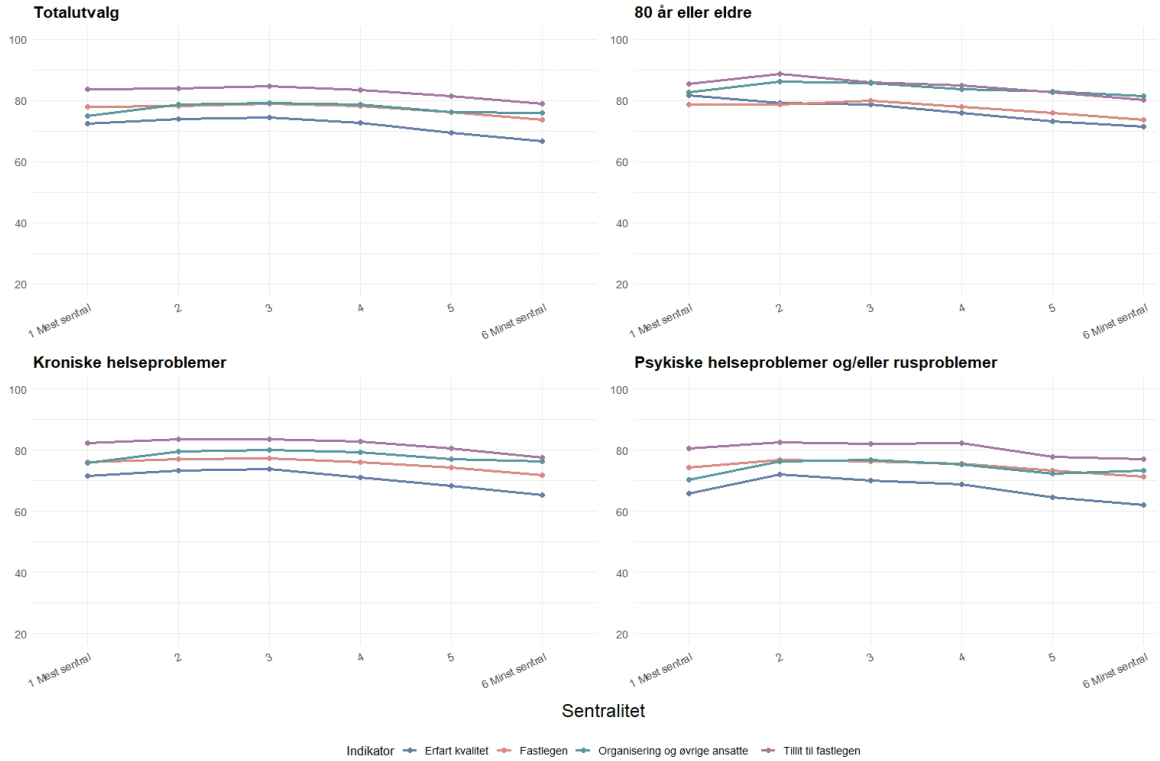
Etter sentralitet (figur 20b) var skårene noe lavere i de minst sentrale kommunene, særlig for *erfart kvalitet* og delvis for *organisering og øvrige ansatte.*

Etter antall innbyggere i kommunen (figur 20c) var det en svak tendens til høyere skårer i kommuner med flere innbyggere, særlig for *erfart kvalitet*.

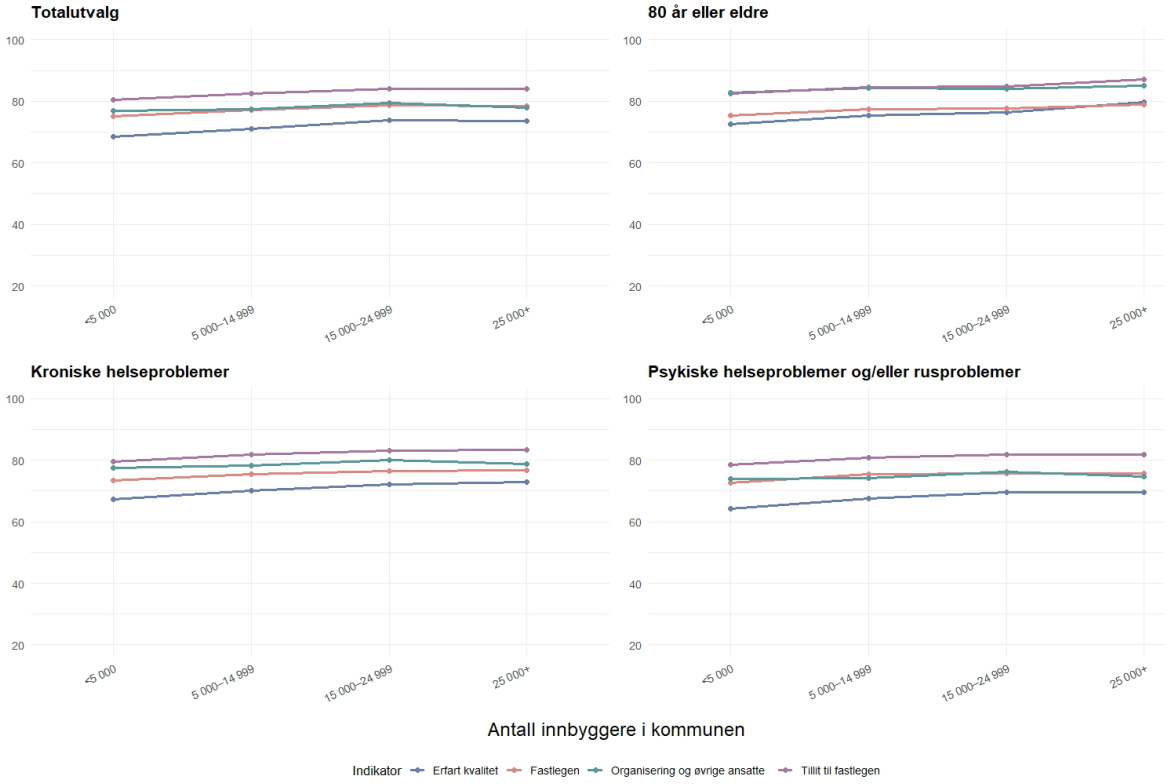
Mønstrene var i hovedsak sammenfallende i totalutvalget og i de utvalgte brukergruppene. Samlet sett tyder resultatene på at *erfart kvalitet, vurdering av fastlegen, organisering og øvrige ansatte* samt *tillit til fastlegen* varierer noe etter kommunekjennetegn, men uten store forskjeller mellom kommunegruppene.



Figur 20a: *Justerte gjennomsnittsskårer i fastlegeundersøkelsen 2025 (0–100, høyere verdi = bedre), vektet for trekksannsynlighet og frafall, for utvalgte indikatorer etter* ***kommunens nivå av frie inntekter****, oppgitt i prosent av landsgjennomsnittet. Resultatene vises for totalutvalget og utvalgte brukergrupper. Gjennomsnittene er justert for kjønn og alder, unntatt for brukergruppen 80 år eller eldre, hvor det kun er justert for kjønn.*

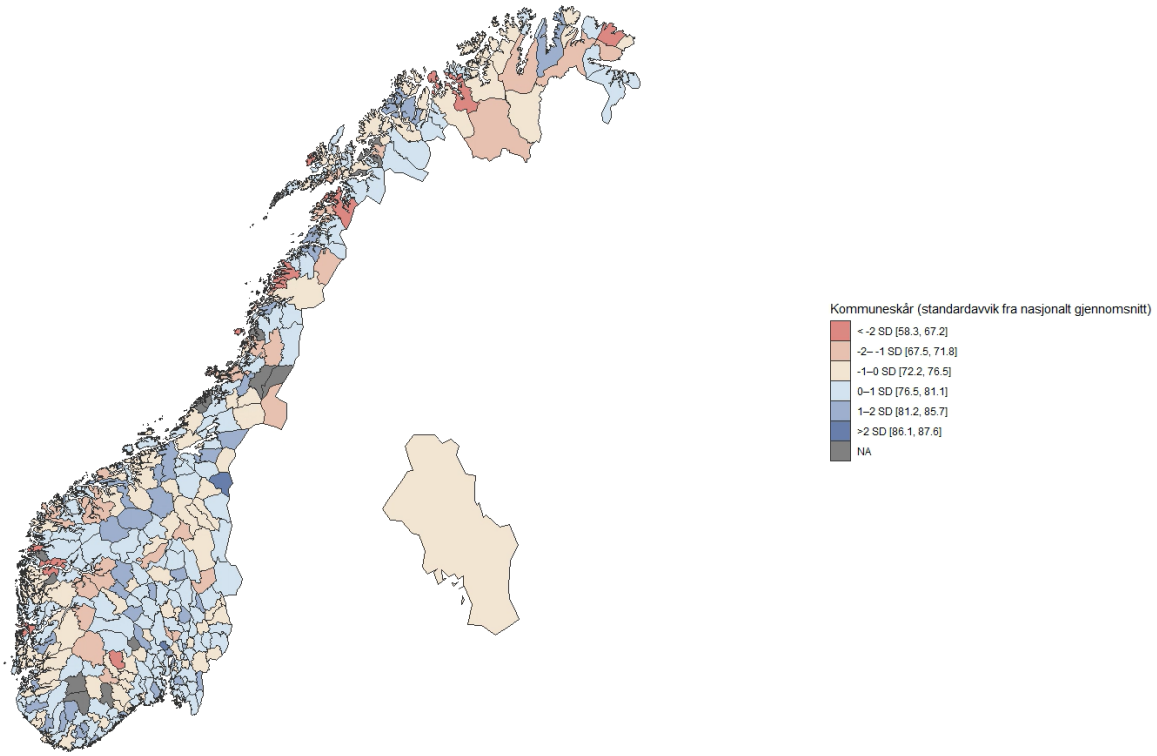


Figur 20b: *Justerte gjennomsnittsskårer i fastlegeundersøkelsen 2025 (0–100, høyere verdi = bedre), vektet for trekksannsynlighet og frafall, for utvalgte indikatorer etter* ***sentralitetsklasse (1–6)*** *i totalutvalget og utvalgte brukergrupper. Gjennomsnittene er justert for kjønn og alder, unntatt for brukergruppen 80 år eller eldre, hvor det kun er justert for kjønn.*



Figur 20c: *Justerte gjennomsnittsskårer i fastlegeundersøkelsen 2025 (0–100, høyere verdi = bedre), vektet for trekksannsynlighet og frafall, for utvalgte indikatorer etter* ***antall innbyggere i kommunen*** *i totalutvalget og utvalgte brukergrupper. Gjennomsnittene er justert for kjønn og alder, unntatt for brukergruppen 80 år eller eldre, hvor det kun er justert for kjønn.*

Figur 21 viser geografisk variasjon i kommuneskårene for den kombinerte indikatoren basert på erfart kvalitet, fastlegen, organisering og øvrige ansatte samt tillit til fastlegen. Det ble observert noe geografisk variasjon i kommuneskårene, med både høyere og lavere skårer enn nasjonalt gjennomsnitt i alle landsdeler. Enkelte regionale konsentrasjoner kunne identifiseres, men det var samtidig betydelig variasjon innen regionene.

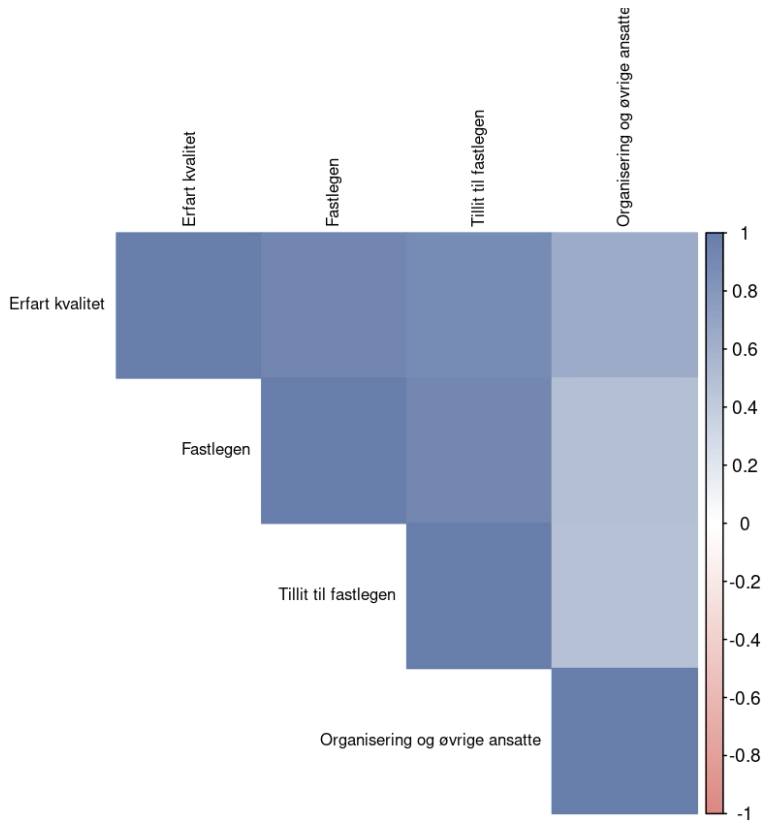


Figur 21: *Kommuneskårer i fastlegeundersøkelsen for kombinert indikator (0–100, høyere verdi = bedre), basert på erfart kvalitet, fastlegen, organisering og øvrige ansatte samt tillit til fastlegen. Skårene er justert for alder og kjønn og vektet for trekksannsynlighet og frafall. Fargene viser standardavvik fra nasjonalt gjennomsnitt.*

3.4.2 Sammenheng mellom ulike mål på erfart kvalitet og helsepersonell

Figur 22 viser korrelasjoner mellom brukererfaringsindikatorene. Det er gjennomgående sterke positive korrelasjoner mellom indikatorene. Dette innebærer at kommuner med høy skår på én indikator ofte også har høy skår på de øvrige.

Korrelasjonene er særlig sterke mellom *erfart kvalitet, vurdering av fastlegen* og *tillit til fastlegen*. Sammenhengene med organisering og øvrige ansatte er noe svakere, men fortsatt positive.



