RAPPORT

2026

Pasientflyt

Overganger mellom allmennlegetjeneste, spesialisthelsetjeneste og kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester

FHI
Folkehelseinstituttet

Rapport

Pasientflyt

Overganger mellom allmennlegetjeneste, spesialisthelsetjeneste og kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester

Torill Alise Rotevatn

Michael Thomas

Hege Marie Gjefsen

FHI
Folkehelseinstituttet

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

Tittel:
Pasientflyt

Forfatter(e):
Torill Alise Rotevatn
Michael Thomas
Hege Marie Gjefsen

Oppdragsgiver:
Helsereformutvalget

Publikasjonstype:
Rapport

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

ISBN elektronisk utgave:
978-82-8406-608-0

DOI (Permanent lenke i Nasjonalt vitenarkiv):
https://doi.org/10.21349/smzd-2a10

Emneord: Helsetjenestebruk, Pasientforløp, Kommunale helse- og omsorgstjenester, Health Care Utilization, Community Health Services, Norway

FORORD

Rapporten er utarbeidet på oppdrag fra Helsereformutvalget og gir et kunnskapsgrunnlag om hvem som bruker helsetjenestene mye, og hvordan de beveger seg mellom tjenestene. I denne rapporten har målet vært å bidra med relevant kunnskapsgrunnlag for utvalgets arbeid. Vi gir ingen anbefalinger om beslutninger eller tiltak. Vi er takknemlige for gode innspill og diskusjoner med Helsereformutvalget underveis. Analysene og fremstillingene er våre egne.

Oslo, oktober 2026

Hans Olav Melberg

INNHOLD

Forord ... 3
Hovedbudskap ... 6
Sammendrag ... 7
Key messages (English) ... 11
Executive summary (English) ... 12
1 Innledning ... 14
1.1 Bakgrunn ... 14
2 Metode ... 15
2.1 Data ... 15
2.2 Målpopulasjoner ... 16
2.3 Tidsdimensjon ... 18
2.4 Definisjoner ... 18
2.5 Metode ... 19
2.5.1 Overganger mellom hovedtjenestetyper ... 19
2.5.2 Overgangssannsynligheter ... 20
3 Resultater ... 21
3.1 Helsetjenestebruk i befolkningen ... 21
3.1.1 Bakgrunnsinformasjon ... 21
3.1.2 Samtidig bruk av helsetjenester ... 23
3.1.3 Målpopulasjonenes bruk av helsetjenester i forhold til befolkningen ... 25
3.1.4 Konsentrasjon av helsetjenestebruk ... 33
3.1.5 Kapitteloppsummering ... 35
3.2 Personer 80 år og eldre ... 36
3.2.1 Bakgrunnsinformasjon ... 36
3.2.2 Samtidig bruk av helsetjenester ... 38
3.2.3 Overganger mellom helsetjenester ... 45
3.2.4 Bruk av helsetjenester ved overganger ... 54
3.2.5 Kapitteloppsummering ... 57
3.3 Personer med flere kroniske lidelser ... 58
3.3.1 Bakgrunnsinformasjon ... 58
3.3.2 Samtidig bruk av helsetjenester ... 61
3.3.3 Overganger mellom helsetjenester ... 66
3.3.4 Bruk av helsetjenester ved overganger ... 74
3.3.5 Kapitteloppsummering ... 76

3.4 Personer med diagnoser innen psykiatri og rus 77
3.4.1 Bakgrunnsinformasjon 77
3.4.2 Samtidig bruk av helsetjenester 78
3.4.3 Overganger mellom helsetjenester 83
3.4.4 Bruk av helsetjenester ved overganger 86
3.4.5 Kapitteloppsummering 88
3.5 Barn og unge med varige og/eller sammensatte behov 89
3.5.1 Bakgrunnsinformasjon 89
3.5.2 Samtidig bruk av helsetjenester 90
3.5.3 Overganger mellom helsetjenester 94
3.5.4 Bruk av helsetjenester ved overganger 97
3.5.5 Kapitteloppsummering 100
4 Oppsummering 101
5 Referanser 103

HOVEDBUDSKAP

De fleste i Norge bruker én eller to deler av helse- og omsorgstjenesten i løpet av et år. Rapporten fokuserer særlig på fire målpopulasjoner: personer 80 år og eldre, personer med flere kroniske lidelser, personer med diagnoser innen psykiatri og rus, og barn og unge med varige og/eller sammensatte behov. En mindre del av disse personene bruker tjenester fra både allmennlegetjenesten, spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester samme år. Dette er særlig vanlig blant eldre og personer med omfattende helsebehov.

- Én av tre personer over 80 år bruker alle de tre delene av helse- og omsorgstjenesten. Blant personer med flere kroniske lidelser, personer med diagnoser innen psykiatri og rus, og barn og unge med varige og/eller sammensatte behov gjelder dette mellom én av seks til én av fem.
- Fastlegen og legevakten er sentrale i mange av pasientforløpene. Blant eldre, personer med flere kroniske lidelser og personer med diagnoser innen psykiatri og rus skjer 35–50 prosent av overgangene til tjenester i hjemmet og korttidsopphold innen fem dager etter kontakt med fastlege eller legevakt. Det er også økt akutt bruk av spesialisthelsetjeneste i tiden før slike overganger.
- Behovet for samhandling er forskjellig mellom gruppene. For personer over 80 år skjer overgangene særlig mellom allmennlegetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester. For personer med flere kroniske lidelser er det flest overganger mellom allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten, mens personer med diagnoser innen psykiatri og rus har flest overganger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Barn og unge med varige og/eller sammensatte behov har samme mønster som personer med psykiske lidelser og rusproblemer, men færre overganger. Overgangene til kommunale tjenester er også i mindre grad knyttet til akutte helsetjenestekontakter, og ser i større grad ut til å være planlagte.
- Funnene peker på hvem som har størst behov for samhandling og koordinering, og hvor i helse- og omsorgstjenesten behovet er størst.

SAMMENDRAG

Innledning

Pasienter med omfattende og sammensatte behov mottar ofte tjenester fra flere deler av helse- og omsorgstjenesten. Kunnskap om hvilke tjenester ulike grupper bruker, og hvordan de beveger seg mellom tjenestene, kan bidra til en bedre forståelse av hvordan pasientforløpene ser ut på tvers av tjenestenivåene.

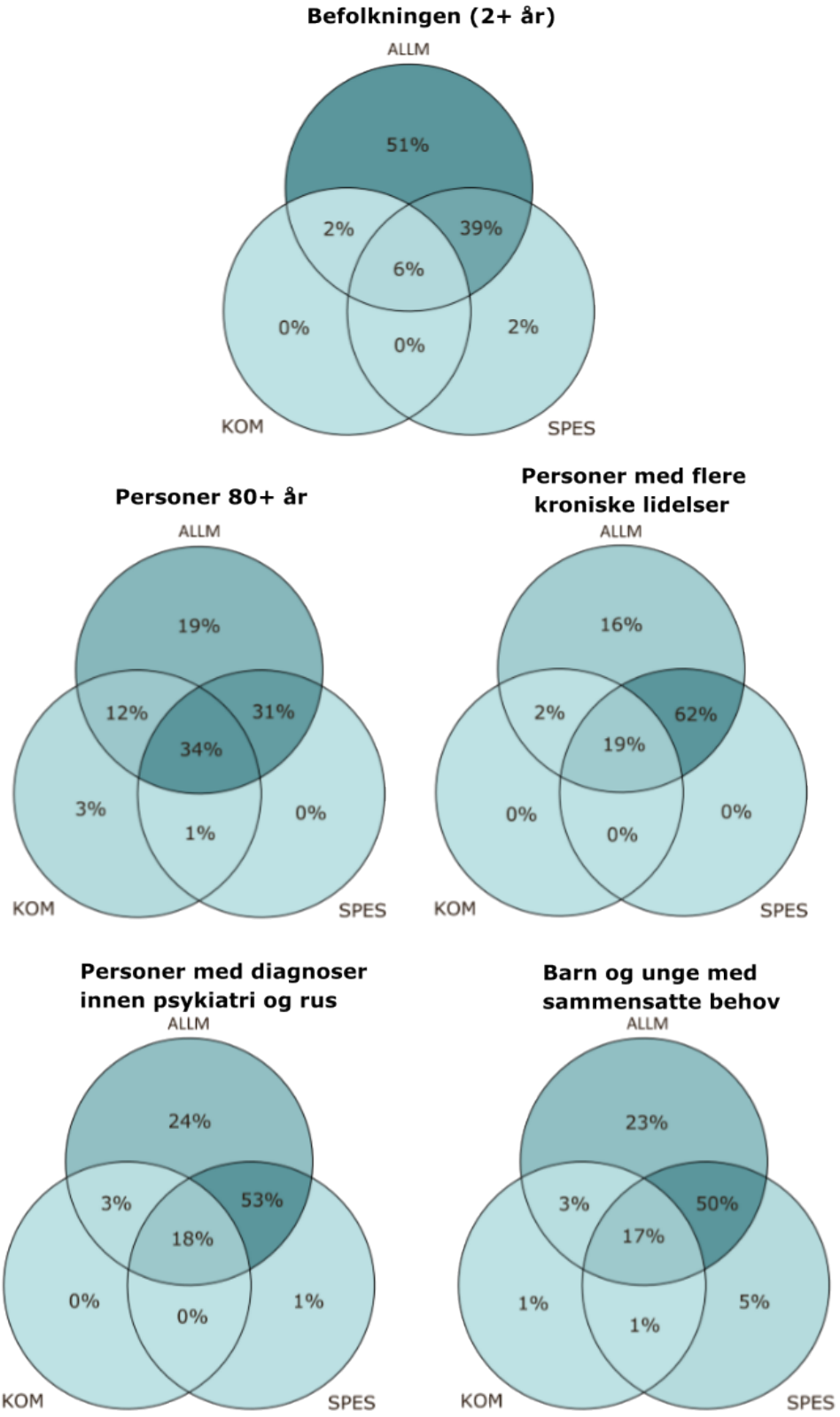
Denne rapporten kartlegger bruken av allmennlegetjenester, spesialisthelsetjenester og kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester, med særlig oppmerksomhet på fire målpopulasjoner: personer 80 år og eldre, personer med flere kroniske lidelser, personer med diagnoser innen psykiatri og rus, og barn og unge med varige og/eller sammensatte behov. Rapporten undersøker hvordan befolkningen, og særlig de fire målpopulasjonene, bruker de ulike helse- og omsorgstjenestene, og hvilke mønstre som finnes i overgangene mellom tjenestene.

Metode

Analysene bygger på registerdata fra NPR, KUHR og KPR-KTT for befolkningen fra 2 år og eldre i 2025. Vi undersøkte bruk av tre hovedtjenestetyper: allmennlegetjenester (fastlege og legevakt), spesialisthelsetjenester og kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester. Analysene omfatter hele populasjonen 2 år og eldre og de fire målpopulasjonene. Til sammen utgjør målpopulasjonene omtrent 14 prosent av befolkningen. Vi undersøkte både bruk av de ulike hovedtjenestetypene og overganger mellom dem.

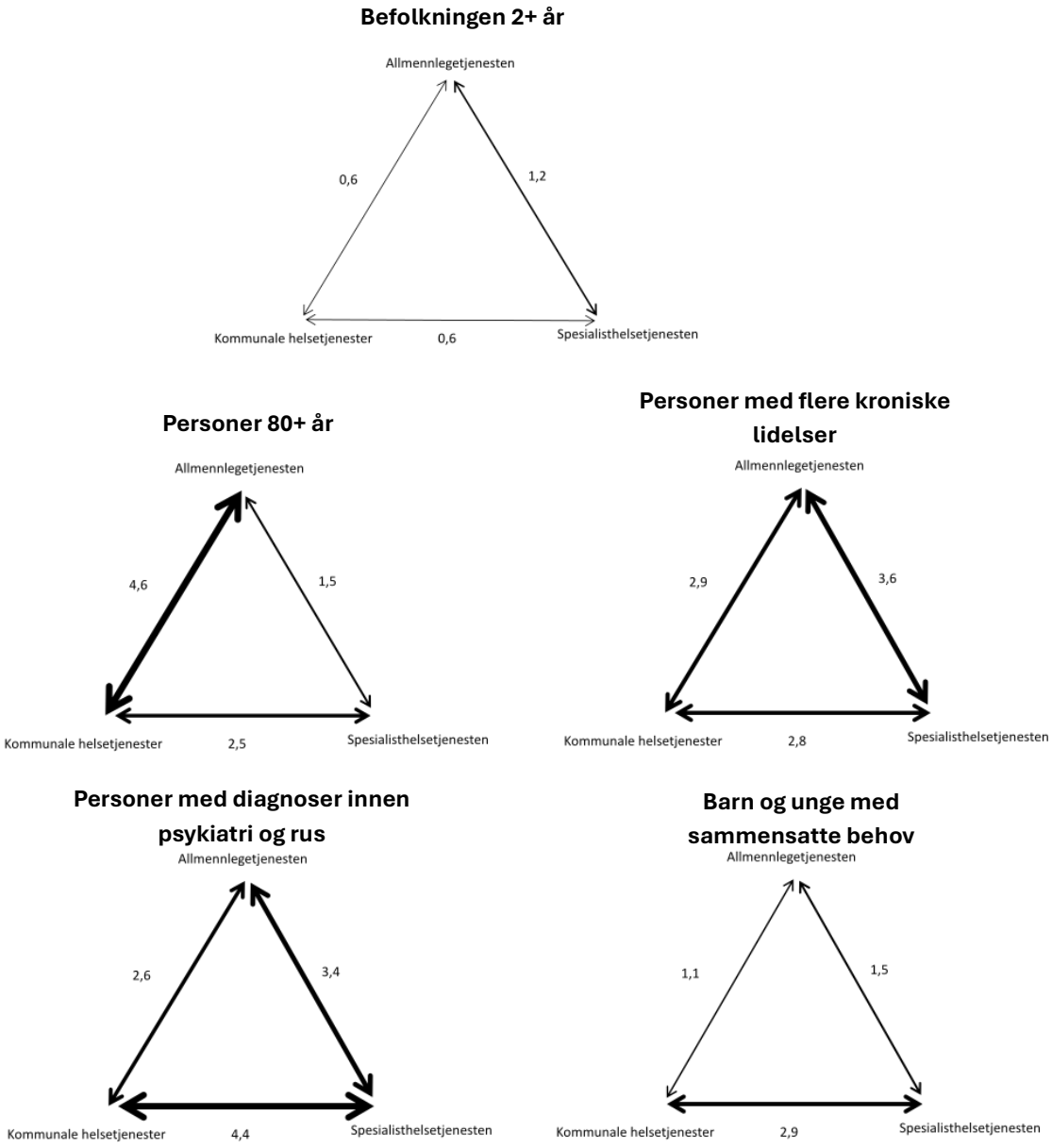
Resultat

De fleste i befolkningen bruker én eller to hovedtjenestetyper i løpet av året, mens omtrent 6 prosent er multitjenestebrukere som bruker alle tre. Multitjenestebruk er mest utbredt blant personer 80 år og eldre, der 33 prosent bruker alle tre hovedtjenestetypene. I de øvrige målpopulasjonene gjelder dette 16-19 prosent. Personer utenfor målpopulasjonene står likevel for størstedelen av fastlegebruken, mens målpopulasjonene utgjør en større andel av bruken i spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene. Figur S1 viser hvordan befolkningen og de ulike målpopulasjonene bruker hovedtjenestetypene.



Figur S1. Venndiagram over hovedtjenestetypene befolkningen 2 år og eldre er i kontakt med i 2025, for ulike subpopulasjoner. Mørkere farge indikerer områder med flere individer.

Det er tydelige forskjeller mellom målpopulasjonene i overgangene mellom tjenestene. Blant eldre, personer med flere kroniske lidelser og personer med psykiatri- og rusdiagnoser skjer overganger til tjenester i hjemmet og korttidsopphold ofte i nær tidsmessig sammenheng med kontakt med fastlege, legevakt eller akutt spesialisthelsetjeneste. Blant barn og unge er overgangene i mindre grad knyttet til slike akutte kontakter. Gjennomsnittlig antall overganger mellom de ulike hovedtjenestetypene varierer mellom målpopulasjonene og vises i figur S2.



Figur S2. Gjennomsnittlig antall overganger per person mellom hovedtjenestetyper for befolkningen 2 år og eldre i 2025 og for de ulike målpopulasjonene. En tykkere pil representerer flere overganger.

Diskusjon

Resultatene viser at bruken av og overgangene mellom helse- og omsorgstjenestene varierer betydelig mellom de undersøkte gruppene. Den nære tidsmessige sammenhengen mellom akutte helsetjenestekontakter og overganger til kommunale tjenester blant eldre, personer med flere

kroniske lidelser og personer med psykiatri- og rusdiagnoser kan være forenlig med at slike overganger ofte skjer i forbindelse med endringer eller forverring i helsetilstanden. Mønsteret synliggjør også allmennlegetjenestens plass i forløp som involverer flere deler av helse- og omsorgstjenesten. For barn og unge ser overgangene i mindre grad ut til å være knyttet til akutte kontakter.

Konklusjon

Befolkningens bruk av helse- og omsorgstjenester og overganger mellom tjenestene varierer betydelig mellom de undersøkte gruppene. Personer i de fire målpopulasjonene bruker oftere flere hovedtjenestetyper enn den øvrige befolkningen. Blant eldre, personer med flere kroniske lidelser og personer med psykiatri- og rusdiagnoser skjer overganger til kommunale tjenester ofte i nær tidsmessig sammenheng med kontakt med allmennlegetjenesten eller akutt spesialisthelsetjeneste, mens dette mønsteret er mindre fremtredende blant barn og unge.

KEY MESSAGES (ENGLISH)

Most people in Norway use one or two parts of the health and care services over the course of a year. This report focuses on four target populations: people aged 80 and over, people with multiple chronic conditions, people with psychiatric and substance use diagnoses, and children and young people with long-term and/or complex health care needs. A smaller share of these groups uses services from all three parts of the health and care services: general practice, specialist health services and municipal health and care services in the same year. This is particularly common among older people and people with extensive health needs.

- One in three people aged 80 and over use all three parts of the health and care services. Among people with multiple chronic conditions, people with psychiatric and substance use diagnoses, and children and young people with long-term or complex needs, this applies to between one in six and one in five.
- GPs and out-of-hours services play a central role in many patient pathways. Among older people, people with multiple chronic conditions and people with psychiatric and substance use diagnoses, 35–50 per cent of transitions to home-based services and short-term institutional stays occur within five days after contact with a GP or out-of-hours service. Acute use of specialist health services also increases in the period preceding such transitions.
- The need for coordinated care differs between the groups. For people aged 80 and over, transitions mainly occur between general practice and municipal health and care services. For people with multiple chronic conditions, transitions are most frequent between general practice and specialist health services, while people with psychiatric and substance use diagnoses have the most transitions between specialist health services and municipal health and care services.
- Children and young people with long-term and/or complex needs show the same pattern as people with psychiatric and substance use diagnoses, but with fewer transitions. Their transitions to municipal services are also less often linked to acute health service contacts and appear to be planned to a greater extent.
- The findings indicate who has the greatest need for coordinated care, and where in the health and care services this need is greatest.

EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH)

Introduction

People with extensive and complex health needs often rely on several parts of the health and care system at once. Understanding which services different groups use, and how they move between them, is essential to understanding what patient pathways actually look like across levels of care.

This report maps the use of general practice, specialist health services and municipal health and care services, focusing on four groups: people aged 80 and over, people with multiple chronic conditions, people with psychiatric and substance use diagnoses, and children and young people with long-term and/or complex health care needs. It examines how these groups, and the population as a whole, use the three types of service, and how they move between them over the course of a year.

Methods

The analyses are based on registry data from the Norwegian Patient Registry (NPR), the Control and Payment of Health Reimbursements database (KUHR) and municipal service allocation data from the Norwegian Registry for Primary Health Care (KPR-KTT) for the population aged 2 and over in 2025. We examined the use of three main service types: general practice (regular GPs and out-of-hours services), specialist health services, and municipal health and care services. The analyses cover the population aged 2 and over and the four target populations. Together, the four target groups account for around 14 per cent of the population. For each group we examined both the use of the three main service types and transitions between them.

Results

Most of the population use one or two main service types over the course of a year, while approximately 6 percent are multi-service users who use all three. Multi-service use is most widespread among people aged 80 and over, where 33 percent use all three main service types. In the other target populations, this applies to 16-19 percent. People outside the target populations nonetheless account for the majority of GP use, while the target populations account for a larger share of use in specialist health services and municipal services.

There are clear differences between the target populations in transitions between services. Among older people, people with multiple chronic conditions and people with psychiatric and substance use diagnoses, transitions to home-based services and short-term stays often occur in close temporal proximity to contact with a GP, an out-of-hours service or acute specialist health services. Among children and young people, transitions are less often linked to such acute contacts. The mean number of transitions between the main service types varies across the target populations.

Discussion

The results show that the use of, and transitions between, health and care services vary considerably between the groups examined. The close temporal association between acute health service contacts and transitions to municipal services among older people, people with multiple chronic conditions and people with psychiatric and substance use diagnoses is consistent with

such transitions often occurring in connection with changes or deterioration in health status. The pattern also highlights the position of general practice in pathways involving several parts of the health and care system. For children and young people, transitions appear to be less closely linked to acute contacts.

Conclusion

The population's use of health and care services and transitions between services vary considerably between the groups examined. People in the four target populations more often use several main service types than the rest of the population. Among older people, people with multiple chronic conditions and people with psychiatric and substance use diagnoses, transitions to municipal services often occur in close temporal proximity to contact with general practice or acute specialist health services, while this pattern is less pronounced among children and young people.

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

En stor del av befolkningen i Norge benytter helsetjenester i løpet av et år, men behovet er ikke likt fordelt: enkelte grupper bruker flere ulike tjenester innenfor samme tidsrom og har komplekse, langvarige behov. For disse pasientene er god samhandling mellom tjenester og sammenhengende pasientforløp avgjørende for kvalitet, sikkerhet og effektiv ressursbruk.

Denne rapporten undersøker samtidig bruk av allmennlegetjenester, spesialisthelsetjenester og kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester i løpet av 2025. Vi kartlegger hvor mange som bruker flere tjenester i samme år, hvilke kombinasjoner av tjenester som er mest vanlige, og hvordan pasientforløpene mellom disse tjenestene ser ut.

Fokus i denne rapporten rettes mot grupper som Nasjonal helse- og samhandlingsplan framhever som særlige målgrupper: skrøpelige eldre, personer med flere kroniske lidelser, personer med alvorlige psykiske helse- og rusutfordringer, samt barn og unge med store og sammensatte behov. Ut fra tidligere registrert helsetjenestebruk og alder definerer vi fire grupper som en operasjonalisering av disse målgruppene. For hver av disse gruppene vil vi svare på tre hovedspørsmål:

- Hvor mange personer bruker flere ulike helse- og omsorgstjenester i samme år?
- Hvordan beveger disse brukerne seg mellom allmennlegetjenester, spesialisthelsetjenester, og kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester i løpet av et år?
- Når i forløpet er allmennlegetjenesten (fastlege og legevakt) involvert, og hvilken rolle spiller de for koordinering og videre henvisning?

Analysene bygger på registerdata som dekker hele Norges befolkning og omfatter allmennlegetjenester, spesialisthelsetjenester og kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester for kalenderåret 2025. Vi kombinerer administrative pasientregistre og kommunale data for å beskrive tjenestebruk, tidspunkter for kontakt og sekvenser av tjenestebruken på individnivå. Vi tar i bruk KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner) databasen for å belyse bruk av allmennlegetjenester, Norsk Pasientregister (NPR) for bruk av spesialisthelsetjenester, og Kommunal tjenestetildeling (KPR-KTT) for bruk av kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester. Analysene omfatter deskriptive analyser, kartlegging av forløp og beregning av overgangssannsynligheter.

Formålet med analysene er å gi kunnskap som kan bidra til å identifisere grupper med store og sammensatte behov og gi en oversikt over sammensetningen av deres helsetjenestebruk, forstå kritiske overganger i pasientforløpene, og peke på områder hvor bedre samhandling kan forbedre pasientsikkerhet, pasientopplevelse og ressursbruk.

Vi beskriver først datakildene som er brukt, og redegjør kort for metode og analytiske valg. Deretter sammenligner vi de fire målpopulasjonene med befolkningen som helhet, før vi

presenterer resultatene for hver målpopulasjon for seg. Avslutningsvis oppsummerer vi hovedfunn og diskuterer betydningen av dem.

2 METODE

2.1 Data

Vi har brukt registerdata fra KUHR, NPR og KPR-KTT for å beskrive bruk og forløp i henholdsvis allmennlegetjenesten, spesialisthelsetjenesten og kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester. I analysen beskriver vi hovedsakelig helsetjenestebruk i et enkelt år, 2025, men vi har i noen tilfeller brukt data lengre tilbake i tid for å definere målpopulasjoner og for å beskrive tidstrender.

KUHR inneholder helserelaterte refusjoner fra staten. Vi har brukt KUHR for å beskrive alle kontakter med allmennlegetjenesten, avgrenset til fastlege og legevakt. Det finnes en egen indikatorvariabel som skiller mellom ulike tjenestetyper, og vi kan derfor skille bruk av fastlege og legevakt fra hverandre. Vi har tilgjengelig informasjon om kontakttidspunkt, type kontakt/takster og diagnoser. Vi har i hovedsak inkludert alle kontakter som er gjort til disse tjenestene, men i noen analyser har vi utskilt konsultasjoner fra alle kontakter.

NPR inneholder informasjon om alle kontakter med spesialisthelsetjenesten, inkludert diagnoser, hastegradsklassifisering og varighet på behandlingen. For å skille mellom akutte og elektive behandlinger benytter vi hastegradsklassifiseringen. Vi bruker variabelen *innmatehast* og definerer en kontakt som akutt når denne variabelen har verdien 1.

KPR-KTT inneholder informasjon om alle kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester. Det inkluderer en rekke ulike tjenester som er svært forskjellige i omfang, men felles er at de blir tildelt av kommunen. Vi kategoriserer disse tjenestetypene etter tjenester i hjemmet, korttidsopphold i institusjon og langtidsopphold i institusjon. Tabell 1 viser en oversikt over hvilke tjenester som er inkludert i rapporten og hvordan de er kategorisert.

Tabell 1. Oversikt over kommunalt tildelte tjenester inkludert i datagrunnlaget.

Kommunal tildelt tjeneste	Verdi i KPR-KTT	Kategori
Praktisk bistand, daglige gjøremål	1	Tjenester i hjemmet
Praktisk bistand, opplæring, daglige gjøremål	2	Tjenester i hjemmet
Praktisk bistand, brukerstyrt personlig assistanse	3	Tjenester i hjemmet
Dagaktivitetstilbud	4	Tjenester i hjemmet
Matombringing	5	Tjenester i hjemmet
Trygghetsalarm	6	Tjenester i hjemmet
Avlastning utenfor institusjon	7	Tjenester i hjemmet
Avlastning i institusjon	8	Korttidsopphold i institusjon
Støttekontakt	9	Tjenester i hjemmet
Omsorgsstønad	11	Tjenester i hjemmet
Annen bolig	13	Tjenester i hjemmet
Helsetjenester i hjemmet	15	Tjenester i hjemmet
Re-/habilitering utenfor institusjon	16	Tjenester i hjemmet
Tidsbegrenset opphold, utredning/behandling	18	Korttidsopphold i institusjon
Tidsbegrenset opphold, habilitering/rehabilitering	19	Korttidsopphold i institusjon
Tidsbegrenset opphold, annet	20	Korttidsopphold i institusjon
Langtidsopphold i institusjon	21	Langtidsopphold i institusjon
Kommunal øyeblikkelig hjelp, døgnopphold	25	Korttidsopphold i institusjon
Lokaliseringsteknologi	26	Tjenester i hjemmet

Dataene som er benyttet som grunnlag for rapporten er svært rike, og omfatter i all hovedsak all bruk av offentlig finansierte helsetjenester. Det er imidlertid et unntak: Avtalespesialister er ikke med i vårt datagrunnlag. Avtalespesialister er viktig særlig for enkelte deler av helsetjenesten, og vi vil derfor underestimere helsetjenestebruken og overgangene i dem noe. I tillegg inngår ikke privatfinansierte helsetjenester i datagrunnlaget i denne rapporten.

2.2 Målpopulasjoner

Totalpopulasjonen inkluderer alle bosatte personer 2 år og eldre som er i live i starten av året i Norge i 2025, omtalt i rapporten som *befolkningen*. Personer som emigrerer i løpet av 2025 er ikke inkludert i datagrunnlaget. Rapporten fokuserer på fire målpopulasjoner (tabell 2), som er avgrenset etter alder og, for tre av gruppene, etter registrert bruk av helse- og omsorgstjenester. Personer 80 år og eldre er kun definert ut fra alder. For de øvrige gruppene må kriteriene være oppfylt i minst ett av de to foregående årene.

Tabell 2: Definisjon av målpopulasjonene inkludert i rapporten.

Målpopulasjon	Alder	Definisjon	Antall personer i 2025
Personer 80 år og eldre	80+ år	80+ år	312 007
Personer med flere kroniske lidelser (eksl. psykiatri/rus)[1]	19-79 år	I minst en av de to foregående årene: minst en kontakt i spesialisthelsetjenesten eller to kontakter i allmennlegetjenesten for tre eller flere kroniske lidelser/tilstander samme år. Listen av inkluderte kroniske lidelser/tilstander finnes i tabell 13.	163 600
Personer med diagnoser innen psykiatri og rus[1]	19-79 år	I minst en av de to foregående årene: minst en kontakt med spesialisthelsetjenesten registrert med minst en av de inkluderte ICD-10 kodene listet i tabell 17.	223 828
Barn og unge med varige og/eller sammensatte behov	2-18 år	I minst en av de to foregående årene: enten 1) minst en kontakt i NPR for en av de inkluderte diagnosekode listet i tabell 20, 2) minst 20 polikliniske kontakter i BUP/PHV, 3) minst en innleggelse i BUP/PHV eller 4) mottaker av minst en av følgende tjenester i KPR-KTT: praktisk bistand, dagaktivitetstilbud, avlastning, omsorgsstønad, helsetjenester i hjemmet, tidsbegrenset opphold eller langtidsopphold i institusjon.	86 193

[1]8 433 personer hadde diagnoser i helsetjenesten som kvalifiserte til definering både i gruppen med flere kroniske lidelser og i gruppen med diagnoser innen psykiatri/rus

Personer med flere kroniske lidelser er personer i alderen 19–79 år som har hatt minst én kontakt i spesialisthelsetjenesten eller to kontakter i allmennlegetjenesten for tre eller flere kroniske lidelser eller tilstander samme år (se inkluderte diagnoser i tabell 13). For å inkludere kontakter for kroniske lidelser i KUHR har vi valgt ut ICPC-2 koder som i høyest mulig grad korresponderer med ICD-10 kodene brukt i arbeid fra Helsedirektoratet (2021). Definisjonen for flere kroniske lidelser vil derfor i noen grad skille seg fra Helsedirektoratets. Personer med diagnoser innen psykiatri og rus inngår ikke i gruppen med flere kroniske lidelser, men utgjør en egen målpopulasjon: personer i alderen 19–79 år med minst én kontakt i spesialisthelsetjenesten registrert med en av de inkluderte ICD-10-kodene (se inkluderte diagnoser i tabell 17).

Barn og unge med varige og/eller sammensatte behov omfatter personer i alderen 2–18 år, og det er tilstrekkelig å oppfylle ett av flere kriterier. Gruppen omfatter barn og unge med minst én kontakt i NPR for en av de inkluderte diagnosekodene (se inkluderte diagnoser i tabell 20), minst 20 polikliniske kontakter eller minst én innleggelse i BUP/PHV, samt barn og unge som mottar utvalgte kommunale helse- og omsorgstjenester registrert i KPR-KTT (praktisk bistand, dagaktivitetstilbud, avlastning, omsorgsstønad, helsetjenester i hjemmet, tidsbegrenset opphold eller langtidsopphold i institusjon). Definisjonen fanger dermed opp både behov i spesialisthelsetjenesten og varige tjenester i kommunen.

Til sammen hadde 8 433 personer både diagnoser som inngår i gruppen med tre eller flere kroniske lidelser og diagnoser innen psykiatri og/eller rus. Disse gruppene er derfor ikke gjensidig utelukkende.

Vi følger individene gjennom året eller frem til tidspunktet de dør. Vi henter informasjon om bostedskommune og sivilstatus fra Folkeregisteret lar informasjonen de har i starten av året gjelde gjennom året. Utdanningsnivå er hentet fra SSB og gjelder høyeste fullførte utdanning i 2022 (siste oppdaterte data).

2.3 Tidsdimensjon

Gjennomgående i analysene følger vi individer over tid. Tidsoppløsningen varierer mellom de ulike analysene. Vi har nøyaktig dato for alle hendelser og overganger i dataene. Vi måler hovedsakelig helsetjenestebruk gjennom året 2025 og overgangene som inntreffer i det aktuelle året.

2.4 Definisjoner

Vi kategoriserer helsetjenesten inn i tre hovedtjenestetyper: Allmennlegetjenester, spesialisthelsetjeneste, og kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester. Allmennlegetjenester består av fastlege og legevakt. Spesialisthelsetjenester inkluderer somatikk, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Kontakter i spesialisthelsetjenesten er lagt sammen i forløp om det er mindre enn to dager imellom kontaktene. Kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester består som beskrevet over av tjenester i hjemmet, korttidsopphold i institusjon og langtidsopphold i institusjon. Noen personer bruker både allmennlegetjenester, spesialisthelsetjenester og kommunalt tildelte tjenester samme år. Disse har ofte store og sammensatte behov, og kan være særlig avhengige av god samhandling. Vi vil fremover kalle denne gruppen for multitjenestebrukere.

Vi beskriver i hovedsak allmennlegetjenesten samlet, men ser i enkelte analyser særskilt på fastlegen. Fastlegen er ofte pasientens første kontaktpunkt med helsetjenesten og har en koordinerende rolle, og det går fram av teksten når vi omtaler fastlegebruk spesifikt. På samme måte tar vi i hovedsak utgangspunkt i alle kontakter, mens vi i noen analyser skiller ut konsultasjoner.

Vi bruker registerdata for å definere en rekke tilstander og hendelser. I Tabell 3 ligger en oversikt over sentrale begreper og hvordan de er definert.

Tabell 3: Sentrale begreper og operasjonalisering av dem i registerdata.

Begrep	Register	Definisjon/Forklaring
Hovedtjenestetype	KUHR, NPR, KPR-KTT	Dekker de ulike helsesektorene i sin helhet: 1) Allmennlegetjenesten 2) Spesialisthelsetjenesten 3) Kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester
Akutt kontakt i spesialisthelsetjenesten	NPR	Inmatehast = 1
Planlagt kontakt i spesialisthelsetjenesten	NPR	Kontakter som ikke defineres som akutt via Inmatehast
Fastlege/-legevaktskontakt	KUHR	Alle enkeltregninger
Fastlege/-legevaktskonsultasjon	KUHR	Enkeltregninger med minst en av takstkodene: 2AD, 2AK, 2AE, 2AS, 2AT, 2AV, 2AEF, 2AFS, 2AFT, 2AFV, 2AEK, 2AKS, 2AKT, 2AKV, 2FK, 11AK, 11AD
Tjenester i hjemmet	KPR-KTT	Omfatter tjenester til hjemmeboende. Tjenestetype: 1-7, 9, 11, 13, 15-16, 26
Korttidsopphold i institusjon	KPR-KTT	Omfatter tidsbegrensede opphold i institusjon Tjenestetype: 8, 18-20, 25
Langtidsopphold i institusjon	KPR-KTT	Omfatter langtids heldøgns omsorg i institusjon Tjenestetype: 21
Multitjenestebruker	KUHR, NPR og KPR-KTT	Person som mottar tjenester fra alle hovedtjenestetyper i det aktuelle året
Bostedskommune	Folkeregisteret	Bostedskommunen registrert på personen
Høyere utdanning	NUDB, SSB	NUS2000. Utdanning på universitetsnivå = høyere utdanning
Høy/lav kommunesentralitet	SSB	Sentralitetsindeks. Sentralitetsklasse 1-3 = høy sentralitet. Sentralitetsklasse 4-6 = lav sentralitet

2.5 Metode

2.5.1 Overganger mellom hovedtjenestetyper

I rapporten har vi telt gjennomsnittlig antall overganger mellom hovedtjenestetyper for hver av målpopulasjonene i 2025. For hver målpopulasjon har vi beregnet gjennomsnittlig antall overganger mellom hovedtjenestetyper per person i 2025. En overgang er definert som en inngang til en ny hovedtjenestetype, altså at en person mottar en tjeneste av en annen type enn den forrige tjenesten vedkommende mottok. For allmennlegetjenesten inngår kun konsultasjoner.

Kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester, som helsetjenester i hjemmet, løper ofte over lengre perioder og kan pågå samtidig med bruk av andre tjenester. En slik tjeneste teller derfor ikke som en ny overgang så lenge den bare pågår. Den teller først som en ny inngang når personen har mottatt en tjeneste i en annen hovedtjenestetype i mellomtiden. Hvis for eksempel en person som mottar helsetjenester i hjemmet har en fastlegekonsultasjon, registreres to overganger: én fra helsetjenester i hjemmet til fastlegekonsultasjonen, og én tilbake til helsetjenester i hjemmet etter konsultasjonen.

Resultatene vises på to måter: som gjennomsnittlig antall overganger per person, og som andelen personer med flere enn 2, 4, 6 eller 8 overganger i løpet av året. I tillegg har vi talt hvor mange sekvenser hver person har mellom alle hovedtjenestetypene i løpet av et år. En sekvens er fullført når personen har hatt kontakt med alle de tre hovedtjenestetypene. Kontaktene er sortert etter dato, og når en sekvens er fullført, begynner tellingen av neste sekvens. Resultatene vises som andelen personer med flere enn 2, 3 eller 4 slike sekvenser.

2.5.2 Overgangssannsynligheter

I rapporten presenterer vi predikerte sannsynligheter for overgang mellom kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester, samt for bruk av allmennlege- og spesialisthelsetjenester etter status for bruk av kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester. For å gjøre dette konstruerte vi først et paneldatasett for 2025 med en observasjon per person og måned. Hver person ble plassert i én gjensidig utelukkende tjenestetilstand hver måned etter følgende hierarki:

1. Ingen kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester
2. Tjenester i hjemmet
3. Korttidsplass i institusjon
4. Langtidsplass i institusjon

Deretter konstruerte vi en månedlig overgangsvariabel som fanger opp bevegelser mellom disse tilstandene, inkludert dødsfall. For hver tilstand estimerte vi en hasardmodell med diskret tid og med konkurrerende risiko for overgang til andre tilstander og død. Standardfeil ble klustret på individnivå.

Modellene er justert for demografiske kjennetegn (alder, kjønn, sivilstatus og kommunesentralitet), varighet i gjeldende tilstand, sesongvariasjon (Fourier-termer) og kontakt med spesialisthelsetjenesten måneden før overgangen der dette er relevant. Etter en overgang inkluderes individer på nytt i datasettet med oppdatert tilstand og tjenestevarighetsvariabelen satt til null. Dette innebærer at en person som går fra *ingen tjenester* til *tjenester i hjemmet* også inngår i videre beregningen av overgangssannsynligheter fra tjenester i hjemmet. Personer sensureres ved død. Når vi undersøker utfallet *kontakt med spesialisthelsetjenesten*, sensurerer vi person-måneder som sammenfaller med dødsfall knyttet til den aktuelle kontaktepisoden.

For å beregne årlige (12-måneders) overgangssannsynligheter benytter vi modellert risiko som funksjon av varighet i tilstanden til å konstruere kumulative insidensfunksjoner (CIF-er). CIF-ene gir et estimat på sannsynligheten for å gjennomføre en gitt overgang innen 12 måneder etter inngang i tilstanden, det vil si en årlig overgangssannsynlighet.

3 RESULTATER

3.1 Helsetjenestebruk i befolkningen

3.1.1 Bakgrunnsinformasjon

I dette delkapittelet gir vi bakgrunnskunnskap om befolkningen og bruken av de ulike hovedtjenestetypene, samt hvor stor del av den totale helsetjenestebruken som kan tilskrives gruppene vi fokuserer på. Som beskrevet under avsnitt 2.2 består *befolkningen* av alle bosatte personer på 2 år og eldre og personer som dør i løpet av analyseåret, hentet fra Folkeregisteret. Tabell 4 viser bakgrunnsopplysninger hos befolkningen etter hvor mange deler av hovedtjenestetypene (allmennlegetjenesten, spesialisthelsetjenesten og kommunalt tildelte helse og omsorgstjenester) den enkelte er i kontakt med i løpet av 2025. En større andel kvinner enn menn er i kontakt med alle delene av helsetjenesten, dvs. multitjenestebrukere, mens flere menn enn kvinner har ingen kontakt til en helsetjeneste. En større andel av multitjenestebrukere er 80 år og eldre, er ikke gift eller har registrert partner sammenlignet med personer som bruker færre tjenester. Videre har de i større grad ikke høyere utdanning og bor i mindre sentrale kommuner.

Tabell 4. Bakgrunnsopplysninger for befolkningen 2 år og eldre (n=5 567 740) etter antall hovedtjenestetyper benyttet i 2025 (allmennlegetjeneste, spesialisthelsetjeneste og kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester).

Antall hovedtjenestetyper benyttet	Ingen tjenester	1-2 hovedtjenestetyper	3 hovedtjenestetyper (multitjenestebrukere)
Totalt antall	845 761 (15,2%)	4 442 015 (79,8%)	279 964 (5,0%)
Kjønn			
Kvinne	300 850 (10,9%)	2 304 200 (83,4%)	156 767 (5,7%)
Mann	5 44 911 (19,4%)	2 137 815 (76,2%)	123 197 (4,4%)
Aldersgruppe			
2-18 år	244 222 (23,0%)	799 359 (75,4%)	16 892 (1,6%)
19-39 år	298 293 (19,0%)	1 231 584 (78,6%)	37 256 (2,4%)
40-79 år	298 833 (11,4%)	2 207 637 (84,0%)	121 657 (4,6%)
80+ år	4 413 (1,4%)	203 435 (65,2%)	104 159 (33,4%)
Sivilstand			
Gift / partner	205 166 (11,2%)	1 556 075 (84,9%)	71 719 (3,9%)
Ugift / separert / enke	640 595 (17,2%)	2 885 940 (77,3%)	208 245 (5,6%)
Utdannelsesnivå			
Høyere utdanning	194 708 (12,6%)	1 302 193 (84,3%)	47 821 (3,1%)
Ingen høyere utdanning	651 053 (16,2%)	3 139 822 (78%)	232 143 (5,8%)
Sentralitet			
Høy sentralitet	615 145 (15,5%)	3 180 492 (80,0%)	181 478 (4,6%)
Lav sentralitet	230 616 (14,5%)	1 261 523 (79,3%)	98 486 (6,2%)

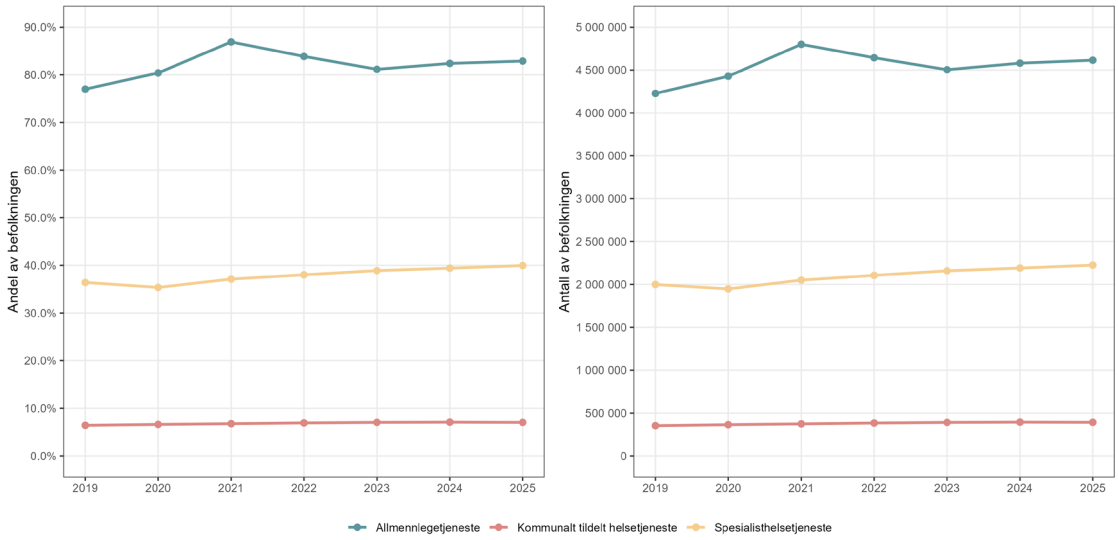
I 2025 består datagrunnlaget av totalt 39 160 136 kontakter med allmennlegetjenesten, 10 217 356 kontakter med spesialisthelsetjenesten og 1 246 972 kommunal tildelte helse- og omsorgstjenestevedtak (tabell 5). I allmennlegetjenesten utgjør konsultasjoner 46% av

fastlegekontaktene og 62% av legevaktskontaktene. Innen spesialisthelsetjenesten utgjorde somatiske tjenester hovedtyngden av kontaktene, mens tjenester i hjemmet dominerte blant de kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenestene.

Tabell 5: Bruk av helsetjenester i befolkningen 2 år og eldre (n = 5 567 740) i 2025.

Allmennlegetjenesten	**Kontakter, n**	**Konsultasjoner, n (% av kontakter)**	**Unike brukere, n (% av befolkningen)**
Fastlege	37 025 313	16 970 802 (45,8%)	4 518 747 (81,2%)
Legevakt	2 134 823	1 319 650 (61,8%)	1 160 096 (20,8%)
Sum	**39 160 136**	**18 290 452 (46,7%)**	**4 615 141 (82,9%)**
Spesialisthelsetjenesten	**Kontakter, n**	**Akutte kontakter, n (% av kontakter)**	**Unike brukere, n (% av befolkningen)**
Somatikk	7 424 741	1 062 440 (14,3%)	2 090 551 (37,5%)
Psykisk helsevern, voksne	1 626 936	33 825 (2,1%)	165 956 (3,0%)
Psykisk helsevern, barn og unge	767 824	4 713 (0,6%)	73 407 (1,3%)
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	397 855	4 872 (1,2%)	33 035 (0,6%)
Sum	**10 217 356**	**1 105 850 (10,8%)**	**2 224 478 (40,0%)**
Kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester	**Antall tildelte tjenestevedtak, n**		**Unike brukere, n (% av befolkningen)**
Tjenester i hjemmet	977 996		354 856 (6,4%)
Korttidsopphold i institusjon	214 949		76 435 (1,4%)
Langtidsopphold i institusjon	54 027		45 622 (0,8%)
Sum	**1 246 972**		**390 508 (7,0%)**
Unike brukere av minst én hovedtjenestetype			**Unike brukere, n (% av befolkningen)**
Sum			**4 721 979 (84,8%)**

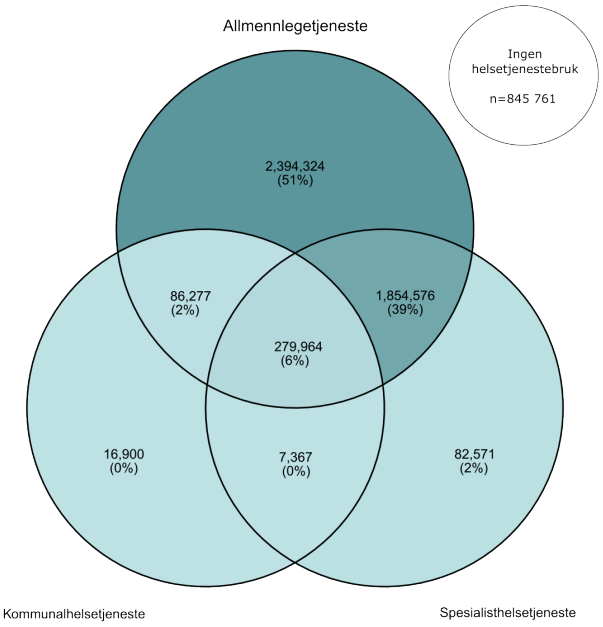
Figur 1 viser utviklingen i andel og antall personer i befolkningen som årlig er i kontakt med de ulike hovedtjenestetypene i perioden 2019 til 2025. Vi ser at det i 2021 var en topp i antall og andel av personer i kontakt med allmennlegetjenesten, som etter en nedgang har flatet ut. Det er en jevn økning i andel og antall personer som årlig har vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten, mens trenden for kommunalt tildelte tjenester er relativt flat.



Figur 1. Andel og antall av befolkningen 2 år og eldre som årlig har vært i kontakt med de enkelte hovedtjenestetypene i perioden 2019-2025.

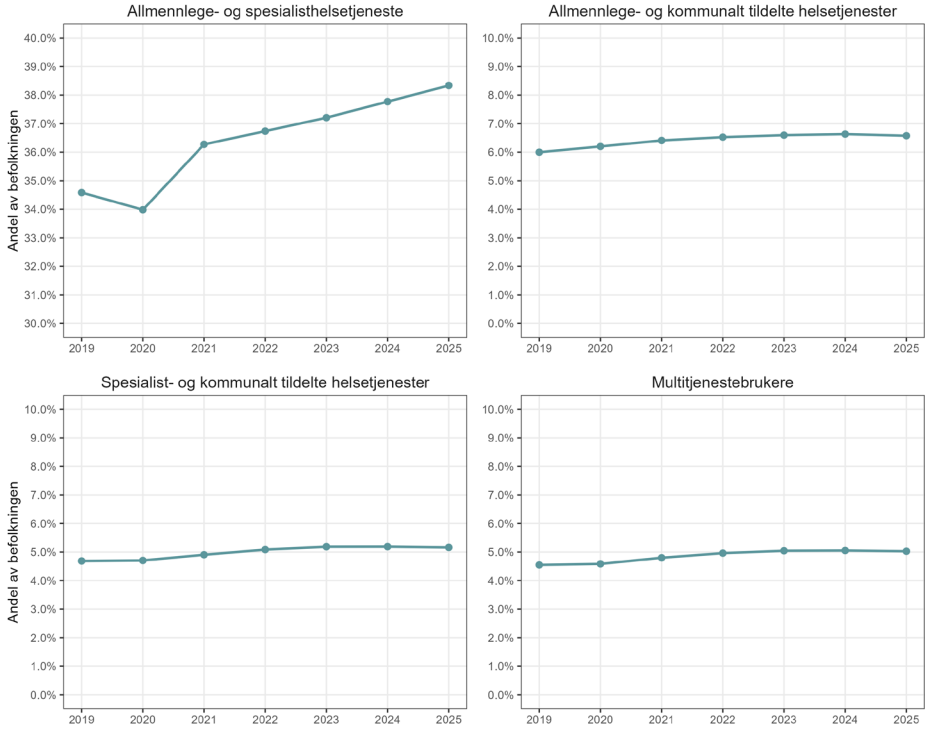
3.1.2 Samtidig bruk av helsetjenester

Figur 2 viser hvordan befolkningen bruker de ulike hovedtjenestetypene i 2025. Av befolkningen som har kontakt til minst en av hovedtjenestetypene, har omtrent 50% kun hatt kontakt til allmennlegetjenesten, mens 39% i tillegg har hatt samtidig kontakt til spesialisthelsetjenesten. Totalt har 6% hatt kontakt til både allmennlege, spesialist- og kommunal helsetjeneste i samme år (multitjenestebrukere). En liten andel på 2% har hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten alene. Selv om allmennlegetjenesten i all hovedsak er en forutsetning for bruk av spesialisthelsetjenesten kan dette bruksmønsteret skyldes at personer har pågående oppfølging fra tidligere år, eller har henvisning fra året før eller fra private helsetjenester. Også akutt behov for spesialisthelsetjeneste kan gi et slikt mønster. Noen få mottar kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester alene. Rundt en 15% av befolkningen (n= 845 761) har ingen kontakt med noen av helsetjenestene og er dermed ikke representert i figuren.



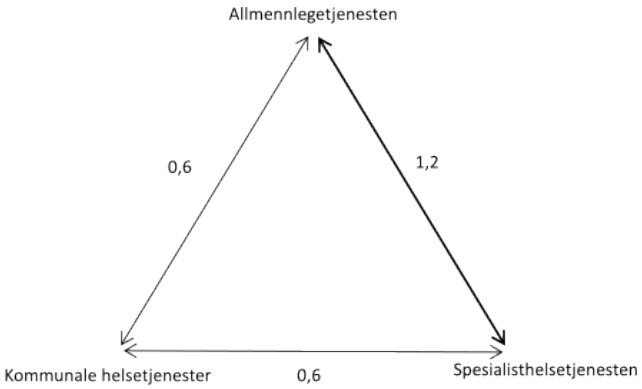
Figur 2. Venndiagram over hovedtjenestetypene befolkningen 2 år og eldre er i kontakt med i 2025. 845 761 (av 5 567 740, 15,2 %) personer hadde ingen kontakt med en helsetjeneste og er ikke representert i totalandelen. Mørkere farge indikerer områder med flere individer.

Figur 3 viser utviklingen av samtidig bruk av flere hovedtjenestetyper i samme tidsperiode. Trenden viser at andelen som bruker allmennlege- og spesialisthelsetjeneste i kombinasjon øker igjennom perioden etter et midlertidig fall i 2020. Andelen av personer med de resterende kombinasjonene har holdt seg relativt stabilt igjennom perioden.



Figur 3. Årlig andel av befolkningen 2 år og eldre som benytter ulike kombinasjoner av hovedtjenestetyper i perioden 2019–2025. Merk at figurene har ulike y-akser.

Figur 4 viser gjennomsnittlig antall overganger befolkningen har mellom de ulike hovedtjenestetypene i 2025. Vi ser at overgangen mellom allmennlegetjenesten (kun konsultasjoner) og spesialisthelsetjenesten er den mest alminnelige, hvor det i snitt skjer 1,2 overganger per person.



Figur 4. Gjennomsnittlig antall overganger per person mellom hovedtjenestetyper for befolkningen 2 år og eldre i 2025. En tykkere pil representerer flere overganger.

Tabell 6 viser andel personer etter antall overganger mellom hovedtjenestetyper. Vi ser at 24% av befolkningen har to eller flere overganger mellom spesialist- og allmennlegetjenesten, men at rundt 5-6 % opplever tilsvarende antall overganger mellom de andre hovedtjenestetypene. Kun 3 % av befolkningen har to eller flere sekvenser med overganger hvor alle hovedtjenestetypene er involvert.

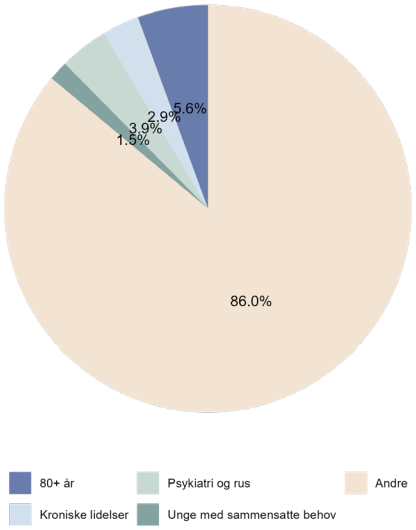
Tabell 6. Prosentandel av befolkningen 2 år og eldre etter antall overganger mellom hovedtjenestetypene i 2025.

Antall overganger mellom hovedtjenestetyper	**≥ 2**	**≥ 4**	**≥ 6**	**≥ 8**
Spesialisthelsetjeneste ↔ allmennlegetjeneste	24%	12%	6%	4%
Allmennlegetjeneste ↔ kommunal helsetjeneste	6%	5%	4%	3%
Kommunal helsetjeneste ↔ spesialisthelsetjeneste	5%	4%	3%	2%
Antall sekvenser med kontakt til alle hovedtjenestetyper	**≥ 2**	**≥ 3**	**≥ 4**	
	3%	2%	1%	

3.1.3 Målpopulasjonenes bruk av helsetjenester i forhold til befolkningen

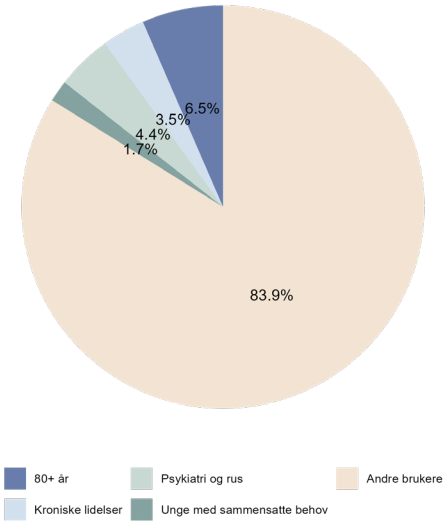
Dette kapitlet omhandler helsetjenestebruk hos målpopulasjonene i fokus for denne rapporten, sett i forhold til helsetjenestebruk hos befolkningen. Til sammen hadde 8 433 personer diagnoser i helsetjenesten slik at de kan bli både definert inn i gruppen med flere kroniske lidelser og diagnoser innen psykiatri/rus. Disse personene er plassert i gruppen av personer med flere kroniske lidelser i kakediagrammene og i figurene som viser relativ andel i dette delkapitlet.

Innledningsvis har vi laget et kakediagram som viser hvor store andeler målpopulasjonene utgjør av befolkningen som helhet, se figur 5. Vi ser at personer 80 år og eldre utgjør 5,6%, personer med flere kroniske lidelser utgjør 2,9%, personer med diagnoser innen psykiatri og rus utgjør 3,9% og barn og unge med varige og/eller sammensatte behov utgjør 1,5% av befolkningen. Til sammen utgjør målpopulasjonene 14% av befolkningen in 2025.



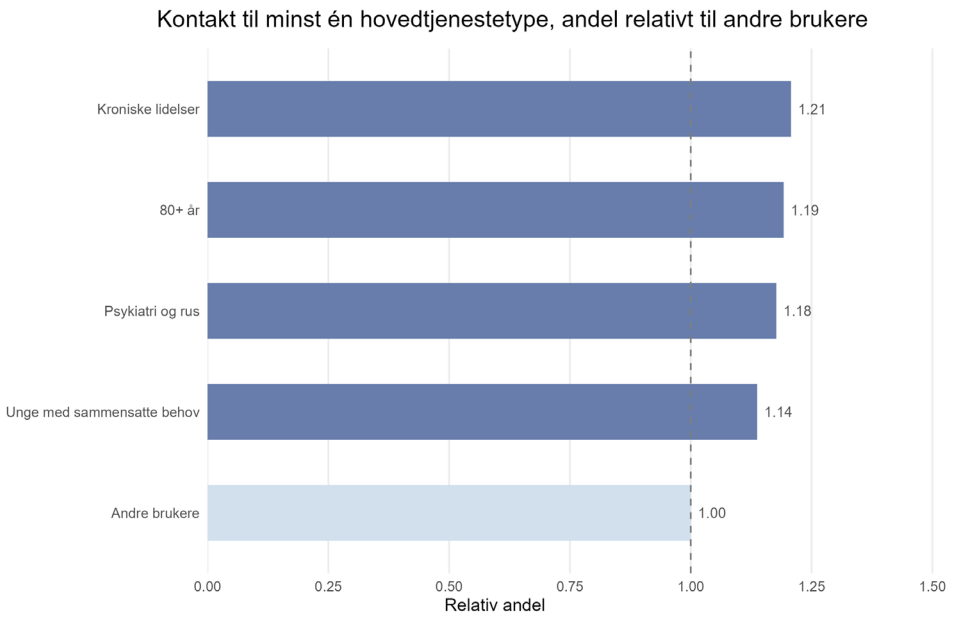
Figur 5. Målpopulasjonenes andel av befolkningen 2 år og eldre i 2025.

Totalt har 4 721 979 (85%) personer i befolkningen kontakt med minst én hovedtjenestetype i løpet av året, som vist i tabell 5. Figur 6 viser hvordan disse personene fordeles mellom målpopulasjonene. Vi ser at målpopulasjonene utgjør omkring 16% av personer i befolkningen som har kontakt til minst én hovedtjenestetype i 2025.



Figur 6. Andel brukere med kontakt med minst én hovedtjenestetype i 2025, fordelt etter målpopulasjon.

Figur 7 viser andelen i hver målpopulasjon som har hatt kontakt med minst én hovedtjenestetype, sett i forhold til den samme andelen blant *andre brukere*. Blant personer med kroniske lidelser er denne andelen 1,21 ganger så høy som blant andre brukere. De øvrige målpopulasjonene ligger på om lag samme nivå, mellom 1,14 og 1,19.



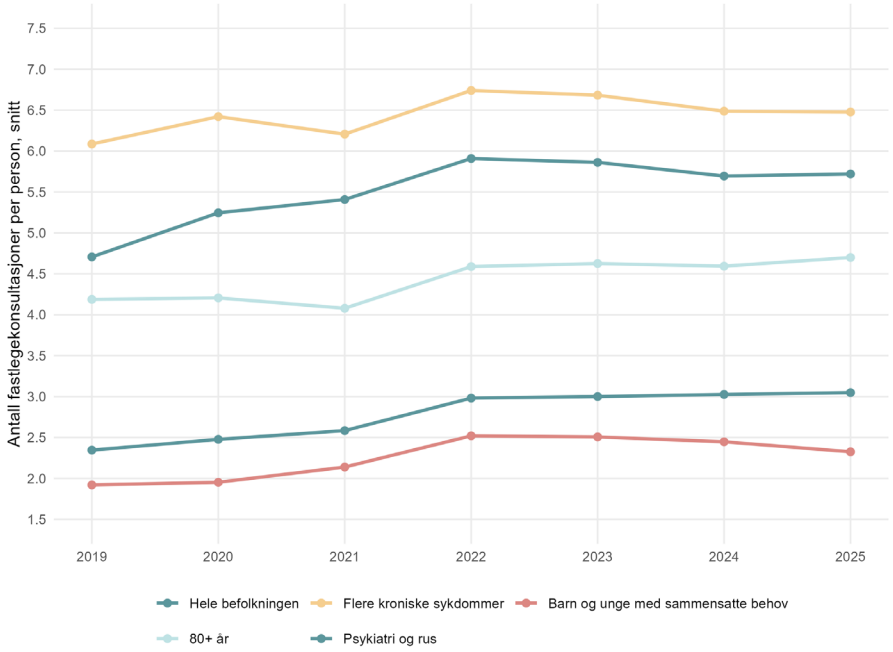
Figur 7. Andel med kontakt med minst én hovedtjenestetype i 2025, per målpopulasjon, relativt til gruppen andre brukere (=1.00).

Fastlegen har en nøkkelrolle i den offentlige helsetjenesten, og det er derfor nyttig å ha kunnskap om hvordan bruk av fastlege fordeler seg i befolkningen. Tabell 7 beskriver hvor mange fastlegekonsultasjoner de ulike målpopulasjonene har i løpet av 2025. Det er betydelige forskjeller. Gjennomsnittspersonen hadde 3,0 fastlegekonsultasjoner, mens både personer 80 år og eldre, personer med flere kroniske lidelser og helsetjenestebehov innen psykiatri og rus bruker fastlege mer enn snittet. For barn og unge med varige og/eller sammensatte behov er derimot bruken av fastlegekonsultasjoner lavere enn i befolkningen.

Tabell 7: Fastlegekonsultasjoner i 2025 for befolkningen 2 år og eldre og målpopulasjonene, totalt og snitt per person.

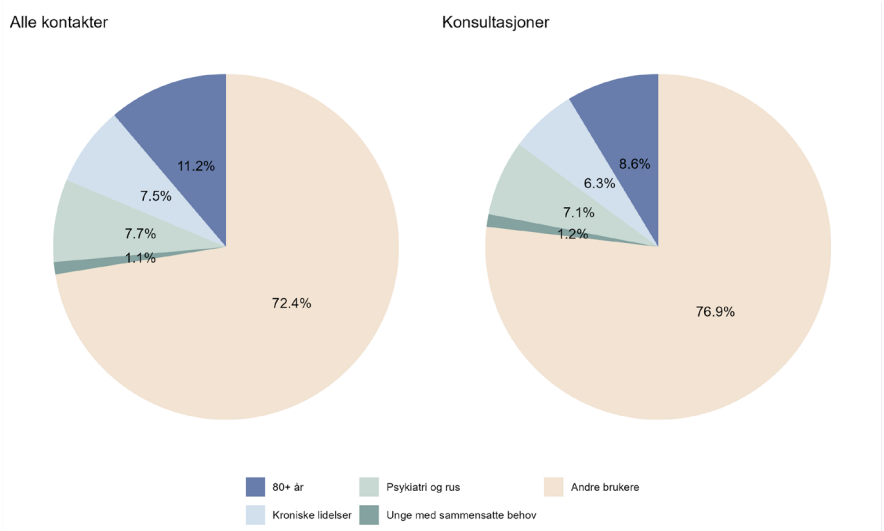
	Antall fastlege-konsultasjoner	Antall personer i målpopulasjonen	Antall fastlege-konsultasjoner, snitt per person
Befolkningen 2 år og eldre	16 970 802	5 567 740	3,0
Personer 80 år og eldre	1 466 180	312 007	4,7
Personer med flere kroniske lidelser	1 063 545	163 600	6,5
Personer med diagnoser innen psykiatri og rus	1 280 273	223 828	5,7
Barn og unge med varige og/eller sammensatte behov	200 433	86 193	2,3

Figur 8 viser gjennomsnittlig antall fastlegekonsultasjoner for befolkningen og for hver målpopulasjon i perioden 2019-2025. Utviklingen over tid viser at antall konsultasjoner per person har økt for alle populasjoner i perioden fra 2019 til 2022. Økningen stabiliserte seg deretter og falt noe for noen grupper mot slutten av tidsperioden.



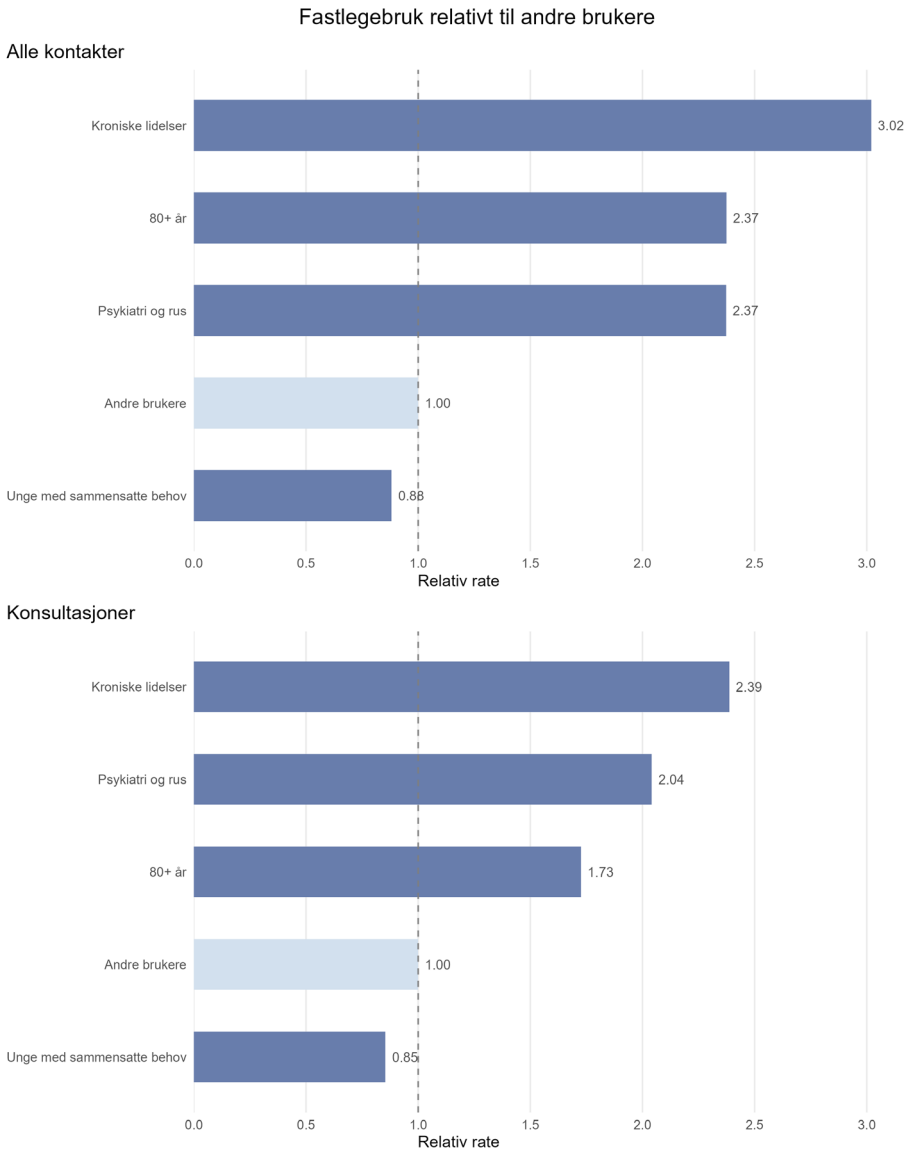
Figur 8. Gjennomsnittlig antall fastlegekonsultasjoner per person i perioden 2019-2025 for befolkningen 2 år og eldre og målpopulasjonene.

Figur 9 viser at mesteparten av fastlegens kapasitet brukes av befolkningen utenom de fire målpopulasjonene. Andre brukere står for 72,4% av alle kontakter og 76,9 % av alle fastlegekonsultasjonene. Personer 80 år og eldre står for nesten 9 % av konsultasjonene, personer med flere kroniske lidelser og personer med diagnoser innen psykiatri og rus for om lag 6–7 % hver, mens barn og unge med varige og/eller sammensatte behov står for 1,2 %. Sett opp mot gruppenes størrelse (figur 5) bruker likevel tre av de fire målpopulasjonene en uforholdsmessig stor del av fastlegens kapasitet. For personer 80 år og eldre, personer med flere kroniske lidelser og personer med diagnoser innen psykiatri og rus er andelen av fastlegekonsultasjonene om lag dobbelt så høy som gruppens andel av befolkningen. Barn og unge med varige og/eller sammensatte behov er unntaket.



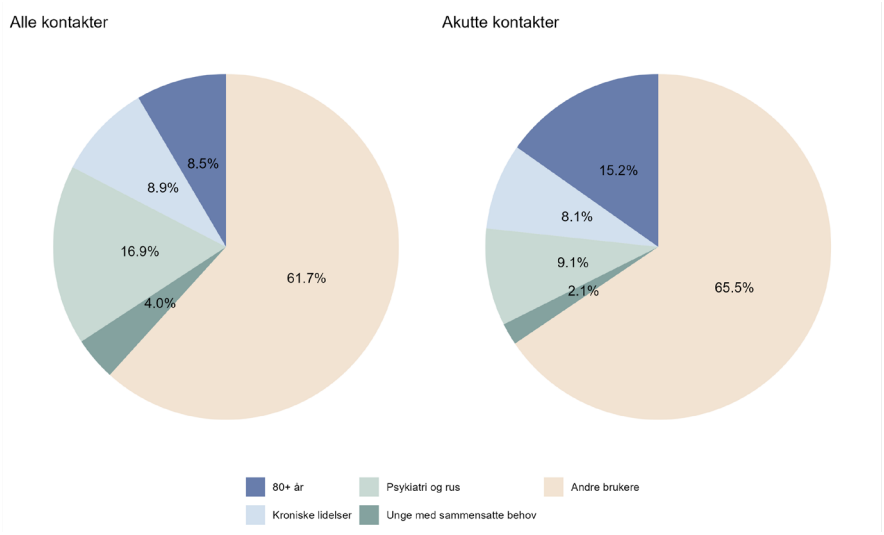
Figur 9. Bruksandel av kontakter (t.v.) og konsultasjoner (t.h.) hos fastlege for de ulike målpopulasjonene i 2025.