Figur 22: *Korrelasjoner mellom mål på* ***erfart kvalitet og helsepersonell****, basert på brukererfaringer (4 indikatorer). Blå farge indikerer positive korrelasjoner, hvit lav eller ingen korrelasjon og rød negative korrelasjoner.*

3.4.3 Sammendrag

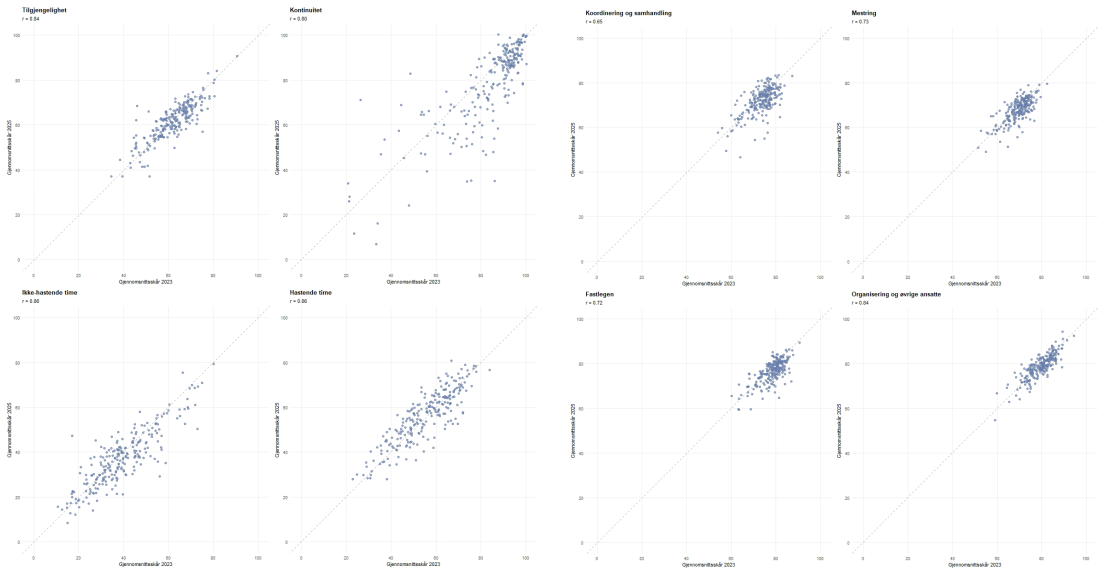
Indikatorene *erfart kvalitet*, *fastlegen*, *organisering og øvrige ansatte* samt *tillit til fastlegen* viser gjennomgående små til moderate forskjeller mellom kommuner. Skårene var noe høyere i kommuner med flere innbyggere og noe lavere i de minst sentrale kommunene. Etter nivå på frie inntekter var det en svak tendens til lavere skårer i kommuner med høyere frie inntekter. Kartanalysene viste noe geografisk variasjon, men ingen klare regionale mønstre.

Indikatorene var gjennomgående sterkt positivt korrelert med hverandre, særlig *erfart kvalitet, fastlegen* og *tillit til fastlegen.*

3.5 Brukererfaringer: Stabilitet og variasjon mellom kommuner

For å vurdere om observerte forskjeller mellom kommuner gjenspeiler stabile nivåforskjeller snarere enn tilfeldig variasjon, ble kommuneskårene i fastlegeundersøkelsen 2025 sammenlignet med tilsvarende skårer fra undersøkelsen i 2023. Figur 23 viser justerte kommuneskårer for indikatorene i 2023 og 2025. Hvert punkt representerer én kommune. X-aksen viser kommunens skår i 2023, mens y-aksen viser skåren i 2025. Den diagonale linjen viser hvor kommunene ville ligget dersom skåren var uendret fra 2023 til 2025. Punkter over diagonalen viser kommuner med høyere skår i 2025 enn i 2023, mens punkter under diagonalen viser kommuner med lavere skår. Korrelasjonen, målt ved Pearsons r, viser i hvilken grad kommuner med høye skårer i 2023 også hadde høye skårer i 2025, og tilsvarende for kommuner med lave skårer. Avstanden fra diagonalen viser derimot hvor mye skåren for den enkelte kommune har endret seg mellom de to årene.

Resultatene viser tydelig variasjon mellom kommunene, med forskjeller mellom kommuner med høyest og lavest skår. Spredningen varierer mellom indikatorene og er generelt større for ventetidsindikatorene enn for flere av de sammensatte indikatorene. Samtidig er kommuneskårene gjennomgående relativt stabile mellom de to måletidspunktene. Kommuner med høye skårer i 2023 hadde som hovedregel også høye skårer i 2025. Korrelasjonen var høyest for *tilgjengelighet til hastende* og *ikke-hastende time* (begge r = 0,86), etterfulgt av *tilgjengelighet* og *organisering og øvrige ansatte* (begge r = 0,84) og *kontinuitet* (r = 0,80). Enkelte indikatorer, særlig *kontinuitet* og ventetidsindikatorene, viser større spredning rundt diagonalen enn flere av de sammensatte indikatorene. Selv om korrelasjonene er høye, viser dette at enkelte kommuner har hatt relativt store endringer i skår mellom de to undersøkelsene. Slike endringer kan skyldes både tilfeldig variasjon og reelle endringer i kommunenes resultater. Samlet tyder resultatene på at kommunenes relative plassering i stor grad er stabil mellom 2023 og 2025, selv om skårene for enkeltkommuner kan variere.

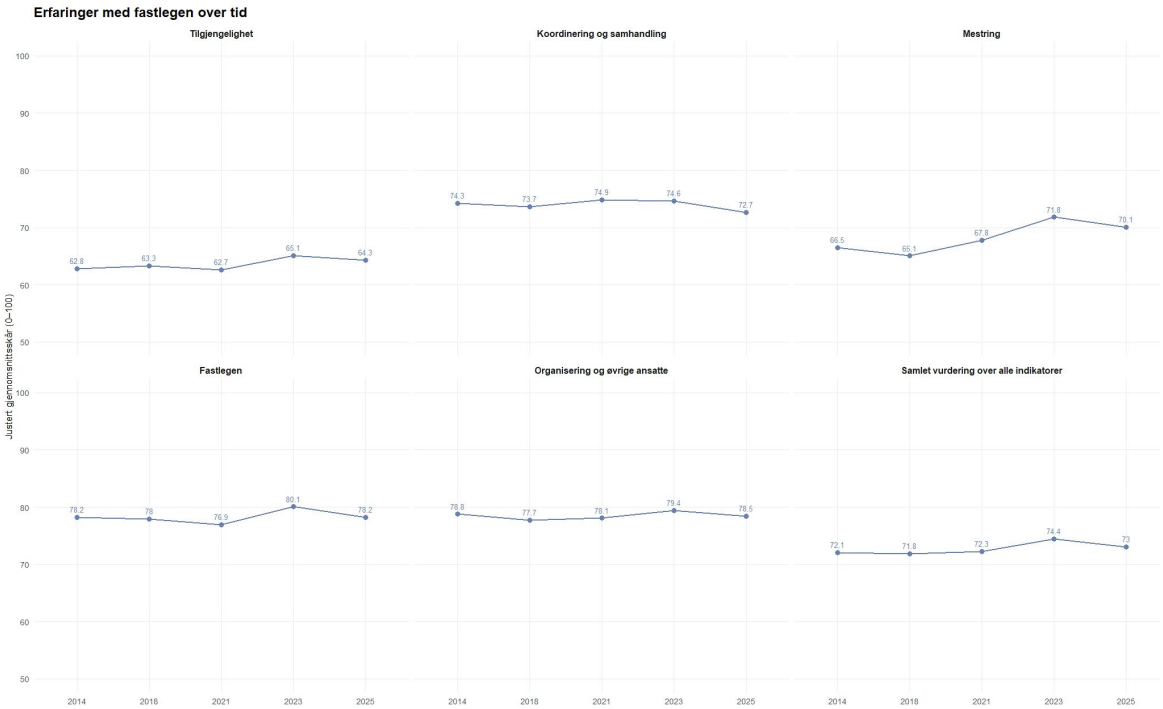


Figur 23: *Figuren viser sammenhengen mellom kommunenes justerte gjennomsnittsskårer i 2023 og 2025 for utvalgte indikatorer som ble målt begge årene. Skårene er justert for alder og kjønn. Hvert punkt representerer én kommune. Den stiplete diagonale linjen angir lik skår i begge år. Punkter over linjen har høyere skår i 2025 enn i 2023, mens punkter under linjen har lavere skår i 2025. Kommuner med færre enn 30 gyldige svar i ett eller begge år er ekskludert. Pearsons korrelasjonskoeffisient (r) angir sammenhengen mellom kommuneskårene i 2023 og 2025 for hver indikator.*

3.6 Brukererfaringer: Utvikling over tid

3.6.1 Pasienterfaringer med fastlegen

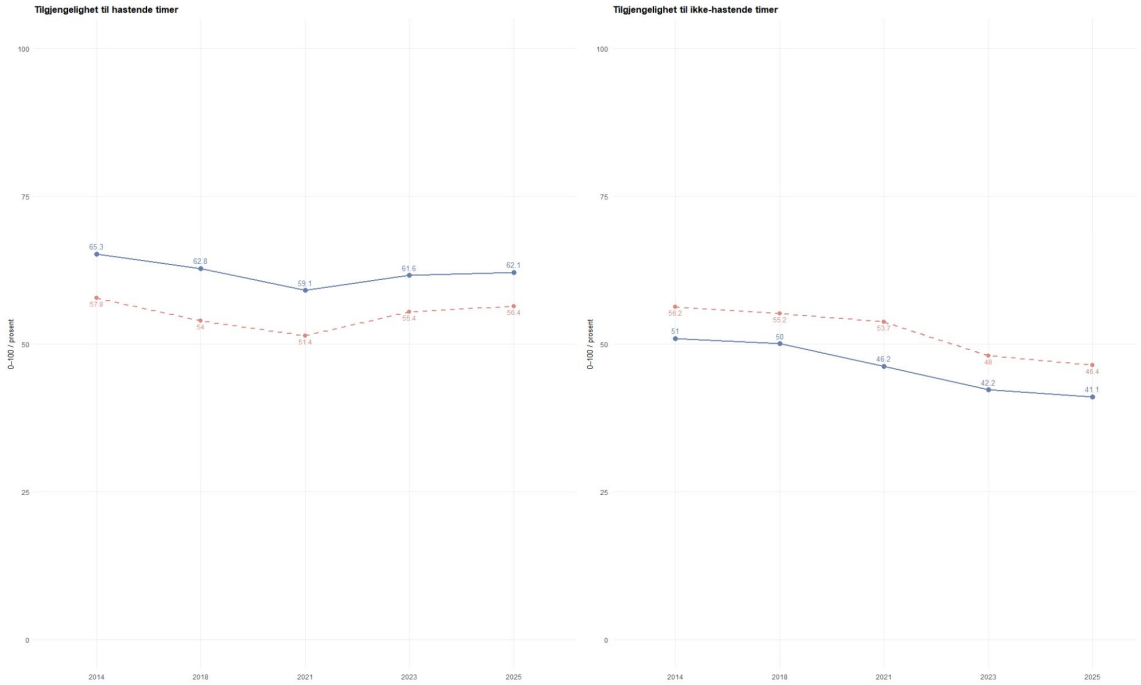
Figur 24 viser utviklingen fra 2014 til 2025 for utvalgte indikatorer fra undersøkelsen om pasienterfaringer med fastlegen. For de fleste indikatorene var nivået relativt stabilt gjennom perioden, og endringene mellom undersøkelsesårene var gjennomgående små. For flere av indikatorene var skårene noe høyere i 2023 enn i de øvrige undersøkelsesårene. De tydeligste endringene over perioden ble observert for indikatorene *tilgjengelighet* og *mestring,* men også for disse indikatorene var forskjellene relativt små. Øvrige indikatorer viste mindre variasjoner over tid.



Figur 24: *Utvikling over tid for fem indikatorer samt samlet vurdering basert på gjennomsnittet av de fem indikatorene (0–100, høyere verdi = bedre). Skårene er justert for alder og kjønn. For 2023 og 2025 er resultatene i tillegg vektet for trekksannsynlighet. Personer uten navngitt fastlege er ekskludert i 2025. Antall respondenter med gyldig samlet skår: 2014 (N=2 353), 2018 (N=1 862), 2021 (N=7 713), 2023 (N=59 137), 2025 (N=64 024).*

Figur 25 viser utviklingen fra 2014 til 2025 i *tilgjengelighet til hastende* og *ikke-hastende timer*. Heltrukken linje viser justerte gjennomsnittsskårer, mens stiplet linje viser prosentandelen respondenter som oppga å ha fått time innen de angitte tidsgrensene. Skårene uttrykker relative forskjeller mellom år, ikke faktiske ventedager. For *tilgjengelighet til hastende timer* gikk gjennomsnittsskåren ned fra 2014 til 2021, før den økte i 2023 og var på omtrent samme nivå i 2025. Prosentandelen som oppga å ha fått time samme eller neste dag viste et tilsvarende mønster. For *tilgjengelighet til ikke-hastende timer* ble det observert en gradvis nedgang gjennom perioden. I 2025 var både gjennomsnittsskåren og prosentandelen som oppga å ha fått time innen syv dager lavere enn i tidligere undersøkelsesår.

Samlet viser resultatene ulik utvikling for *tilgjengelighet til hastende og ikke-hastende timer*. For *tilgjengelighet til hastende timer* var det en nedgang fram til 2021, etterfulgt av en økning og deretter et relativt stabilt nivå, *mens tilgjengeligheten til ikke-hastende timer* gikk ned gjennom perioden.