Kakediagrammene viser hvor stor del av kontaktvolumet hver målpopulasjon står for, men ikke hvor mange de er. Figur 10 tar høyde for gruppestørrelse og viser kontakter og konsultasjoner per person, med andre brukere som referanse. Personer med flere kroniske lidelser har omtrent tre ganger så mange fastlegekontakter per person som personer i gruppen andre brukere. Også personer 80 år og eldre og personer med diagnoser innen psykiatri og rus har vesentlig flere kontakter per person, begge 2,37 ganger så mange. Barn og unge med sammensatte og varige behov har noe færre kontakter per person enn andre brukere. Forskjellene er mindre for konsultasjoner enn for kontakter samlet. Målpopulasjonene har altså flere kontakter av andre typer i tillegg til flere konsultasjoner, sammenlignet med andre brukere. Dette gjelder særlig personer 80 år og eldre: de ligger på samme nivå som personer med diagnoser innen psykiatri og rus når alle kontakter regnes med, men lavere når vi ser på konsultasjoner alene.



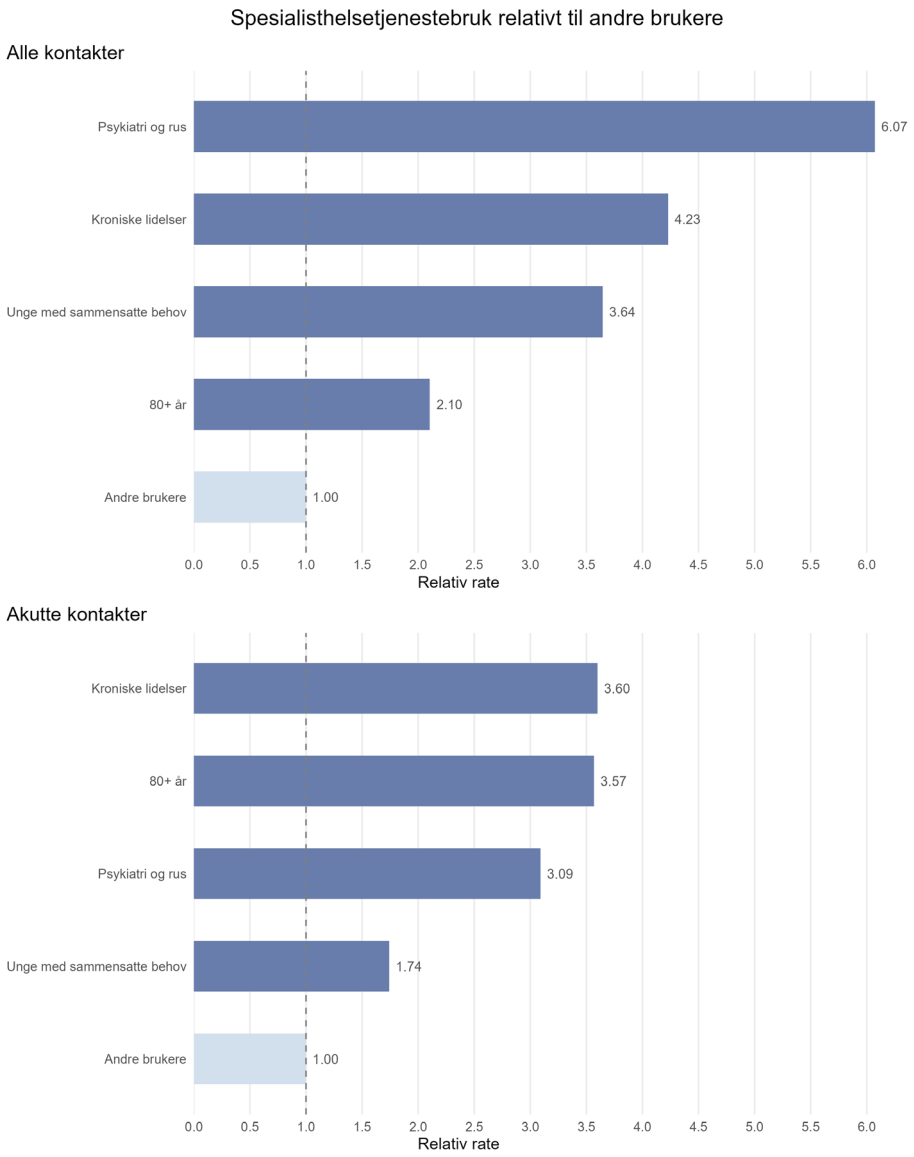
Figur 10. Fastlegekontakter og konsultasjoner per person i 2025, per målpopulasjon, relativt til gruppen andre brukere (= 1,00). Konsultasjoner inngår i kontakter.

Figur 11 viser bruk av spesialisthelsetjenesten per målpopulasjon. Her utgjør målpopulasjonene i fokus en større andel av tjenestebruken sammenlignet med hva vi så for bruk av fastlegetjenester. Av de akutte kontaktene utgjør personer 80 år og eldre den høyeste enkeltandelen, mens av alle kontakter, inkludert elektive, utgjør personer med diagnoser innen psykiatri og rus nær 17% prosent av kontaktene.



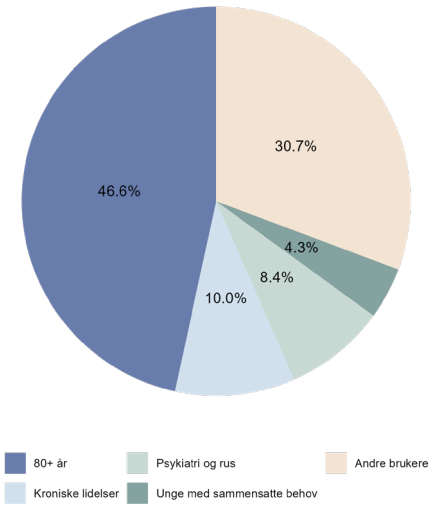
Figur 11. Bruksandel av kontakter (t.v.) og akutte kontakter (t.h.) i spesialisthelsetjenester for de ulike målpopulasjonene i 2025.

Figur 12 viser kontakter per person i hver målpopulasjon, med andre brukere som referanse. Alle målpopulasjonene har flere kontakter med spesialisthelsetjenesten per person enn andre brukere. Personer med diagnoser innen psykiatri og rus skiller seg klart ut med 6,1 ganger så mange kontakter per person, etterfulgt av personer med flere kroniske lidelser og unge med sammensatte behov. Bildet er et annet for akutte kontakter. Her er forskjellene mellom målpopulasjonene mindre, og rekkefølgen en annen: personer med flere kroniske lidelser og personer 80 år og eldre ligger høyest, begge med henholdsvis 3,6 ganger så mange akutte kontakter per person som andre brukere. Personer 80 år og eldre går fra 2,1 for alle kontakter til 3,6 for akutte kontakter. En større del av kontaktene i denne gruppen er dermed akutte enn i de øvrige målpopulasjonene. For personer med diagnoser innen psykiatri og rus går det motsatt vei, fra 6,1 til 3,1.



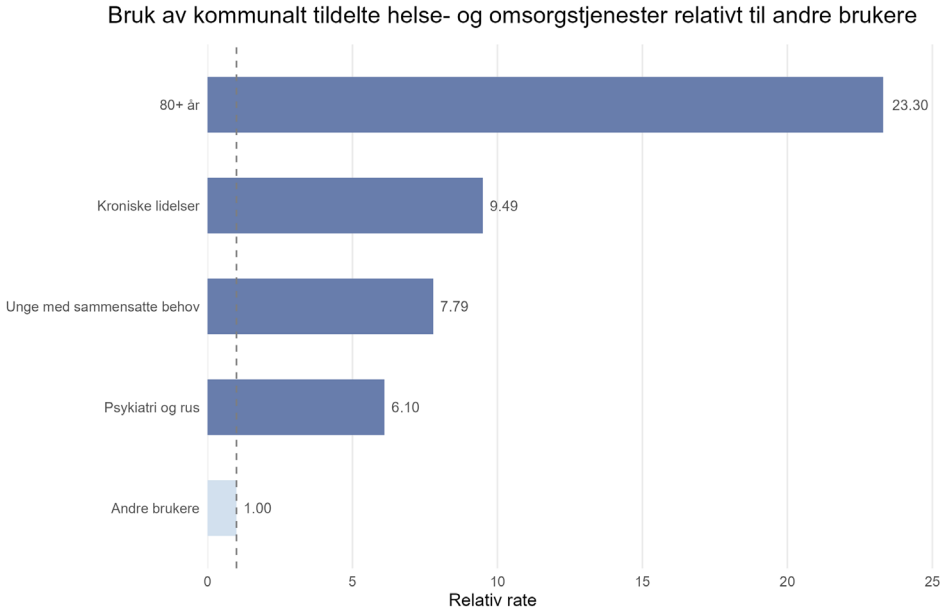
Figur 12. Alle kontakter og akutte kontakter med spesialisthelsetjenesten per person i 2025, per målpopulasjon, relativt til gruppen andre brukere (= 1,00). Akutte kontakter inngår i kontakter.

Figur 13 viser bruk av kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester. Det er i hovedsak personer 80 år og eldre som mottar slike tjenester, da denne målpopulasjonen mottar over 45 prosent av tjenestene. Barn og unge med varige og/eller sammensatte behov mottar nesten 5% av tjenestene, til tross for at denne gruppen bare utgjør mindre enn 2 % av befolkningen. Samlet sett bruker målpopulasjonene i fokus nesten 70% av de kommunalt tildelte tjenestene.



Figur 13. Bruksandel av kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester for de ulike målpopulasjonene i 2025.

Kakediagrammet viser hvor stor del av tjenestebruken hver målpopulasjon står for. Figur 14 tar høyde for gruppestørrelse og viser antall kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester per person, relativt til *andre brukere*. Forskjellene er langt større enn for fastlegetjenester og spesialisthelsetjenester. Personer 80 år og eldre mottar 23,3 ganger så mange tjenester per person som andre brukere. Også de øvrige målpopulasjonene ligger markert høyere, mellom 6,1 og 9,5 ganger så mye. Kommunale helse- og omsorgstjenester er dermed langt mer konsentrert om målpopulasjonene enn fastlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette er som forventet, siden tjenestene tildeles etter vurdert behov og ikke oppsøkes fritt slik som fastlegetjenester.



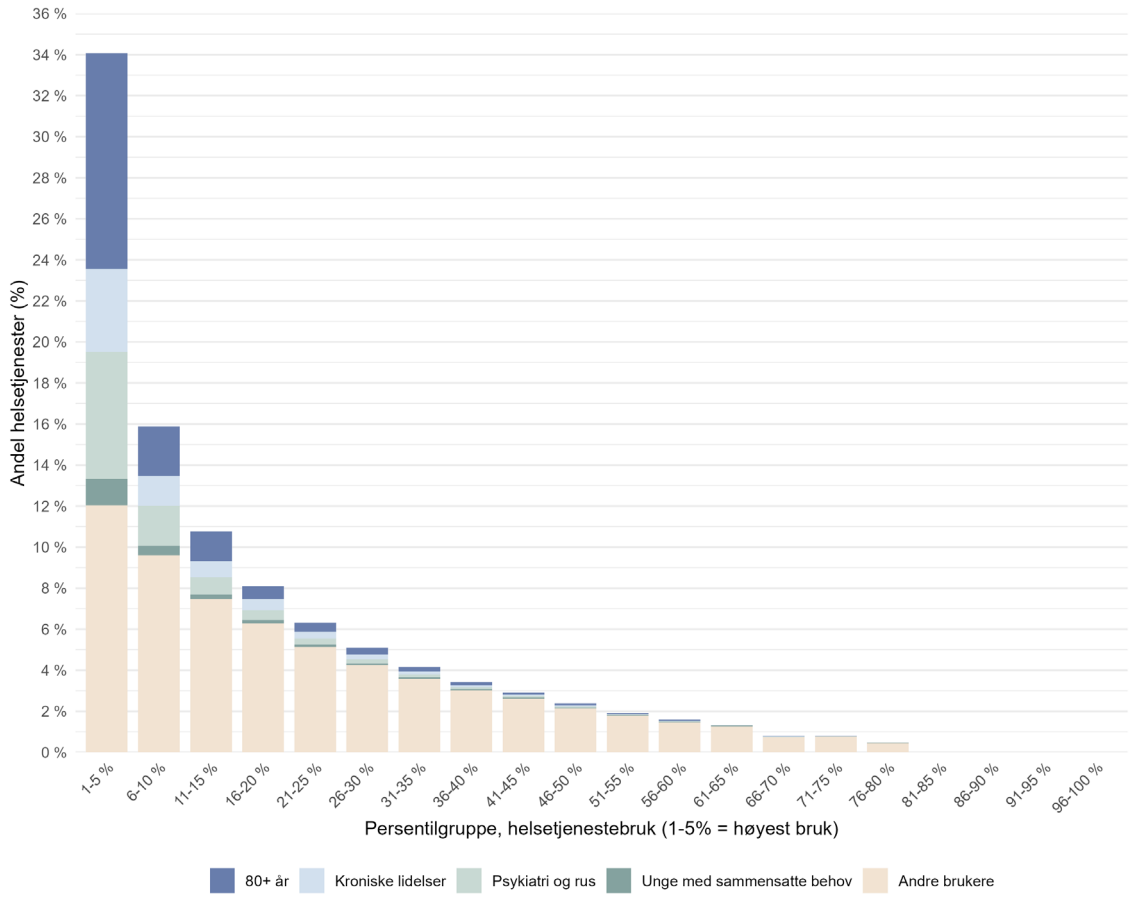
Figur 14. Antall kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester per person i 2025, per målpopulasjon, relativt til gruppen andre brukere (= 1,00). I datagrunnlaget telles antall tjenestevedtak per person.

3.1.4 Konsentrasjon av helsetjenestebruk

Dette delkapitlet vil belyse konsentrasjon av helsetjenestebruk. Som i forrige delkapittel har vi gruppert de 8 433 personene som både kunne defineres som personer med flere kroniske lidelser og diagnoser innen psykiatri/rus i gruppen av personer med flere kroniske lidelser.

De neste figurene viser fordelingen av helsetjenestebruk i 2025, gruppert etter hvor mye den enkelte bruker. Vi har inkludert konsultasjoner hos fastlege, alle kontakter med spesialisthelsetjenesten og alle vedtak om kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester. For sistnevnte er antall personmåneder med tjenestevedtak gjennom året talt. De tre er summert uten vekting, slik at én personmåned med kommunal tjeneste teller likt som én konsultasjon hos fastlege. Personene er delt inn i 5-prosentgrupper etter samlet helsetjenestebruk, der gruppen 1-5 % bruker flest tjenester.

Figur 15 viser at de fem prosentene som bruker flest helsetjenester står til sammen for om lag 34 prosent av all tjenestebruk. Av dette utgjør personer 80 år og eldre om lag 10 prosentpoeng og gruppen andre brukere om lag 12 prosentpoeng.



Figur 15. Andel av samlet helsetjenestebruk i 2025, fordelt på 5 %-grupper etter antall tjenester. Gruppen 1-5 % bruker flest tjenester. Andel tjenestebruk innad i hver 5 %-gruppe er vist per målpopulasjon. Tjenestene er summert uten vekting, slik at én fastlegekonsultasjon, én kontakt med spesialisthelsetjenesten og én personmåned med kommunal tildelt tjeneste teller likt.

I figur 15 vektes alle tjenester likt, slik at en fastlegekonsultasjon teller like mye som en sykehusinnleggelse og en måned med langtidsplass på institusjon. For å ta høyde for at tjenestene

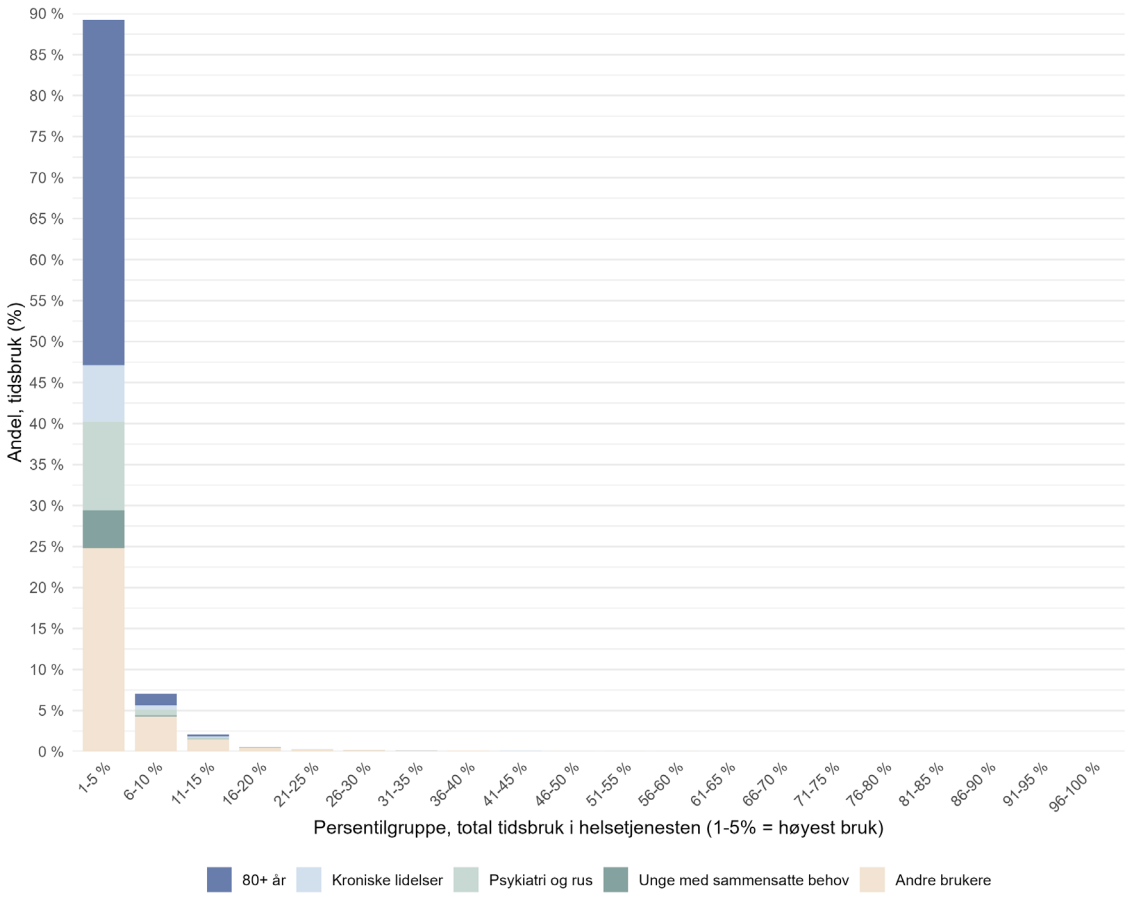
er av svært ulikt omfang, har vi lagt tidsvekter til de ulike tjenestene. For fastlegetjenester er konsultasjonstakstene vektet med 15 minutter, og tidstakst med ytterligere 15 minutter for hver gang den er brukt. For kontakter med spesialisthelsetjenesten er døgnopphold vektet med 24 timer per innleggelsesdag, dagbehandling med 6 timer og polikliniske kontakter med 30 minutter. Episoder uten registrert omsorgsnivå er vektet med 30 minutter dersom innleggelsesdato og utskrivningsdato er den samme, og som døgnopphold dersom oppholdet strekker seg over flere dager. Tidsvektene for kommunalt tildelte tjenester tar utgangspunkt i gjennomsnittlig antall tildelte timer per uke. For enkelte tjenester framstod datakvaliteten i denne variabelen som svak, og vekten er derfor satt skjønnsmessig. Tabell 8 viser vektene per kommunalt tildelt tjeneste. Summen av tid brukt på tvers av hovedtjenestetyper kan ikke overstige 8 760 timer i 2025.

Tabell 8. Tidsvekter per kommunalt tildelte helse- og omsorgtjeneste.

Kommunal tildelt tjeneste	Tidsvekt, minutter per dag med tjeneste
Praktisk bistand, daglige gjøremål	10
Praktisk bistand, opplæring, daglige gjøremål	10
Praktisk bistand, brukerstyrt personlig assistanse	130
Dagaktivitetstilbud	43
Matombringing	2
Trygghetsalarm	2
Avlastning utenfor institusjon	86
Avlastning i institusjon	720
Støttekontakt	20
Omsorgsstønad	43
Annen bolig	0
Helsetjenester i hjemmet	10
Re-/habilitering utenfor institusjon	86
Tidsbegrenset opphold, utredning/behandling	960
Tidsbegrenset opphold, habilitering/rehabilitering	960
Tidsbegrenset opphold, annet	960
Langtidsopphold i institusjon	960
Kommunal øyeblikkelig hjelp, døgnopphold	960
Lokaliseringsteknologi	2

Vektene spenner fra 15 minutter for en fastlegekonsultasjon til et helt døgn per innleggelsesdag, og døgnbaserte tjenester dominerer derfor totalbildet. Kommunalt tildelte tjenester utgjør om lag to tredeler av tid i helsetjenesten totalt, og av dette står langtidsplass i institusjon alene for rundt 60 prosent. Spesialisthelsetjenesten utgjør om lag 30 prosent av total tid, hvorav over 90 prosent er knyttet til døgnopphold. Fastlegekonsultasjoner utgjør i overkant av 1 prosent av total tid. Tidsmålet fanger dermed i hovedsak opp døgnbaserte tjenester. Det gjenspeiler at slike tjenester omfatter pasienten hele døgnet, men innebærer også at forskjeller i bruk av polikliniske tjenester og fastlegetjenester får liten betydning for totalbildet. Vektene måler tid pasienten mottar eller er omfattet av en tjeneste, ikke kostnad eller personellinnsats. Et døgn i intensivbehandling og et døgn på sengepost teller likt.

Når vi grupperer etter samlet tidsbruk fremfor antall tjenester (figur 16), står de fem prosentene med høyest tidsbruk for i underkant av 90 prosent av all tid i helsetjenesten. Av dette utgjør personer 80 år og eldre om lag 40 prosentpoeng og gruppen andre brukere om lag 25 prosentpoeng.



Figur 16. Andel av samlet tidsbruk i helsetjenesten i 2025, fordelt på 5 %-grupper etter tidsbruk. Gruppen 1-5 % bruker flest tjenester. Andel tjenestebruk innad i hver 5 %-gruppe er vist per målpopulasjon. Tjenestene er vektet med anslått tid, se tabell 8. Summert tid per person er begrenset oppad til 8 760 timer.

3.1.5 Kapitteloppsummering

De fleste i befolkningen i Norge har kontakt med én eller to deler av helsetjenesten i løpet av 2025, mens 6 % av personer som benytter minst en tjeneste, benytter alle tre nivåer og regnes som multitjenestebrukere. Multitjenestebrukere er oftere kvinner og eldre – særlig personer 80 år og eldre. 15 % av befolkningen hadde ingen kontakt med helsetjenesten i løpet av året.

Bruk av helsetjenester varierer betydelig mellom grupper: Eldre, personer med flere kroniske lidelser og personer med diagnoser innen psykiatri og rus har langt høyere bruk av fastlegekonsultasjoner enn gjennomsnittet i befolkningen, mens barn og unge med varige og/eller sammensatte behov har lavere bruk per person. Flest kontakter skjer i allmennlegetjenesten, deretter i spesialisthelsetjenesten og i kommunalt tildelte helse- og omsorgstjeneste, der tjenester i hjemmet dominerer. Selv om de fleste målpopulasjonene har høyere bruk per person, står resten av befolkningen for størstedelen av fastlegekontaktene. Målpopulasjonene utgjør

imidlertid en større andel av kontaktene i spesialisthelsetjenesten og i kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester.

Bruken er samtidig sterkt konsentrert. De fem prosentene som bruker flest tjenester står for om lag 35 prosent av all tjenestebruk når det kommer til antall tjenester. Når tjenestene vektes med anslått tidsbruk, står samme gruppe for nærmere 90 prosent av tiden, i hovedsak fordi døgnbaserte tjenester veier tungt. Kommunalt tildelte tjenester utgjør om lag to tredeler av samlet tid, hvorav langtidsplass i institusjon alene står for rundt 60 prosent. Konsentrasjonen er ikke avgrenset til målpopulasjonene: også blant dem som bruker mest, står gruppen andre brukere for en betydelig andel av antall tjenester og samlet tidsbruk.

Andelen av befolkningen som bruker allmennlege- og spesialisthelsetjeneste samme år har økt fra 2019 til 2025, men veksten i kombinasjoner som inkluderer kommunalt tildelte tjenester har holdt seg relativt stabilt igjennom perioden. Overganger mellom allmennlege- og spesialisthelsetjenesten er de vanligste tjenesteovergangen, og utgjør i gjennomsnitt litt over én overgang per person i 2025.

3.2 Personer 80 år og eldre

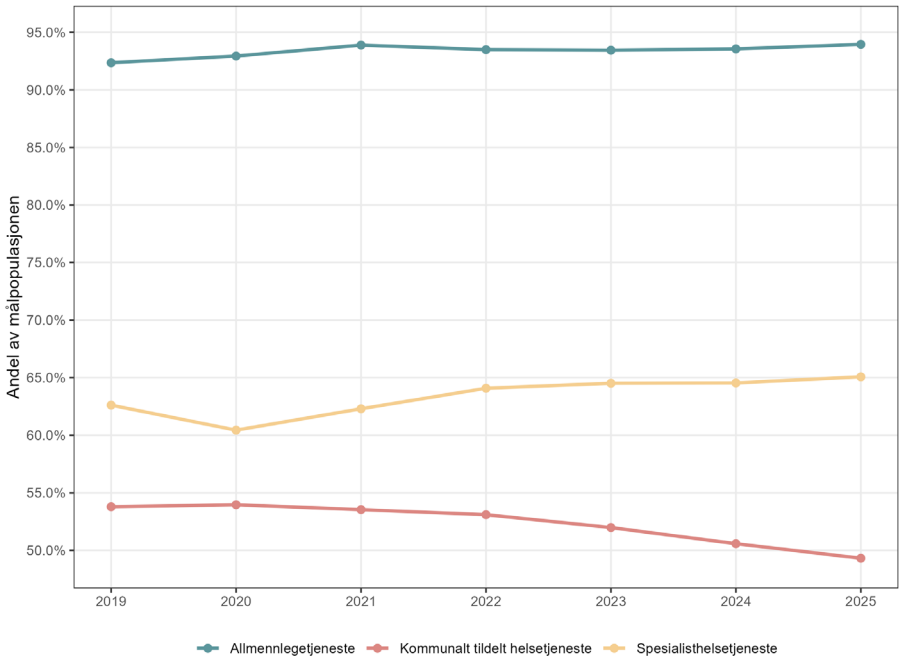
3.2.1 Bakgrunnsinformasjon

Målpopulasjonen *personer 80 år og eldre* besto av 312 007 personer i 2025. Tabell 9 beskriver kjennetegnene til målpopulasjonen på tvers av hvor mange hovedtjenestetyper populasjonen har vært i kontakt med igjennom året. Andelen av multitjenestebrukere, altså personer som er i kontakt med både allmennlegetjeneste og spesialisthelsetjeneste, og som samtidig mottar kommunalt tildelte tjenester, utgjør 33,4% (n=104 159) av målpopulasjonen. Andelen kvinner, enslige og personer uten høyere utdanning er høyere blant multitjenestebrukere sammenlignet med hele målpopulasjonen. Det at en større andel kvinner enn menn benytter flere helsetjenester i løpet av året kan delvis forklares med at kvinner typisk lever lengre enn menn, og at andelen som bruker flere helsetjenester samtidig øker med alder. Kun 1,4% har ingen kontakt med en helsetjeneste i løpet av året.

Tabell 9: Bakgrunnsopplysninger for personer 80 år og eldre (n= 312 007) etter antall hovedtjenestetyper benyttet i 2025 (allmennlegetjeneste, spesialisthelsetjeneste og kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester).

Antall hovedtjenestetyper benyttet	Ingen tjenester	1-2 hovedtjenestetyper	3 hovedtjenestetyper (multitjenestebrukere)
Totalt antall	4 413 (1,4%)	203 435 (65,2%)	104 159 (33,4%)
Kjønn			
Kvinne	2 414 (1,3%)	112 031 (62,5%)	64 745 (36,1%)
Mann	1 999 (1,5%)	91 404 (68,8%)	39 414 (29,7%)
Aldersgruppe			
80-84 år	2 593 (1,6%)	121 913 (74,1%)	39 932 (24,3%)
85-89 år	1 102 (1,2%)	53 584 (59,1%)	36 011 (39,7%)
90+ år	718 (1,3%)	27 938 (49,1%)	28 216 (49,6%)
Sivilstand			
Gift / partner	1 691 (1,3%)	95 750 (74,9%)	30 362 (23,8%)
Ugift / separert / enke	2 722 (1,5%)	107 685 (58,5%)	73 797 (40,1%)
Utdannelsesnivå			
Høyere utdanning	977 (1,4%)	49 109 (70,4%)	19 661 (28,2%)
Ingen høyere utdanning	3 436 (1,4%)	154 326 (63,7%)	84 498 (34,9%)
Sentralitet			
Høy sentralitet	3 203 (1,6%)	134 850 (66,0%)	66 210 (32,4%)
Lav sentralitet	1 210 (1,1%)	68 585 (63,7%)	37 949 (35,2%)

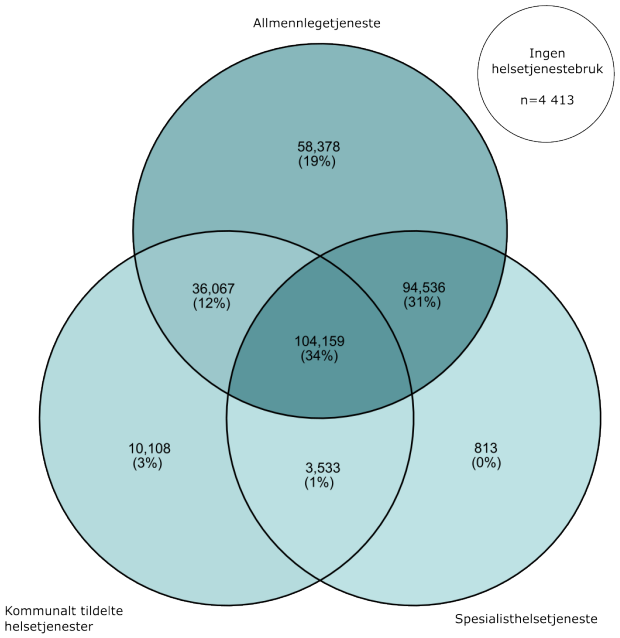
Figur 17 viser utviklingen i bruk av de ulike hovedtjenestetypene hos personer 80 år og eldre i perioden fra 2019 til 2025. Andelen brukere av allmennlegetjenesten har holdt seg relativt stabilt igjennom perioden. Andelen brukere av spesialisthelsetjenesten har steget noe, til rundt 65% i 2025, etter en midlertidig nedgang i 2020. Andelen brukere av kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester falt i perioden, fra rundt 54% til i underkant av 50%. Samtidig har det samlede antallet personer i befolkningen 2 år og eldre som mottar slike tjenester holdt seg relativt stabilt (figur 1), til tross for en aldrende befolkning. Dette kan tyde på at en økende andel av de som strømmer til målpopulasjonen over 80 år ikke mottar slike tjenester.



Figur 17. Årlig andel av personer 80 år og eldre som har minst en kontakt med helsetjenesten etter hovedtjenestetype i perioden 2019-2025.

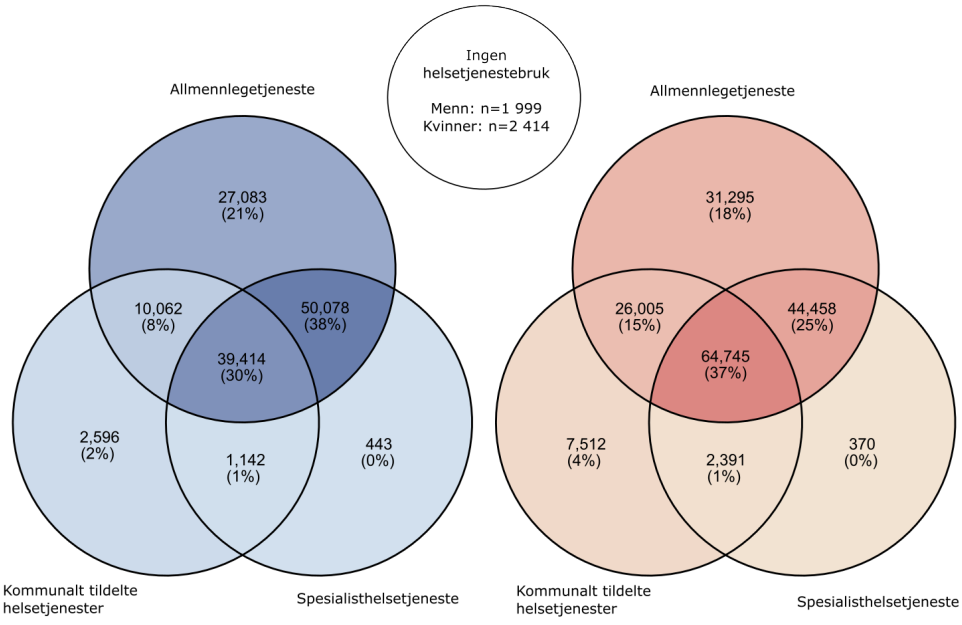
3.2.2 Samtidig bruk av helsetjenester

Figur 18 beskriver ulike kombinasjoner av helsetjenestebruk for personer 80 år og eldre i 2025 som har kontakt med minst en hovedtjenestetype. Mørkere farge indikerer høyere andel med den aktuelle kombinasjonen. 31 prosent av personer 80 år og eldre bruker både allmennlege- og spesialisthelsetjeneste. 34 prosent er såkalte multitjenestebrukere, og benytter seg av allmennlege-, spesialisthelsetjeneste og kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester. Til sammen utgjør disse to gruppene 65 prosent av målpopulasjonen. Nær 80 % i kontakt med minst to hovedtjenestetyper i løpet av året.



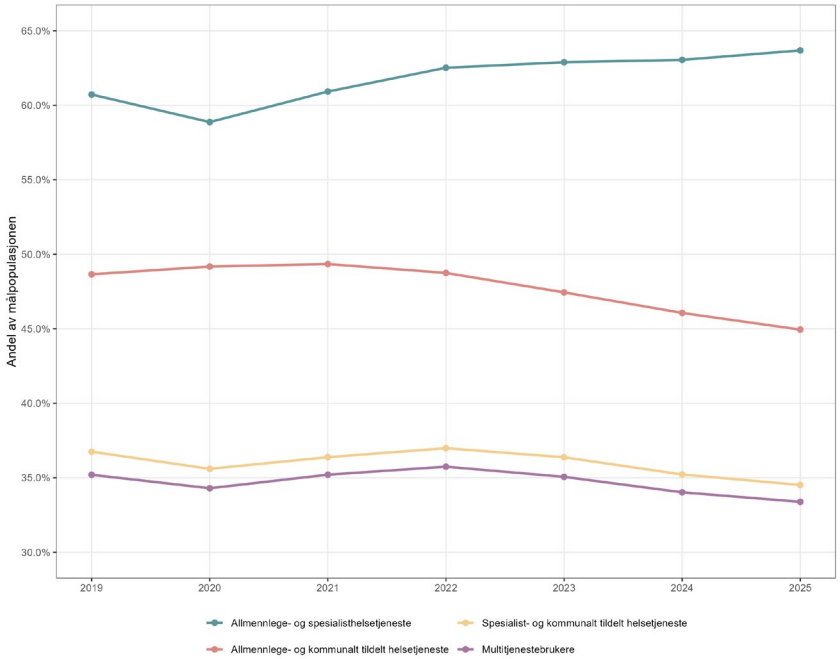
Figur 18. Venndiagram over hovedtjenestetypene personer 80 år og eldre er i kontakt med i 2025. 4 413 (av 312 007, 1,4%) personer hadde ingen kontakt med en helsetjeneste og er ikke representert i totalandelen. Mørkere farge indikerer områder med flere individer.

Figur 19 viser sammensetningen av helsetjenestebruk for henholdsvis menn og kvinner og viser at det eksisterer kjønnsforskjeller i brukssammensetning. Menn har i større grad kontakt med allmennlege- og spesialisthelsetjeneste enn kvinner (menn 38%, kvinner 25%), mens en større andel kvinner enn menn har kontakt med alle tre hovedtjenestetypene (kvinner 37%, menn 30%).



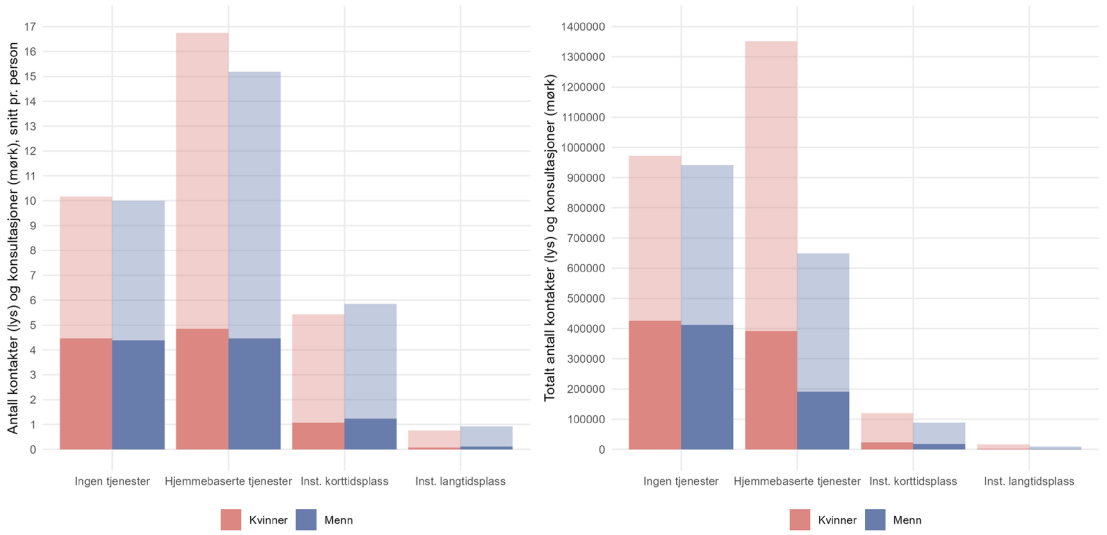
Figur 19. Venndiagram over hovedtjenestetypene personer 80 år og eldre er i kontakt med i 2025, for menn (blå) og kvinner (rød). 1 999 menn (av 132 817, 1,5%) og 2 414 kvinner (av 179 190, 1,4%) hadde ingen kontakt med en helsetjeneste og er ikke representert i totalandelen. Mørkere farge indikerer områder med flere individer.

Figur 20 viser utviklingen over tid i andelen av personer med bruk av flere hovedtjenestetyper samme år i perioden 2019 til 2025. Det er en liten økning i andelen av personer som både mottar tjenester i allmennlege- og spesialisthelsetjenesten samme år, ellers har tjenestekombinasjoner med kommunalt tildelt helse- og omsorgstjeneste falt siden 2022/2023. Andelen multitjenestebrukere har også falt siden 2023.



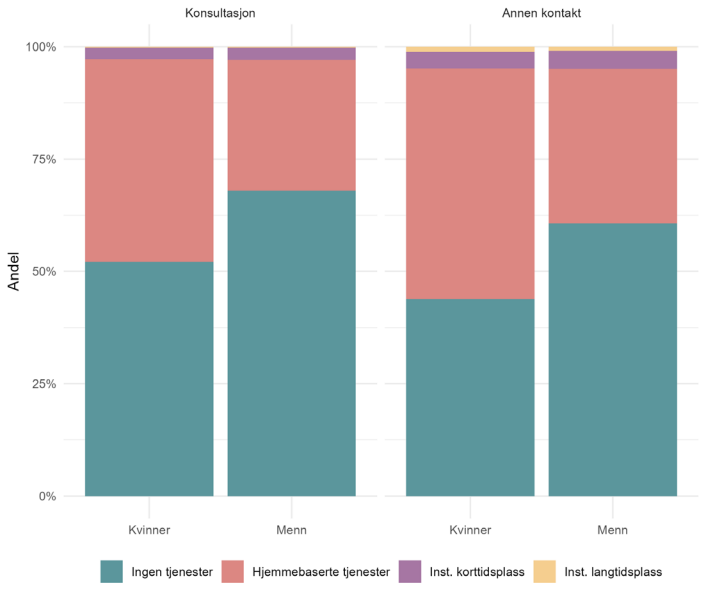
Figur 20. Årlig andel av personer 80 år og eldre som benytter ulike kombinasjoner av hovedtjenestetyper i perioden 2019–2025.

Figur 21 viser gjennomsnittlig antall og totalt antall kontakter og konsultasjoner i 2025 for personer 80 år og eldre, etter kjønn og mottak av kommunalt tildelte helsetjenester. Personer utenfor institusjon hadde det høyeste gjennomsnittet av fastlegekonsultasjoner og -kontakter og mottar også hoveddelen av fastlegetjenestene. Sammenlignet med de andre gruppene, står kvinner som mottar tjenester i hjemmet for et stort volum av fastlegekontakter.



Figur 21. Kontakter (lys) og konsultasjoner (mørk) med fastlege, gjennomsnittlig antall per person (venstre) og totalt antall (høyre) i 2025 for personer 80 år og eldre, etter kjønn og status for bruk av kommunalt tildelte helsetjenester.

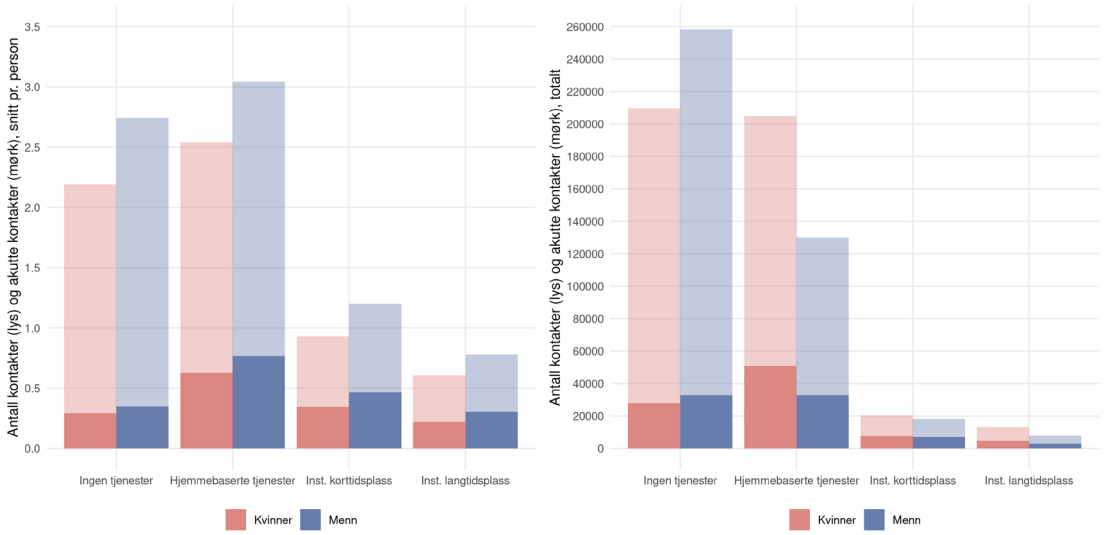
Figur 22 viser sammensetningen av fastlegebruk ut fra status for bruk av kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester. Figuren viser at personer som ikke bruker kommunalt tildelte helsetjenester bruker hoveddelen av fastlegekonsultasjonene. Denne andelen er særlig stor blant menn både for konsultasjoner og andre type kontakter. Kvinner som bruker tjenester i hjemmet har også en høy andel konsultasjoner, og har også særlig mange andre typer fastlegekontakter.



Figur 22. Fordeling av konsultasjoner (venstre) og annen type kontakt (høyre) med fastlege i 2025 for personer 80 år og eldre, etter kjønn og status for bruk av kommunalt tildelte helsetjenester.

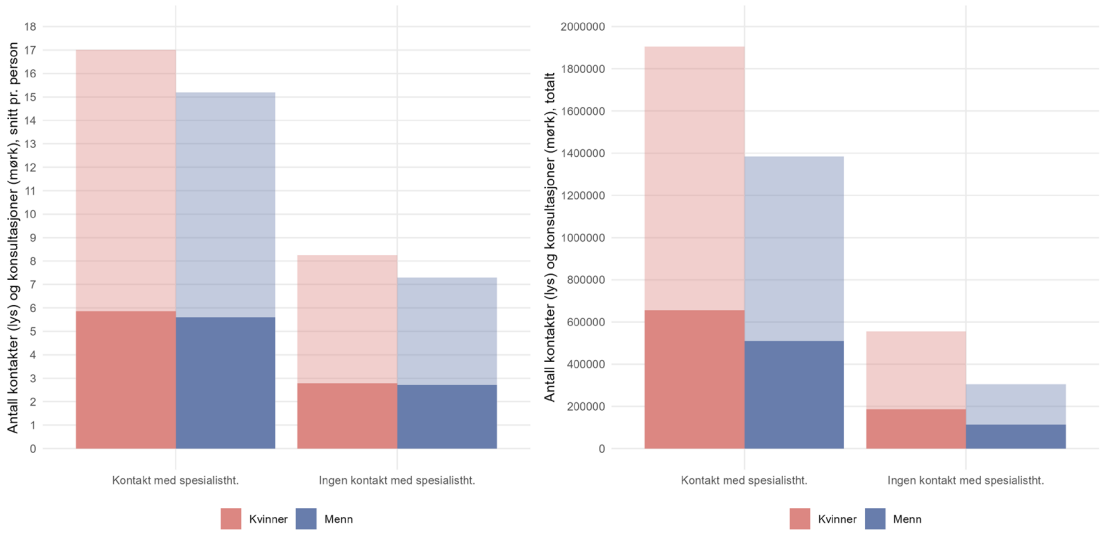
Figur 23 viser gjennomsnittlig antall kontakter i spesialisthelsetjenesten per person for personer 80 år og eldre i 2025, inkludert akutte kontakter, samt det totale antallet kontakter etter status for bruk av kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester. Overordnet har menn et høyere gjennomsnittlig antall kontakter. Personer som mottar tjenester i hjemmet, har det høyeste antall kontakter per person. Målt i totalt antall kontakter er det imidlertid personer uten tjenester i

hjemmet, samt kvinner som mottar tjenester i hjemmet, som står for det største volumet. Dette skyldes at dette er en betydelig større gruppe.



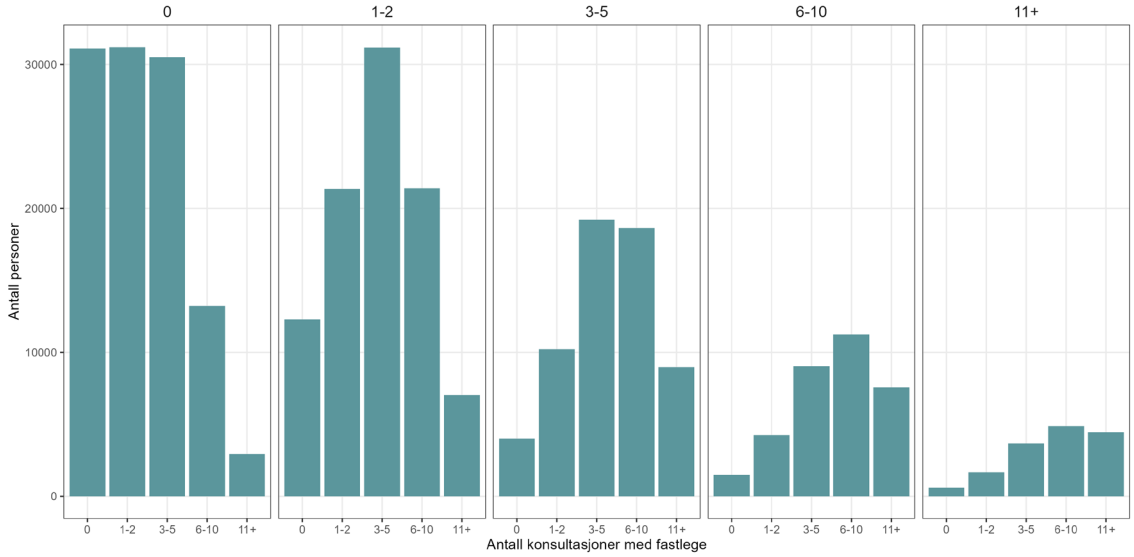
Figur 23. Kontakter (lys) og akutte kontakter (mørk) med spesialisthelsetjenesten, gjennomsnittlig antall per person (venstre) og totalt antall (høyre) i 2025 for personer 80 år og eldre, etter kjønn og status for bruk av kommunalt tildelte helsetjenester.

Figur 24 viser gjennomsnittlig antall og totalt antall kontakter og konsultasjoner med fastlege, fordelt etter om personene har hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten samme år. Personer som har vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten har i gjennomsnitt både flere fastlegekontakter og -konsultasjoner enn personer uten slik kontakt. Det gjennomsnittlige antallet konsultasjoner er relativt likt mellom kvinner og menn både med og uten kontakt med spesialisthelsetjenesten, mens kvinner i større grad har flere fastlegekontakter. Totalt har personer som har hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten det største volumet av fastlegekonsultasjoner og -kontakter.



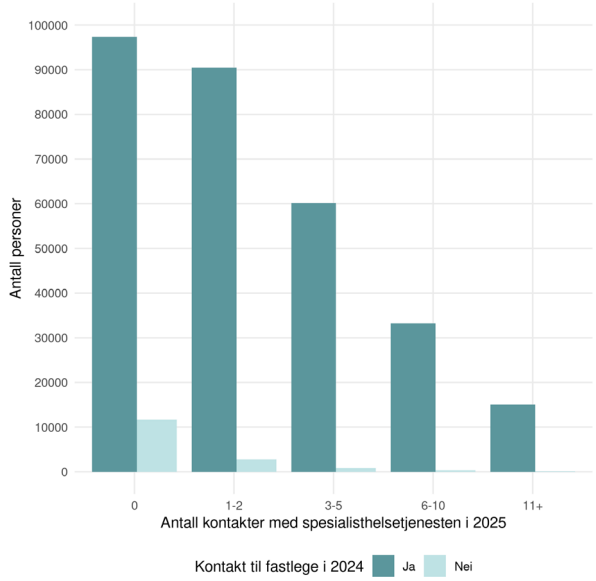
Figur 24. Kontakter (lys) og konsultasjoner (mørk) med fastlege, gjennomsnittlig antall per person (venstre) og totalt antall (høyre) i 2025 for personer 80 år og eldre, etter kjønn og status for kontakt med spesialisthelsetjenesten samme år.

Figur 25 viser fordelingen av personer etter antall fastlegekonsultasjoner (x-akse) og antall kontakter med spesialisthelsetjenesten (fasetter). Figuren viser at flertallet ikke har hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten det aktuelle året. Blant dem som har brukt spesialisthelsetjenesten ser vi en forskyvning mot flere fastlegekonsultasjoner blant de med flere kontakter i spesialisthelsetjenesten.



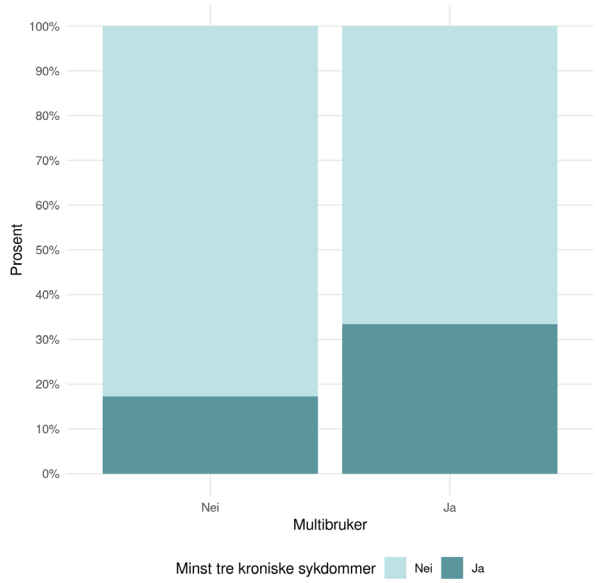
Figur 25. Antall personer 80 år og eldre etter antall konsultasjoner med fastlege (x-akse) og antall kontakter med spesialisthelsetjenesten (fasetter) i 2025.

Figur 26 viser fordelingen av personer etter antall kontakter med spesialisthelsetjenesten i 2025, gruppert etter om de har hatt kontakt med fastlege i 2024. Figuren viser at personer med flere kontakter med spesialisthelsetjenesten i 2025 i all hovedsak har hatt minst en kontakt med fastlege året før.



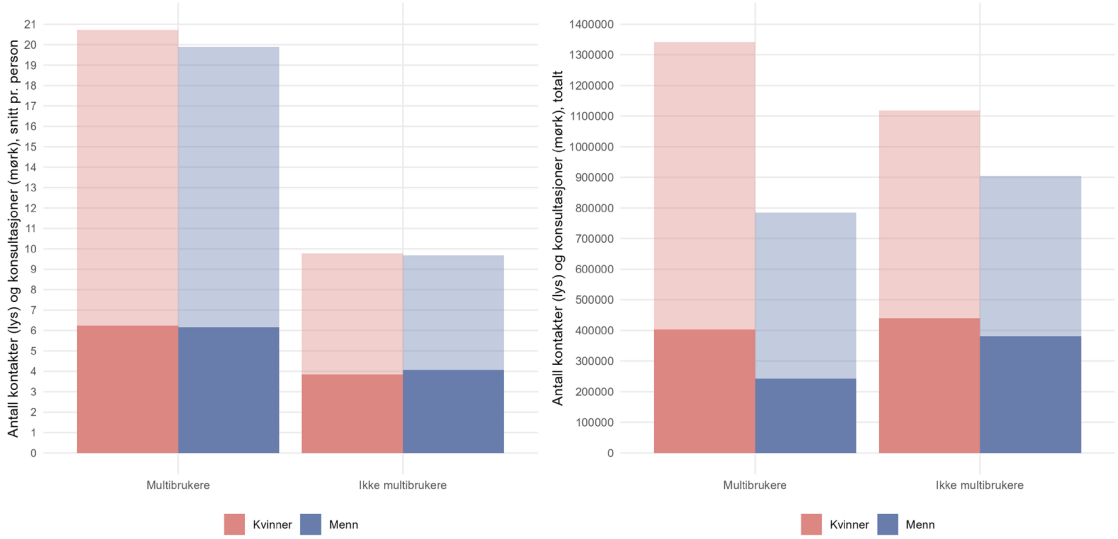
Figur 26. Antall personer 80 år og eldre med kontakt til spesialisthelsetjenesten i 2025, etter om de har hatt kontakt med fastlege i 2024.

Tidligere figurer har indikert at det er grunn til å rette fokus mot multitjenestebrukere, altså de som bruker både allmennlegetjeneste, spesialisthelsetjeneste og mottar kommunalt tildelte tjenester i løpet av et år. Figur 27 viser at andelen av personer med flere kroniske lidelser er betydelig høyere for personer med kontakt til både allmennlege-, spesialist- og kommunalt tildelte tjenester i 2025 enn for personer uten kontakt til alle tre tjenester. Definisjonen på kronisk sykdom benyttet i rapporten kan finnes i starten av neste delkapittel, tabell 13.



Figur 27. Andel personer 80 år og eldre i 2025 diagnostisert med minst tre kroniske sykdommer i 2023-2024, etter multitjenestebrukerstatus.

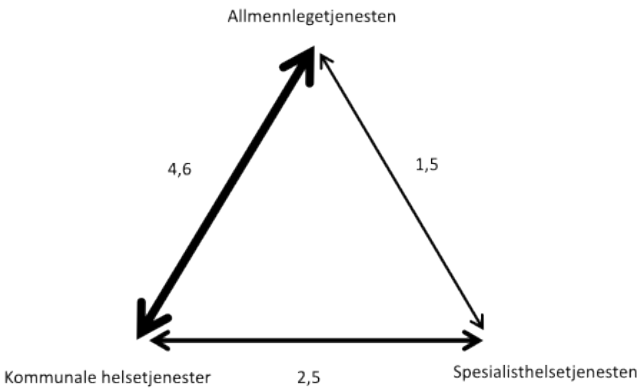
I figur 28 utforsker vi hvordan multitjenestebrukere i målpopulasjonen bruker fastlegetjenesten. Figuren viser gjennomsnittlig antall og totalt antall fastlegekonsultasjoner og -kontakter per person for kvinner og menn etter om de er multitjenestebrukere eller ikke. Multitjenestebrukere har et gjennomgående høyere gjennomsnitt av både konsultasjoner og kontakter sammenlignet med personer som ikke er multitjenestebrukere. Likevel utgjør kvinnene som ikke er definert som multitjenestebrukere en betydelig del av de totale fastlegekonsultasjonene og -kontaktene.



Figur 28. Kontakter (lys) og konsultasjoner (mørk) med fastlege, gjennomsnittlig antall per person (venstre) og totalt antall (høyre) i 2025 for personer 80 år og eldre, etter kjønn og status for samtidig bruk av både allmennlegetjeneste, kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjeneste (multitjenestebrukere, n=104 159, 33 % av målpopulasjonen).

3.2.3 Overganger mellom helsetjenester

I dette delkapitlet vil det presenteres resultater fra analyser om overganger mellom tjenester. Figur 29 viser gjennomsnittlig antall overganger mellom hovedtjenestetypene per person. Som beskrevet i metodeavsnittet, tilsvarer en overgang inngangen til en ny tjeneste innenfor en annen hovedtjenestetype. Figuren viser at det i snitt skjer flest overganger mellom allmennlegetjenesten og kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester for personer 80 år og eldre, omkring tre ganger flere sammenlignet med overganger mellom allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten for denne aldersgruppen. Dette skyldes at en stor del av gruppen mottar kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester.



Figur 29. Gjennomsnittlig antall overganger per person mellom hovedtjenestetyper for personer 80 år og eldre i 2025. En tykkere pil representerer flere overganger.

Tabell 10 viser andel personer etter antall overganger mellom hovedtjenestetyper og antall sekvenser hvor det er kontakt med alle hovedtjenestetypene. Omkring 30-40 % har minst to overganger mellom to av de ulike hovedtjenestetypene. Litt mindre enn en fjerdedel av

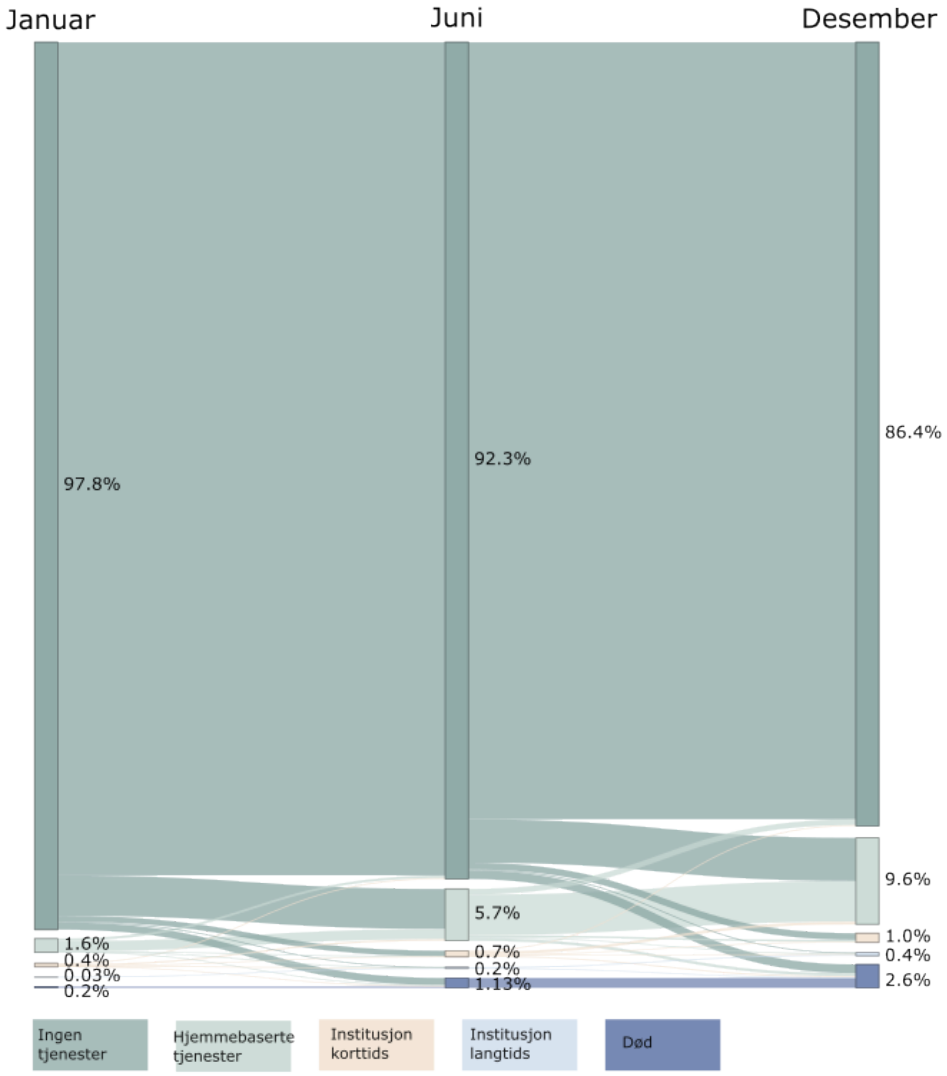
målpopulasjonen har 8 eller flere overganger mellom allmennlegetjenesten og kommunal helsetjeneste, mens en langt mindre andel har like mange overganger mellom de andre hovedtjenestetypene. Totalt opplever 20% av personer 80 år og eldre sekvenser med overganger mellom alle hovedtjenestetypene minst to ganger.

Tabell 10. Prosentandel av personer 80 år og eldre etter antall overganger mellom hovedtjenestetypene i 2025.

Antall overganger mellom hovedtjenestetyper	**≥ 2**	**≥ 4**	**≥ 6**	**≥ 8**
Spesialisthelsetjeneste ↔ allmennlegetjeneste	30%	16%	8%	4%
Allmennlegetjeneste ↔ kommunal helsetjeneste	38%	32%	27%	23%
Kommunal helsetjeneste ↔ spesialisthelsetjeneste	31%	22%	16%	12%
Antall sekvenser med kontakt til alle hovedtjenestetypene	**≥ 2**	**≥ 3**	**≥ 4**	
	20%	13%	8%	

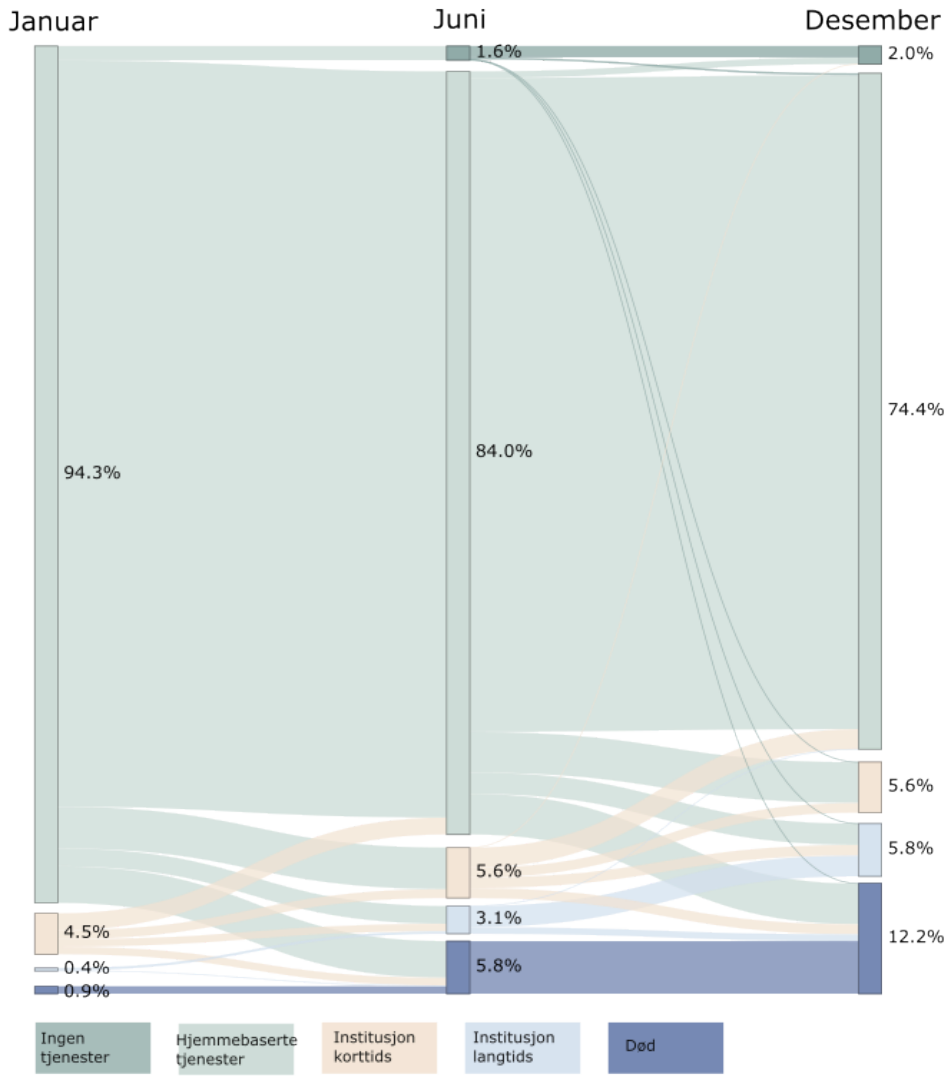
Videre illustrerer vi pasientflyten imellom kommunalt tildelte helsetjenester igjennom året via Sankey-diagrammer, som viser hvilken tjeneste personer mottar i januar, juni og desember for ulike målpopulasjoner. Status er registrert på den siste dagen i den aktuelle måned. Som forklart under metode-avsnittet tildeler vi personer en månedlig tilstand ut fra gjeldende hierarki om en person mottar flere kommunalt tildelte tjenester samme måned: 1) ingen tjenester, 2) tjenester i hjemmet, 3) korttidsplass i institusjon og 4) langtidsplass i institusjon. Ved død vil personen tildeles denne statusen måneden dødsfallet inntreffer.

Figur 30 viser utviklingen i bruk av kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester gjennom året for individer som ikke mottok slike tjenester den 1 januar 2025 (n = 187 177, 60 % av målpopulasjonen). Ved årets slutt mottar 10 % av disse tjenester i hjemmet, mens 1% har korttidsplass og 0,4 % har langtidsplass i institusjon. I tillegg er 3 % døde ved utgangen av året. Den store majoriteten fortsetter imidlertid å ikke motta noen kommunalt tildelt helse- og omsorgstjeneste gjennom året (86 %).



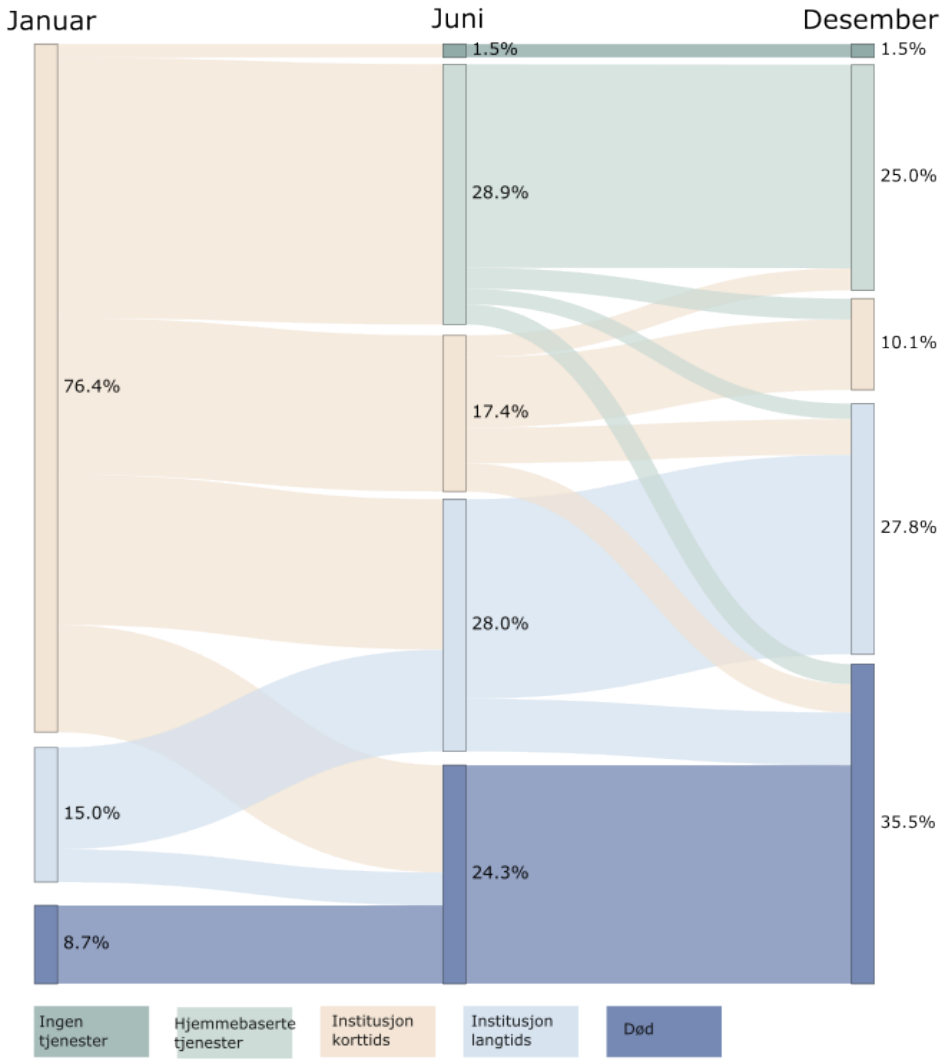
Figur 30. Status for bruk av kommunalt tildelte tjenester igjennom 2025 for personer 80 år og eldre som ikke mottar kommunalt tildelte tjenester ved inngangen av januar (n = 187 177, 60 %).

Figur 31 viser tilsvarende oversikt for personer som mottar tjenester i hjemmet ved inngangen til 2025 (n= 93 341, 30 % av målpopulasjonen). Sammenlignet med populasjonen i figur 30 ser vi her større endringer i status gjennom året, der 27 % ender året med en annen tjenestestatus, mot 14 % i populasjonen uten bruk av tjenester i starten av året. En høyere andel har korttidsplass (6 %) eller langtidsplass (6 %) i institusjon ved årets slutt, og 12 % av gruppen er døde. En mindre andel (2 %) mottar ikke lenger kommunalt tildelte helsetjenester ved utgangen av året.



Figur 31. Status for bruk av kommunalt tildelte tjenester igjennom 2025 for personer 80 år og eldre som bruker tjenester i hjemmet ved inngangen av januar (n= 93 341, 30 %).

Figur 32 viser pasientflyten i de kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenestene for personer som har korttidsplass i institusjon ved inngangen til året (n= 4 122, 1 % av målpopulasjonen). Oversikten over pasientflyten bekrefter at korttidsplass i hovedsak er en midlertidig tjeneste, ettersom majoriteten av populasjonen har en annen status både i juli (83 %) og ved årets slutt (90 %). Ved utgangen av året mottar en betydelig andel langtidsplass i institusjon (28 %), mens en stor andel har flyttet hjem og mottar tjenester i hjemmet (25 %). Dødeligheten i gruppen er høy, og over en tredjedel av dem som startet året på med korttidsplass, er døde ved utgangen av året.



Figur 32. Status for bruk av kommunalt tildelte tjenester igjennom 2025 for personer 80 år og eldre som har korttidsplass på institusjon ved inngangen av januar (n= 4 122, 1 %).

Generelt viser figurene at tjenestehierarkiet er sterkt asymmetrisk i denne målpopulasjonen, hvor tilbakegang kun skjer unntaksvis. Eksempelvis ser vi at kun 2 % av populasjonen som mottar tjenester i hjemmet i starten av året går tilbake til å ikke motta tjenester i hjemmet i slutten av året. Unntaket er korttidsplass, hvor 25 % går tilbake til å motta tjenester i hjemmet.

Videre presenterer vi estimerte sannsynligheter for overgang fra én kommunal tildelt tjeneste-status til en annen for personer 80 år og eldre. Tabell 11 viser kumulativ insidens for ulike overganger mellom kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester over 12 måneder. Blant personer som ikke mottar tjenester, går 13 % over til tjenester i hjemmet i løpet av 12 måneder, og 4 % får korttidsopphold i institusjon. Blant personer som starter med tjenester i hjemmet, har 33 % et korttidsopphold i institusjon i løpet av de første 12 månedene, mens 15 % går tilbake til ingen tjenester. Overgang til langtidsopphold er sjelden, både blant dem uten tjenester og blant dem med tjenester i hjemmet. Dødeligheten er relativt høy i denne målpopulasjonen, særlig blant personer med langtidsopphold i institusjon, der 43 % dør i løpet av 12 måneder. Det er ikke

beregnet kumulativ insidens for overganger fra korttidsopphold, fordi dette i de fleste tilfeller er en midlertidig status.