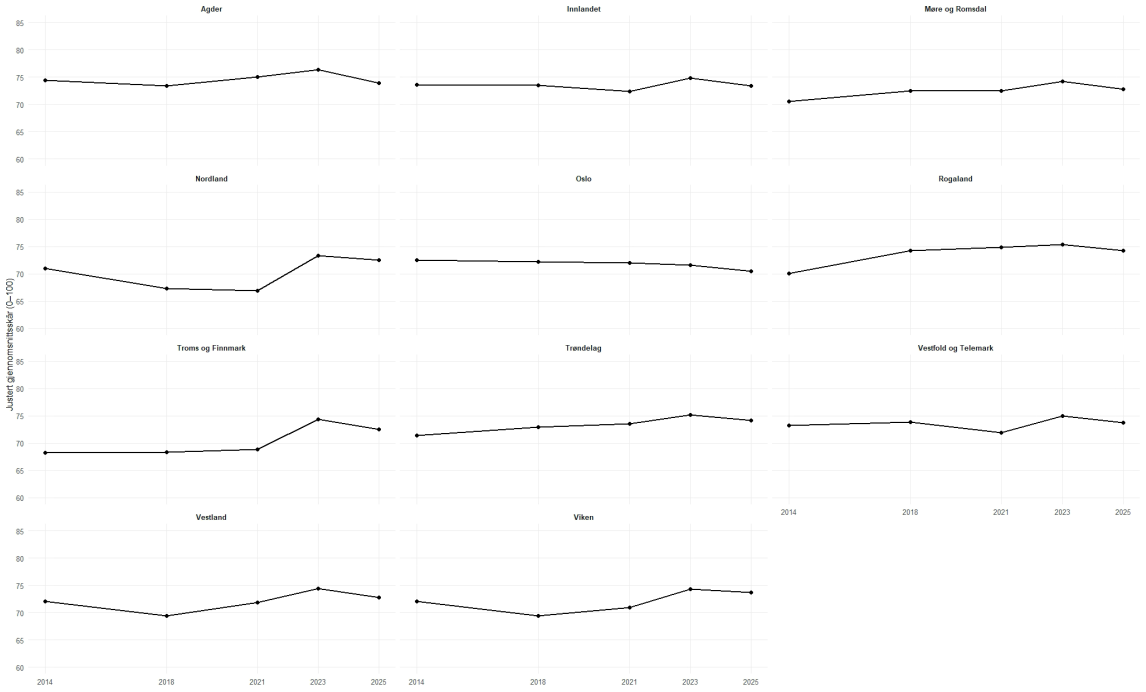


Figur 25: *Utvikling over tid i tilgjengelighet til hastende og ikke-hastende timer. Heltrukken linje viser justerte gjennomsnittsskårer (0–100), der høyere verdi indikerer kortere ventetid. Skårene bygger på svar i ordinale kategorier og uttrykker relative forskjeller mellom år, ikke faktiske ventedager. Stiplet linje viser prosentandelen som fikk time samme eller neste dag for hastende timer, og innen sju dager for ikke-hastende timer. Resultatene er justert for kjønn og alder. For 2023 og 2025 er resultatene i tillegg vektet for trekksannsynlighet. Antall respondenter med gyldig svar: Hastende timer: 2014 (N=1 981), 2018 (N=1 645), 2021 (N=6 486), 2023 (N=49 785), 2025 (N=54 327). Ikke-hastende timer: 2014 (N=2 146), 2018 (N=1 780), 2021 (N=7 304), 2023 (N=55 924), 2025 (N=60 547).*

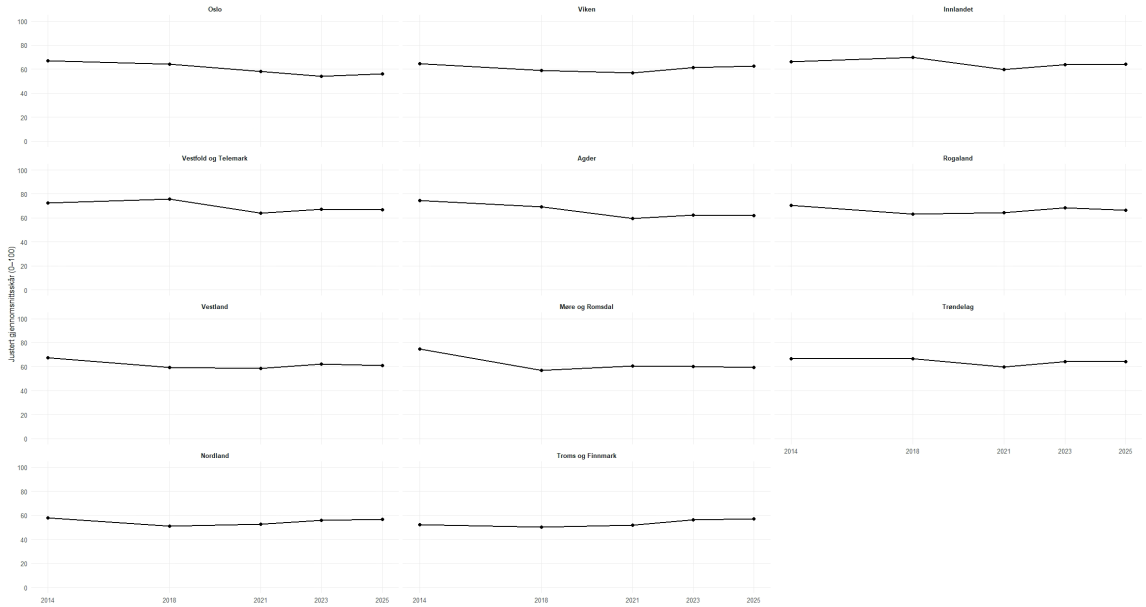
Figur 26a-c viser utviklingen over tid for *samlet vurdering* samt *tilgjengelighet til hastende* og *tilgjengelighet til ikke-hastende timer* etter fylke. Y-aksene er tilpasset skårnivået for hver indikator for å synliggjøre mindre forskjeller mellom fylkene og endringer over tid. Figurene er ment å vise variasjon innen den enkelte indikator, ikke direkte sammenligninger av skårnivå mellom indikatorene. Antall gyldige svar per fylke, år og indikator er vist i tabell A8 i vedlegg.

For *samlet vurdering* var forskjellene mellom fylkene gjennomgående små gjennom hele perioden. Fylkene lå tett, og utviklingen over tid fulgte i stor grad den nasjonale utviklingen. For *tilgjengelighet til hastende timer* var det noe større variasjon enn for samlet vurdering. I flere fylker gikk skårene ned fram mot 2021, etterfulgt av en viss økning eller stabilisering i 2023 og 2025. Utviklingen var i hovedsak i tråd med det nasjonale mønsteret. For *tilgjengelighet til ikke-hastende timer* gikk skårene ned over tid i flere fylker. Også her var utviklingen i stor grad i tråd med den nasjonale utviklingen.

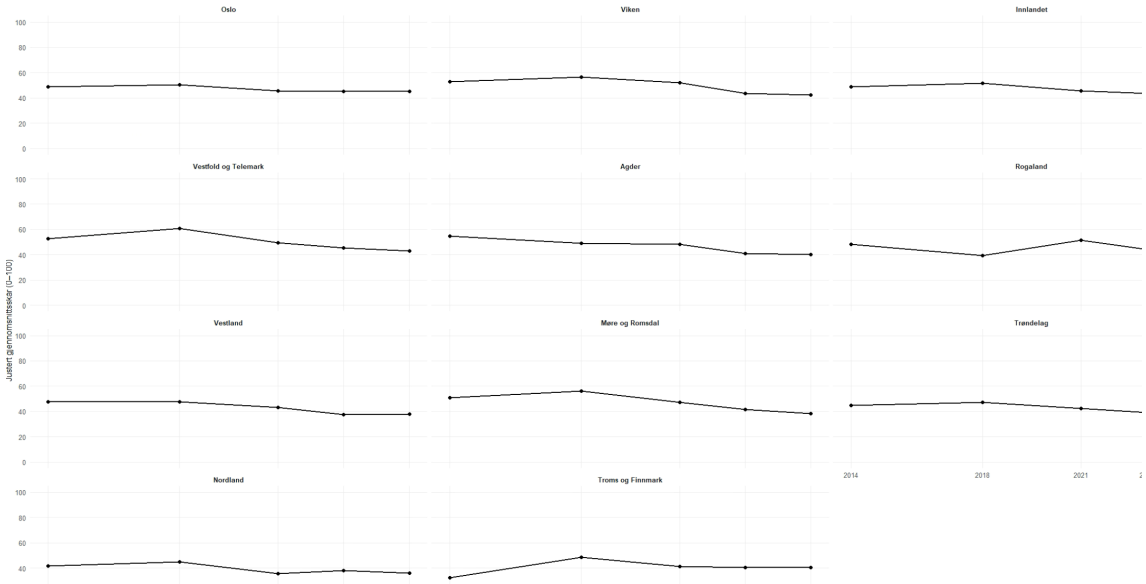
Samlet tyder resultatene på at endringene over tid i hovedsak følger nasjonale mønstre, mens vedvarende forskjeller mellom fylkene er begrensede.



Figur 26a: *Utvikling over tid i **samlet vurdering etter fylke.** Skårene er oppgitt på en skala fra 0 til 100, der høyere verdi = bedre. Skårene er justert for alder og kjønn. For 2023 og 2025 er resultatene i tillegg vektet for trekksannsynlighet.*



Figur 26b: *Utvikling over tid i **tilgjengelighet til hastende timer etter fylke**. Skårene er oppgitt på en skala fra 0 til 100, der høyere verdi = bedre. Tilgjengelighetsindikatoren bygger på svar i ordinale kategorier og uttrykker relative forskjeller mellom år, ikke faktiske ventedager. Skårene er justert for alder og kjønn. For 2023 og 2025 er resultatene i tillegg vektet for trekksannsynlighet.*



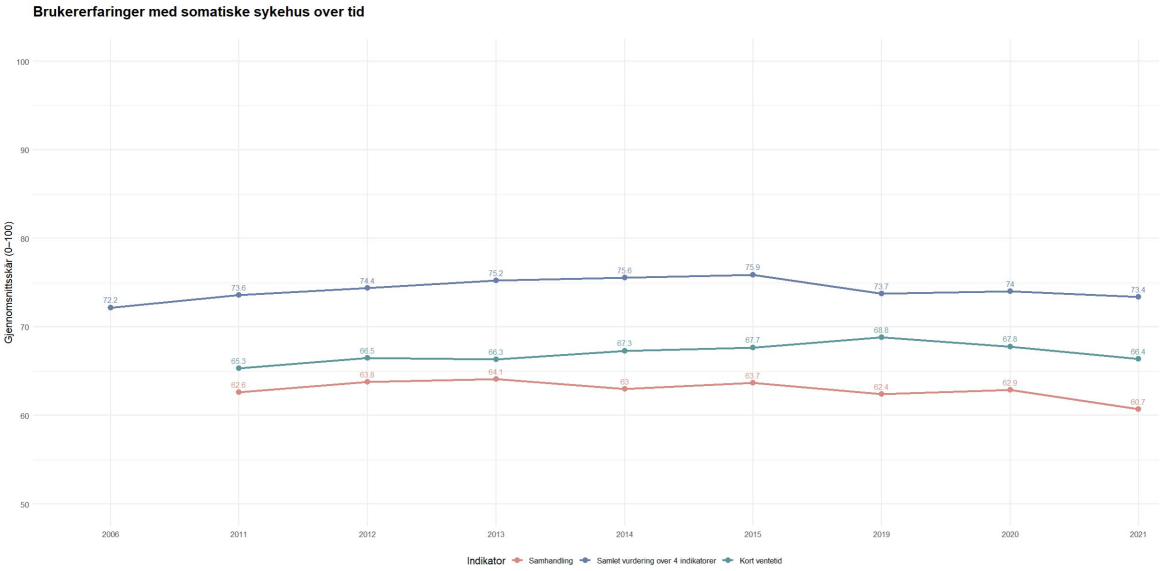
Figur 26c: *Utvikling over tid i* ***tilgjengelighet til ikke-hastende timer etter fylke.*** *Skårene er oppgitt på en skala fra 0 til 100, der høyere verdi = bedre. Tilgjengelighetsindikatoren bygger på svar i ordinale kategorier og uttrykker relative forskjeller mellom år, ikke faktiske ventedager. Skårene er justert for alder og kjønn. For 2023 og 2025 er resultatene i tillegg vektet for trekksannsynlighet.*

3.6.2 Pasienterfaringer med somatiske sykehus

Figur 27 viser utviklingen over tid i pasienterfaringer med somatiske sykehus. Resultatene er justert for alder, kjønn og selvrapportert helse. Kun den samlede indikatoren var tilgjengelig i 2006-undersøkelsen, og øvrige indikatorer inngår derfor først fra 2011. Y-aksene er tilpasset skårnivået for hver indikator for å synliggjøre mindre forskjeller og endringer over tid. Figurene er ment å vise utviklingen innen den enkelte indikator, ikke direkte sammenligninger mellom indikatorene.

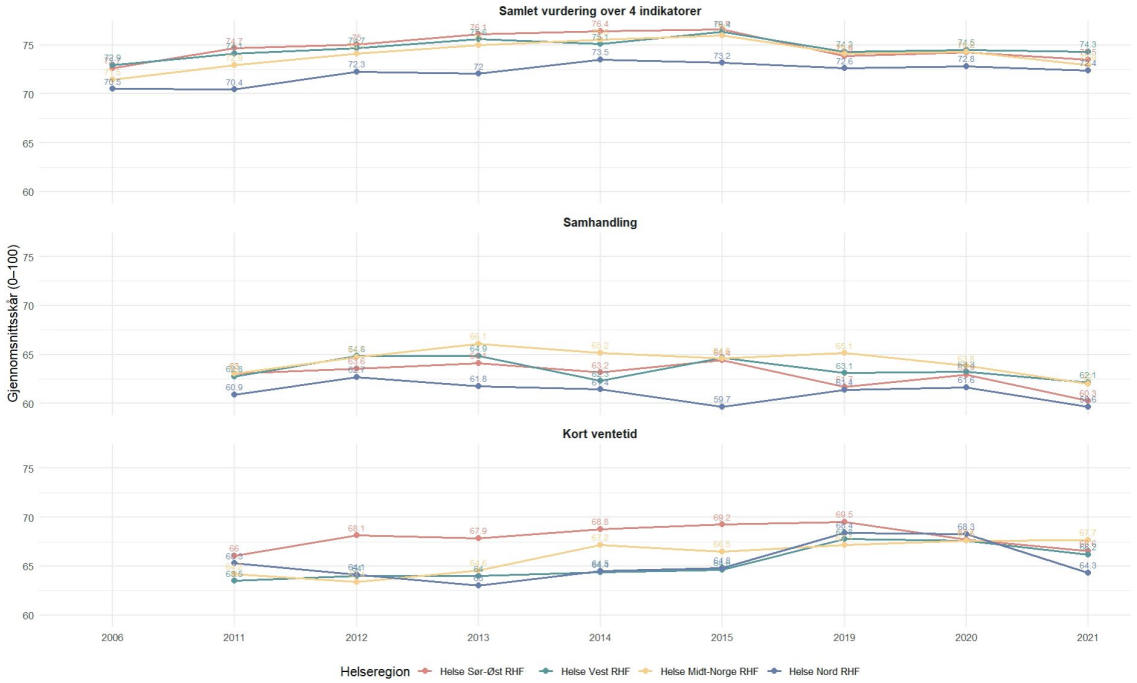
For *samlet vurdering* var nivået gjennomgående stabilt gjennom perioden, med en svak forbedring fram mot 2015/2019 og noe lavere skår i 2021. *Kort ventetid* viste en tilsvarende utvikling, med bedring fram mot 2019 og en mindre tilbakegang i 2021. Indikatoren for *samhandling* var også stabil over tid, med en mindre nedgang i 2021.

Samlet tyder resultatene på stabile pasienterfaringer over tid, med begrensede endringer mellom undersøkelsesårene.



Figur 27: *Utvikling over tid i pasienterfaringer med somatiske sykehus. Figuren viser justerte gjennomsnittsskårer for indikatorene* ***samlet vurdering over 4 indikatorer, samhandling og kort ventetid****. Kun samlet vurdering var tilgjengelig i 2006. Ventetidsindikatoren omfatter elektive pasienter. Skårene er oppgitt på en skala fra 0 til 100, der høyere verdi = bedre, og er justert for alder, kjønn og selvrapportert helse. Antall gyldige svar per år varierer mellom indikatorene og ligger omtrent i intervallet N=4 500–13 400 (se tabell A9 i vedlegg for detaljer).*

Figur 28 viser utviklingen i pasienterfaringer med somatiske sykehus etter helseregion. Y-aksene er tilpasset skårnivået for hver indikator for å synliggjøre mindre forskjeller mellom helseregionene og endringer over tid. Figurene er ment å vise utviklingen innen den enkelte indikator, ikke direkte sammenligninger mellom indikatorene. Forskjellene mellom helseregionene var gjennomgående små, og regionene fulgte i stor grad samme utviklingsmønster over tid. For indikatorene *samlet vurdering* og *samhandling* lå skårene gjennomgående noe lavere i Helse Nord enn i de øvrige helseregionene. Samlet tyder resultatene på stabile pasienterfaringer over tid, med begrensede regionale forskjeller.

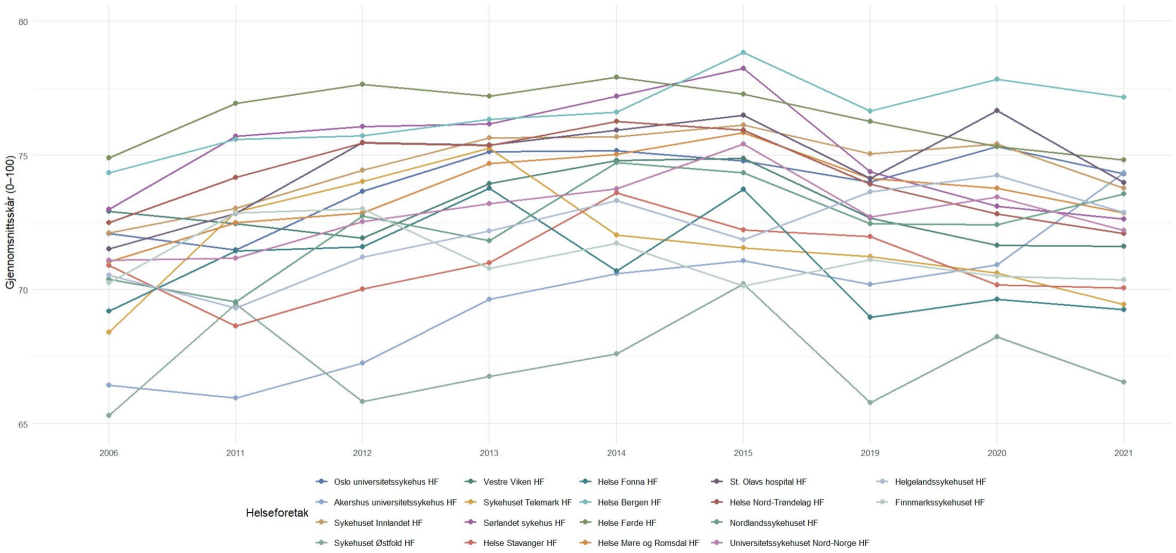


Figur 28: *Utvikling over tid i pasienterfaringer med somatiske sykehus* ***etter helseregion****. Figuren viser justerte gjennomsnittsskårer for indikatorene* ***samlet vurdering over 4 indikatorer, samhandling og kort ventetid****. Kun samlet vurdering var tilgjengelig i 2006. Ventetidsindikatoren omfatter elektive pasienter. Skårene er oppgitt på en skala fra 0 til 100, der høyere verdi = bedre, og er justert for alder, kjønn og selvrapportert helse.*

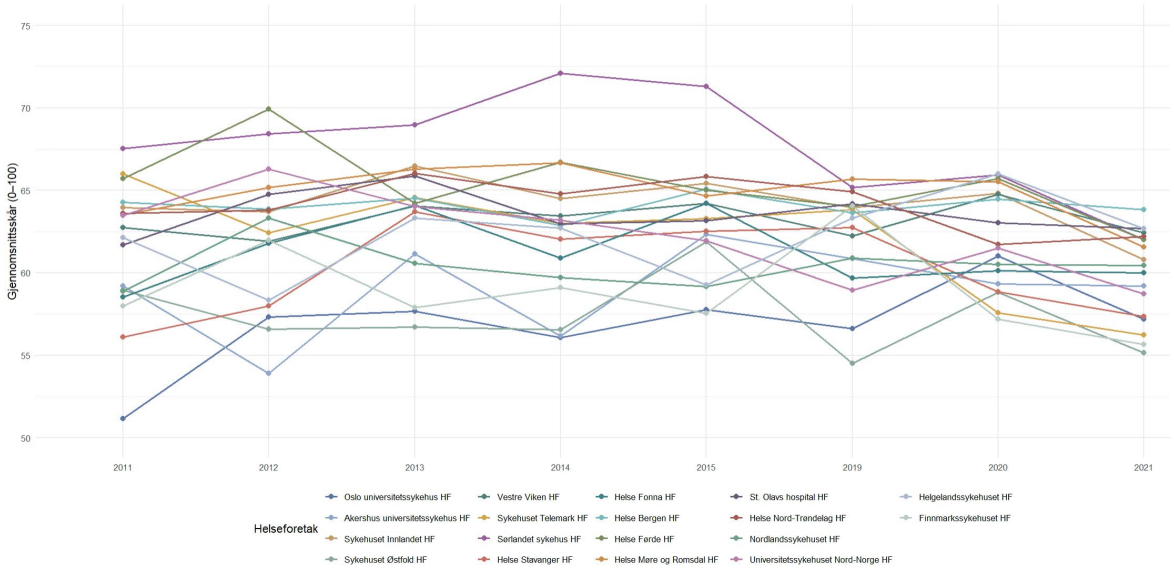
Figur 29a-c viser utviklingen over tid i pasienterfaringer med somatiske sykehus etter helseforetak. Y-aksene er tilpasset skårnivået for hver indikator for å synliggjøre mindre forskjeller mellom helseforetakene og endringer over tid. Figurene er ment å vise utviklingen innen den enkelte indikator, ikke direkte sammenligninger mellom indikatorene.

For *samlet vurdering* var forskjellene mellom helseforetakene gjennomgående moderate. Flere helseforetak hadde en økning i skår fram mot 2015, mens utviklingen etter dette var mer varierende, med små endringer eller nedgang i skår for flere foretak. For *samhandling* var variasjonen mellom helseforetakene noe større, og utviklingen over tid var mindre ensartet. Flere helseforetak hadde lavere skår i 2021 enn ved tidligere målinger. *Kort ventetid* viste større variasjon mellom helseforetakene og større svingninger mellom undersøkelsesårene enn de øvrige indikatorene. Utviklingen varierte mellom helseforetakene, uten et tydelig felles mønster.

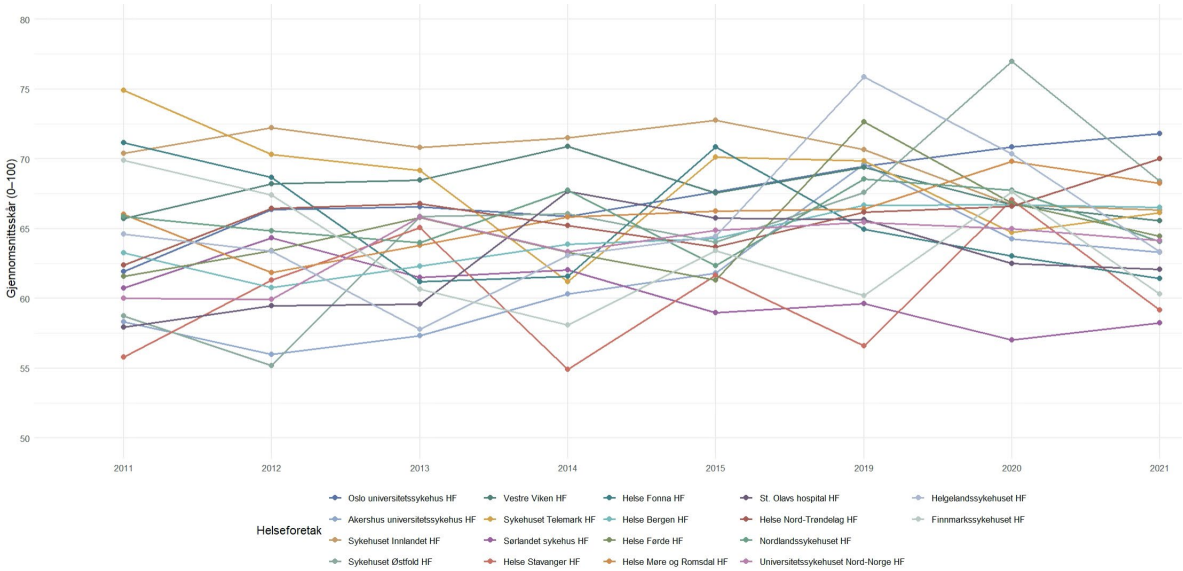
Samlet sett viser resultatene at utviklingen i pasienterfaringer varierer mellom indikatorene og helseforetakene, men at forskjellene i skårnivå gjennomgående er moderate.



Figur 29a: *Utvikling over tid i pasienterfaringer med somatiske sykehus **etter helseforetak**. Figuren viser justerte gjennomsnittsskårer for indikatoren **samlet vurdering over 4 indikatorer.** Skårene er oppgitt på en skala fra 0 til 100, der høyere verdi = bedre, og er justert for alder, kjønn og selvrapportert helse.*



Figur 29b: *Utvikling over tid i pasienterfaringer med somatiske sykehus **etter helseforetak**. Figuren viser justerte gjennomsnittsskårer for indikatoren **samhandling.** Skårene er oppgitt på en skala fra 0 til 100, der høyere verdi = bedre, og er justert for alder, kjønn og selvrapportert helse.*



Figur 29c: *Utvikling over tid i pasienterfaringer med somatiske sykehus **etter helseforetak**. Figuren viser justerte gjennomsnittsskårer for indikatoren **kort ventetid.** Ventetidsindikatoren omfatter elektive pasienter. Skårene er oppgitt på en skala fra 0 til 100, der høyere verdi = bedre, og er justert for alder, kjønn og selvrapportert helse.*

3.6.3 Sammendrag

Resultatene viser at pasienterfaringene med fastlegen og somatiske sykehus i hovedsak har vært relativt stabile over tid, med gjennomgående moderate endringer mellom undersøkelsesårene.

I fastlegeundersøkelsen var skårene for flere indikatorer høyere i 2023 enn i de øvrige undersøkelsesårene, etterfulgt av en nedgang i 2025. Dette gjaldt særlig *tilgjengelighet* og *mestring.* For *tilgjengelighet til hastende timer* gikk skåren ned fra 2014 til 2021, før den økte noe fram mot 2025. Nivået i 2025 var likevel lavere enn i 2014. *Tilgjengelighet til ikke-hastende timer* viste derimot en gjennomgående nedgang i perioden, med lavest skår i 2025. De øvrige indikatorene viste mindre endringer.

For somatiske sykehus var utviklingen også preget av relativ stabilitet, med en viss forbedring fram mot 2015/2019 og noe lavere skårer i 2021 for flere indikatorer. Forskjellene mellom helseregionene var gjennomgående små, mens variasjonen mellom helseforetakene var noe større, særlig for *kort ventetid*.

Samlet viser resultatene begrensede endringer i pasienterfaringene over tid, men med enkelte forskjeller mellom indikatorer og geografiske områder.

4 DISKUSJON

4.1 Hovedfunn

4.1.1 Hovedfunn for registerbaserte mål og tolkning av dem

Resultatene viser at kommuner med høyere nivå av frie inntekter, lavere befolkningstall og mindre sentralitet har høyere nivå av tjenester i hjemmet og langtidsinstitusjon, mens det er små forskjeller i de andre registerbaserte målene (korttidsopphold og akutt kontakt). Kartene viser en viss geografisk konsentrasjon av målene, særlig for samhandling og pasientflyt. Større geografiske områder ser ut til å ha lignende indikatorer. En mulig tolkning er at forskjeller i registerbaserte mål mellom kommuner også påvirkes av forhold på et høyere nivå enn kommunen, for eksempel organisering av tjenester og samspill med spesialisthelsetjenesten.

Funksjonsnivå ved oppstart av tjenester er relativt likt på tvers av kommuner. Dette kan tyde på like tildelingskriterier, og indikerer at det ikke er store forskjeller mellom kommunene i tersklene for å få langtidsplass på institusjon. Dette må imidlertid tolkes med varsomhet da registreringspraksis kan variere, og funksjonsnivå er et subjektivt mål. Det er en risiko for at registrert funksjonsnivå kan påvirkes av oppfattet mulighet for institusjonsplass blant de som kartlegger funksjonen.

Riksrevisjonen viser i en ny rapport store forskjeller i akutte kontakter/innleggelser mellom kommuner (Riksrevisjonen, 2026a), med høyere antall kontakter for kommuner som er vertskommune for sykehus. Vårt hovedmål skiller seg fra Riksrevisjonens. I sin rapport beskriver de akutte kontakter (ikke-kirurgiske) per 1000 innbyggere. Vi måler gjennomsnittlig bruk per måned og inkluderer også kirurgiske kontakter.

Riksrevisjonen (2026b) undersøker også dekningsgrad for institusjonsplasser og variasjonen i dette mellom kommunene basert på data fra SSB. De finner betydelig variasjon. Også vi finner noe variasjon i bruk av langtidsinstitusjon, men lite variasjon som følger kommuneøkonomi, størrelse og sentralitet.

Hagen (2024) finner at tildelingen av langtidsplass for personer over 70 år er assosiert med inntektsnivå i kommunen. For personer 80 år og eldre finner vi ikke tilsvarende mønster i våre data. Imidlertid er det også i våre data en tendens til økende andel med langtidsplass for befolkningen sett under ett. Hagen (ibid) bruker 2019 som analyseår, mens vi har en nyere dataperiode. Videre justerer vi for alderssammensetning på et mer detaljert nivå enn Hagen, mens Hagen justerer for medisinsk historie. Videre er analysen av tildeling av langtidsplass betinget på at man allerede mottar kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester. Det bør også bemerkes at vi ikke gjør en formell statistisk analyse her, men beskriver mønstre i data, i motsetning til Hagen, som i dette tilfellet baserer seg på en hierarkisk regresjonsmodell.