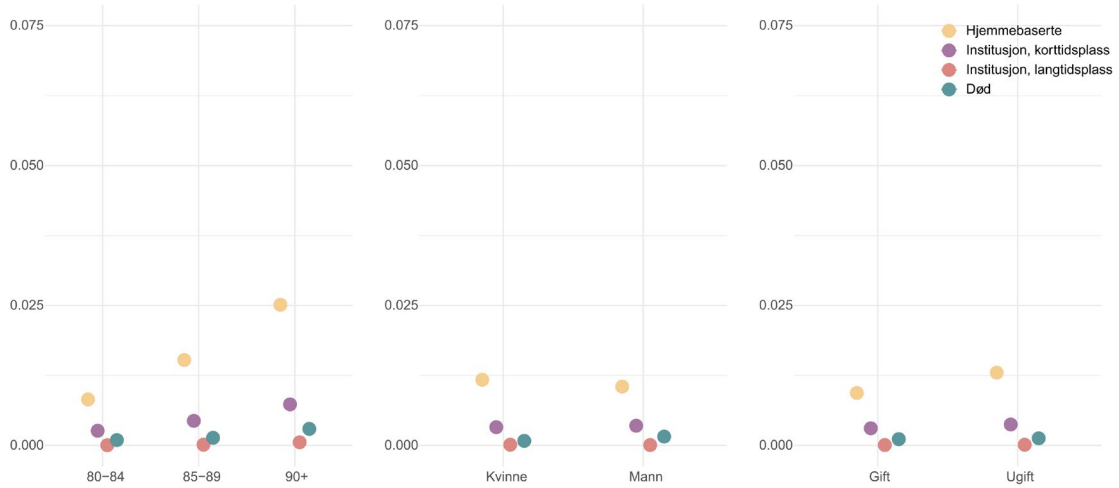
Tabell 11. 12-måneders kumulativ insidens for overgang fra en status innen bruk av kommunalt tildelte tjenester til en annen for personer 80 år og eldre i 2025.

Overgang til	12 måneders kumulativ insidensrate, målt i prosent
Overgang fra: Ingen tjenester	
Tjenester i hjemmet	12,9
Korttidsopphold i institusjon	4,0
Langtidsopphold i institusjon	0,2
Død	1,4
Overgang fra: Tjenester i hjemmet	
Ingen tjenester	14,5
Korttidsopphold i institusjon	33,3
Langtidsopphold i institusjon	2,3
Død	7,4
Overgang fra: Langtidsopphold i institusjon	
Ingen tjenester	0,4
Tjenester i hjemmet	1,6
Korttidsopphold i institusjon	0,3
Død	43,1

12-måneders kumulativ insidens er betinget på alder, kjønn, utdanning, sentralitet og sesong. Vi viser ikke insidensraten for personer som er på korttidsopphold, da denne tilstanden per definisjon er midlertidig.

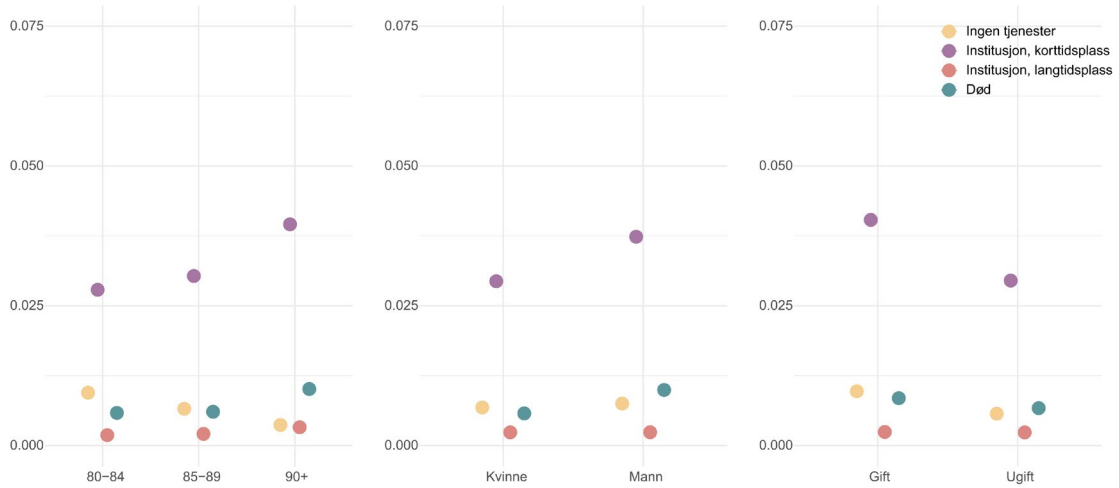
Andelene i tabell 11 er generelt høyere enn i figur 30 og 31, fordi kumulativ insidens viser sannsynligheten for overgang i løpet av 12 måneder fra personen endret status, mens figurene viser status i januar, juni og desember for alle som hadde en gitt status ved inngangen av året, også de som har hatt den lenge. Overganger som skjer og reverseres mellom disse tidspunktene, for eksempel et korttidsopphold, kommer derfor ikke fram i figurene. I tillegg er den kumulative insidensen justert for alder, kjønn, utdanning, sentralitet og sesong, mens sankey-diagrammene viser ujusterte andeler.

De neste figurene viser den månedlige sannsynligheten for å gå fra én tjenestestatus til en annen i bruken av kommunalt tildelte tjenester, fordelt på demografiske kjennetegn. Figur 33 viser dette for personer som ikke mottar tjenester. I tråd med tabell 11 er overgang til tjenester i hjemmet den vanligste, og sannsynligheten for denne overgangen øker med alder. Sannsynligheten for overgang til korttidsplass øker også noe med alder. Utover dette er det lite variasjon etter kjønn og sivilstatus.



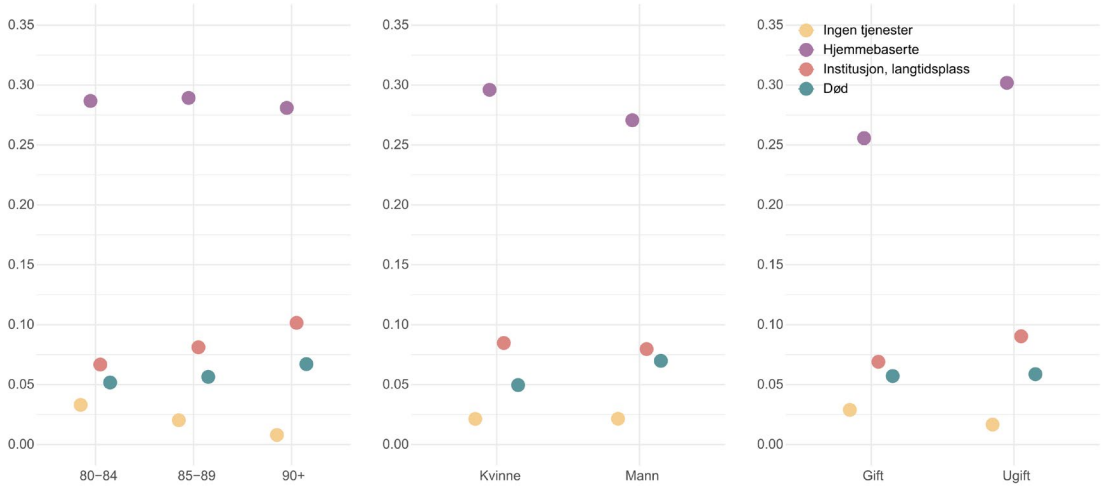
Figur 33. Månedlig sannsynlighet for overgang til kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester i 2025 blant personer 80 år og eldre som ikke mottar slike tjenester, etter aldersgruppe, kjønn og sivilstatus.

Figur 34 viser den månedlige sannsynligheten for overgang blant personer som mottar tjenester i hjemmet, fordelt på demografiske kjennetegn. Alder har betydning, særlig for overgang til korttidsopphold i institusjon. Personer som er gift eller har registrert partner, har også høyere sannsynlighet for å gå over til korttidsopphold enn personer som ikke er gift eller har registrert partner.



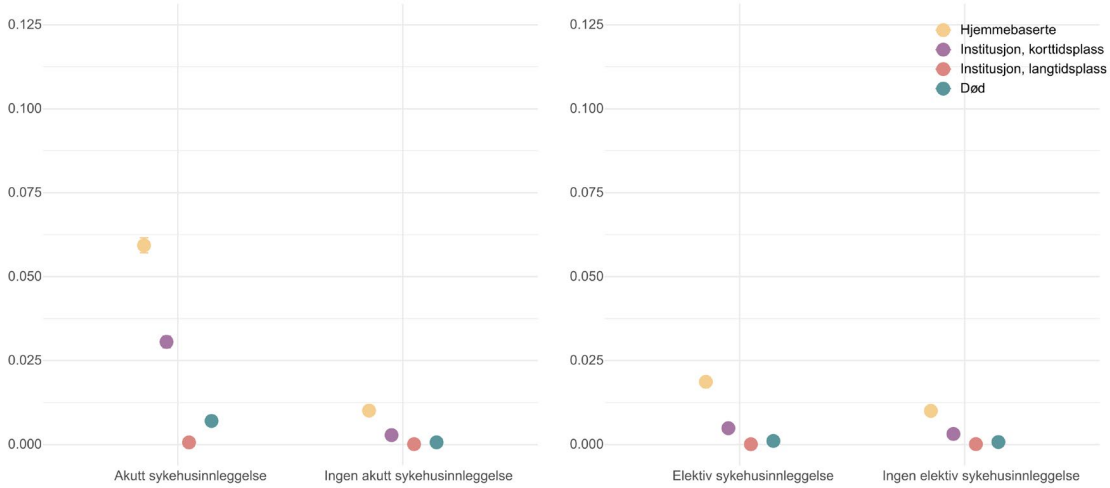
Figur 34. Månedlig sannsynlighet for overgang til en annen tjenestestatus i 2025 blant personer 80 år og eldre som mottar tjenester i hjemmet, etter aldersgruppe, kjønn og sivilstatus.

Figur 35 viser den månedlige sannsynligheten for overgang blant personer på korttidsopphold i institusjon, fordelt på demografiske kjennetegn. Den vanligste overgangen er tilbake til tjenester i hjemmet, med en sannsynlighet på rundt 30 %. Sannsynligheten for å få langtidsplass er 7–10 % og øker med alder, mens sannsynligheten for død er omkring 5–6 %. Personer som er gift eller har registrert partner, har lavere sannsynlighet for overgang både til tjenester i hjemmet og til langtidsplass enn personer som ikke er gift eller har registrert partner.



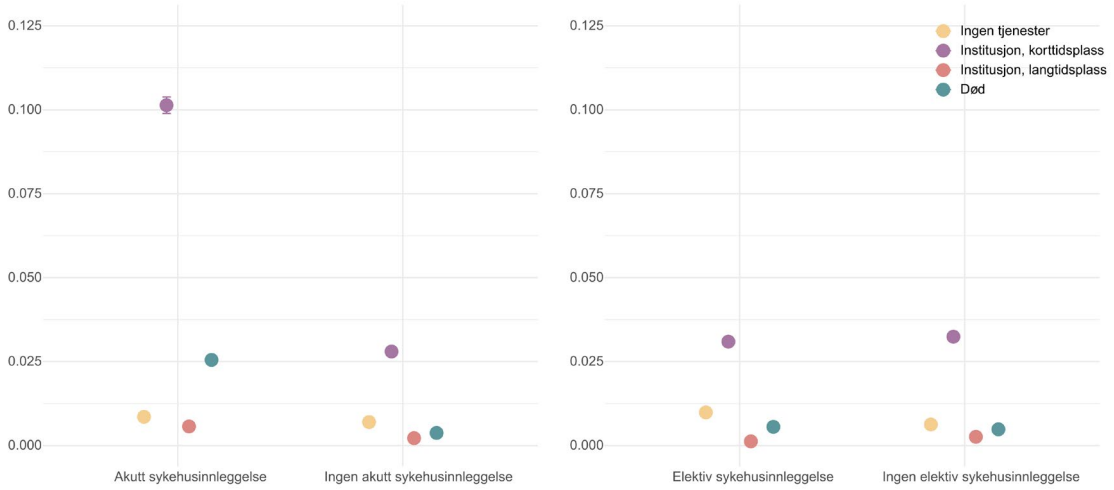
Figur 35. Månedlig sannsynlighet for overgang til en annen tjenestestatus i 2025 blant personer 80 år og eldre med korttidsopphold i institusjon, etter aldersgruppe, kjønn og sivilstatus.

De neste figurene viser sannsynligheten for overgang måneden etter en akutt eller elektiv kontakt med spesialisthelsetjenesten. Figur 36 gjelder personer som ikke mottok kommunalt tildelte tjenester måneden før. Sannsynligheten for overgang er generelt lav etter elektive kontakter og noe høyere etter akutte kontakter. Etter en akutt kontakt starter omkring 6 % med tjenester i hjemmet og omkring 3 % med korttidsopphold i institusjon.



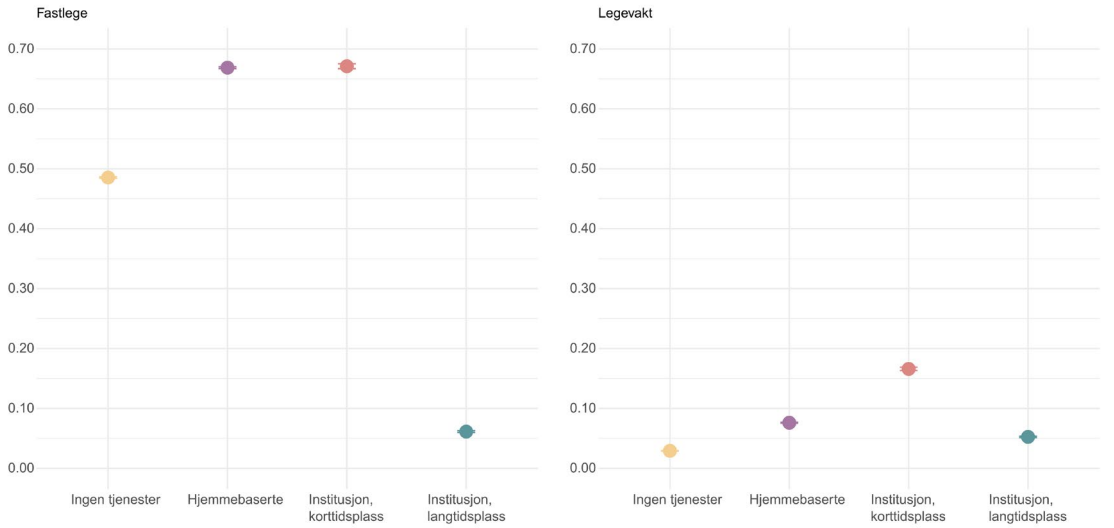
Figur 36. Sannsynlighet for overgang til en annen status måneden etter en akutt (t.v.) eller elektiv (t.h.) kontakt med spesialisthelsetjenesten i 2025, blant personer 80 år og eldre som ikke mottok kommunalt tildelte tjenester måneden før kontakten.

Figur 37 viser overgangssannsynligheter måneden etter spesialisthelsetjenestekontakt for personer som mottar tjenester i hjemmet. Rundt 10% av målpopulasjonen som har hatt en akutt kontakt med spesialisthelsetjenesten har korttidsplass på institusjon måneden etter, og omkring 2,5% er døde.



Figur 37. Sannsynlighet for overgang til en annen status måneden etter en akutt (t.v.) eller elektiv (t.h.) kontakt med spesialisthelsetjenesten, blant personer 80 år og eldre som mottok tjenester i hjemmet måneden før kontakten.

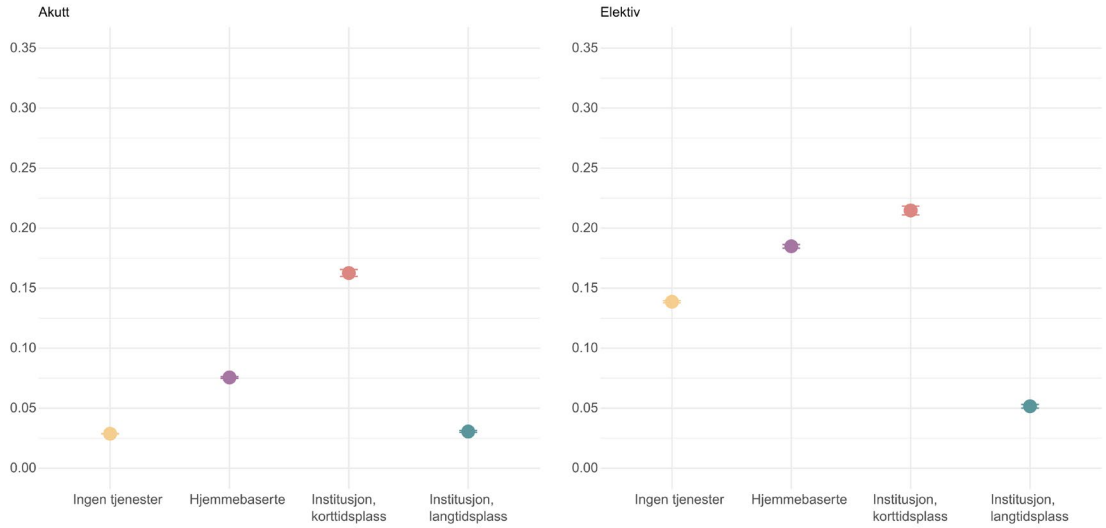
Figur 38 viser sannsynlighet for kontakt med fastlege og legevakt i en gitt måned, etter status for bruk av kommunalt tildelte tjenester måneden før. Blant personer med langtidsopphold i institusjon er det en langt lavere sannsynlighet for fastlegekontakt enn i de øvrige gruppene, som forventet siden de har tilgang på legetjenester gjennom institusjonen. Sannsynligheten er noe høyere blant personer som mottok tjenester i hjemmet eller var på korttidsopphold, enn blant personer uten kommunalt tildelte tjenester. De som var på korttidsopphold, har også høyest sannsynlighet for legevaktkontakt, noe som kan gjenspeile en ustabil helsesituasjon.



Figur 38. Sannsynlighet for bruk av fastlege (t.v.) og legevakt (t.h.) i en gitt måned i 2025 blant personer 80 år og eldre, etter status for bruk av kommunalt tildelte tjenester måneden før.

Figur 39 viser sannsynligheten for akutt og elektiv kontakt med spesialisthelsetjenesten, etter status for bruk av kommunalt tildelte tjenester måneden før. Personer som mottar tjenester i hjemmet, har høyere sannsynlighet for både akutte og elektive kontakter enn personer uten kommunalt tildelte tjenester. Sannsynligheten er enda høyere blant personer på korttidsopphold i

institusjon, mens personer med langtidsopphold har betydelig lavere sannsynlighet enn de andre gruppene.



Figur 39. Sannsynlighet for akutt (t.v.) og planlagt (t.h.) kontakt med spesialisthelsetjenesten i en gitt måned i 2025 blant personer 80 år og eldre, etter status for bruk av kommunalt tildelte tjenester måneden før.

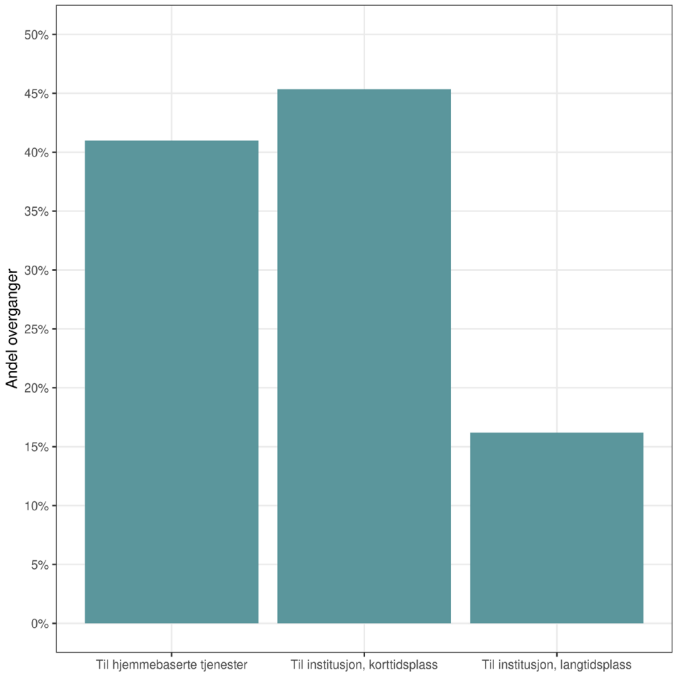
3.2.4 Bruk av helsetjenester ved overganger

For de neste figurene har vi kun inkludert overganger oppover i tjenestehierarkiet, se tabell 12. For å definere tidspunkt for overgang har vi brukt vedtakstidspunkt.

Tabell 12. Oversikt over inkluderte overganger.

Overgang fra	Overgang til
Ingen kommunalt tildelte tjenester	Tjenester i hjemmet
Ingen kommunalt tildelte tjenester Tjenester i hjemmet	Institusjon, korttidsplass
Ingen kommunalt tildelte tjenester Tjenester i hjemmet Institusjon, korttidsplass	Institusjon, langtidsplass

Både allmennlege- og spesialisthelsetjenesten kan spille en sentral rolle når personer gjør overgang til en ny kommunalt tildelt helse- og omsorgstjeneste. Figur 40 viser i hvor stor andel av overgangene personen hadde hatt kontakt med fastlege eller legevakt i løpet av de fem siste dagene. Ved oppstart av tjenester i hjemmet gjelder dette om lag 40 %, og ved overgang til korttidsopphold i institusjon rundt 45 %. Allmennlegetjenesten er dermed involvert i en stor del av disse overgangene. Ved overgang til langtidsopphold i institusjon er andelen litt over 15 %, noe som kan skyldes at denne overgangen oftere skjer etter en mer planlagt vurdering.

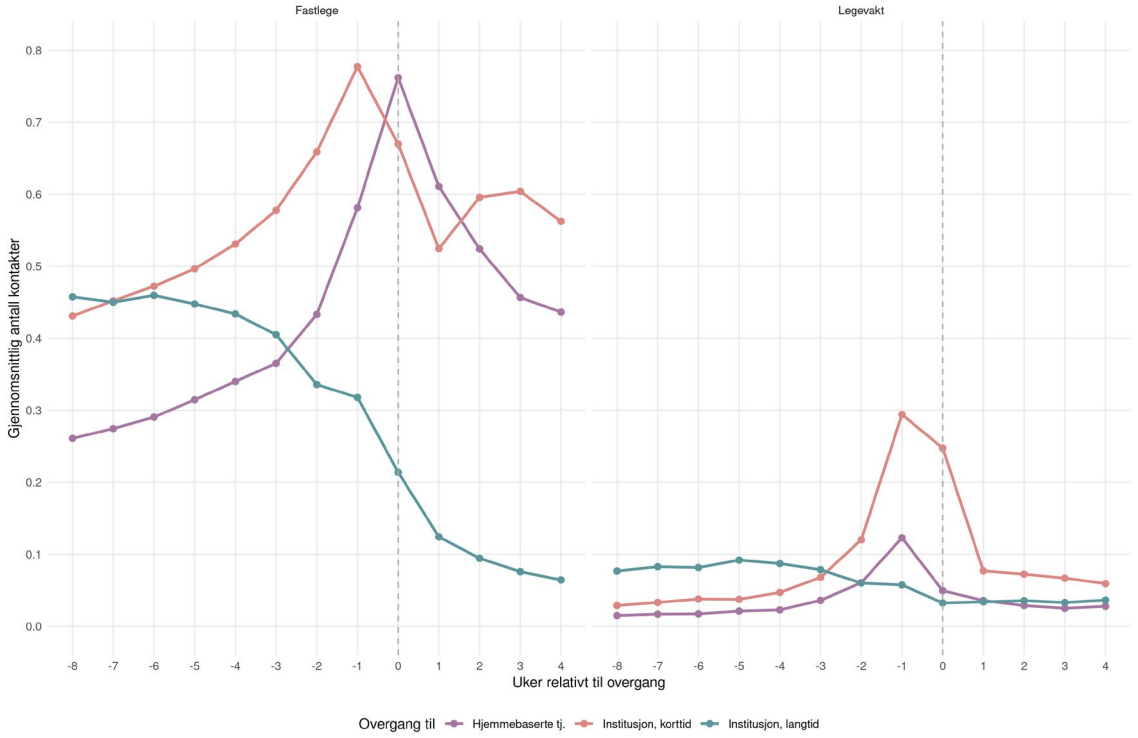


Figur 40. Andel overganger til kommunalt tildelte tjenester hvor det har vært kontakt med allmennlegetjenesten ≤5 dager før overgangen for 80 år og eldre i 2025, etter overgangstype.

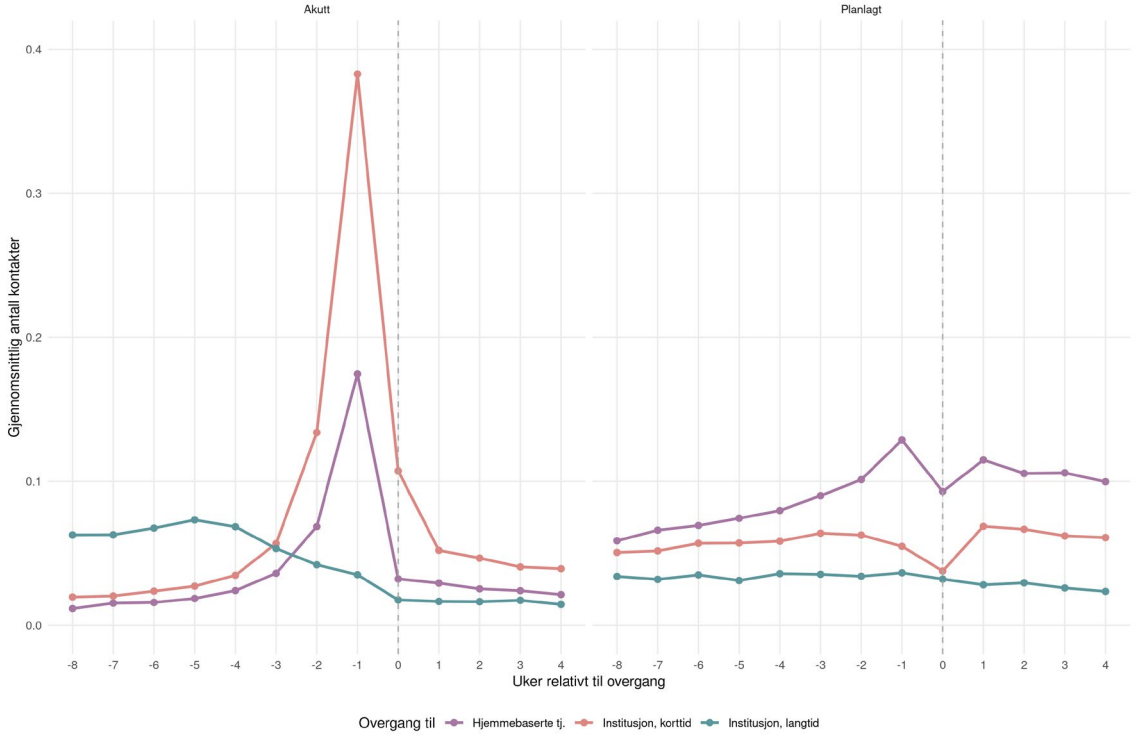
Figur 41 og 42 viser omfanget av henholdsvis allmenn- og spesialisthelsetjenestebruk i perioden før og etter overgang til en ny kommunalt tildelt helse- og omsorgstjeneste. Overgangstidspunktet er definert som uke 0, og figurene viser gjennomsnittlige fastlege- og legevaktskontakter per uke, samt akutte og planlagte kontakter i spesialisthelsetjenesten.

For personer med overgang til tjenester i hjemmet øker antall fastlegekontakter gradvis fram mot tidspunktet for overgangen, før bruken etterpå avtar gradvis. En tilsvarende økning observeres for personer med overgang til korttidsplass, med en topp i uken før overgangen. For personer som får overgang til langtidsplass ses derimot en annen utvikling, med en gradvis reduksjon i fastlegekontakter fra omtrent fire uker før overgangen og gjennom resten av observasjonsperioden. Dette kan muligens knyttes til at personene allerede er i korttidsplass i institusjon eller innlagt på sykehus i denne perioden. Når det gjelder kontakter til legevakt, ses en moderat økning i ukene rundt overgangstidspunktet både for overganger til tjenester i hjemmet og korttidsplass. Overordnet sett stabiliserer bruken av både allmennlege- og spesialisthelsetjenester seg etter at en person har gjennomført en overgang til en kommunalt tildelt tjeneste.

Et lignende mønster kan observeres i antallet av akutte spesialisthelsetjenestekontakter, med en topp i uken før overgang til helsetjenester i hjemmet eller korttidsplass i institusjon. For planlagte spesialisthelsetjenestekontakter observertes en mindre, gradvis økning i perioden før overgang til tjenester i hjemmet.



Figur 41. Gjennomsnittlig antall kontakter i allmennlegetjenesten (fastlege (t.v.) og legevakt (t.h.)) per person per uke, 8 uker før og 4 uker etter overgang til ny kommunalt tildelt tjeneste i 2025 for personer 80 år og eldre.



Figur 42. Gjennomsnittlig antall kontakter i spesialisthelsetjenesten per uke (akutte (t.v.) og elektive (t.h.)) per person per uke, 8 uker før og 4 uker etter overgang til ny kommunalt tildelt tjeneste i 2025 for personer 80 år og eldre.

En mulig tolkning av mønstrene i figur 41 er at det er substitusjon mellom fastlege og kommunale helse- og omsorgstjenester. En annen mulig tolkning er at fastlegen har en rolle i søknad og tildeling av kommunalt tildelte tjenester. En tredje tolkning er at overganger til kommunalt tildelte tjenester inntreffer som følge av forverringer i helsetilstand, som krever helsehjelp både fra spesialisthelsetjeneste og allmennlegetjeneste. Mønstrene i figur 42 tyder på det siste ettersom toppunktet i bruk av akutte kontakter i spesialisthelsetjenester inntreffer uken før overgang til tjenester i hjemmet og korttidsplass i institusjon.

3.2.5 Kapitteloppsummering

De fleste eldre bruker flere deler av helsetjenesten i løpet av ett år, og nær alle bruker allmennlegetjenesten. Omkring 80 % er i kontakt med minst to hovedtjenestetyper (allmennlege-, spesialisthelse- og/eller kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester), mens bare 1 % ikke har noen registrert kontakt med helsetjenestene. Dette betyr at de fleste eldre er avhengige av at flere tjenester fungerer sammen, og at samhandling mellom tjenestenivåene er en del av hverdagen for flertallet, ikke et særtilfelle for de sykeste. Kombinert bruk øker med alder og er vanligere blant kvinner og enslige, og det er i disse gruppene behovet for samhandling er størst.

For personer 80 år og eldre har andelen som bruker allmennlegetjenesten vært stabil fra 2019 til 2025. Andelen som bruker spesialisthelsetjenesten har økt noe, mens andelen som mottar kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester har falt med omkring 5 prosentpoeng. Tilsvarende har andelen som bruker både allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten økt svakt, mens kombinasjoner som omfatter kommunale tjenester er blitt mindre vanlige. I overgangene mellom tjenester tegner det seg et tydelig mønster. Det avdekkes klare risikofaser der behovet øker, særlig i forkant av oppstart av tjenester i hjemmet og korttidsopphold. Disse overgangene er preget av økende kontakt med både fastlege, legevakt og akutt spesialisthelsetjeneste.

I 2025 er over en tredjedel av målpopulasjonen multitjenestebrukere, som er brukere av både allmennlegetjeneste, spesialisthelsetjeneste og kommunalt tildelte tjenester samme år. Denne gruppen har høy forekomst av kronisk sykdom og et betydelig høyere omfang av fastlegekontakter. Multitjenestebrukerne representerer en relativt liten, men ressurskrevende gruppe, med særlig behov for koordinering.

De fleste eldre beholder sin kommunale tjenestestatus gjennom året, særlig de som starter året uten å motta tjenester. Når overganger først skjer, følger de et tydelig mønster:

- Tjenester i hjemmet er ofte første trinn.
- Korttidsopphold er en midlertidig fase, med høy sannsynlighet for videre overgang til tjenester i hjemmet, langtidsopphold eller død.
- Langtidsopphold har få overganger videre, men høy dødelighet, og representerer ofte siste fase i tjenesteforløpet.

Kontakt med spesialisthelsetjenesten, særlig akutte kontakter, er forbundet med høyere sannsynlighet for overgang til kommunalt tildelte tjenester måneden etter. Dette gjelder både personer uten kommunalt tildelte tjenester og personer som allerede mottar hjelp. Kontakten, eller den underliggende helseutfordringen, kan dermed ses som en utløsende hendelse for endrede behov for kommunalt tildelt tjenester.

En betydelig andel av overgangene til nye kommunalt tildelte tjenester skjer innen fem dager etter kontakt med fastlege eller legevakt. Dette gjelder særlig ved oppstart av tjenester i hjemmet og overgang til korttidsopphold. Funnet understreker fastlegens rolle som både medisinsk vurderer og portvokter inn i kommunalt tildelte tjenester.

3.3 Personer med flere kroniske lidelser

3.3.1 Bakgrunnsinformasjon

Gruppen av personer med flere kroniske lidelser er definert ved hjelp av data fra både NPR og KUHR. Vi har tatt utgangspunkt i Helsedirektoratets definisjon av kompleks multimorbiditet (Huseby, 2021). En person inkluderes hvis vedkommende i løpet av samme år har hatt minst tre av de utvalgte sykdommene. For hver sykdom kreves det enten minst to kontakter med allmennlegetjenesten eller minst én kontakt med spesialisthelsetjenesten. Sykdommene er identifisert i de to årene før måleåret, det vil si 2023 og 2024 for bruk av helsetjenester i 2025. Det er gjort enkelte mindre endringer sammenlignet med Helsedirektoratets definisjon. Tabell 13 gir en oversikt over diagnosene og tilstandene som inngår, med tilhørende ICD-10- og ICPC-2-koder. Til sammen identifiserte vi 163 600 personer i målpopulasjonen personer med flere kroniske lidelser.

Tabell 13. Oversikt over sykdommer brukt til å definere personer med flere kroniske lidelser med tilhørende ICD-10 og ICPC-2 koder.

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
Hjernekarsykdommer	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	-

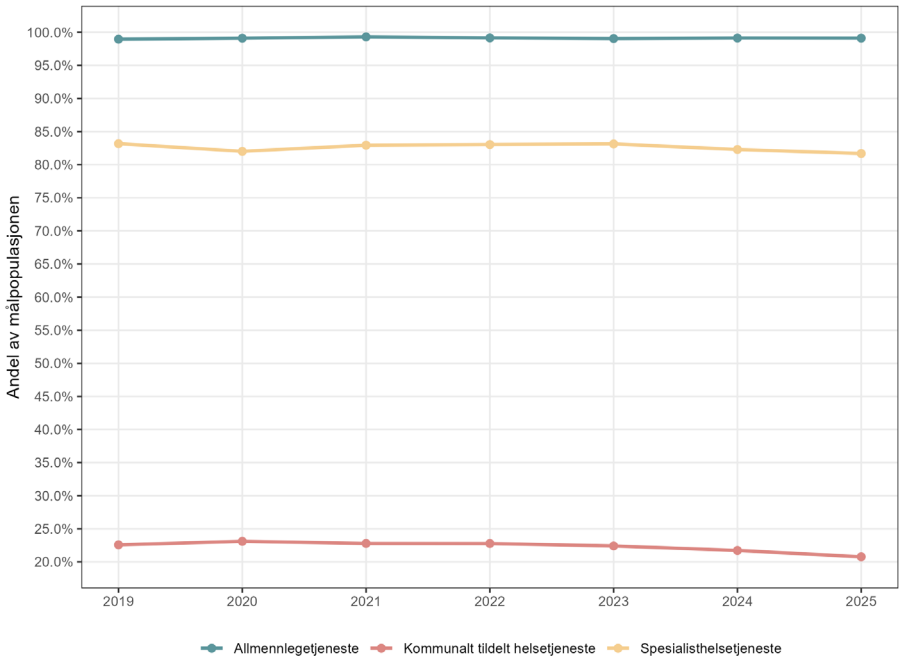
Tabell 14 viser demografiske kjennetegn i målpopulasjonen (n = 163 600), fordelt etter hvor mange hovedtjenestetyper personene brukte i 2025 (allmennlegetjenesten,

spesialisthelsetjenesten og kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester). Bare 0,2 % hadde ingen kontakt med helsetjenesten i løpet av året. De fleste brukte én eller to hovedtjenestetyper, mens litt under 20 % var multitjenestebrukere, det vil si at de brukte alle tre hovedtjenestetyper. Sammenlignet med resten av målpopulasjonen er det blant multitjenestebrukerne noe flere kvinner og personer over 65 år, og en betydelig høyere andel som er ugift og som ikke har høyere utdanning.