4.1.2 Hovedfunn for brukererfaringsmål og tolkning av dem

Heller ikke resultatene for brukererfaringer viser betydelige forskjeller etter kommunekjennetegn. Dette kan tyde på at slike strukturelle forhold i begrenset grad forklarer variasjonen i brukererfaringer. Samtidig viste analysene av kommuneskårer tydelig variasjon mellom enkeltkommuner, med relativt store forskjeller mellom kommuner med høyest og lavest skår. Analysene av stabilitet over tid viste videre at kommuner med høye eller lave

skårer i stor grad beholdt sin relative plassering, noe som tyder på at variasjonen ikke bare skyldes tilfeldigheter.

Analysene av variansfordeling for brukererfaringer (se figur A1 i vedlegg) viser at mesteparten av variasjonen i pasienterfaringer ligger på individnivå, mens en mindre del ligger på lege- og kommunenivå. Dette er forventet for pasientrapporterte erfaringer, som i stor grad påvirkes av individuelle behov, forventninger, helse og konkrete møter med tjenesten. Samtidig viser resultatene at det også er variasjon på lege- og kommunenivå. Tidligere studier har dokumentert måleegenskaper og reliabilitet på fastlegenivå (Bjertnæs et al., 2011), samt variasjon mellom norske kommuner (Skyrud et al., 2026). Indikatorene som inngår i hovedanalysene ble valgt fordi de viste tydelig variasjon på lege- og/eller kommunenivå.

Pasienterfaringsresultatene viser videre at enkelte indikatorer, særlig knyttet til tilgjengelighet, kontinuitet og ventetid, varierer mer mellom kommuner enn andre. Dette kan tyde på at variasjonen i disse indikatorene i større grad henger sammen med forhold ved organisering og kapasitet i tjenestene. At forskjellene i liten grad følger kommunekjennetegn som nivå av frie inntekter, sentralitet og antall innbyggere, utelukker ikke at mer spesifikke lokale forhold kan ha betydning. De deskriptive analysene av brukergrupper viser enkelte forskjeller sammenlignet med totalutvalget, men forskjellene var moderate og varierte mellom indikatorene. Det er ikke gjennomført signifikanstester av forskjellene.

4.1.3 Tolkning av korrelasjon mellom ulike mål

Korrelasjoner mellom registerbaserte mål og brukererfaringer viste at sammenhengene gjennomgående var svake eller negative. Det er imidlertid ikke gitt at kommuner med høyere skårer for erfaringer med fastlegen også skal ha høye verdier på de registerbaserte målene. Flere av registermålene har en kontekstavhengig tolkning. Høyere bruk av hjemmetjenester kan for eksempel reflektere bedre tilgang, større behov i befolkningen eller ulik organisering av tjenestene. Høy funksjonsskår ved oppstart av langtidsopphold kan reflektere gode hjemmetjenester, korttidsopphold eller rehabiliteringstilbud, som gjør at personer kan bo hjemme lenger før langtidsopphold blir nødvendig. Det kan imidlertid også reflektere høy terskel for langtidsplass, forsinket tildeling eller at brukere ikke har fått tilstrekkelige tjenester tidligere i forløpet. Tolkningen kan i tillegg påvirkes av lokal vurderingspraksis, registreringspraksis og hvilke brukere som faktisk får tjenester.

Svake korrelasjoner mellom pasienterfaringsindikatorene og registermålene må sees i lys av at målene gjelder til dels ulike populasjoner, ulike tidsperioder og ulike deler av tjenestene. Pasienterfaringene gjelder personer som har hatt kontakt med fastlegen og svart på undersøkelsen, mens flere av registermålene særlig beskriver de kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenestene. Dette gjelder særlig ved sammenligninger for personer 80 år og eldre, der registermålene kan omfatte en bredere og mer skrøpelig gruppe enn respondentene i fastlegeundersøkelsen. Det kan også være slik at en kommune har gode resultater på én del av tjenesten, for eksempel erfaringer med fastlegetjenesten, uten at dette nødvendigvis gjenspeiles i registerbaserte mål for andre deler av de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Norman og medarbeidere (2026) fant at både registerbasert kontinuitet og selvrapportert kontinuitet var positivt assosiert med bedre pasienterfaringer med fastlegetjenesten, og at det var moderat samsvar mellom de to kontinuitetsmålene. I denne rapporten er den konseptuelle

avstanden mellom målene større. Fravær av sterke korrelasjoner bør derfor først og fremst tolkes som at registermålene og pasienterfaringsindikatorene ikke måler det samme. Et interessant funn er likevel at kommuner med gode pasienterfaringer med fastlegen ikke gjennomgående har mer positive registerbaserte indikatorer for tilgang, tilgjengelighet og samhandling.

4.2 Metodiske forbehold og begrensninger

4.2.1 Registerbasert mål

De registerbaserte målene bygger på data fra nasjonale registre som dekker hele den norske befolkningen, og gir dermed et helhetlig bilde av bruk, aktivitet og forløp i helse- og omsorgstjenestene over tid. Dette gjør det mulig å analysere sjeldne hendelser, følge pasienter mellom tjenestenivåer og sammenligne kommuner på en systematisk måte. Ved å koble ulike registre kan man også studere sammenhenger mellom tjenester og identifisere mønstre i pasientforløp.

Samtidig har de registerbaserte målene klare begrensninger. De sier i liten grad noe om kvalitet slik den oppleves av brukerne, og fanger ikke opp forhold som kommunikasjon, brukermedvirkning eller opplevd tilgjengelighet. Flere av målene er indirekte, og høye eller lave verdier må tolkes i sammenheng med de andre målene. Små tall i mindre kommuner gir usikkerhet i estimatene, særlig for sjeldne hendelser og spesifikke målpopulasjoner. De registerbaserte målene bør derfor ses som indikatorer som beskriver tilgang, tjenestebruk og pasientforløp.

Funksjonsskår er omtalt sammen med de registerbaserte målene, men skiller seg fra flere av de øvrige målene ved at den bygger på en vurdering gjort av helsepersonell og rapportert til register. Skåren er et ADL-samlemål basert på flere funksjonsvariabler og er delt inn i nivåer etter grad av vurdert bistandsbehov. Den gir dermed informasjon om samlet vurdert bistandsbehov ved oppstart av tjeneste, men ikke om hvilke konkrete funksjonsområder som ligger bak skåren. Tolkningen kan i tillegg påvirkes av lokale forskjeller i kartlegging, vurderings- og registreringspraksis. I tillegg er det i dataene en manglende registering av denne skåren blant en andel av pasientene som får vedtak om tjenester i hjemmet. For å forstå i hvilken grad dette er systematisk eller tilfeldig har vi også inkludert analyser av andelen som mangler denne registreringen.

Enheter med færre enn ti observasjoner er fjernet. Det er i stor grad kommuner i mindre sentrale områder. Denne praksisen vil påvirke mønstrene i data. Se Tabell A4 i vedlegg for en oversikt over hvor mange og hvilke kommuner som er ekskludert fra de ulike målene.

For enkeltmål og mindre målpopulasjoner er variasjonen betydelig større. Dette kan delvis skyldes tilfeldig variasjon og begrenset antall observasjoner per kommune, selv når det benyttes glidende gjennomsnitt over tre år.

4.2.2 Brukererfaringer

Brukererfaringer er en sentral kilde til kunnskap om kvalitet i helsetjenesten. I OECDs rammeverk for vurdering av helsesystemers kvalitet og ytelse inngår pasienterfaringer som en sentral kvalitetsdimensjon (Carinci et al., 2015). Tidligere forskning viser også at

pasienterfaringer er assosiert med behandlingsprosesser, kliniske utfall, pasientsikkerhet og bruk av helsetjenester (Doyle et al., 2013; Price et al., 2014).

Samtidig er brukererfaringene basert på selvrapporterte data og kan påvirkes av generelle forhold knyttet til selvrapportering, som seleksjon i hvem som svarer, og individuelle forskjeller i hvordan erfaringer vurderes og rapporteres. Instrumentet som indikatorene er basert på, er imidlertid godt dokumentert når det gjelder innholdsvaliditet, reliabilitet og begrepsvaliditet (Holmboe et al., 2015; Holmboe et al., 2017; Bjertnæs et al., 2022).

Analysene av erfaringer med fastlegen er justert for alder og kjønn. For analyser av erfaringer med somatiske sykehus er det i tillegg justert for selvrapportert helse, ettersom dette kan variere over tid og påvirke sammenligninger. Det er ikke justert for andre forhold ved pasientene, som utdanning, inntekt, fødeland eller mer detaljert helsetilstand. Resultatene kan derfor i noen grad reflektere forskjeller i pasientsammensetning mellom enheter. Tidligere studier har vist at pasientkjennetegn kan ha betydning for rapporterte erfaringer og dermed for sammenligninger mellom enheter (Groenewegen et al., 2023). En nyere norsk studie av pasienterfaringer med fastlegetjenesten fant at særlig alder og fødeland hadde betydning for kommuneskårene, men at justering for en rekke pasientkjennetegn kun ga moderate endringer i kommuneresultatene (Skyrud et al., 2026). Samtidig er det metodiske vurderinger knyttet til hvilke variabler det er hensiktsmessig å justere for. For eksempel kan helse være både en forklaringsfaktor og et utfall av tjenestene, og det er derfor ikke entydig om helse bør inngå i justeringer i analyser av kommunehelsetjenesten. Analysene er deskriptive og har som formål å vise overordnede mønstre og utviklingstrekk. Resultatene presenteres som punktestimater uten konfidensintervaller, og det er ikke gjennomført signifikanstester av forskjellene mellom gruppene. Estimatene er beheftet med statistisk usikkerhet, særlig for mindre brukergrupper og kommuner med få respondenter. Små forskjeller mellom enkeltkategorier bør derfor tolkes med varsomhet, og resultatene skal ikke brukes til presis rangering av enkeltkommuner.

Ved tolkning av utvikling over tid i fastlegeundersøkelsen bør det tas hensyn til metodiske forskjeller mellom undersøkelsesårene. Undersøkelsene har hatt noe ulike formål og design, blant annet når det gjelder trekking av utvalg, utvalgsstørrelse, spørreskjema og hvilke grupper som inngår. Utvalgene i 2023 og 2025 ble trukket for å gi resultater på kommunenivå. I analysene av utvikling over tid er resultatene for disse årene derfor vektet for trekksannsynlighet. Tidligere undersøkelser var trukket for å gi representative resultater på nasjonalt nivå. Antall inkluderte respondenter har også variert betydelig mellom undersøkelsesårene, både nasjonalt og på lavere nivåer. Deler av den observerte variasjonen over tid kan derfor skyldes forskjeller i antall svarere og sammensetningen av utvalget, og ikke nødvendigvis reelle endringer i pasienterfaringer.

For analyser av pasienterfaringer med somatiske sykehus kan sammenlignbarheten over tid påvirkes av enkelte metodiske forhold, som endringer i spørsmålsrekkefølge, mindre variasjoner i inklusjonskriterier og at sykehusene er gitt lik vekt uavhengig av størrelse. Ettersom de samme enkeltspørsmålene og vektingsprinsippene i hovedsak er benyttet over tid, antas disse forholdene likevel å ha begrenset betydning for sammenligningene.

Enkeltspørsmål som brukes som indikatorer er mer utsatt for tilfeldig variasjon enn sammensatte indikatorer, ettersom de ikke bygger på flere målinger. Dette gjelder blant annet

indikatorer for ventetid, og kan bidra til større svingninger over tid og mellom enheter. De ulike indikatorene bygger også på ulike spørsmål, skalaer og konstruksjoner, og skårene kan derfor ikke sammenlignes direkte mellom indikatorene. Dette gjelder særlig ventetidsindikatorene, som er basert på kategoriske svaralternativer. Skårene gir derfor først og fremst informasjon om relative forskjeller mellom grupper eller over tid innen samme indikator, og ikke om absolutte nivåer eller hva som kan anses som et godt eller akseptabelt nivå.

Til tross for disse begrensningene gir brukererfaringsdataene et viktig bidrag til å belyse tilgjengelighet, samhandling og erfart kvalitet i møtet med tjenestene. Analysene gir grunnlag for å identifisere overordnede utviklingstrekk, geografisk variasjon og områder med mulig forbedringspotensial.

5 KONKLUSJON

Denne rapporten beskriver geografisk variasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester ved hjelp av både registerdata og brukererfaringer.

De registerbaserte målene viser gjennomgående små forskjeller mellom kommuner i korttidsopphold i institusjon og akutte kontakter etter kommunekjennetegn som inntekt og sentralitet. Variasjonen er noe større for langtidsopphold i institusjon, og for bruk av hjemmebaserte tjenester der bruken er høyere i mindre sentrale og mer ressurssterke kommuner. Selv om gjennomsnittsforskjellene er små, er det samtidig betydelig spredning mellom kommuner med høyest og lavest nivå. Funksjonsnivå ved oppstart av tjenester er relativt likt på tvers av kommuner. Dette er forenelig med at tersklene for tildeling er relativt like, men må tolkes med varsomhet fordi funksjonsskår bygger på vurderinger som kan påvirkes av lokal kartleggings- og registreringspraksis. For samhandling og pasientflyt blant eldre er forskjellene også moderate, men med tydelige mønstre innen større geografiske områder. Dette kan indikere at variasjonen ikke bare skyldes forhold i kommunene, men også strukturelle forhold på systemnivå, som organisering av tjenester og samspill med spesialisthelsetjenesten.

Brukererfaringene fra fastlegeundersøkelsen viser tydelig variasjon mellom kommuner, men forskjellene er i liten grad systematisk knyttet til inntektsnivå, sentralitet eller antall innbyggere i kommunen, og de geografiske mønstrene er svake. Analysene av stabilitet over tid viser at kommuner med høye eller lave skårer i 2023 i stor grad hadde tilsvarende relative plasseringer i 2025. Dette tyder på at en del av variasjonen mellom kommunene er stabil over tid, og er forenlig med at forskjellene ikke bare skyldes tilfeldig variasjon. Indikatorene *tilgjengelighet* og *kontinuitet,* samt ventetidsindikatorene viser større variasjon mellom kommuner enn enkelte andre indikatorer. Dette kan blant annet ha sammenheng med forskjeller i organisering og kapasitet i fastlegetjenesten.

Overordnet viser resultatene at både brukererfaringsindikatorene og de registerbaserte målene har svake sammenhenger med de undersøkte kommunekjennetegnene: nivå på frie inntekter, sentralitet og antall innbyggere. Samtidig er det betydelig variasjon mellom kommunene. Dette tyder på at de undersøkte kommunekjennetegnene alene ikke kan forklare den observerte variasjonen mellom kommunene. Andre lokale forhold og forskjeller i pasientsammensetning kan bidra til variasjonen mellom kommunene. I tillegg kan måleusikkerhet og tilfeldig variasjon ha betydning, særlig i små kommuner og ved sjeldne utfall.