Tabell 14. Bakgrunnsopplysninger for personer med flere kroniske lidelser (n= 163 600) etter antall hovedtjenestetyper benyttet i 2025 (allmennlegetjeneste, spesialisthelsetjeneste og kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester).

Antall hovedtjenestetyper benyttet	Ingen tjenester	1-2 hovedtjenestetyper	3 hovedtjenestetyper (multitjenestebrukere)
Totalt antall	296 (0,2%)	132 520 (81%)	30 784 (18,8%)
Kjønn			
Kvinne	72 (0,1%)	63 423 (79,8%)	16 026 (20,2%)
Mann	224 (0,3%)	69 097 (82,2%)	14 758 (17,6%)
Aldersgruppe			
19-49 år	68 (0,4%)	13 270 (83,5%)	2 562 (16,1%)
50-64 år	119 (0,3%)	39 394 (87,0%)	5 788 (12,8%)
65-79 år	109 (0,1%)	79 856 (78,0%)	22 434 (21,9%)
Sivilstand			
Gift / partner	139 (0,2%)	75 031 (86,9%)	11 195 (13,0%)
Ugift / separert / enke	157 (0,2%)	57 489 (74,4%)	19 589 (25,4%)
Utdannelsesnivå			
Høyere utdanning	63 (0,1%)	36 676 (86,5%)	5 671 (13,4%)
Ingen høyere utdanning	233 (0,2%)	95 844 (79,1%)	25 113 (20,7%)
Sentralitet			
Høy sentralitet	242 (0,2%)	92 369 (81,6%)	20 557 (18,2%)
Lav sentralitet	54 (0,1%)	40 151 (79,6%)	10 227 (20,3%)

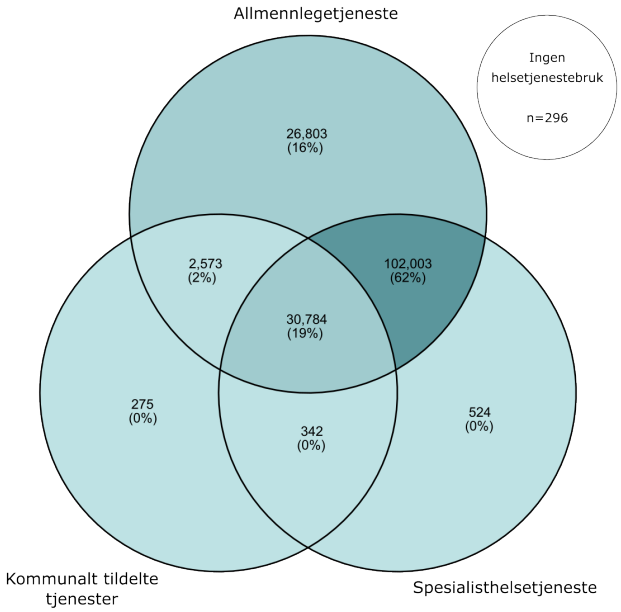
Figur 43 viser andelen av brukere i de tre hovedtjenestetypene per år i perioden 2019-2025 for målpopulasjonen med flere kroniske lidelser. Disse andelene er relativt stabile igjennom perioden, med en mindre nedgang i brukerandelen av spesialisthelsetjeneste og kommunalt tildelte tjenester mot slutten av perioden.



Figur 43. Årlig andel av personer med flere kroniske lidelser som har minst en kontakt med helsetjenesten etter hovedtjenestetype i perioden 2019-2025.

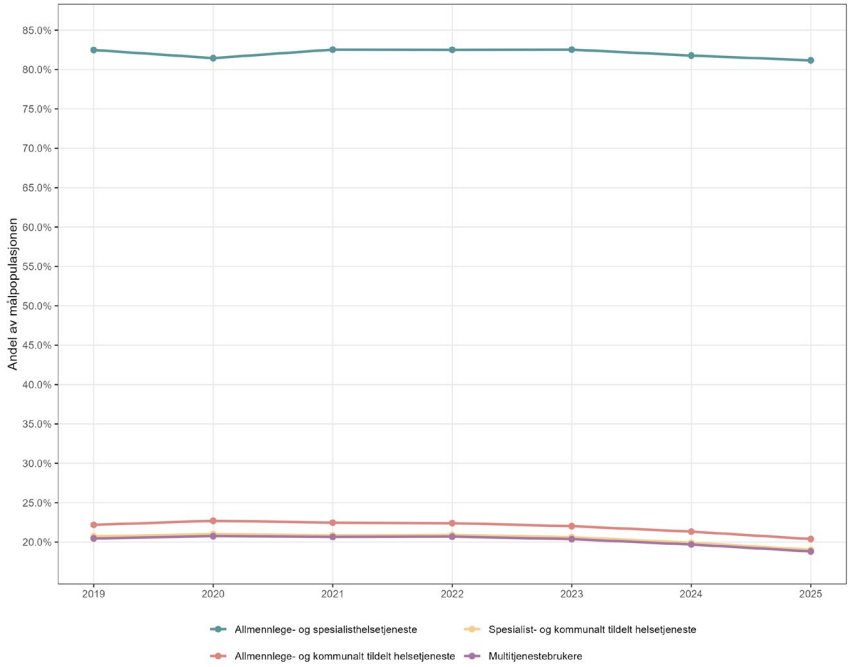
3.3.2 Samtidig bruk av helsetjenester

Figur 44 viser sammensetningen av bruk av de ulike hovedtjenestetypene blant de med kontakt til minst en hovedtjenestetype. Hele 62% bruker både allmennlegetjeneste og spesialisthelsetjeneste i 2025, men ingen kommunalt tildelte tjenester. 19% er multitjenestebrukere og bruker alle tre hovedtjenestetyper. Kun i overkant av 20% av denne målpopulasjonen mottar kommunalt tildelte tjenester, i hovedtak i ulike kombinasjoner med andre tjenester.



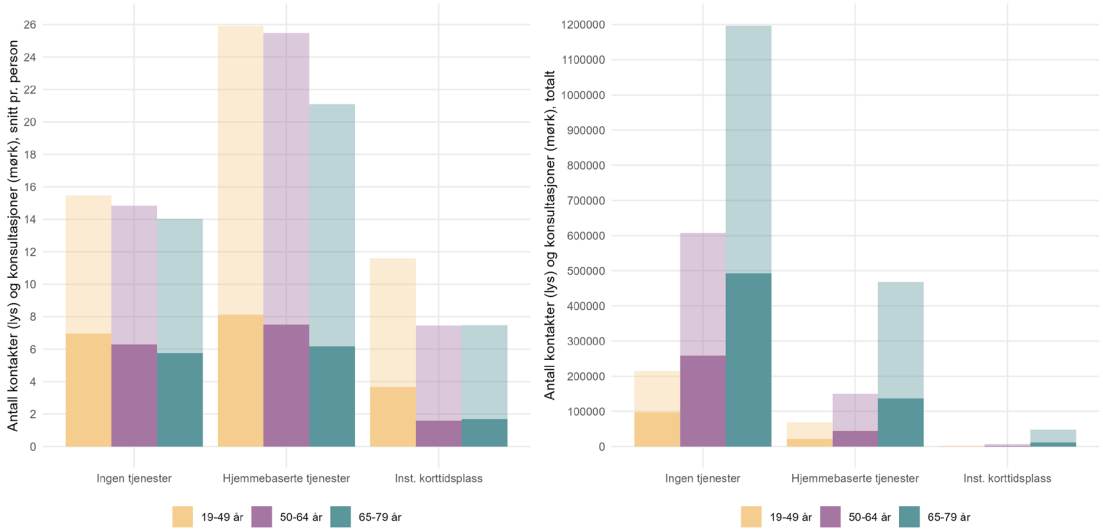
Figur 44. Venndiagram over hovedtjenestetypene personer med flere kroniske lidelser er i kontakt med i 2025. 296 (av 163 600, 0,2 %) personer hadde ingen kontakt med en helsetjeneste og er ikke representert i totalandelen. Mørkere farge indikerer områder med flere individer.

Figur 45 viser andelen av målpopulasjonen som brukte ulike kombinasjoner av hovedtjenestetyper i samme år i perioden 2019–2025. Etter 2020 har andelen med kombinasjoner som omfatter kommunalt tildelte tjenester gått noe ned. Sett opp mot figur 43 skyldes dette trolig at færre i målpopulasjonen bruker kommunalt tildelte tjenester i det hele tatt, og ikke at tjenestene i mindre grad kombineres med andre. Andelen som bruker både allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten gikk noe ned i pandemiåret 2020, og har også falt svakt de to siste årene.



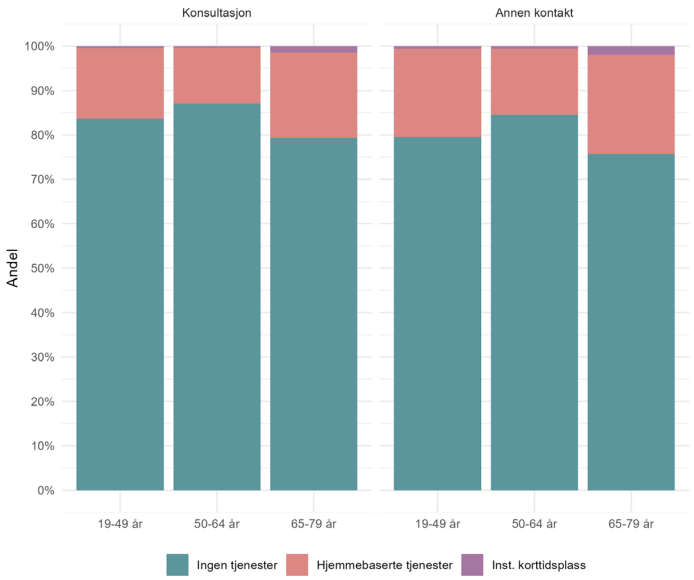
Figur 45. Årlig andel av personer med flere kroniske lidelser som benytter ulike kombinasjoner av hovedtjenestetyper i perioden 2019–2025.

Figur 46 viser gjennomsnittlig antall og totalt antall kontakter og konsultasjoner med fastlege blant personer med flere kroniske lidelser, etter status for bruk av kommunalt tildelte tjenester. Personer som mottar tjenester i hjemmet, har i snitt noe flere fastlegekonsultasjoner enn personer uten slike tjenester, men langt flere kontakter. Gjennomsnittlig fastlegebruk er gjennomgående høyest i de yngre aldersgruppene. Siden det er langt flere personer med flere kroniske lidelser i de eldre aldersgruppene, står likevel de eldste uten kommunalt tildelte tjenester for størstedelen av den samlede fastlegebruken. Personer med langtidsopphold i institusjon er ikke tatt med i figuren, fordi gruppen er svært liten.



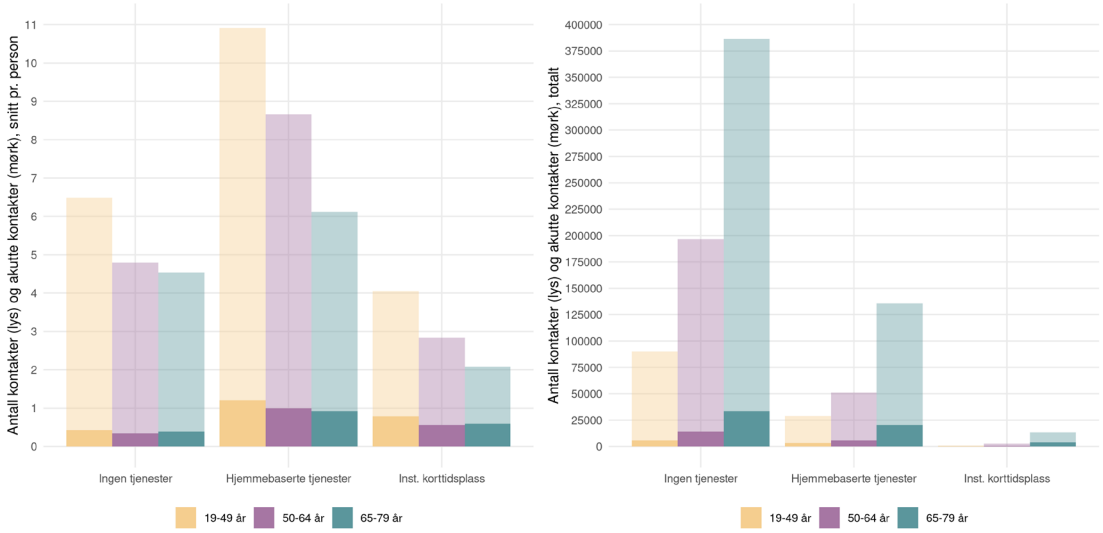
Figur 46. Kontakter (lys) og konsultasjoner (mørk) med fastlege, gjennomsnittlig antall per person (venstre) og totalt antall (høyre) i 2025 for personer med flere kroniske lidelser, etter aldersgruppe og status for bruk av kommunalt tildelte helsetjenester.

Figur 47 viser det samme mønsteret, med andel av den totale fastlegebruken i denne gruppen: Det er i hovedsak personer som ikke mottar kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester som mottar mesteparten av både konsultasjoner og kontakter hos fastlegen.



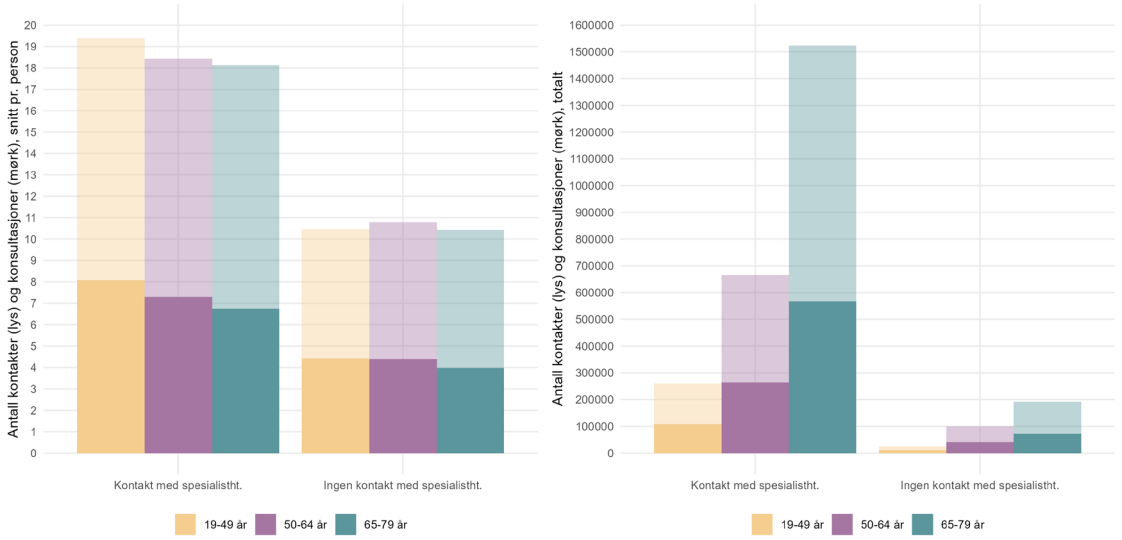
Figur 47. Fordeling av konsultasjoner (venstre) og annen type kontakt (høyre) med fastlege i 2025 for personer med flere kroniske lidelser, etter aldersgruppe og status for bruk av kommunalt tildelt tjeneste.

Figur 48 viser spesialisthelsetjenestebruk etter alder og status for bruk av kommunalt tildelte tjenester. Personer som mottar tjenester i hjemmet har i snitt flest kontakter, både elektive og akutte. De yngste har høyere bruk i gjennomsnitt, men fordi de er en mindre gruppe har de færre kontakter totalt enn de eldste. Det er personer som ikke mottar noen kommunalt tildelte tjenester som utgjør den største belastningen på spesialisthelsetjenesten.



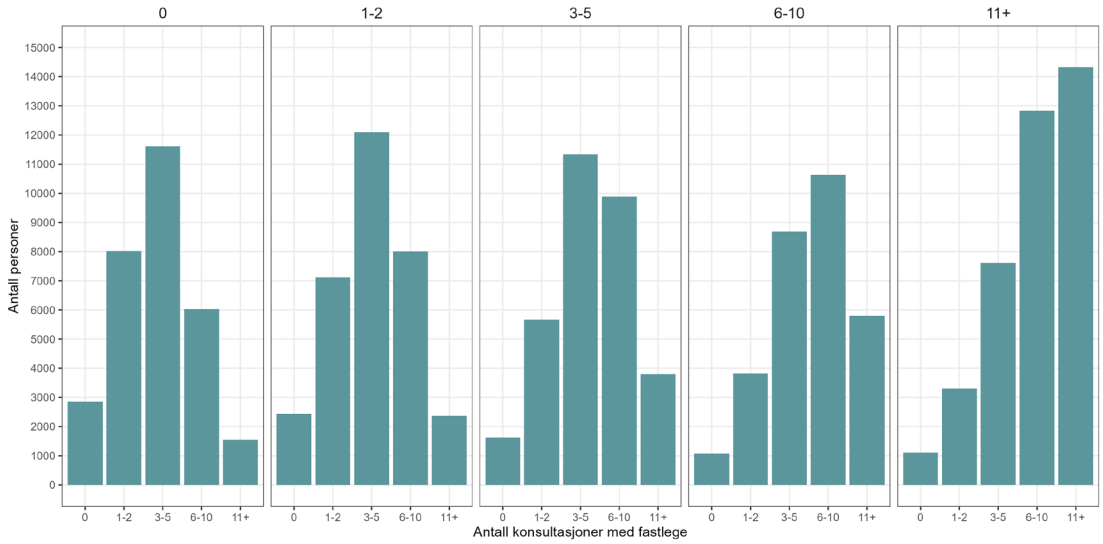
Figur 48. Kontakter (lys) og akutte kontakter (mørk) med spesialisthelsetjenesten, gjennomsnittlig antall per person (venstre) og totalt antall (høyre) i 2025 for personer med flere kroniske lidelser, etter aldersgruppe og status for bruk av kommunalt tildelte helsetjenester.

Figur 49 viser fastlegebruk i målpopulasjonen etter om personene har hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten. Personer med spesialisthelsetjenestekontakt bruker fastlegen mer enn personer uten slik kontakt, noe som trolig gjenspeiler et større behov for helsehjelp. Som i figur 46 er gjennomsnittlig bruk per person høyest i de yngre aldersgruppene, mens de eldste står for det største samlede antallet konsultasjoner og kontakter, fordi de er langt flere.



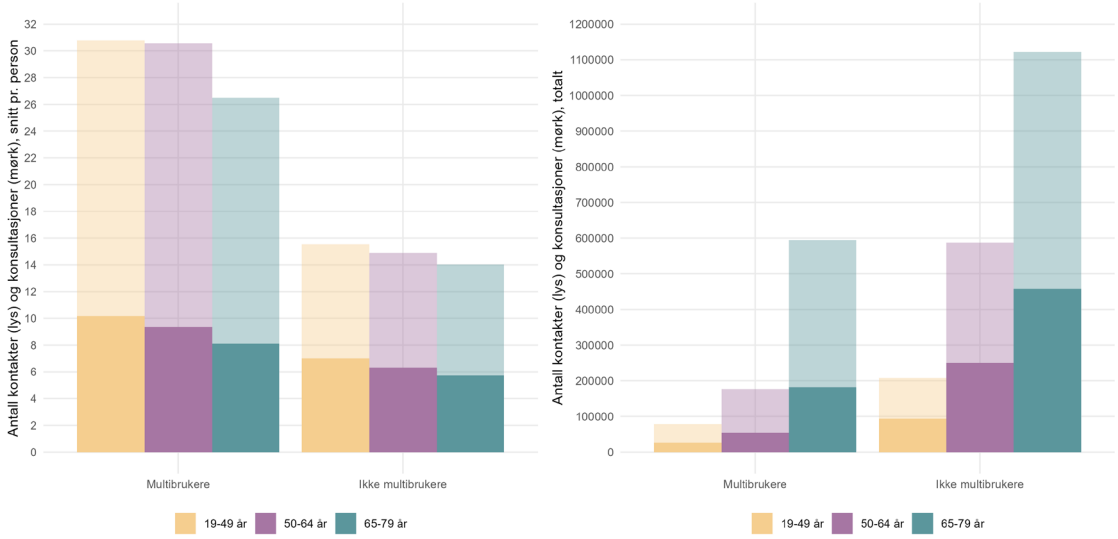
Figur 49. Kontakter (lys) og konsultasjoner (mørk) med fastlege, gjennomsnittlig antall per person (venstre) og totalt antall (høyre) i 2025 for personer med flere kroniske lidelser, etter aldersgruppe og status for kontakt med spesialisthelsetjenesten samme år.

Figur 50 viser hvordan personer i målpopulasjonen fordeler seg etter antall fastlegekonsultasjoner og antall kontakter med spesialisthelsetjenesten i 2025. For personer med ingen, 1–2 eller 3–5 spesialistkontakter er 3–5 fastlegekonsultasjoner det vanligste. Med flere spesialistkontakter forskyves likevel fordelingen gradvis mot flere fastlegekonsultasjoner, og forskyvningen er tydeligst blant dem med mest omfattende bruk av spesialisthelsetjenesten. Personer som bruker fastlegen mye, har dermed typisk også mer kontakt med spesialisthelsetjenesten.



Figur 50. Antall personer med flere kroniske lidelser etter antall konsultasjoner med fastlege (x-akse) og antall kontakter med spesialisthelsetjenesten (fasetter) i 2025.

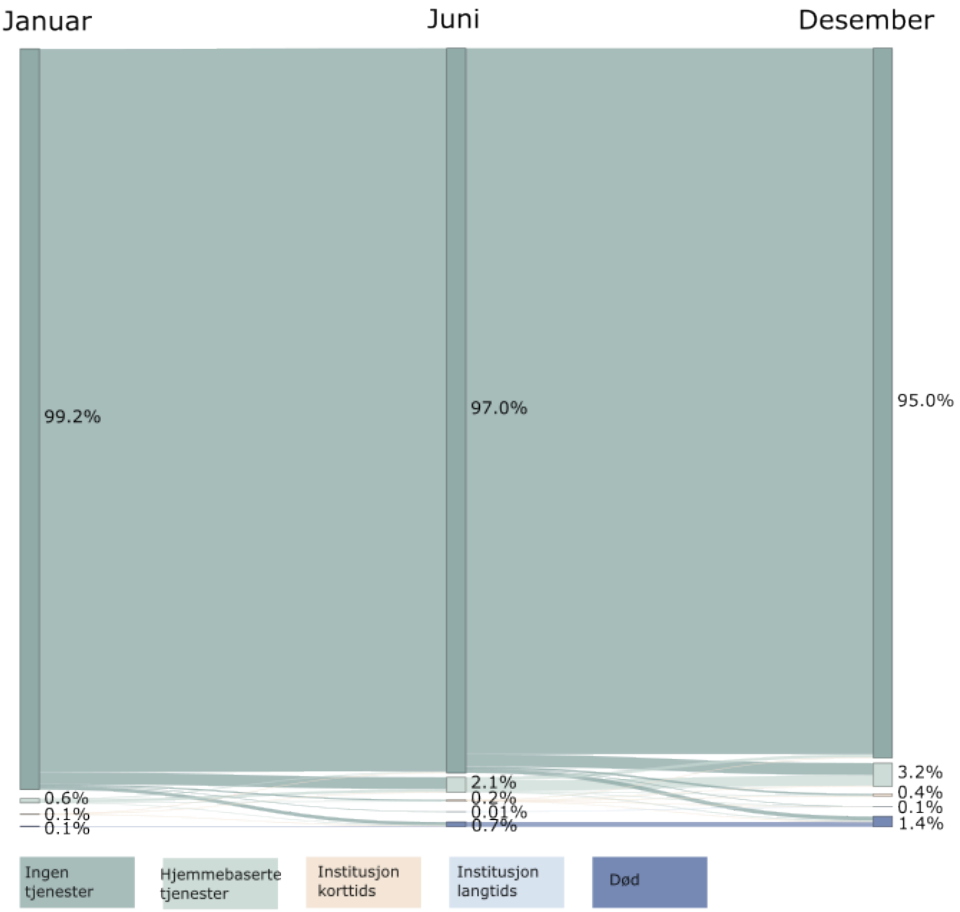
Omkring 19% av målpopulasjonen er definert som multitjenestebrukere. Figur 51 viser antall fastlegekonsultasjoner og -kontakter etter status for multitjenestebruk. Ikke overraskende bruker multitjenestebrukere flere fastlegekonsultasjoner enn ikke-multitjenestebrukere, som kan sees i sammenheng med deres sammensatte helsetjenestebehov. Det er de yngste multitjenestebrukerne som i gjennomsnitt har flest fastlegekonsultasjoner og -kontakter. Siden de er få, står de likevel for en liten del av den totale fastlegebruken, sammenlignet med eldre multitjenestebrukere og med de øvrige i eldre aldersgrupper.



Figur 51. Kontakter (lys) og konsultasjoner (mørk) med fastlege, gjennomsnittlig antall per person (venstre) og totalt antall (høyre) i 2025 for personer med flere kroniske lidelser, etter aldersgruppe og status for samtidig bruk av både allmennlegetjeneste, kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjeneste (multitjenestebrukere, n=30 784, 19 % av målpopulasjonen).

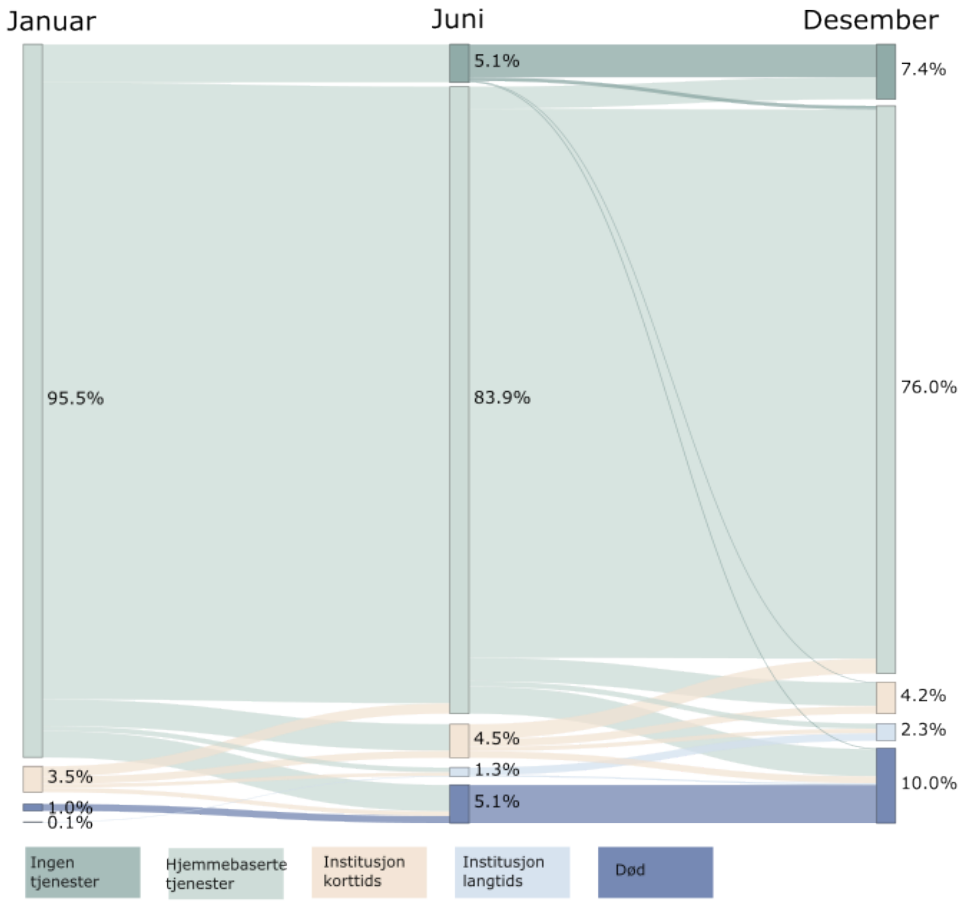
3.3.3 Overganger mellom helsetjenester

Figur 52 viser et sankey-diagram over overgangene gjennom 2025 for personer med flere kroniske lidelser som ikke mottar kommunalt tildelte tjenester ved inngangen av januar (n = 138 047, 84 % av målpopulasjonen). I utgangen av året har 95 % fortsatt samme status. Tjenester i hjemmet er den vanligste overgangen: rundt 2 % mottar slike tjenester i juli, og i overkant av 3 % i desember. Overgangene til de andre tjenestetypene er svært få.



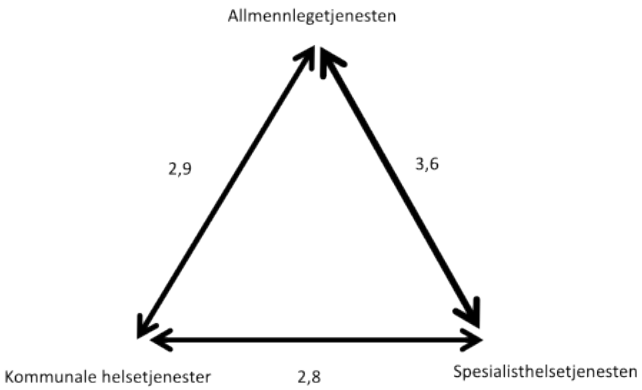
Figur 52. Status for bruk av kommunalt tildelte tjenester igjennom 2025 for personer med flere kroniske lidelser som ikke mottar kommunalt tildelte tjenester ved inngangen av januar (n = 138 047, 84 % av målpopulasjonen).

Figur 53 viser overgangene gjennom 2025 for personer med flere kroniske lidelser som mottok tjenester i hjemmet i starten av januar (n = 23 546, 14 % av målpopulasjonen). Denne gruppen beveger seg i større grad mellom ulike tjenester i løpet av året. Mer enn 7 % går tilbake til å ikke motta tjenester, og i overkant av 2 % går over til langtidsopphold i institusjon. I overkant av 4 % er på korttidsopphold på et gitt tidspunkt, men sammensetningen skifter trolig i løpet av året, siden korttidsopphold er midlertidige. Dødeligheten er betydelig, og om lag 10 % dør i løpet av året.



Figur 53. Status for bruk av kommunalt tildelte tjenester igjennom 2025 for personer med flere kroniske lidelser som bruker tjenester i hjemmet ved inngangen av januar (n= 23 546, 14 % av målpopulasjonen).

Figur 54 viser gjennomsnittlig antall overganger mellom de ulike hovedtjenestetypene per person i løpet av 2025. Hver person har i snitt 3,6 overganger mellom allmennlegetjeneste og spesialisthelsetjeneste, og noe mindre mellom kommunalt tildelte helsetjenester og henholdsvis allmennlegetjeneste og spesialisthelsetjeneste.



Figur 54. Gjennomsnittlig antall overganger per person mellom hovedtjenestetyper i 2025 for personer med flere kroniske lidelser. En tykkere pil representerer flere overganger.

Tabell 15 viser at en betydelig andel har mange overganger mellom de ulike hovedtjenestetypene. 59 % har to eller flere overganger mellom spesialist- og allmennlegetjeneste, og 15 % har åtte eller flere overganger. Også mellom kommunalt tildelte tjenester og allmennlege- og spesialisthelsetjeneste er det en betydelig andel som har flere overganger. Her har 18 % to eller flere slike overganger, og mer enn 10 % har åtte eller flere. Nederste linje i tabellen viser hvor stor andel som har sekvenser med overganger mellom alle tre hovedtjenestetyper. 14 % har overgang med alle hovedtjenestetyper involvert to eller flere ganger, og 8 % har 4 eller flere slike sekvenser.

Tabell 15. Prosentandel av personer med flere kroniske lidelser etter antall overganger mellom hovedtjenestetypene i 2025.

Antall overganger mellom hovedtjenestetyper	**≥ 2**	**≥ 4**	**≥ 6**	**≥ 8**
Spesialisthelsetjeneste ↔ allmennlegetjeneste	59%	38%	24%	15%
Allmennlegetjeneste ↔ kommunal helsetjeneste	18%	16%	14%	12%
Kommunal helsetjeneste ↔ spesialisthelsetjeneste	18%	15%	13%	11%
Antall overganger mellom alle hovedtjenestetypene	**≥ 2**	**≥ 3**	**≥ 4**	
	14%	11%	8%	

Videre presenteres estimerte sannsynligheter for overgang fra én status til en annen for personer med flere kroniske lidelser. Tabell 16 viser kumulativ insidens for ulike overganger over 12 måneder i 2025. Blant personer som ikke mottar kommunalt tildelte tjenester, går 6 % over til tjenester i hjemmet i løpet av 12 måneder. Overgangene til mer omfattende tjenester er langt sjeldnere: 2 % får korttidsopphold i institusjon, nær ingen gjør overgang direkte til langtidsopphold i institusjon og 1 % dør.

Blant personer som starter med tjenester i hjemmet, er det langt mer bevegelse. Over 30 % går tilbake til å ikke motta kommunalt tildelte tjenester, 25 % gjør overgang til korttidsopphold i institusjon og om lag 9 % dør i løpet av de første 12 månedene.

Blant personer med langtidsopphold i institusjon går 4 % tilbake til tjenester i hjemmet i løpet av 12 måneder. Det mest framtredende kjennetegnet ved denne gruppen er likevel den høye dødeligheten: 39 % dør i løpet av perioden.

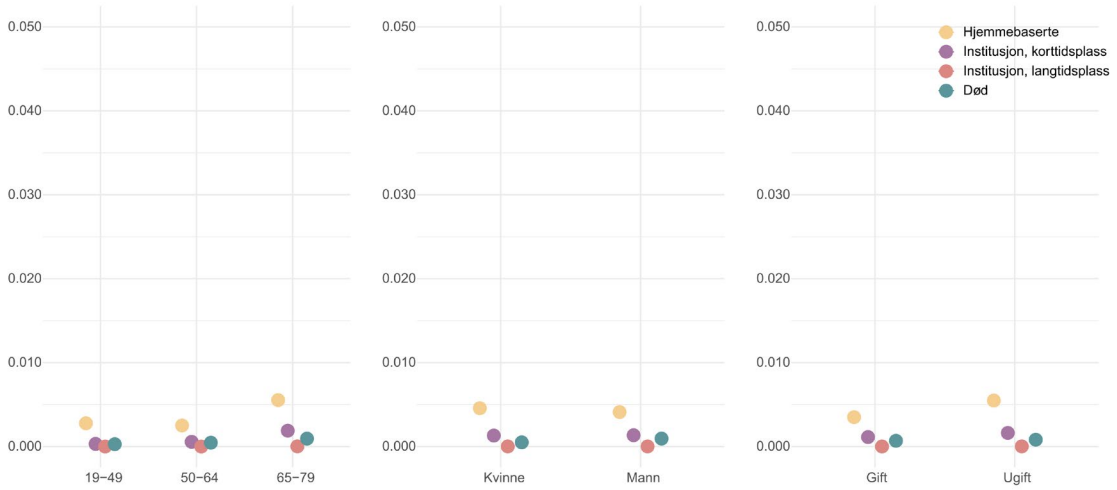
Tabell 16. 12 måneders kumulativ insidens for overgang fra en status innen bruk av kommunalt tildelte tjenester til en annen for personer med flere kroniske lidelser i 2025.

Overgang til	12 måneder kumulativ insidens, målt i prosent
Overgang fra: Ingen tjenester	
Tjenester i hjemmet	5,8
Korttidsopphold i institusjon	1,7
Langtidsopphold i institusjon	0,0
Død	0,9
Overgang fra: Tjenester i hjemmet	
Ingen tjenester	31,2
Korttidsopphold i institusjon	25,1
Langtidsopphold i institusjon	0,6
Død	8,6
Overgang fra: Langtidsopphold i institusjon	
Ingen tjenester	0,4
Tjenester i hjemmet	3,6
Korttidsopphold i institusjon	0,7
Død	38,9

12-måneders kumulativ insidens er betinget på alder, kjønn, utdanning, sentralitet og sesong. Vi viser ikke insidensraten for de som er på korttidsopphold, da denne tilstanden per definisjon er midlertidig.

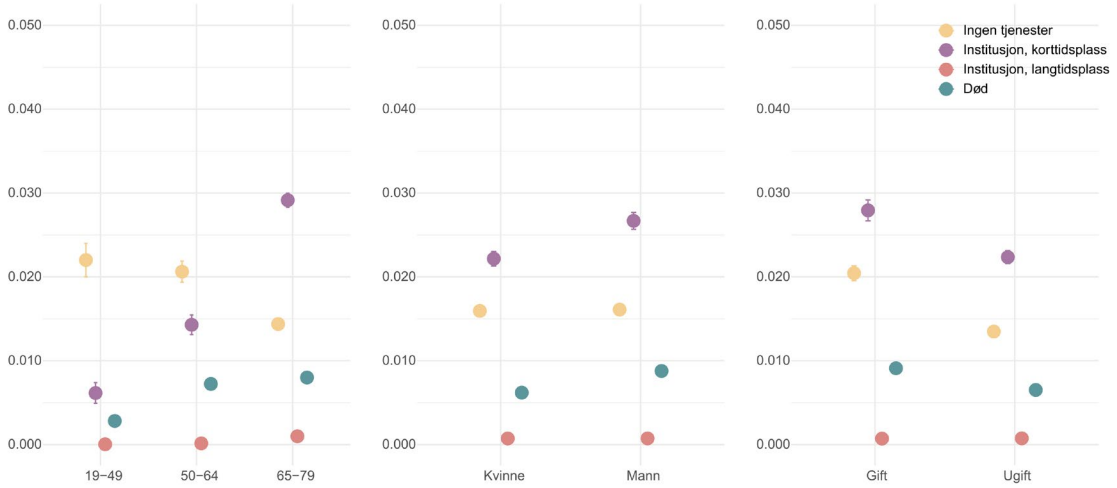
Flere av andelene er høyere enn i figur 52 og 53, fordi kumulativ insidens viser sannsynligheten for overgang i løpet av 12 måneder fra personen endret status, mens figurene viser status i januar, juni og desember for alle som hadde en gitt status ved inngangen av året, også de som har hatt den lenge. Overganger som skjer og reverseres mellom disse tidspunktene, for eksempel et korttidsopphold, kommer derfor ikke fram i figurene. For overganger som ikke reverseres, som død, er tallene omtrent de samme. I tillegg er den kumulative insidensen justert for alder, kjønn, utdanning, sentralitet og sesong, mens sankey-diagrammene viser ujusterte andeler.

Figur 55 viser sannsynligheten per måned for overgang blant personer med flere kroniske lidelser som ikke mottar kommunalt tildelte tjenester, fordelt på demografiske kjennetegn. Sannsynligheten for overgang til tjenester i hjemmet øker med alder, og det samme gjelder i mindre grad for overgangene til korttidsopphold og død. Det er små forskjeller mellom kvinner og menn. Personer som ikke er gift eller har registrert partner, ser derimot ut til å ha høyere sannsynlighet for overgang til tjenester i hjemmet.



Figur 55. Månedlig overgangssannsynlighet til en annen brukerstatus innen kommunalt tildelte tjenester i 2025 for personer med flere kroniske lidelser som ikke mottar noen kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester etter aldersgruppe, kjønn og sivilstatus.

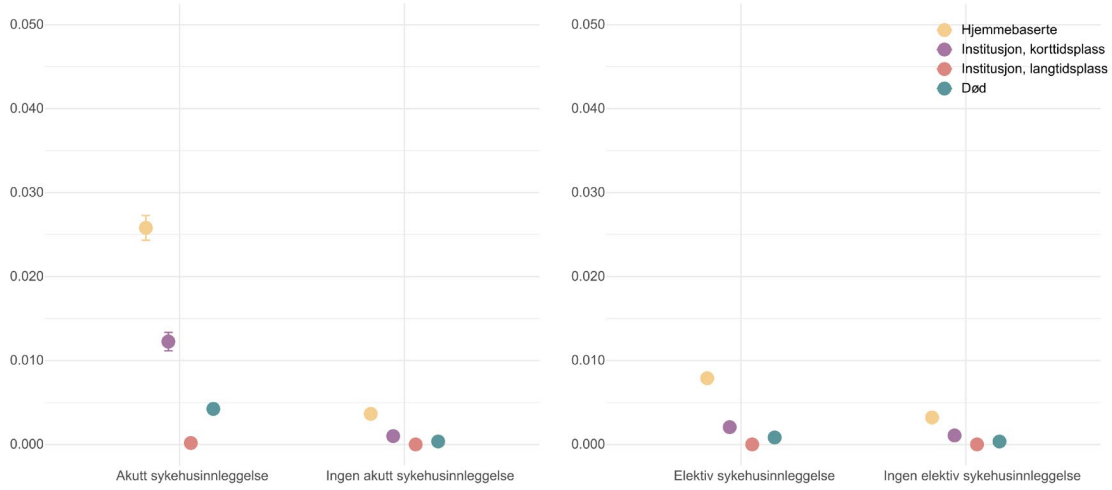
Figur 56 viser et tilsvarende mønster for personer som mottar tjenester i hjemmet: sannsynligheten for overgang til mer omfattende tjenester øker med alder. Personer som ikke er gift eller har registrert partner, har lavere sannsynlighet for å gå tilbake til ingen tjenester, lavere sannsynlighet for korttidsopphold i institusjon og lavere dødelighet. Dette kan tyde på at en partner påvirker både når tjenester i hjemmet starter og når de avsluttes. Personer med partner får trolig tjenester først når hjelpebehovet er større, noe som kan forklare høyere dødelighet og flere korttidsopphold, mens partneren kan overta hjelpen når situasjonen stabiliserer seg.



Figur 56. Månedlig overgangssannsynlighet til en annen brukerstatus innen kommunalt tildelte tjenester i 2025 for personer med flere kroniske lidelser som mottar tjenester i hjemmet etter aldersgruppe, kjønn og sivilstatus.

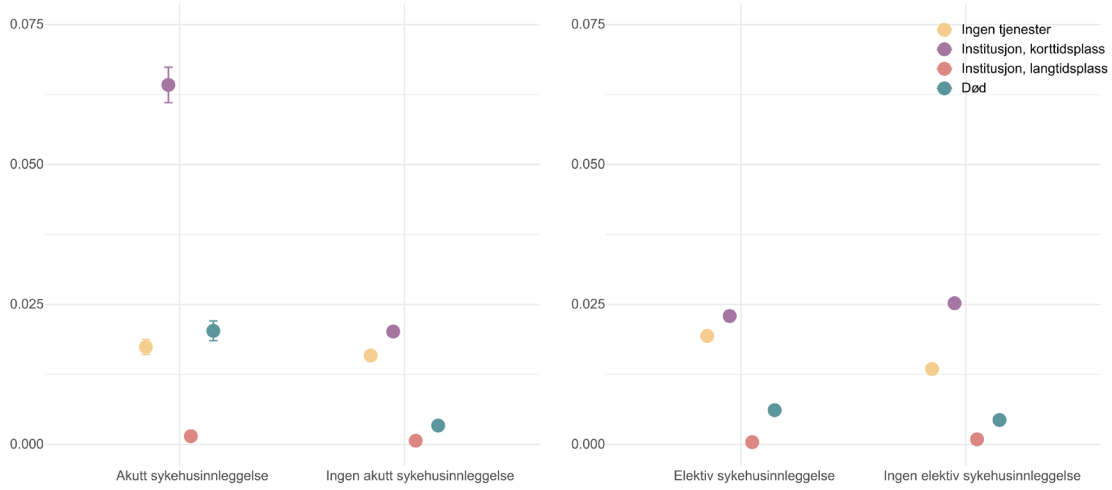
Figur 57 viser sannsynligheten for overgang i måneden etter en akutt eller elektiv kontakt med spesialisthelsetjenesten, blant personer med flere kroniske lidelser som ikke mottok kommunalt tildelte tjenester måneden før. Etter en akutt kontakt er sannsynligheten høyere for overgang til tjenester i hjemmet, korttidsopphold i institusjon og død enn blant dem uten slik kontakt.

Overgang til langtidsopphold er fortsatt sjelden. Etter en elektiv kontakt er det først og fremst sannsynligheten for overgang til tjenester i hjemmet som er litt forhøyet.



Figur 57. Månedlig overgangssannsynlighet til en annen brukerstatus innen kommunalt tildelte tjenester i 2025 for personer med flere kroniske lidelser som ikke mottar kommunale helse- og omsorgstjenester etter status for bruk av henholdsvis akutt (t.v.) og elektiv (t.h.) spesialisthelsetjenestekontakt måneden før kontakten.

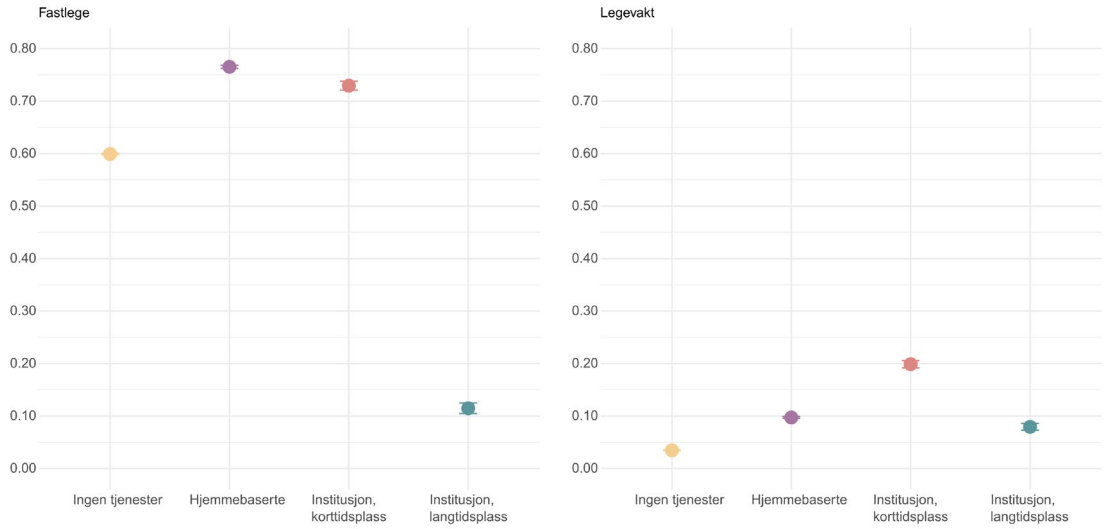
Figur 58 viser tilsvarende sannsynligheter for personer som mottok tjenester i hjemmet måneden før kontakten. Etter en akutt kontakt med spesialisthelsetjenesten er sannsynligheten for overgang til korttidsopphold i institusjon og død høyere enn blant dem uten slik kontakt. Etter en elektiv kontakt er forskjellene mindre, og i stor grad lik overgangssannsynlighetene hos personer uten elektiv kontakt til spesialisthelsetjenesten.



Figur 58. Månedlig overgangssansynlighet til en annen brukerstatus innen kommunalt tildelte tjenester i 2025 for personer med flere kroniske lidelser som mottar tjenester i hjemmet etter status for bruk av henholdsvis akutt (t.v.) og elektiv (t.h.) spesialisthelsetjenestekontakt måneden før kontakten.

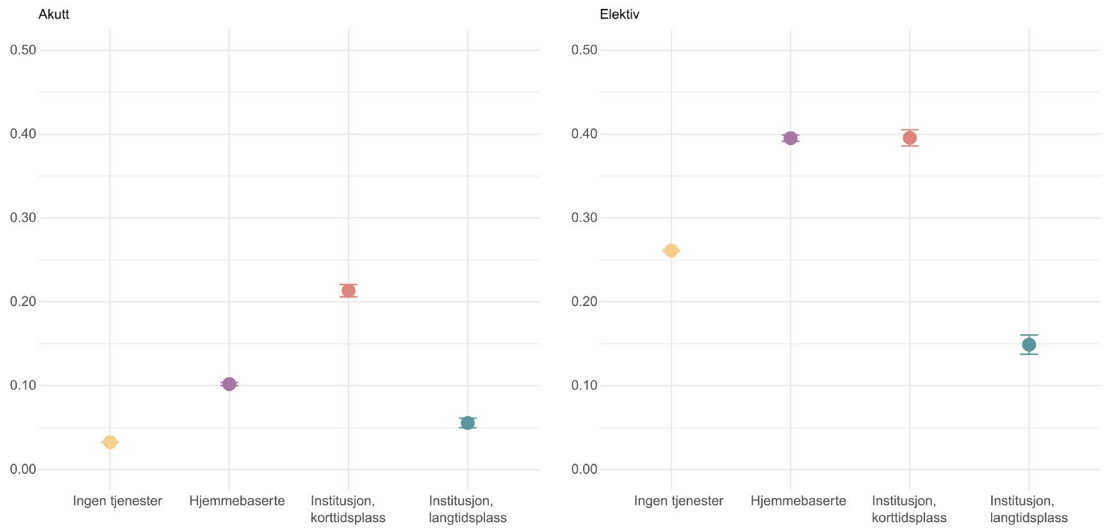
Figur 59 viser månedlig sannsynlighet for å bruke allmennlegetjeneste etter status for bruk av kommunalt tildelte tjenester. Det er høyest sannsynlighet for bruk av fastlege blant de med tjenester i hjemmet. Personer med langtidsplass på institusjon har langt lavere sannsynlighet for

bruk av fastlege enn de andre gruppene. Sannsynligheten for bruk av legevakt er derimot høyest hos personer som har korttidsplass på institusjon.



Figur 59. Månedlig sannsynlighet for bruk av henholdsvis fastlege (t.v.) og legevakt (t.h.) etter status for bruk av kommunalt tildelte tjenester personer med flere kroniske lidelser i 2025.

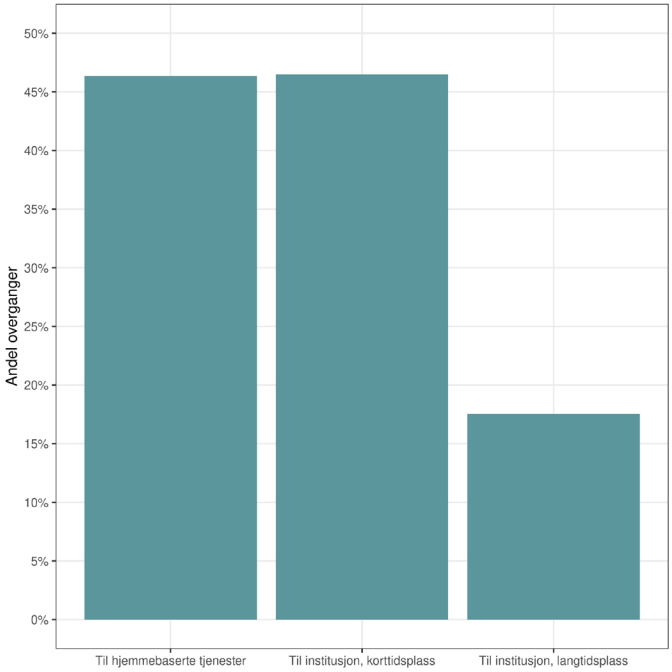
Figur 60 viser den månedlige sannsynligheten for akutt og elektiv kontakt med spesialisthelsetjenesten blant personer med flere kroniske lidelser, etter status for bruk av kommunalt tildelte tjenester måneden før. Sannsynligheten for akutt kontakt er betydelig høyere blant personer på korttidsopphold i institusjon enn i de andre gruppene, mens den er lavere blant personer med langtidsopphold enn blant dem som mottar tjenester i hjemmet. For elektive kontakter er sannsynligheten høyere blant personer som mottar tjenester i hjemmet enn blant dem uten kommunalt tildelte tjenester, og om lag på samme nivå som blant personer på korttidsopphold. Personer med langtidsopphold har lavest sannsynlighet for elektiv kontakt.



Figur 60. Månedlig sannsynlighet for henholdsvis akutt (t.v.) og planlagt (t.h.) kontakt med spesialisthelsetjenesten etter status for bruk av kommunalt tildelte tjenester for personer med flere kroniske lidelser i 2025.

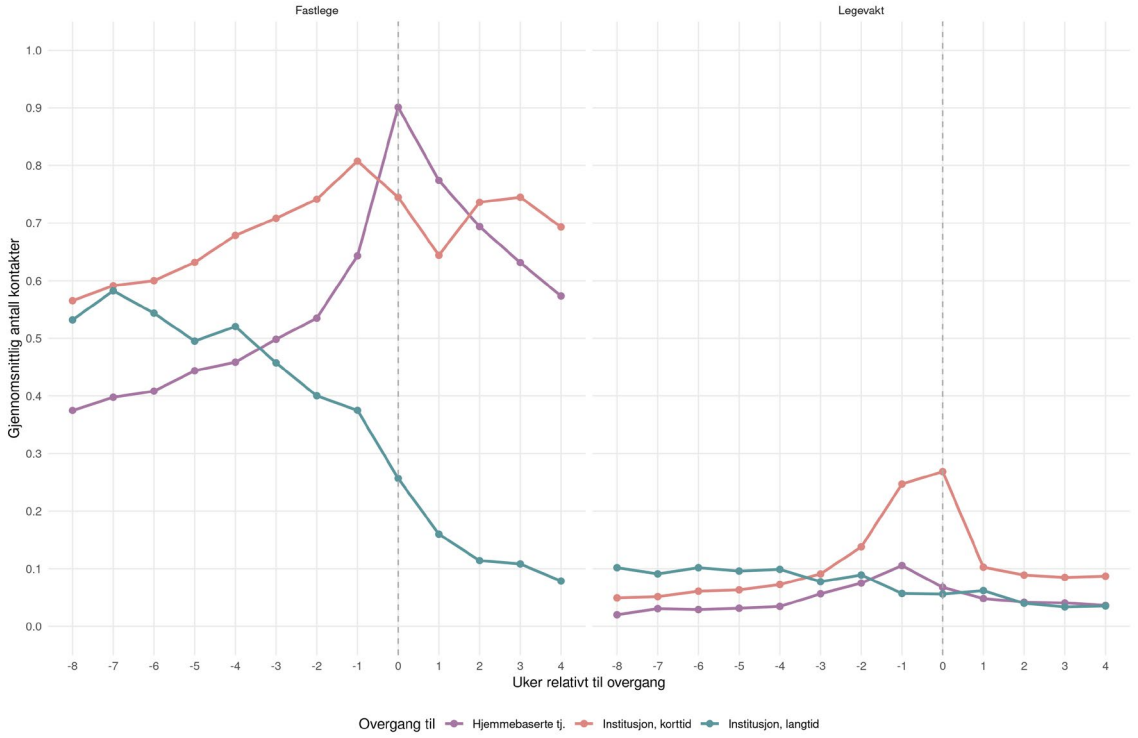
3.3.4 Bruk av helsetjenester ved overganger

De neste figurene omfatter bare overganger til mer omfattende tjenester, slik de er definert i tabell 12. Figur 61 viser hvor stor andel av disse overgangene der personen hadde kontakt med fastlege eller legevakt i løpet av de fem siste dagene før overgangen. Ved oppstart av tjenester i hjemmet og overgang til korttidsopphold i institusjon gjelder dette i overkant av 45 %. Ved overgang til langtidsopphold er andelen om lag 17 %.



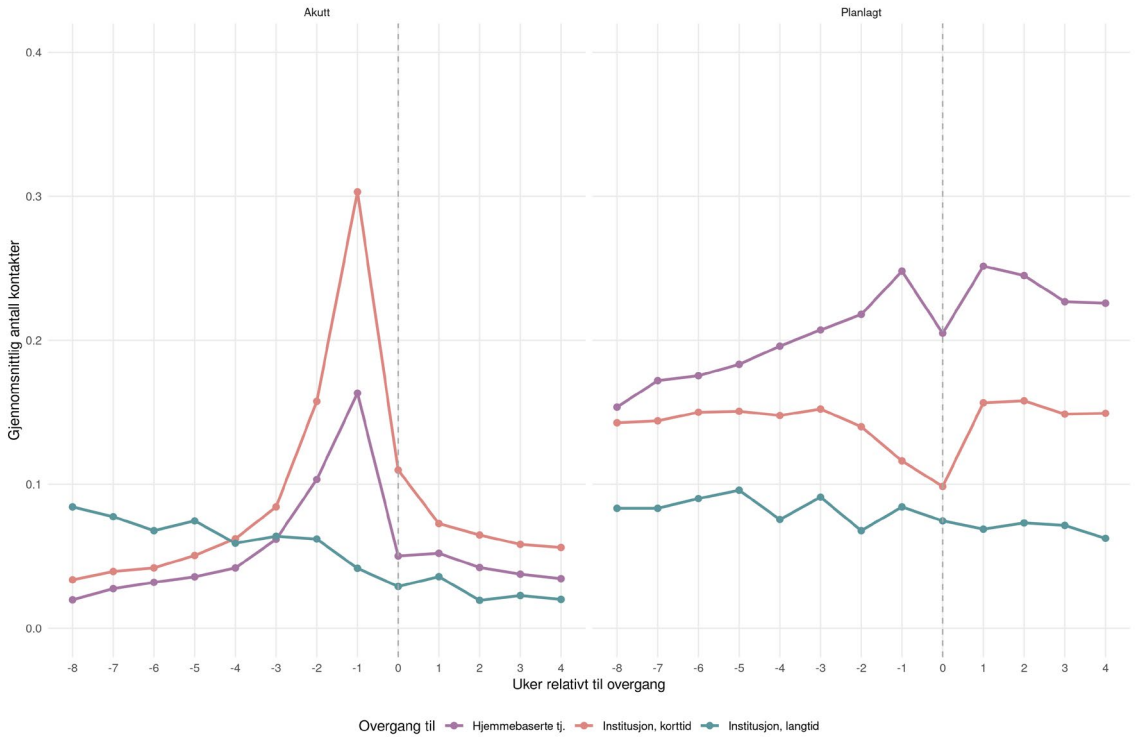
Figur 61. Andel overganger til kommunalt tildelte tjenester hvor det har vært kontakt med allmennlegetjenesten ≤5 dager før overgangen for personer med flere kroniske lidelser i 2025, etter overgangstype.

Figur 62 viser gjennomsnittlig antall kontakter med fastlege og legevakt per uke før og etter en overgang til ny kommunalt tildelt tjeneste, blant personer med flere kroniske lidelser. Ved oppstart av tjenester i hjemmet og overgang til korttidsopphold i institusjon øker antall fastlegekontakter i ukene fram mot overgangen. Ved overgang til langtidsopphold går fastlegekontaktene derimot ned, og nedgangen fortsetter etter overgangen, trolig fordi oppfølgingen overtas av institusjonslegen. Kontaktene med legevakt øker tydelig i uken før og i uken for overgang til korttidsopphold, noe som kan tyde på at disse overgangene ofte utløses av akutte helseproblemer.



Figur 62. Gjennomsnittlig antall kontakter i allmennlegetjenesten (fastlege (t.v.) og legevakt (t.h.)) per person per uke, 8 uker før og 4 uker etter overgang til ny kommunalt tildelt tjeneste i 2025 for personer med flere kroniske lidelser.

Figur 63 viser tilsvarende utvikling for spesialisthelsetjenestekontakter, henholdsvis akutte og elektive. For overgang til tjenester i hjemmet og korttidsopphold i institusjon er det en tydelig topp i akutte kontakter uken før vedtak. Dette finner vi ikke for overgang til langtidsopphold i institusjon. De elektive kontaktene varierer mindre. Før oppstart av tjenester i hjemmet øker de jevnt gjennom ukene, og både for tjenester i hjemmet og korttidsopphold er det en nedgang i uken for overgangen.



Figur 63. Gjennomsnittlig antall kontakter i spesialisthelsetjenesten per uke (akutte (t.v.) og elektive (t.h.)) per person per uke, 8 uker før og 4 uker etter overgang til ny kommunalt tildelt tjeneste i 2025 for personer med flere kroniske lidelser.

3.3.5 Kapitteloppsummering

Nesten alle personer med flere kroniske lidelser hadde kontakt med helsetjenesten i 2025. Bare 0,2 % hadde ingen kontakt. Flertallet brukte én eller to hovedtjenestetyper, og 62 % brukte både allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten, men ikke kommunalt tildelte tjenester. Rett under 20 % var multitjenestebrukere, det vil si at de brukte alle tre hovedtjenestetyper. Litt over 20 % mottok kommunalt tildelte tjenester, som regel i kombinasjon med andre tjenester.

Bruken av allmennlegetjenesten har vært relativt stabil fra 2019 til 2025, mens bruken av kommunalt tildelte tjenester er noe lavere mot slutten av perioden. Alle kombinasjoner som omfatter kommunalt tildelte tjenester, har gått noe ned etter 2020.

Det ses store variasjoner i bruken av helsetjenester også i denne målpopulasjonen. Personer som mottar tjenester i hjemmet, har flere kontakter med både fastlege og spesialisthelsetjenesten enn personer uten kommunalt tildelte tjenester. Fordi gruppen uten kommunalt tildelte tjenester er langt større, står den likevel for det største samlede volumet. Personer med mange fastlegekonsultasjoner bruker også spesialisthelsetjenesten mye. De yngre har flest kontakter per person, men siden de er få, er det de eldste som står for størstedelen av den samlede bruken.

De fleste som ikke mottar kommunalt tildelte tjenester, har fortsatt ingen tjenester ved utgangen av året. Blant personer som starter året med tjenester i hjemmet, er det langt mer bevegelse, både til mer omfattende tjenester og tilbake til ingen tjenester. Blant personer med langtidsopphold i institusjon er dødeligheten høy.

Mange i målpopulasjonen har flere overganger mellom hovedtjenestetypene, og overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og allmennlegetjenesten er den vanligste. Rett under 60 % har minst 2 slike overganger, og 15 % har 8 eller flere. En betydelig andel har også gjentatte runder gjennom alle tre hovedtjenestetyper.

Sannsynligheten for overgang til mer omfattende kommunale tjenester øker med alder. Akutte kontakter med spesialisthelsetjenesten er forbundet med betydelig høyere sannsynlighet for overgang til kommunalt tildelte tjenester, til mer omfattende tjenester og til død. Ved overgang til tjenester i hjemmet og korttidsopphold er det en tydelig topp i akutte spesialistkontakter uken før overgangen.

Rundt 45 % av overgangene til tjenester i hjemmet og korttidsopphold skjer innen fem dager etter kontakt med fastlege eller legevakt. Allmennlegetjenesten er dermed ofte involvert i forkant av disse overgangene. Overgang til langtidsopphold skjer oftere uten nylig kontakt med allmennlegetjenesten.

Samlet har personer med flere kroniske lidelser en høy og sammensatt bruk av helsetjenester, med mange overganger mellom tjenestetypene. Alder, akutte hendelser og status for bruk av kommunalt tildelte tjenester er viktige kjennetegn for både tjenestebruk, overgangsmønstre og dødelighet.

3.4 Personer med diagnoser innen psykiatri og rus

3.4.1 Bakgrunnsinformasjon

Målpopulasjonen med diagnoser innen psykiatri og rus omfatter personer i alderen 19-79 år som i minst ett av de to foregående årene (2023 og 2024) hadde minst én kontakt med spesialisthelsetjenesten registrert med en diagnosekode i F10-F69 eller F90-F98 (se tabell 17). Definisjonen er hentet fra Styringsinformasjon om personer med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer for kommunene utgitt av Helsedirektoratet (2025). Målpopulasjonen består av 223 828 personer i 2025.

Tabell 17: Inkluderte diagnoser innen psykiatri og rus.

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

Tabell 18 viser demografiske kjennetegn i målpopulasjonen, fordelt etter hvor mange hovedtjenestetyper personene brukte i 2025 (allmennlegetjenesten, spesialisthelsetjenesten og

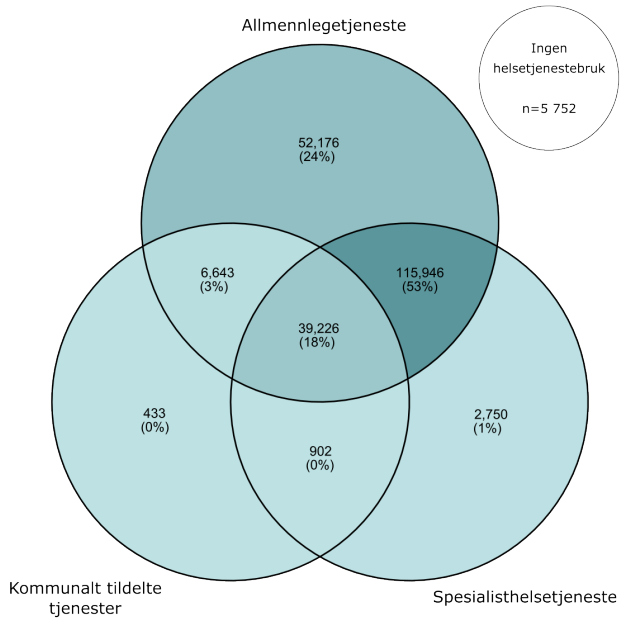
kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester). 3 % hadde ingen kontakt med helsetjenesten i løpet av året, og 18 % var multitjenestebrukere. Det er flere kvinner enn menn i målpopulasjonen, men menn er overrepresentert både blant dem som ikke brukte noen tjenester og blant multitjenestebrukerne. Sammenlignet med resten av målpopulasjonen er det blant multitjenestebrukerne også en høyere andel som er 50 år eller eldre, som ikke er gift eller har registrert partner, som ikke har høyere utdanning og som bor i mindre sentrale områder.

Tabell 18. Bakgrunnsopplysninger for personer med diagnoser innen psykiatri og rus (n=223 828) etter antall hovedtjenestetyper benyttet i 2025 (allmennlegetjeneste, spesialisthelsetjeneste og kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester).

Antall hovedtjenestetyper benyttet	Ingen tjenester	1-2 hovedtjenestetyper	3 hovedtjenestetyper (multitjenestebrukere)
Totalt antall	5 752 (2,6%)	178 850 (79,9%)	39 226 (17,5%)
Kjønn			
Kvinne	1 800 (1,4%)	103 940 (82,7%)	20 016 (15,9%)
Mann	3 952 (4,0%)	74 910 (76,4%)	19 210 (19,6%)
Aldersgruppe			
19-29 år	2 157 (3,4%)	52 911 (84,5%)	7 522 (12,0%)
30-49 år	2 706 (2,6%)	85 446 (82,2%)	15 734 (15,1%)
50+ år	889 (1,6%)	40 493 (70,6%)	15 970 (27,8%)
Sivilstand			
Gift / partner	846 (2,0%)	37 026 (87,2%)	4 603 (10,8%)
Ugift / separert / enke	4 906 (2,7%)	141 824 (78,2%)	34 623 (19,1%)
Utdannelsesnivå			
Høyere utdanning	1 594 (2,5%)	55 811 (88,0%)	6 036 (9,5%)
Ingen høyere utdanning	4 158 (2,6%)	123 039 (76,7%)	33 190 (20,7%)
Sentralitet			
Høy sentralitet	4 522 (2,7%)	134 979 (81,0%)	27 137 (16,3%)
Lav sentralitet	1 230 (2,2%)	43 871 (76,7%)	12 089 (21,1%)

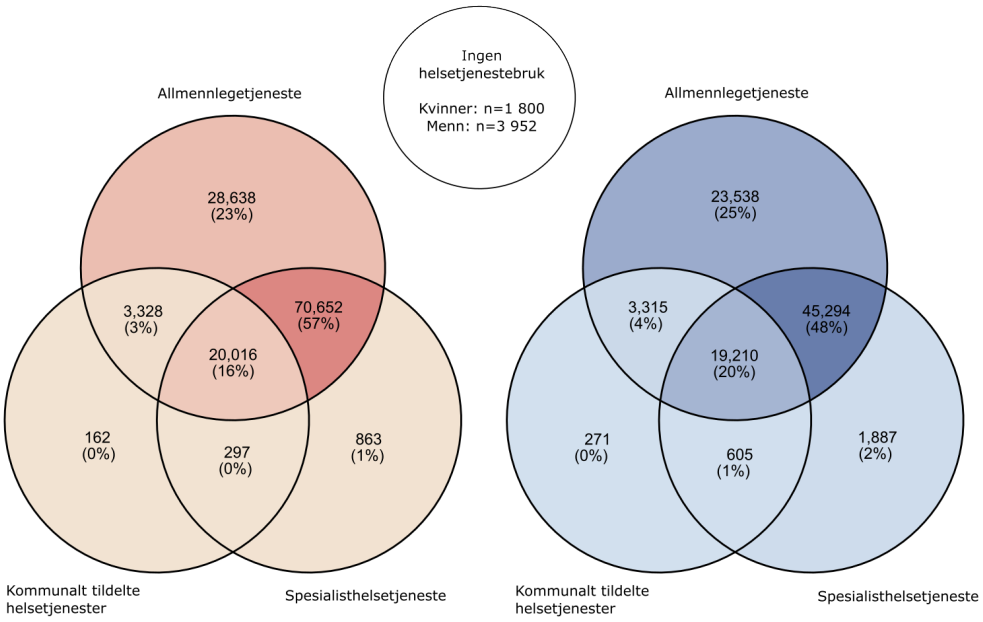
3.4.2 Samtidig bruk av helsetjenester

Figur 64 viser hvordan personer med diagnoser innen psykiatri og rus som hadde kontakt med minst en hovedtjenestetype, kombinerte hovedtjenestetypene i 2025. Litt over halvparten, 53 %, brukte både allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten. 24 % brukte bare allmennlegetjenesten, og 18 % brukte alle tre hovedtjenestetyper. Til sammen hadde 98 % kontakt med allmennlegetjenesten i løpet av året. Relativt få mottok kommunalt tildelte tjenester, og nesten alle som gjorde det, brukte også allmennlegetjenesten eller var multitjenestebruker.



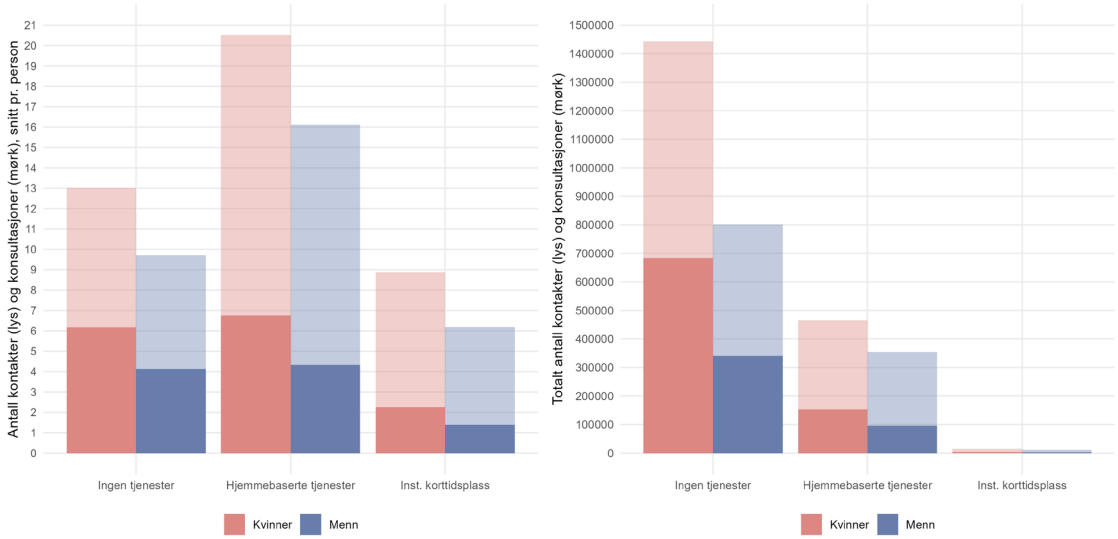
Figur 64. Venndiagram over hovedtjenestetypene personer med diagnoser innen psykiatri og rus er i kontakt med i 2025. 5 752 (av 223 828, 3 %) personer hadde ingen kontakt og inngår derfor ikke i totalandelen. Mørkere farge indikerer områder med flere individer.