Sammenhengen mellom registerbaserte mål og pasienterfaringer med fastlegen er gjennomgående svak. Dette kan blant annet skyldes at målene belyser ulike sider ved tjenestene: Pasienterfaringsindikatorene måler erfart kvalitet i fastlegetjenesten, mens registermålene beskriver tjenestebruk og pasientforløp i kommunale helse- og omsorgstjenester. En stor del av variasjonen i pasienterfaringer ligger på individnivå, men det er også variasjon på lege- og kommunenivå for indikatorene som inngår i hovedanalysene. Ytterligere studier av sammenhengen mellom pasienterfaringer og registerbaserte mål kan

bidra til bedre forståelse av hva som driver variasjon i tjenestene, og gi grunnlag for mer målrettede tiltak både på kommune- og systemnivå.

6 Referanser og datakilder

Bjertnæs, Ø. A., Lyngstad, I., Malterud, K., & Garratt, A. (2011). The Norwegian EUROPEP questionnaire for patient evaluation of general practice: Data quality, reliability and construct validity. *Family Practice, 28*(3), 342–349. https://doi.org/10.1093/fampra/cmq098

Bjertnæs, Ø. A., Iversen, H. H., & Valderas, J. M. (2022). Patient experiences with general practitioners: Psychometric performance of the generic PEQ-GP instrument among patients with chronic conditions. *Family Practice, 39*(3), 519–526. https://doi.org/10.1093/fampra/cmab133

Carinci, F., Van Gool, K., Mainz, J., Veillard, J., Pichora, E. C., Januel, J. M., Arispe, I., Kim, S. M., & Klazinga, N. S. (2015). Towards actionable international comparisons of health system performance: Expert revision of the OECD framework and quality indicators. *International Journal for Quality in Health Care, 27*(2), 137–146. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv004

Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open, 3*, e001570. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570

Groenewegen, P. P., Spreeuwenberg, P., Leyland, A. H., de Boer, D., & Boerma, W. (2023). *Case-mix adjustments for patient reported experience and outcome measures in primary care*. Journal of Patient-Reported Outcomes, 7, 127.

Hagen, T. P. (2024). Statlige prioriteringer, kommunal respons: An Analysis of Health and Social Care Services, 1972–2022. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, *10*(2), 90–107. https://doi.org/10.18261/tfo.10.2.7

Helsedirektoratet (2022) Styringsinformasjon til helsefelleskapene. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/styringsinformasjon-til-helsefellesskapene

Helsedirektoratet (2026). Overlevelse 30 dager etter innleggelse på sykehus. https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/behandling-av-sykdom-og-overlevelse/overlevelse-30-dager-etter-innleggelse-pa-sykehus

Holmboe, O., & Iversen, H. H. (2022). *Pasienters erfaringer med norske sykehus i 2021: Nasjonale resultater* (PasOpp-rapport 2022:651). Folkehelseinstituttet.

Holmboe, O., Iversen, H. H., Danielsen, K., et al. (2017). The Norwegian patient experiences with GP questionnaire (PEQ-GP): Reliability and construct validity following a national survey. *BMJ Open, 7*, e016644. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016644

Holmboe, O., Danielsen, K., & Iversen, H. H. (2015). *Utvikling av metode for måling av pasienters erfaringer med fastleger* (PasOpp-rapport nr. 1–2015). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Iversen, H. H., Bjertnæs, Ø. A., & Holmboe, O. (2019). *Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i 2018/19* (PasOpp-rapport 2019:1). Folkehelseinstituttet.

Kommunal- og distriktsdepartementet (2025a). Regionale utviklingstrekk 2025. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regionale-utviklingstrekk-2025/id3111381/?ch=3

Kommunal- og distrikstdepartementet (2025b). Frie inntekter korrigert for utgiftsbehov. https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-

regioner/kommuneokonomi/inntektssystemet-for-kommuner-og-fylkeskommuner/utgiftskorrigerte-frie-inntekter/id547765/?expand=factbox3100962

Lloyd, H., Fosh, B., Whalley, B., Byng, R., & Close, J. (2019). Validation of the person-centred coordinated care experience questionnaire (P3CEQ). *International Journal for Quality in Health Care, 31*(7), 506–512. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy212

Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027: Vår felles helsetjeneste* (Meld. St. 9 (2023–2024)). https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/

Norman, R. M., Bjertnæs, Ø. A., Skyrud, K. D., Guri, R., & Hunskaar, S. (2026). Continuity of care and patient-reported experiences in Norwegian general practice: Are they linked, and does the measurement of continuity matter? *Family Practice, 43*(3), cmag025. https://doi.org/10.1093/fampra/cmag025

Norman, R. M., Bjertnæs, Ø. A., Danielsen, K., & Holmboe, O. (2022). *Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i 2021/2022* (PasOpp-rapport 2022:566). Folkehelseinstituttet.

Norman, R. M., Skyrud, K., Jelin, E., & Bjertnæs, Ø. A. (2025). *Den norske fastlegetjenesten 2023–2024: En forskningsbasert baselinemåling av pasienterfaringer på kommunenivå*. Folkehelseinstituttet.

Pettersen, K. I., Veenstra, M., Guldvog, B., & Kolstad, A. (2004). The Patient Experiences Questionnaire: Development, validity and reliability. *International Journal for Quality in Health Care, 16*(6), 453–463. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzh074

Price, R. A., Elliott, M. N., Zaslavsky, A. M., Hays, R. D., Lehrman, W. G., Rybowski, L., Edgman-Levitan, S., & Cleary, P. D. (2014). Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality. *Medical Care Research and Review, 71*(5), 522–554. https://doi.org/10.1177/1077558714541480

Riksrevisjonen (2026a). Dokument 3:10 (2025−2025). Riksrevisjonens si undersøking av helsetenestenes samhandling om eldre

Riksrevisjonen (2026b). Dokument 3:16 (2025−2026). Riksrevisjonen si undersøking av kommunale helse- og omsorgstenester til eldre

SKDE (2026). Helseatlas. https://www.skde.no/helseatlas

Skyrud KD, Kristoffersen DT, Helgeland J. Kvalitet i helsetjenesten: 30 dagers overlevelse og reinnleggelse etter sykehusinnleggelse. Resultater for 2019. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2020.

Skyrud, K., Bjertnæs, Ø., & Norman, R. (2026). Case-mix adjustments of patient reported experience measures in general practice: Variations between Norwegian municipalities. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. Advance online publication. https://doi.org/10.1080/02813432.2026.2675696

Valderas, J. M., Porter, I., Martin-Delgado, J., et al. (2025a). Development of the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS) conceptual framework to monitor and improve the performance of primary care for people living with chronic conditions. *BMJ Quality & Safety, 34*, 529–536. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2024-017301

Valderas, J. M., Porter, I., Evans, J. P., et al. (2025b). International survey of people living with chronic conditions: Development and evaluation of the PaRIS Patient Questionnaire (PaRIS-PQ)

in 18 countries. *BMJ Quality & Safety*. Advance online publication. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2025-018548

7 VEDLEGG

Tabell A1. Diagnosekoder brukt for å operasjonalisere kroniske sykdommer

Sykdomstype	ICD-10	ICPC-2
Kreft	C00 -C97, D00-D09	A79, B72-B74, D74-D78, F74, H75, K72, L71, N74, R84-R85, R92, S77, S79, T71, T73, U75-U77, U79, W72, X75-X77, X81, Y77-Y79
Sykdommer i blod og bloddannende organer	D50-D77	B78-B84
Immunsykdommer	D80-D89, B20-B24	B90, B99
Forstyrrelser i skjoldbruskkjertel	E00-E07	T70, T80-T81, T85-T86
Diabetes	E10-E14	T89-T90
Endokrine og metabolske sykdommer	E15-E16, E20-E35, E70-E77, E79-E90	T10, T87, T99
Fedme	E66	T82
Hyperlipidemi	E78	T93
Cystisk fibrose	E84	-
Demens	F00-F03, G30-G32	P70
Nevromuskulær sykdom og sykdommer med lammelser (slått sammen)	G10-G14, G20-G26, G35, G40-G41, G70-G73, G80-G83	N08, N70, N86-N88, N99
Sykdommer i øyet (ekskl øyelokk)	H10-H59	F01, F05, F14, F28, F70-F71, F73, F75, F82-F85, F91-F95, F99
Hypertensjon	I10-I15	K86-K87
Iskemiske hjertesykdommer	I20-I25	K74-K76
Hjertearytmi	I44-I49	K78-K80, K84
Kongestiv hjertesvikt	I50	K77
Hjertekarsykdommer	I60-I64, G45	K89-K90
Kroniske sykdommer i nedre luftveier	J40-J47	R79, R95-R96
Inflammatorisk tarmsykdom	K50-K52	D94
Irritabelt tarm-syndrom	K58	D93
Sykdommer i lever og galleblære	K70-K77, K80-K87	D97-D98
Inflammatoriske leddlidelser og systemiske bindevevssykdommer	M05-M14, M30-M36	L88, L91, L99, T92
Osteoporose	M80-M85	L95
Kronisk nyresykdom	N18	U891, U99
Benign prostataobstruksjon	N40	Y85
Åpen sår, hud	T01, S01, S11, S21, S31, S41, S51, S61, S71, S81, S91	S18
Kunstig åpning (ettersyn og status)	Z43, Z93	-
Amputasjonsstatus	Z89	-
Transplantasjon	Z940-Z944, Z948	-

Tabell A2: Inkluderte diagnosekoder innen psykisk helse og rus

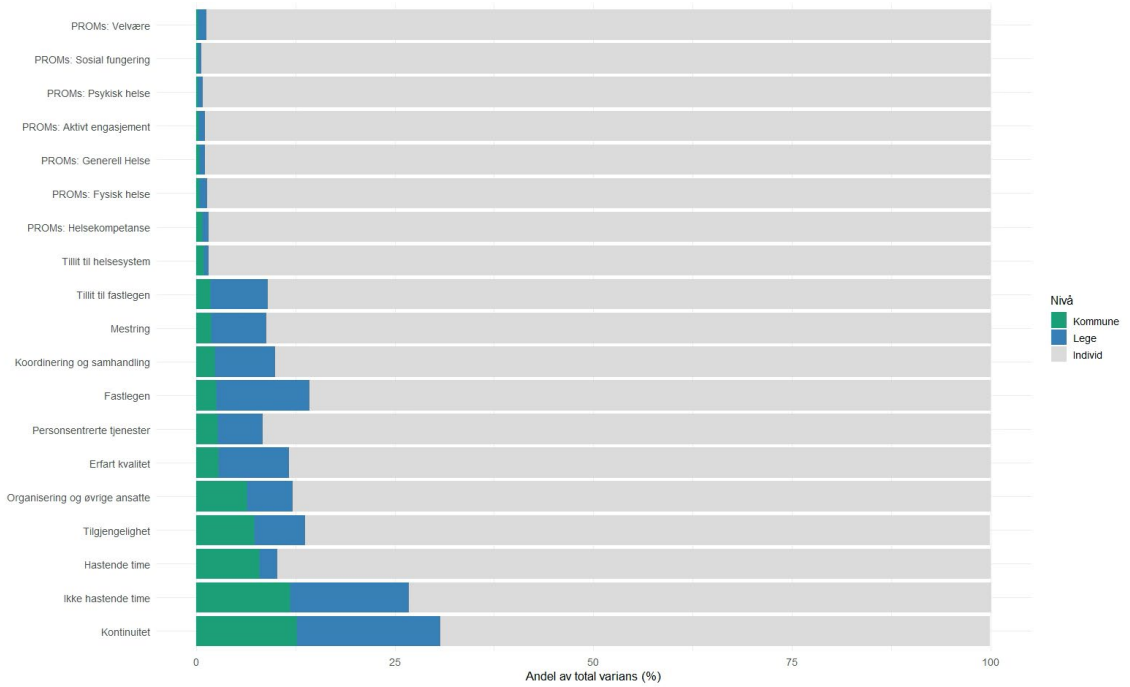
Diagnosegruppe	ICD-10 koder
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer	F10-F19
Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	F20-F29
Affektive (stemnings-) lidelser	F30-F39
Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser	F40-F48
Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	F50-F59
Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	F60-F69
Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder	F90-F98

Tabell A3. Diagnoser inkludert i vår definisjon av barn og unge med langvarige og/eller omfattende behov for helse- og omsorgstjenester

Diagnosegruppe	ICD-10 koder
Medfødte syndromer og misdannelser	Q00–Q07, Q85.0, Q85.1, Q86.0, Q90–Q99
Nevrologiske sykdommer, CP, muskelsykdommer, demyeliniserende sykdommer	G11–G12, G30–G32, G40, G70–G73, G80–G83, G93
Kreft	C00–C99, D00–D48
Revmatologiske sykdommer	M05–M09
Inflammatorisk tarmsykdom	K50–K52
Organtransplantasjon	Z94
Primær immunsvikt	D80–D84
Kronisk lever- eller nyresykdom	K72–K76, N00–N08, N10–N19
Kronisk luftveissykdom inkl. astma	Q30–Q34, J44–J47, E84
Diabetes	E10–E14
Kronisk hjertesykdom	Q20–Q28, I30–I52
Metabolske sykdommer	E00–E07, E70–E90
Fedme	E66
Hjerneinfarkt	I60–I69
Hodeskade	S06, T90
Psykisk utviklingshemming	F70–F79
Medfødte syndromer og misdannelser	Q00–Q07, Q85.0, Q85.1, Q86.0, Q90–Q99
Nevrologiske sykdommer, CP, muskelsykdommer, demyeliniserende sykdommer	G11–G12, G30–G32, G40, G70–G73, G80–G83, G93
Kreft	C00–C99, D00–D48
Revmatologiske sykdommer	M05–M09

Tabell A4. Antall kommuner som ikke er inkludert i ulike analysene for kommuner, sentralitet, frie inntekter og antall innbyggere i kommunen.

Registerbaserte mål	Totalt	80 år og eldre	Flere kroniske tilstander	Psykisk helse og rus
Tilgang og tilgjengelighet				
Kombinert kommunemål	Utsira og Modalen	Utsira, Vevelstad og Øygården	70	70
Delmål:				
Bruk av tjenester i hjemmet	0	1	26	32
Bruk av korttidsopphold	4	5	84	205
Bruk av langtidsopphold	8	8	279	320
Bruk av akutt kontakt	0	1	6	12
Funksjonsskår: Førstegangs langtidsopphold	18	29	229	196
Funksjonsskår: Oppstart tjenester i hjemmet	2	19	119	125
Manglende registering av funksjonsskår: oppstart av tjenester i hjemmet	1	9	91	98
Samhandling og pasientflyt				
Kombinert kommunemål		0		
Delmål:				
Langtidsopphold uten kommunalt tildelte tjenester i forkant		8		
Langtidsopphold og akutt kontakt		8		
Tjenester i hjemmet og akutt kontakt		1		
Ingen kommunalt tildelte tjenester og akutt kontakt		0		
Allmennlegekontakter før langtidsopphold		28		
Prosentandel i langtidsopphold 6 mnd etter akutt kontakt		1		



Figur A1: *Variasjon i pasienterfaringer fordelt på kommune-, lege- og individnivå. Kun fastleger med minst 5 respondenter er inkludert.*

Tabell A5: Indikatorer fastlegeundersøkelsen

Indikator/ referanse	Spørsmål /samleskår	Svarsalternativer	Beregning av indikator
Tilgjengelighet PEQ-GP (standardindikator i fastlegeundersøkelsen)	**Samleskår (basert på spørsmålene under)**		Gjennomsnitt (minst 1 svar). Transformert til 0–100 (høyere = bedre)
	Var ventetiden for å få en time raskt akseptabel?	1–5 (ikke i det hele tatt – i svært stor grad)	
	Er ventetiden for en vanlig time akseptabel?		
Kontinuitet Enkeltspørsmål i fastlegeundersøkelsen	Møter du vanligvis din egen fastlege når du har legetime?	Ja; Nei- en fast vikar; Nei – forskjellige leger; Ikke aktuelt	Andel som svarte "Ja"
Tilgjengelighet til ikke-hastende time Enkeltspørsmål i fastlegeundersøkelsen	Hvor lenge må du vanligvis vente før du får en time hos fastlegen? *Spørsmålet gjelder kun timeavtaler som ikke haster (se bort fra timer med behov for hjelp raskt).*	0-1 dag; 2-3 dager; 4-7 dager; 8-14 dager; mer enn to uker	Transformert til 0–100 (høyere = bedre)
Tilgjengelighet til hastende time Enkeltspørsmål i fastlegeundersøkelsen	Sist du hadde behov for en time hos fastlegen raskt, når fikk du time?	Samme dag; neste dag; etter 2 dager; mer enn 2 dager	Transformert til 0–100 (høyere = bedre)
Personsentrerte tjenester Basert på spørsmål i P3CEQ. Sammensetningen av spørsmålene i samleskåren ble vurdert ved faktoranalyse og reliabilitetsanalyse. Samleskåren hadde god intern konsistens, med Cronbachs alfa = 0,84. Spørsmålene ble kun stilt til respondenter med ett eller flere kroniske helseproblemer.	**Samleskår (basert på spørsmålene under)**		Gjennomsnitt (minst 4 svar). Transformert til 0–100 (høyere = bedre)
	Diskuterer du med helsepersonellet som er med på å gi deg helsetjenester hva som er viktigst for deg når det gjelder å håndtere egen helse og eget velvære?	1–4 (ulike alternativer)	
	Er du involvert, i den grad du ønsker, i avgjørelser om helsen din og tjenestene du mottar?		
	Blir du sett på som et «helt menneske» og ikke kun som en		

	sykdom/tilstand når det gjelder helsen din og tjenestene du mottar?		
	Er helsetjenestene dine organisert på en måte som fungerer for deg?		
	Har du opplevd å måtte gjenta informasjon som skulle ha vært i journalen din?		
	Får du nok støtte fra helsepersonell slik at du kan håndtere egen helse og eget velvære?		
	I hvilken grad mottar du nyttig informasjon når du trenger det, som hjelp til å håndtere egen helse og eget velvære?		
Koordinering og samhandling PEQ-GP (standardindikator i fastlegeundersøkelsen, spørsmålene stilles kun til respondenter med ett eller flere kroniske helseproblemer)	**Samleskår (basert på spørsmålene under)**		Gjennomsnitt (minst 1 svar). Transformert til 0–100 (høyere = bedre)
	Opplever du at fastlegen koordinerer helsetjenestetilbud ditt på en god måte?	1–5 (ikke i det hele tatt – i svært stor grad)	
	Opplever du at fastlegen samarbeider bra med andre tjenester du har behov for?		
Erfart kvalitet (Indikator i PaRIS)	Alt i alt, hvordan vil du vurdere helsehjelpen du har mottatt i løpet av de siste 12 månedene fra fastlegekontoret ditt?	1–5 (Utmerket – Dårlig)	Transformert til 0–100 (høyere = bedre)
Fastlegen PEQ-GP (standardindikator i fastlegeundersøkelsen)	**Samleskår (basert på spørsmålene under)**		Gjennomsnitt (minst 4 svar). Transformert til 0–100 (høyere = bedre)
	Opplever du at fastlegen tar deg på alvor?	1–5 (ikke i det hele tatt – i svært stor grad)	
	Opplever du at fastlegen har nok tid til deg?		
	Opplever du at fastlegen snakker til deg slik at du kan forstå ham/henne?		
	Opplever du at fastlegen er faglig dyktig?		
	Opplever du at fastlegen viser interesse for din situasjon?		

	Opplever du at fastlegen tar deg med så mye som du ønsker i avgjørelser som angår deg?		
	Gir fastlegen deg tilstrekkelig informasjon om helseproblemene dine og behandlingen av dem?		
	Gir fastlegen deg tilstrekkelig informasjon om bruk og bivirkninger av medisiner?		
Tillit til fastlegen Revidert enkeltspørsmål basert på indikator i PaRIS	I hvor stor grad er du enig eller uenig i at fastlegen er til å stole på?	1–5 (helt uenig – helt enig)	Transformert til 0–100 (høyere = bedre)
Organisering og øvrige ansatte PEQ-GP (standardindikator i fastlegeundersøkelsen)	**Samleskår (basert på spørsmålene under)**	1–5 (ikke i det hele tatt – i svært stor grad)	Gjennomsnitt (minst 2 svar). Transformert til 0–100 (høyere = bedre)
	Opplever du at legekontoret er godt organisert?		
	Opplever du at de øvrige ansatte er imøtekommende og dyktige?		
	Blir du møtt med høflighet og respekt i resepsjonen?		
Mestring PEQ-GP (standardindikator i fastlegeundersøkelsen)	**Samleskår (basert på spørsmålene under)**	1–5 (ikke i det hele tatt – i svært stor grad)	Gjennomsnitt (minst 2 svar). Transformert til 0–100 (høyere = bedre)
	Gjør kontakten med fastlegen deg bedre i stand til å forstå helseproblemene dine?		
	Gjør kontakten med fastlegen deg bedre i stand til å mestre helseproblemene dine?		
	Gjør kontakten med fastlegen deg bedre i stand til å holde deg frisk?		

Alle indikatorer er kodet slik at høyere verdi uttrykker bedre erfaringer. Spørsmål med ulik retning er reversert før beregning av skår. Krav til minimum antall besvarte spørsmål er angitt for hver indikator.
PEQ-GP = Norwegian Patient Experiences with GP questionnaire (Holmboe et al., 2017)
P3CEQ = Person-centred Coordinated care Experience Questionnaire (Lloyd et al., 2019)
PaRIS = Valderas et al, 2025b

Tabell A6: Indikatorer somatiske sykehus

Indikator/ referanse	Spørsmål /samleskår	Svarsalternativer	Beregning av indikator
Samhandling PEQ - (standardindikator i undersøkelsen)	**Samleskår (basert på spørsmålene under)**		Gjennomsnitt (minst 1 svar). Transformert til 0–100 (høyere = bedre)
	Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med fastlegen din om det du var innlagt for?	1–5 (ikke i det hele tatt – i svært stor grad)	
	Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med hjemmetjenesten/ andre kommunale tjenester om det du var innlagt for?		
Kort ventetid Enkeltspørsmål i undersøkelsen	Måtte du vente for å få et tilbud ved sykehuset?	1-4 (Ja, altfor lenge; Ja, ganske lenge; Ja, men ikke lenge; Nei)	Transformert til 0–100 (høyere = bedre)
Samlet vurdering	**Samleskår (basert på fire indikatorer under)**		Gjennomsnitt (minst 2 av indikatorene måtte ha en skåre). Transformert til 0–100 (høyere = bedre)
Pleiepersonalet PEQ - (standardindikator i undersøkelsen)	Snakket pleiepersonalet til deg slik at du forstod dem?	1–5 (ikke i det hele tatt – i svært stor grad)	Gjennomsnitt (minst 3 svar). Transformert til 0–100 (høyere = bedre)
	Opplevde du at pleiepersonalet hadde omsorg for deg?		
	Har du tillit til pleiepersonalets faglige dyktighet?		
	Fikk du fortalt pleiepersonalet alt du mente var viktig om din tilstand?		
	Hadde pleiepersonalet tid til deg når du trengte det?		
Informasjon PEQ - (standardindikator i undersøkelsen)	Fikk du vite det du syntes var nødvendig om hvordan prøver og undersøkelser skulle foregå?	1–5 (ikke i det hele tatt – i svært stor grad)	Gjennomsnitt (minst 2 svar). Transformert til 0–100 (høyere = bedre)
	Fikk du vite det du syntes var nødvendig om resultater av prøver og undersøkelser?		
	Fikk du tilstrekkelig informasjon om din diagnose/ dine plager?		
Organisering PEQ - (standardindikator i undersøkelsen)	Opplevde du at det var en fast gruppe pleiepersonale som tok hånd om deg?	1–5 (ikke i det hele tatt – i svært stor grad)	Gjennomsnitt (minst 2 svar). Transformert til 0–100 (høyere = bedre)
	Opplevde du at én lege hadde hovedansvaret for deg?		
	Opplevde du at sykehusets arbeid var godt organisert?		

	Opplevde du at viktig informasjon om deg hadde kommet fram til rette vedkommende?		
Pårørende PEQ - (standardindikator i undersøkelsen)	Ble dine pårørende tatt godt imot av personalet på sykehuset?	1–5 (ikke i det hele tatt – i svært stor grad)	Gjennomsnitt (minst 1 svar). Transformert til 0–100 (høyere = bedre)
	Var det enkelt for dine pårørende å få informasjon om deg mens du var innlagt på sykehuset?		

Alle indikatorer er kodet slik at høyere verdi uttrykker bedre erfaringer. Spørsmål med ulik retning er reversert før beregning av skår. Krav til minimum antall besvarte spørsmål er angitt for hver indikator.
PEQ = Patient Experiences Questionnaire (Pettersen et al., 2004).

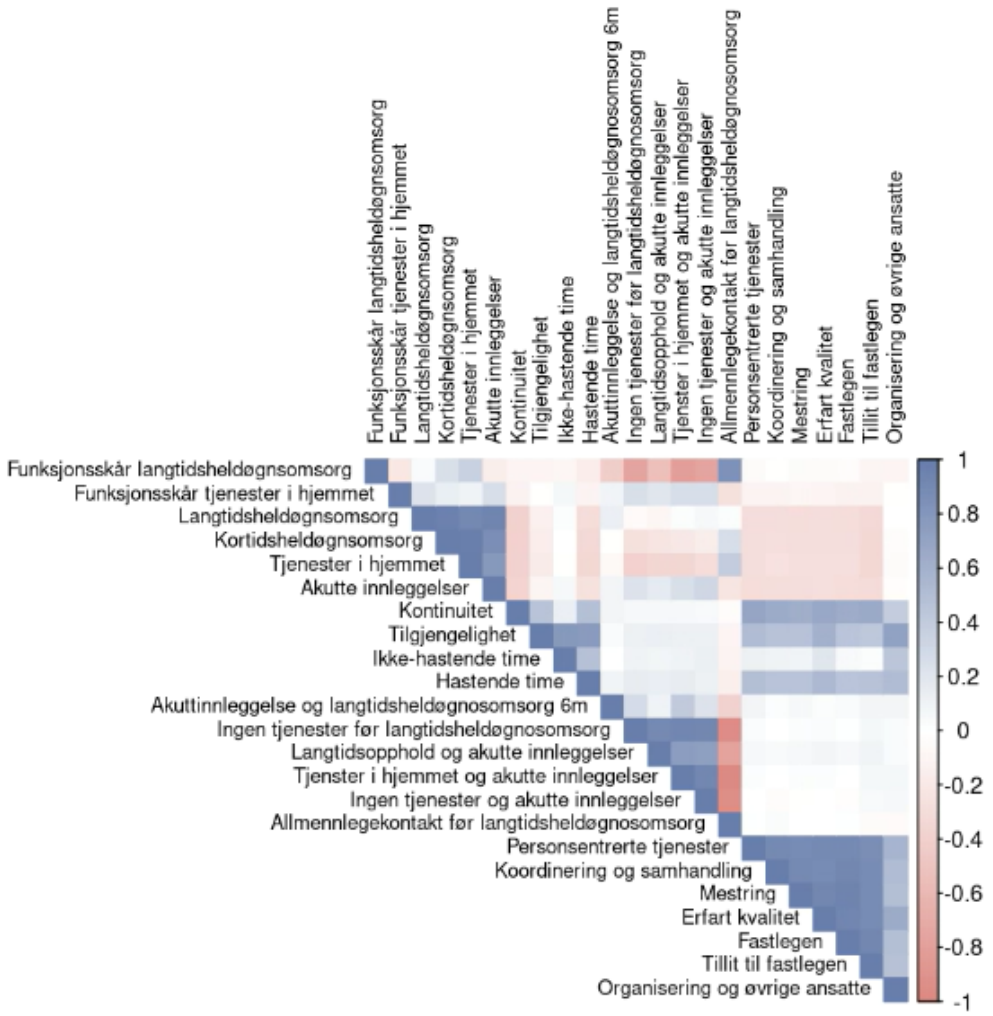
Tabell A7: Nasjonale mål/indikatorer for registerbaserte mål og brukerfaringsindikatorene for ulike målpopulasjoner.

	Totalt		**80 år og eldre**		**Personer med flere kroniske helseproblemer/sykdommer**		**Psykisk helse og rus**		**Barn og unge med langvarige helsebehov**	
Registerbaserte mål										
Tilgang og tilgjengelighet	Total pop		Total pop		Total pop		Total pop		Total pop	
	5 656 833		363 603		173 671		227 370		86 347	
	Personer med tjeneste	Gj.snitt antall måneder med bruk per år per person	Personer med tjeneste	Gj.snitt antall måneder med bruk per år per person	Personer med tjeneste	Gj.snitt antall måneder med bruk per år per person	Personer med tjeneste	Gj.snitt antall måneder med bruk per år per person	Personer med tjeneste	Gj.snitt antall måneder med bruk per år per person
Årlig bruk av tjeneste[1]:										
Tjenester i hjemmet	512 933	0,65	187 102	4,24	48 030	2,00	66 125	2,00	21 378	2,00
Korttidsomsorg i institusjon	169 048	0,06	97 976	0,52	19 967	0,22	8 999	0,07	3 472	0,31
Langtidsomsorg i institusjon	74 993	0,11	56 130	1,25	3 295	0,11	2 569	0,07	209	0,02
Akutt kontakt i spesialisthelsetjenesten	1 749 844	0,22	211 337	0,74	107 349	0,76	126 560	0,59	38 520	0,32
	Personer med tjeneste	Gj.snitt (SD)	Personer med tjeneste	Gj.snitt (SD)	Personer med tjeneste	Gj.snitt (SD)	Personer med tjeneste	Gj.snitt (SD)	Personer med tjeneste	Gj.snitt (SD)
Funksjonsskår:										
Førstegangs langtidsopphold institusjon	44 184	4,2 (0,6)	31 888	4,2 (0,6)	3 206	4,2 (0,6)	1 421	3,8 (1,0)	140	4,1 (0,8)
Oppstart tjenester i hjemmet	185 729	2,2 (1,0)	57 211	2,3 (1,0)	15 936	2,2 (1,0)	20 323	2,1 (0,8)	3 731	3,0 (1,2)
Samhandling og pasientflyt										
			Personer som gjør overgangen	Prosent						
Hjemmebaserte tjenester og akutt kontakt			124 459	40,6						
Ikke hjemmebaserte tjenester og akutt innleggelse			99 292	21,8						
Langtidsopphold og akutt kontakt			20 506	20,3						

Langtidsopphold uten hjemmebaserte tjenester i forkant			1 001	0,9						
			Personer	Gj.snitt antall (SD)						
Allmennlegekontakter før langtidsopphold i institusjon			32 006	2,0 (2,8)						
			Personer	Sanns. (SD)						
Andel i langtidsopphold 6 mnd etter akutt kontakt			180 632	8,1 (0,3)						
Brukerefaringsindikatorer										
	Antall svar	Gj.snitt (SD)	Antall svar	Gj.snitt (SD)	Antall svar	Gj.snitt (SD)	Antall svar	Gj.snitt (SD)		
Tilgang og tilgjengelighet										
Kontinuitet	66 275	86,6 (34,1)	3 560	93,0 (25,5)	25 398	87,9 (32,6)	7 879	86,8 (33,9)		
Tilgjengelighet	65 162	64,1 (26,4)	3 424	65,3 (26,2)	24 968	62,9 (27,0)	7 815	61,9 (27,5)		
Tilgjengelighet til ikke-hastende time	63 127	39,9 (30,4)	3 296	44,8 (28,9)	24 253	37,3 (29,9)	7 635	36,9 (30,6)		
Tilgjengelighet til hastende time	56 711	63,0 (40,2)	2 929	59,8 (40,7)	22 056	61,4 (41,3)	7 055	61,7 (41,1)		
Samhandling og pasientflyt										
Personsentrerte tjenester*	44 487	72,1 (20.1)	2 763	76,8 (16,1)	24 448	70,5 (19,9)	7 629	68,1 (22,2)		
Koordinering og samhandling*	40 244	72,7 (24,3)	2 562	75,6 (19,9)	22 464	72,0 (24,3)	7 101	69,7 (26,6)		
Mestring	59 730	69,4 (23,1)	3 244	72,9 (18,9)	24 458	67,1 (23,7)	7 704	65,6 (25,6)		
Kvalitet og helsepersonell										
Erfart kvalitet	64 888	73,0 (26,6)	3 477	78,3 (21,1)	25 091	72,1 (27,3)	7 783	69,1 (29,3)		
Fastlegen	66 649	78,1 (18,7)	3 577	78,4 (15,2)	25 518	76,4 (19,1)	7 925	75,6 (21,0)		
Tillit til fastlegen	66 457	83,7 (21,9)	3 536	86,1 (19,1)	25 437	82,8 (22,8)	7 910	81,5 (24,1)		
Organisering og øvrige ansatte	65 967	77,9 (19,0)	3 573	84,8 (14,0)	25 347	78,8 (18,6)	7 841	74,8 (20,7)		

[1]andel måneder brukt: antall måneder bruk og vekter for antall måneder vi observerer individene

**Brukererfaringer: Spørsmålene ble kun stilt til respondenter med minst ett kronisk helseproblem. Gjennomsnitt og standardavvik er vektet for trekksannsynlighet og frafall.*



Figur A2: *Korrelasjon* ***alle indikatorer/mål****, registerbaserte mål (12) og brukererfaringsindikatorer (11). Blå farge indikerer positive korrelasjoner, hvit lav eller ingen korrelasjon og rød farge negative korrelasjoner.*

Tabell A8: Antall gyldige svar per fylke, indikator og år i fastlegeundersøkelsen

Fylke	Indikator	2014	2018	2021	2023	2025
Oslo	Hastende timer	478	432	1434	2071	2296
Viken	Hastende timer	174	124	661	7395	8063
Innlandet	Hastende timer	178	119	512	6487	7076
Vestfold og Telemark	Hastende timer	158	121	570	3234	3431
Agder	Hastende timer	115	112	406	3117	3502
Rogaland	Hastende timer	219	85	599	3257	3719
Vestland	Hastende timer	212	217	737	5735	6182
Møre og Romsdal	Hastende timer	114	63	371	3579	3936
Trøndelag	Hastende timer	115	197	589	5267	5668
Nordland	Hastende timer	146	126	310	5046	5404
Troms og Finnmark	Hastende timer	72	49	297	4597	5050
Oslo	Ikke-hastende timer	506	447	1641	2326	2626
Viken	Ikke-hastende timer	188	128	755	8277	8945
Innlandet	Ikke-hastende timer	191	128	559	7243	7885
Vestfold og Telemark	Ikke-hastende timer	176	136	636	3654	3864
Agder	Ikke-hastende timer	118	119	454	3484	3876
Rogaland	Ikke-hastende timer	227	90	668	3589	3994
Vestland	Ikke-hastende timer	240	248	846	6651	6980
Møre og Romsdal	Ikke-hastende timer	119	61	406	4009	4386
Trøndelag	Ikke-hastende timer	136	223	660	5940	6394
Nordland	Ikke-hastende timer	168	143	340	5608	5977
Troms og Finnmark	Ikke-hastende timer	77	57	339	5143	5620
Oslo	Samlet vurdering	559	478	1745	2468	2742
Viken	Samlet vurdering	203	129	784	8817	9541
Innlandet	Samlet vurdering	207	140	596	7708	8355
Vestfold og Telemark	Samlet vurdering	194	142	665	3839	4073
Agder	Samlet vurdering	131	121	470	3678	4115
Rogaland	Samlet vurdering	249	96	720	3798	4282
Vestland	Samlet vurdering	259	245	907	7065	7419
Møre og Romsdal	Samlet vurdering	137	70	426	4260	4653
Trøndelag	Samlet vurdering	152	234	688	6226	6694
Nordland	Samlet vurdering	178	147	355	5845	6244
Troms og Finnmark	Samlet vurdering	84	60	357	5433	5906

Tabell A9: Antall gyldige svar per år og indikator for pasienterfaringer med somatiske sykehus

Nivå	Indikator	2006	2011	2012	2013	2014	2015	2019	2020	2021
Nasjonalt	Samlet vurdering over 4 indikatorer	10841	10355	12350	13423	12929	12562	12120	11761	12247
Nasjonalt	Samhandling		6071	7229	8215	7900	7536	7345	7308	7486
Nasjonalt	Kort ventetid		4535	5232	5900	5501	5289	5359	5447	5494
Regionalt helseforetak										
Helse Midt-Norge RHF	Samlet vurdering over 4 indikatorer	1312	1394	1565	1664	1743	1754	1736	1637	1661
Helse Nord RHF	Samlet vurdering over 4 indikatorer	1805	1776	1933	2025	2126	2027	2031	2028	2044
Helse Sør-Øst RHF	Samlet vurdering over 4 indikatorer	5662	5239	6490	7232	6735	6554	6104	6025	6366
Helse Vest RHF	Samlet vurdering over 4 indikatorer	2062	1946	2362	2502	2325	2227	2249	2071	2176
Helse Midt-Norge RHF	Samhandling		873	933	1078	1115	1056	1124	1054	1093
Helse Nord RHF	Samhandling		1068	1213	1317	1324	1247	1264	1294	1293
Helse Sør-Øst RHF	Samhandling		3022	3753	4368	4101	3896	3639	3702	3848
Helse Vest RHF	Samhandling		1108	1330	1452	1360	1337	1318	1258	1252
Helse Midt-Norge RHF	Kort ventetid		393	453	539	563	499	593	618	615
Helse Nord RHF	Kort ventetid		557	574	604	627	587	660	702	653
Helse Sør-Øst RHF	Kort ventetid		2719	3187	3598	3273	3251	3065	3134	3279
Helse Vest RHF	Kort ventetid		866	1018	1159	1038	952	1041	993	947
Helseforetak										
Akershus universitetssykehus HF	Samlet vurdering over 4 indikatorer	177	164	211	203	217	219	412	406	726
Finnmarkssykehuset HF	Samlet vurdering over 4 indikatorer	290	304	336	358	350	351	328	345	365
Helgelandssykehuset HF	Samlet vurdering over 4 indikatorer	517	475	492	572	583	572	501	490	503
Helse Bergen HF	Samlet vurdering	570	559	636	678	679	653	781	685	741

	over 4 indikatorer									
Helse Fonna HF	Samlet vurdering over 4 indikatorer	505	327	530	567	456	496	482	463	443
Helse Førde HF	Samlet vurdering over 4 indikatorer	445	550	553	583	592	478	503	419	477
Helse Møre og Romsdal HF	Samlet vurdering over 4 indikatorer	610	678	782	812	839	866	840	751	807
Helse Nord-Trøndelag HF	Samlet vurdering over 4 indikatorer	362	333	395	418	427	432	432	433	416
Helse Stavanger HF	Samlet vurdering over 4 indikatorer	178	174	207	224	196	212	203	217	207
Nordlandssykehuset HF	Samlet vurdering over 4 indikatorer	469	482	550	549	595	553	596	591	582
Oslo universitetssykehus HF	Samlet vurdering over 4 indikatorer	1017	377	644	895	842	879	972	948	933
St. Olavs hospital HF	Samlet vurdering over 4 indikatorer	340	383	388	434	477	456	464	453	438
Sykehuset Innlandet HF	Samlet vurdering over 4 indikatorer	1062	937	1272	1279	1351	1260	1135	1081	1075
Sykehuset Telemark HF	Samlet vurdering over 4 indikatorer	252	617	680	689	410	379	441	405	412
Sykehuset i Vestfold HF	Samlet vurdering over 4 indikatorer	171	195	203	219	218	210	238	205	221
Sykehuset Østfold HF	Samlet vurdering over 4 indikatorer	141	167	176	203	199	217	207	208	204
Sørlandet sykehus HF	Samlet vurdering over 4 indikatorer	514	429	596	658	643	661	644	644	655
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Samlet vurdering over 4 indikatorer	529	515	555	546	598	551	606	602	594
Vestre Viken HF	Samlet vurdering over 4 indikatorer	1085	711	814	831	875	814	862	816	901

Akershus universitetssykehus HF	Samhandling		80	119	120	122	128	255	245	425
Finnmarkssykehuset HF	Samhandling		183	199	231	214	210	191	209	217
Helgelandssykehuset HF	Samhandling		288	301	362	362	358	324	321	311
Helse Bergen HF	Samhandling		333	339	386	374	352	442	381	390
Helse Fonna HF	Samhandling		185	308	327	276	318	292	313	279
Helse Førde HF	Samhandling		327	313	344	341	295	299	263	279
Helse Møre og Romsdal HF	Samhandling		432	488	554	532	522	554	503	534
Helse Nord-Trøndelag HF	Samhandling		212	230	262	280	281	289	287	280
Helse Stavanger HF	Samhandling		81	121	139	130	145	142	141	138
Nordlandssykehuset HF	Samhandling		280	359	369	362	328	378	386	372
Oslo universitetssykehus HF	Samhandling		216	365	517	501	512	545	554	551
St. Olavs hospital HF	Samhandling		229	215	262	303	253	281	264	279
Sykehuset Innlandet HF	Samhandling		564	781	807	859	770	696	670	688
Sykehuset Telemark HF	Samhandling		366	383	461	240	235	291	249	254
Sykehuset i Vestfold HF	Samhandling		114	128	149	138	142	155	141	142
Sykehuset Østfold HF	Samhandling		97	101	117	121	131	138	153	133
Sørlandet sykehus HF	Samhandling		269	374	408	410	417	428	430	405
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Samhandling		317	354	355	386	351	371	378	393
Vestre Viken HF	Samhandling		408	470	489	550	465	512	518	547
Akershus universitetssykehus HF	Kort ventetid		50	53	53	63	57	140	108	411
Finnmarkssykehuset HF	Kort ventetid		79	83	106	106	106	104	96	121
Helgelandssykehuset HF	Kort ventetid		136	154	187	183	166	115	143	123
Helse Bergen HF	Kort ventetid		336	358	394	405	390	510	467	441
Helse Fonna HF	Kort ventetid		58	106	134	104	101	135	119	100
Helse Førde HF	Kort ventetid		206	215	230	224	168	184	185	189
Helse Møre og Romsdal HF	Kort ventetid		209	222	262	263	237	295	270	284
Helse Nord-Trøndelag HF	Kort ventetid		85	112	145	142	114	131	146	137
Helse Stavanger HF	Kort ventetid		48	58	73	56	52	71	72	65
Nordlandssykehuset HF	Kort ventetid		156	145	147	158	155	210	215	181

Oslo universitetssykehus HF	Kort ventetid		227	402	609	480	538	760	764	731
St. Olavs hospital HF	Kort ventetid		99	119	132	158	148	167	202	194
Sykehuset Innlandet HF	Kort ventetid		303	412	444	457	436	446	455	410
Sykehuset Telemark HF	Kort ventetid		246	249	170	117	90	143	153	131
Sykehuset i Vestfold HF	Kort ventetid		73	78	84	90	74	74	68	76
Sykehuset Østfold HF	Kort ventetid		46	42	40	41	57	35	27	32
Sørlandet sykehus HF	Kort ventetid		154	160	200	167	193	201	214	234
Universitetssykehus et Nord-Norge HF	Kort ventetid		186	192	164	180	160	231	248	228
Vestre Viken HF	Kort ventetid		225	223	215	245	252	306	289	304

Utgitt av Folkehelseinstituttet
November 2026
Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra www.fhi.no