Figur 65 viser kjønnsvise kombinasjoner av helsetjenestebruk. Som tidligere nevnt ser vi at flere menn enn kvinner er multitjenestebrukere, mens kvinnene i større grad bruker kombinasjonen av allmennlege og spesialisthelsetjeneste. Det er noe flere menn som kun bruker spesialisthelsetjeneste eller kun allmennlegetjeneste. For øvrig er mønstrene relativt like.



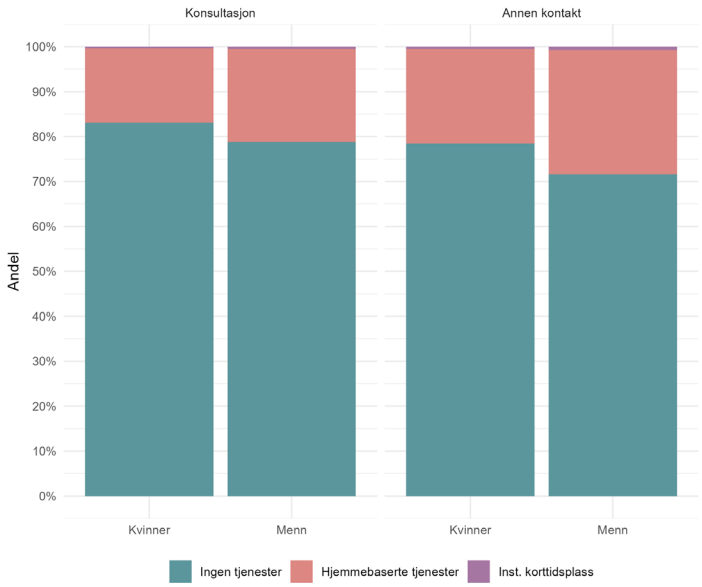
Figur 65. Venndiagram over hovedtjenestetypene personer med diagnoser innen psykiatri og rus er i kontakt med i 2025, for kvinner (rød) og menn (blå). 3 952 menn (av 98 072, 4 %) og 1 800 kvinner (av 125 756, 1 %) hadde ingen kontakt og inngår derfor ikke i totalandelen. Mørkere farge indikerer områder med flere individer.

Fastlegen kan ha en koordinerende rolle der samhandling mellom hovedtjenestetyper er nødvendig. Figur 66 viser bruk av fastlege for personen med diagnoser innen psykiatri og rus etter status for kommunalt tildelte tjenester. Personer som bruker tjenester i hjemmet, har i gjennomsnitt flere fastlegekontakter sammenlignet med personer som ikke mottar kommunalt tildelte tjenester, men har ellers forholdsvis likt gjennomsnittlig antall fastlegekonsultasjoner. Imidlertid er gruppen som ikke mottar tjenester langt større, og bruker derfor flere fastlegekonsultasjoner totalt. Personer som er i korttidsopphold i institusjon har gjennomsnittlig lavere bruk, og er en svært begrenset gruppe i omfang.



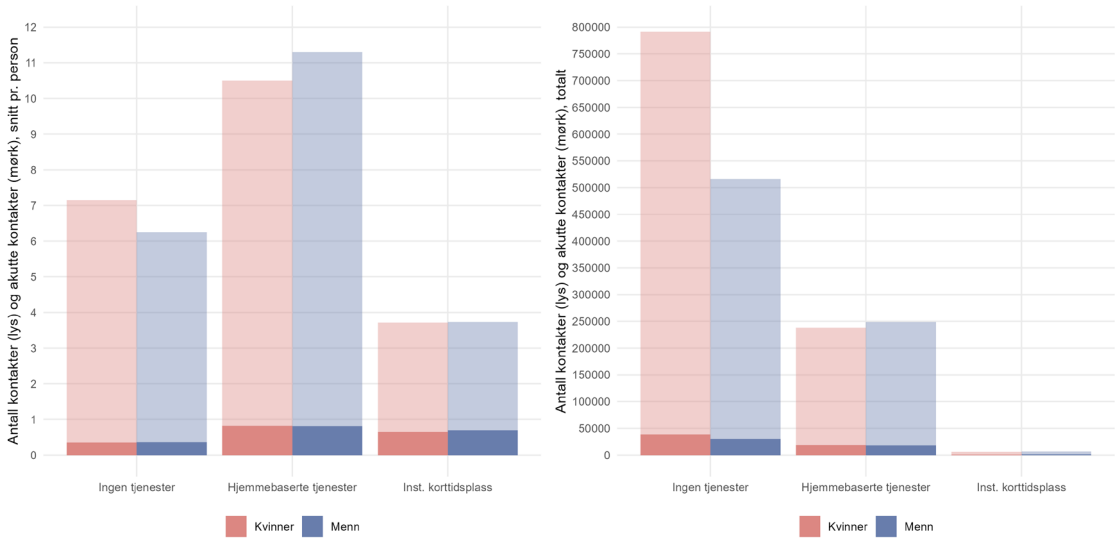
Figur 66. Kontakter (lys) og konsultasjoner (mørk) med fastlege, gjennomsnittlig antall per person (venstre) og totalt antall (høyre) i 2025 for personer med diagnoser innen psykiatri og rus, etter kjønn og status for bruk av kommunalt tildelte helsetjenester.

Figur 67 viser fordelingen av konsultasjoner og andre typer kontakter etter status for bruk av kommunalt tildelte tjenester. Som figuren over også viser, ser vi at personer uten bruk av slike tjenester står for majoriteten av fastlegebruken totalt. Dette gjelder både for kvinner og menn.



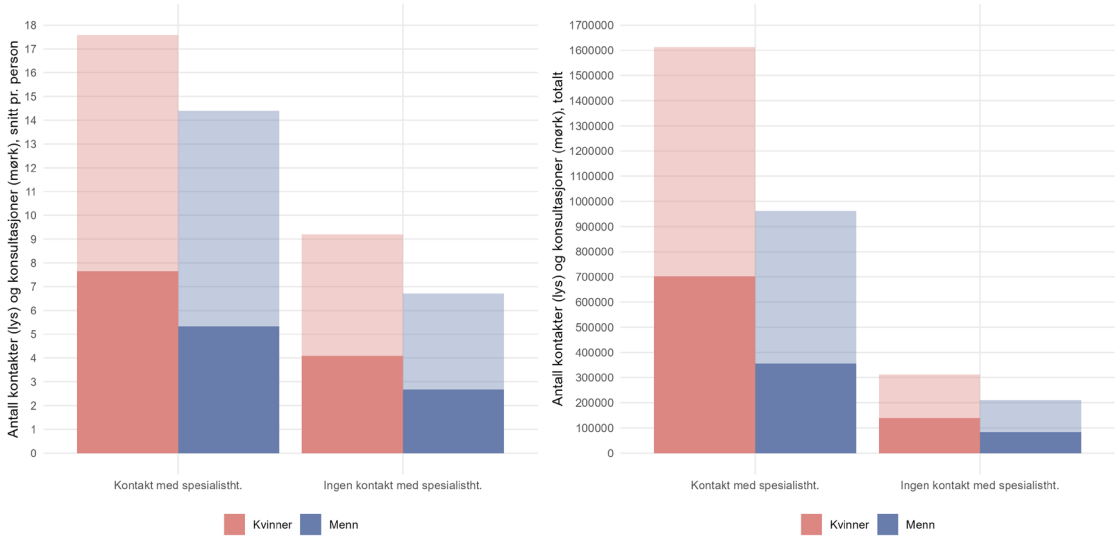
Figur 67. Fordeling av konsultasjoner (venstre) og annen type kontakt (høyre) med fastlege i 2025 for personer med diagnoser innen psykiatri og rus, etter kjønn og status for bruk av kommunalt tildelte helsetjenester.

Figur 68 viser gjennomsnittlig og samlet antall kontakter med spesialisthelsetjenesten etter status for bruk av kommunalt tildelte tjenester. Mønstrene er nokså like for kvinner og menn. Akutte kontakter er få, med et gjennomsnitt på under én per person i alle grupper. Elektive kontakter er langt vanligere. Blant personer uten kommunalt tildelte tjenester har kvinner i gjennomsnitt 7 og menn i overkant av 6 elektive kontakter, mens tilsvarende tall blant dem som mottar tjenester i hjemmet er i overkant av 10 for kvinner og 11 for menn. Fordi gruppen uten kommunalt tildelte tjenester er så stor, står den likevel for størstedelen av det samlede volumet.



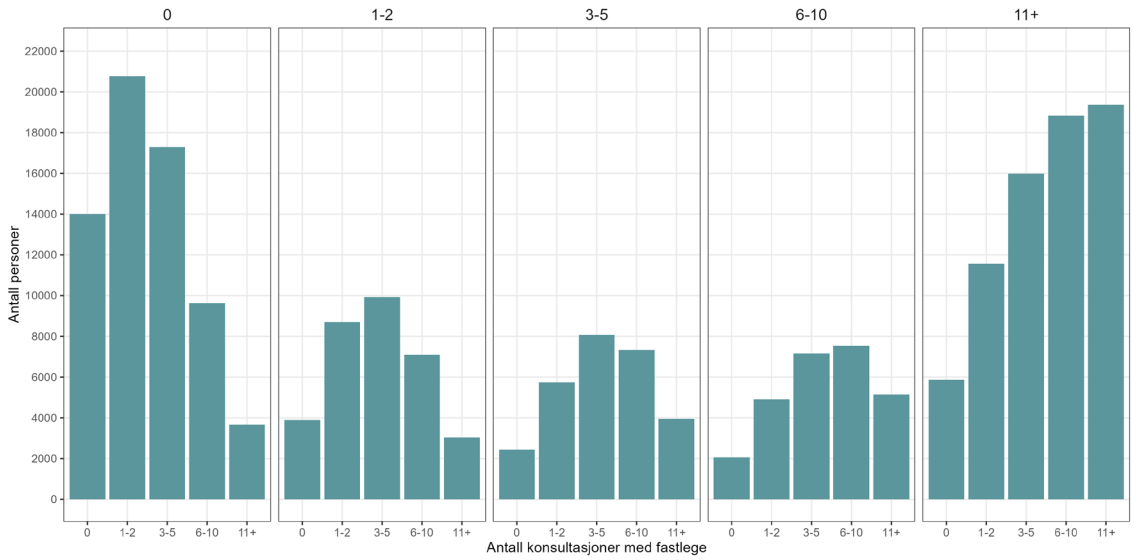
Figur 68. Kontakter (lys) og akutte kontakter (mørk) med spesialisthelsetjenesten, gjennomsnittlig antall per person (venstre) og totalt antall (høyre) i 2025 for personer med diagnoser innen psykiatri og rus, etter kjønn og status for bruk av kommunalt tildelte helsetjenester.

Figur 69 viser gjennomsnittlig og samlet antall konsultasjoner og kontakter med fastlege, etter om personene hadde kontakt med spesialisthelsetjenesten samme år. De som hadde slik kontakt, har i gjennomsnitt betydelig flere fastlegekonsultasjoner og -kontakter enn de uten. Dette kan gjenspeile at de er sykere, og at de har behov som følges opp parallelt i begge tjenestene. Siden et stort flertall i målpopulasjonen, over 70 %, hadde spesialistkontakt i 2025, står denne gruppen også for størstedelen av den samlede fastlegebruken.



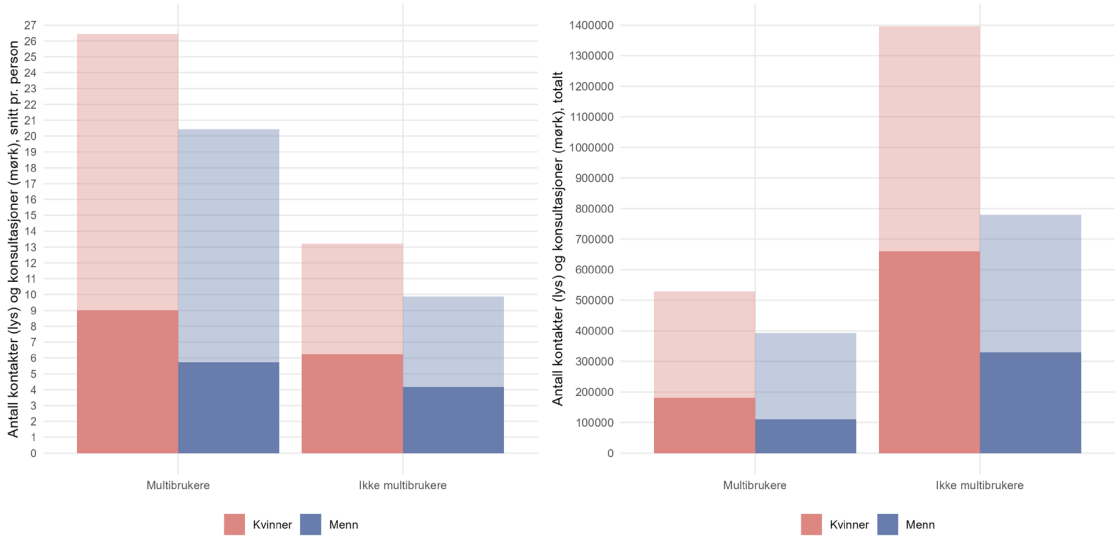
Figur 69. Kontakter (lys) og konsultasjoner (mørk) med fastlege, gjennomsnittlig antall per person (venstre) og totalt antall (høyre) i 2025 for personer med diagnoser innen psykiatri og rus, etter kjønn og status for kontakt med spesialisthelsetjenesten samme år.

Figur 70 viser sammenhengen mellom bruk av fastlege og spesialisthelsetjeneste. Blant dem uten spesialistkontakt er 1–2 fastlegekonsultasjoner det vanligste, og få har mer enn 11 konsultasjoner. Blant dem med 1–5 spesialistkontakter er 3–5 fastlegekonsultasjoner vanligst. Bildet er et annet blant dem med hyppigere spesialistkontakt: nesten 40 000 personer har både 11 eller flere spesialistkontakter og 6 eller flere fastlegekonsultasjoner i 2025.



Figur 70. Antall personer med diagnoser innen psykiatri og rus etter antall konsultasjoner med fastlege (x-akse) og antall kontakter med spesialisthelsetjenesten (fasetter) i 2025.

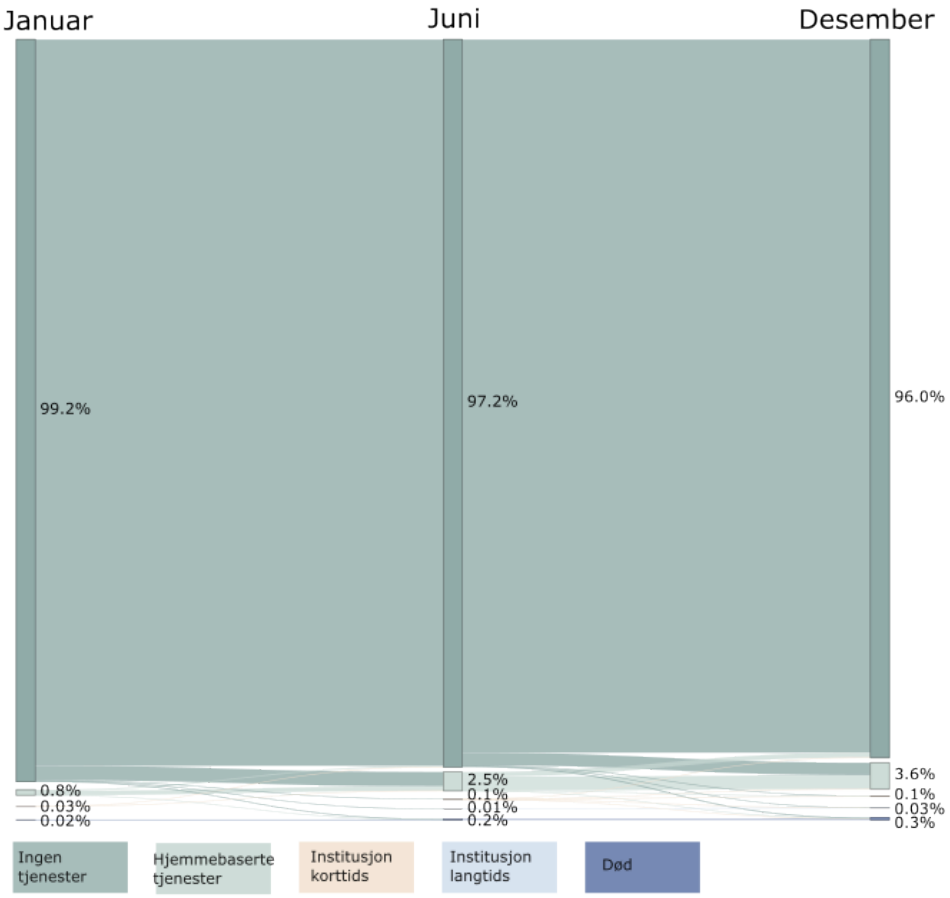
Rundt 18 % av målpopulasjonen var multitjenestebrukere i 2025, det vil si at de brukte alle tre hovedtjenestetyper. Figur 71 viser fastlegebruk for multitjenestebrukere og øvrige personer i målpopulasjonen. Multitjenestebrukerne bruker i gjennomsnitt fastlegen mer enn de øvrige, men forskjellen er omtrent like stor som forskjellen etter spesialistkontakt i figur 69. Siden de øvrige utgjør et klart flertall, står de for en langt større del av den samlede fastlegebruken.



Figur 71. Kontakter (lys) og konsultasjoner (mørk) med fastlege, gjennomsnittlig antall per person (venstre) og totalt antall (høyre) i 2025 for personer med diagnoser innen psykiatri og rus, etter kjønn og status for samtidig bruk av både allmennlegetjeneste, kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjeneste (multitjenestebrukere, n=39 226, 18 % av målpopulasjonen).

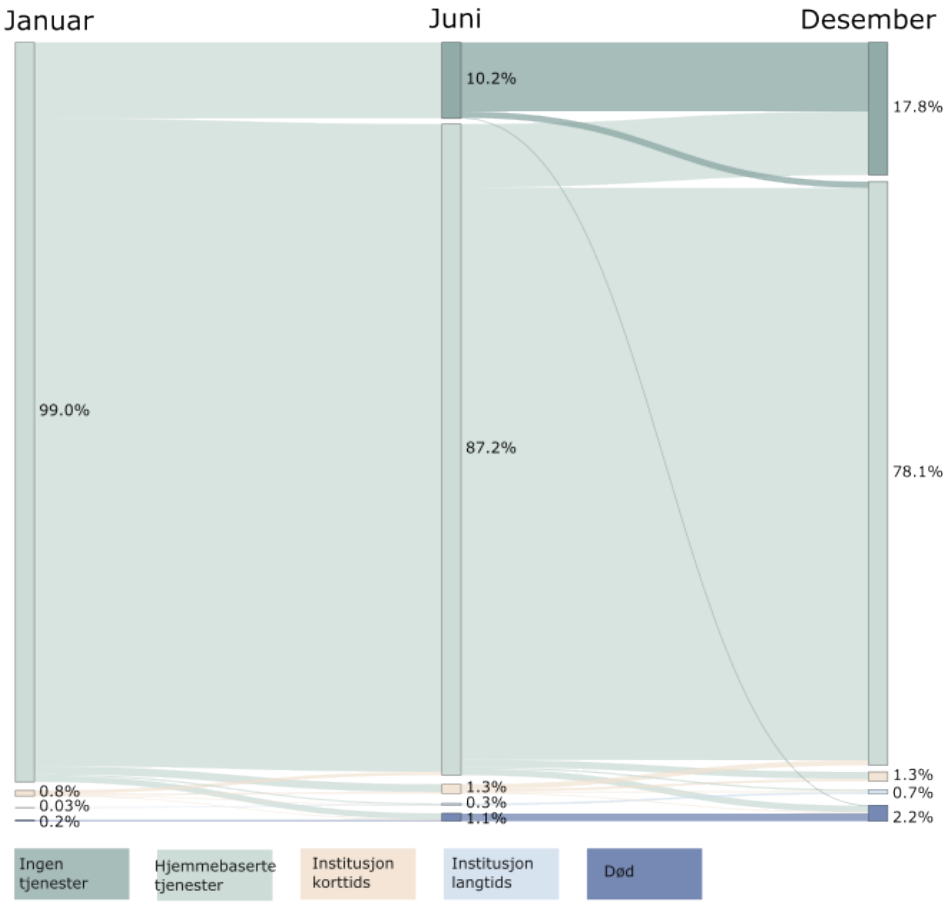
3.4.3 Overganger mellom helsetjenester

Mesteparten av personene med diagnoser innen psykiatri og rus bruker ikke kommunalt tildelte tjenester ved inngangen til 2025 (n=186 378, 83 % av målpopulasjonen). I all hovedsak vil de som ikke mottar kommunalt tildelte tjenester fortsette i samme tilstand gjennom året (figur 72). Det er en viss overgang til tjenester i hjemmet, hvor om lag 4 % prosent av de som starter året uten å motta tjenester mottar slike tjenester i desember.



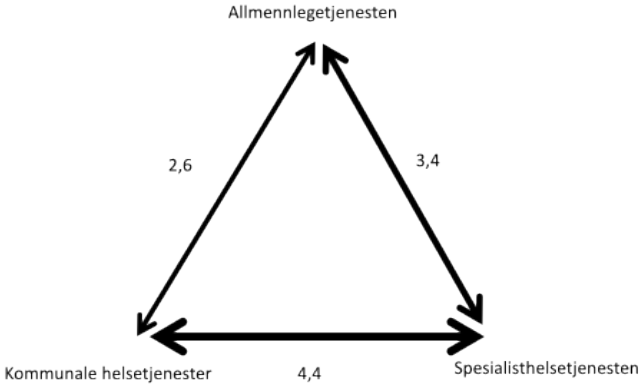
Figur 72. Status for bruk av kommunalt tildelte tjenester igjennom 2025 for personer med diagnoser innen psykiatri og rus som ikke mottar kommunalt tildelte tjenester ved inngangen av januar (n = 186 378, 83 % av målpopulasjonen).

Figur 73 viser overgangene gjennom 2025 for personer med diagnoser innen psykiatri og rus som mottok tjenester i hjemmet i starten av året (n = 35 653, 16 % av målpopulasjonen). Mange går ut av tjenestene i løpet av året. I juni mottar i overkant av 10 % ikke lenger kommunalt tildelte tjenester, og i desember gjelder dette omkring 18 %. 2 % dør i løpet av året, og i overkant av 1 % er på korttidsopphold i institusjon.



Figur 73. Status for bruk av kommunalt tildelte tjenester igjennom 2025 for personer med diagnoser innen psykiatri og rus som bruker tjenester i hjemmet ved inngangen av januar (n= 35 653, 16 %).

Figur 74 viser gjennomsnittlig antall overganger mellom hovedtjenestetypene. Det er svært mange overganger i denne målpopulasjonen, med et snitt på mer enn fire mellom spesialisthelsetjeneste og kommunalt tildelte tjenester og mer enn tre mellom allmennlegetjeneste og spesialisthelsetjeneste.



Figur 74. Gjennomsnittlig antall overganger per person mellom hovedtjenestetyper for personer med diagnoser innen psykiatri og rus i 2025. En tykkere pil representerer flere overganger.

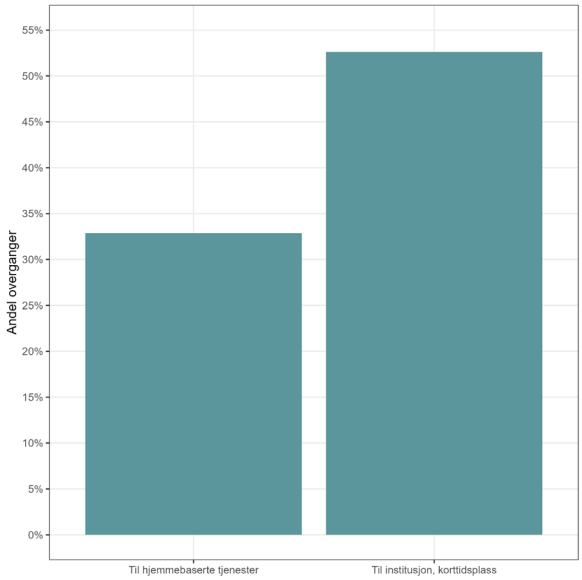
Tabell 19 utfyller mønstrene fra figur 74. Nær 50% gjør minst to overganger mellom spesialist- og allmennlegetjeneste. 15% gjør minst 8 overganger. Tilsvarende tall for overganger mellom kommunalt tildelte tjenester og henholdsvis allmennlegetjeneste og spesialisthelsetjeneste er noe annerledes, med en lavere andel som gjør slike overganger, men mindre forskjell i andelen som gjør mange slike overganger. Det er en betydelig andel som gjør overganger mellom alle hovedtjenestetypene flere ganger. Hele 12% gjør dette mer enn 2 ganger, og 7% mer enn 4 ganger.

Tabell 19. Prosentandel av personer med diagnoser innen psykiatri og rus etter antall overganger mellom hovedtjenestetypene i 2025.

Antall overganger mellom hovedtjenestetyper	≥ 2	≥ 4	≥ 6	≥ 8
Spesialisthelsetjeneste ↔ allmennlegetjeneste	48%	31%	22%	15%
Allmennlegetjeneste ↔ kommunal helsetjeneste	17%	15%	12%	10%
Kommunal helsetjeneste ↔ spesialisthelsetjeneste	16%	14%	13%	11%
Antall overganger mellom alle hovedtjenestetypene	**≥ 2**	**≥ 3**	**≥ 4**	
	12%	9%	7%	

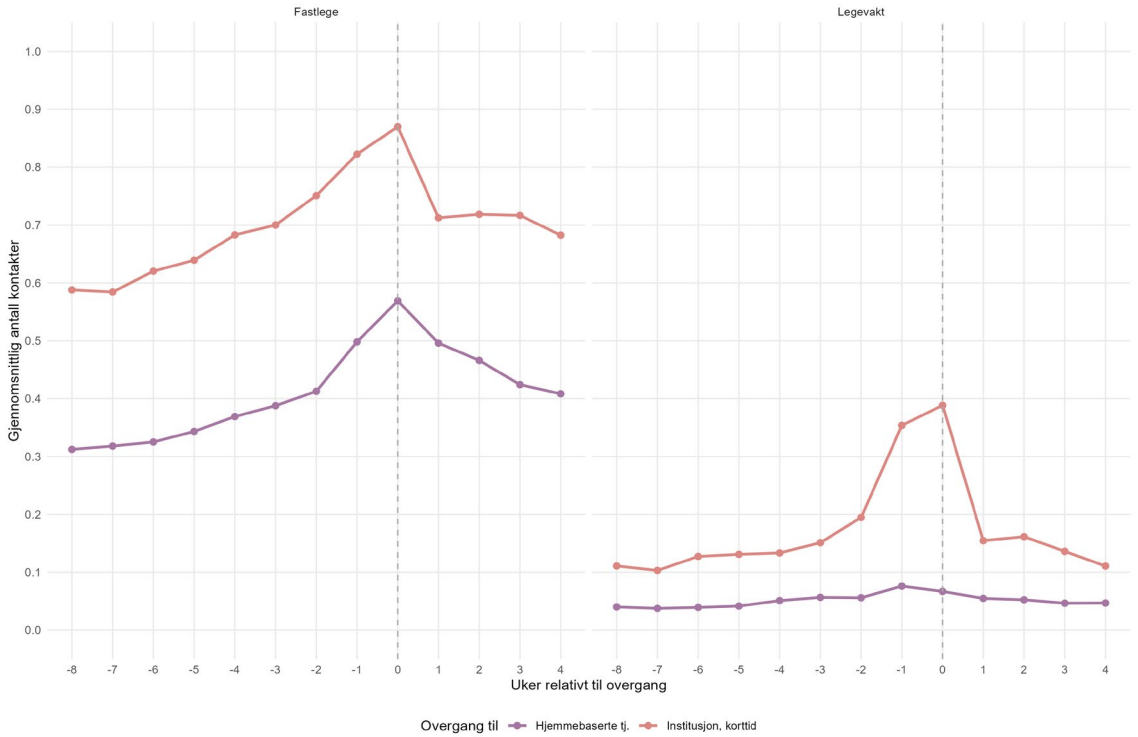
3.4.4 Bruk av helsetjenester ved overganger

Figurene under tar utgangspunkt i overgangene beskrevet i tabell 12. Ved overgang til korttidsopphold viser figur 75 at mer enn 50% har kontakt med allmennlegetjenesten i løpet av de fem foregående dagene. Ved overgang til tjenester i hjemmet har allmennlegetjenesten en mindre rolle, slik det ser ut i disse dataene.



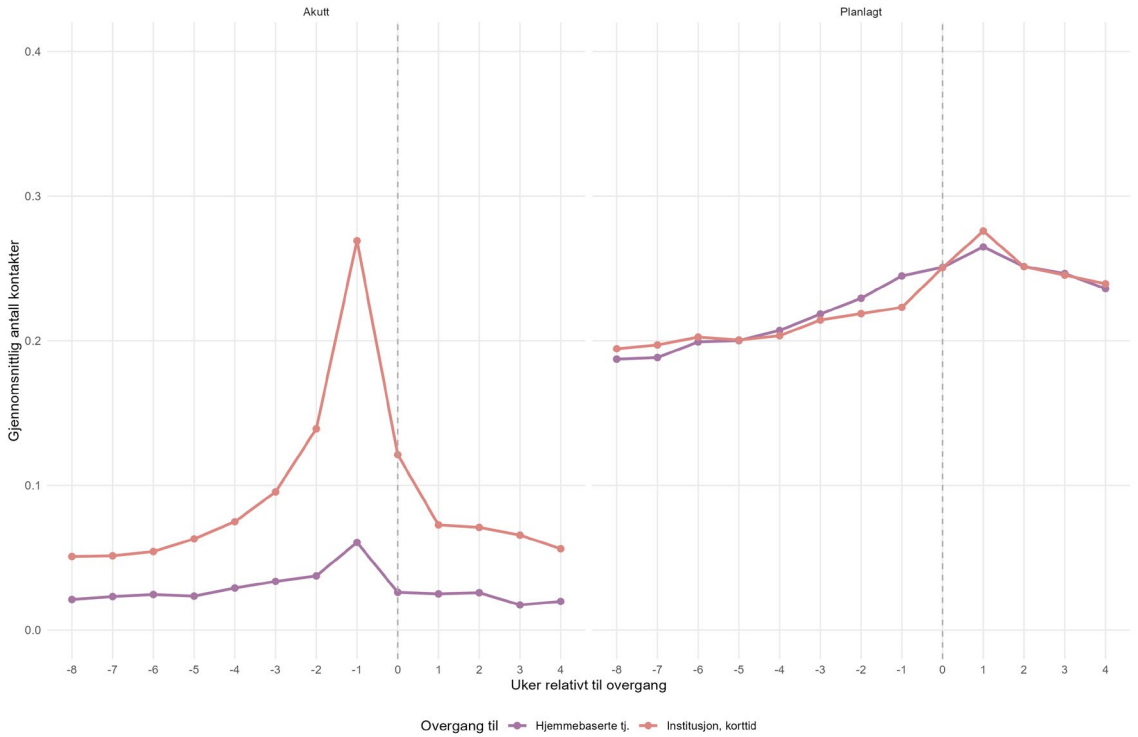
Figur 75. Andel overganger til kommunalt tildelte tjenester hvor det har vært kontakt med allmennlegetjenesten ≤5 dager før overgangen for personer med diagnoser innen psykiatri og rus i 2025, etter overgangstype. Overgang til langtidsplass i institusjon vises ikke grunnet få overganger.

Både for overgang til tjenester i hjemmet og korttidsopphold i institusjon viser figur 76 en betydelig vekst i fastlegekontakter i ukene før vedtak. Etter vedtakstidspunktet reduseres bruken, men blir værende på et noe forhøyet nivå. For legevaktsbruk ser vi en forhøyning i overgangen til korttidsopphold i institusjon, men ikke i overgangen til tjenester i hjemmet.



Figur 76. Gjennomsnittlig antall kontakter i allmennlegetjenesten (fastlege (t.v.) og legevakt (t.h.)) per person per uke, 8 uker før og 4 uker etter overgang til ny kommunalt tildelt tjeneste i 2025 for personer med diagnoser innen psykiatri og rus. Overgang til langtidsplass i institusjon vises ikke grunnet få overganger.

Tilsvarende viser figur 77 bruk av spesialisthelsetjeneste rundt vedtakstidspunktet for tildeling av kommunalt tildelte tjenester. Særlig til korttidsopphold i institusjon er det en betydelig økning i akutte kontakter rundt vedtakstidspunktet. For tjenester i hjemmet ser vi en svak forhøyning i ukene før overgangen. For elektiv behandling er bruken økende frem til uken etter vedtakstidspunkt for begge kommunalt tildelte tjenester vi undersøkte. Deretter avtar den noe.



Figur 77. Gjennomsnittlig antall kontakter i spesialisthelsetjenesten per uke (akutte (t.v.) og elektive (t.h.)) per person per uke, 8 uker før og 4 uker etter overgang til ny kommunalt tildelt tjeneste i 2025 for personer med diagnoser innen psykiatri og rus. Overgang til langtidsplass i institusjon vises ikke grunnet få overganger.

3.4.5 Kapitteloppsummering

Personer med diagnoser innen psykiatri og rus har gjennomgående høy og sammensatt bruk av helsetjenester. De fleste har kontakt med både allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten i løpet av året, og rundt 18 % er multitjenestebrukere, det vil si at de også mottar kommunalt tildelte tjenester. Sammenlignet med resten av målpopulasjonen er multitjenestebrukerne oftere menn, 50 år eller eldre, uten partner og uten høyere utdanning, og de bor oftere i mindre sentrale områder. Personer som bruker fastlegen mye, bruker også spesialisthelsetjenesten mye, noe som kan tyde på behov som følges opp parallelt i begge tjenestene.

De fleste som ikke mottar kommunalt tildelte tjenester ved inngangen av året, har fortsatt ingen tjenester ved utgangen av året, og bare en liten andel går over til tjenester i hjemmet. Blant dem som mottar tjenester i hjemmet, er det mer bevegelse: av personer som starter året med slike tjenester har omkring 18 % sluttet å motta slike tjenester i desember. Målpopulasjonen har i gjennomsnitt mange overganger mellom hovedtjenestetypene, særlig mellom spesialisthelsetjenesten og kommunalt tildelte tjenester. I tiden rundt overgangen til kommunalt tildelte tjenester er det tydelige topper i bruken av fastlege, legevakt og akutt spesialisthelsetjeneste, særlig ved overgang til korttidsopphold. Dette tyder på at overgangene ofte skjer i forbindelse med en akutt forverring av helsetilstanden, og understreker behovet for samordning mellom tjenestene i disse periodene.

3.5 Barn og unge med varige og/eller sammensatte behov

3.5.1 Bakgrunnsinformasjon

Målpopulasjonen barn og unge med varige og/eller sammensatte behov er definert med utgangspunkt i Helsedirektoratets definisjon av barn og unge med langvarige og/eller omfattende behov for helse- og omsorgstjenester (Huseby, 2022). Målpopulasjonen omfatter barn og unge i alderen 2-18 år som i minst ett av de to foregående årene har hatt minst én kontakt registrert i NPR med en av de inkluderte diagnosekodene (se tabell 20), minst 20 polikliniske kontakter i BUP/PHV, minst én innleggelse i BUP/PHV, eller som har mottatt minst én av følgende tjenester registrert i KPR-KTT: praktisk bistand, dagaktivitetstilbud, avlastning, omsorgsstønad, helsetjenester i hjemmet, tidsbegrenset opphold eller langtidsopphold i institusjon. Målpopulasjonen består av 86 193 barn og unge i 2025.

Tabell 20. Diagnoser inkludert i definisjonen av barn og unge med varige og/eller sammensatte behov og tilsvarende ICD-10 koder.

Diagnoseområde	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

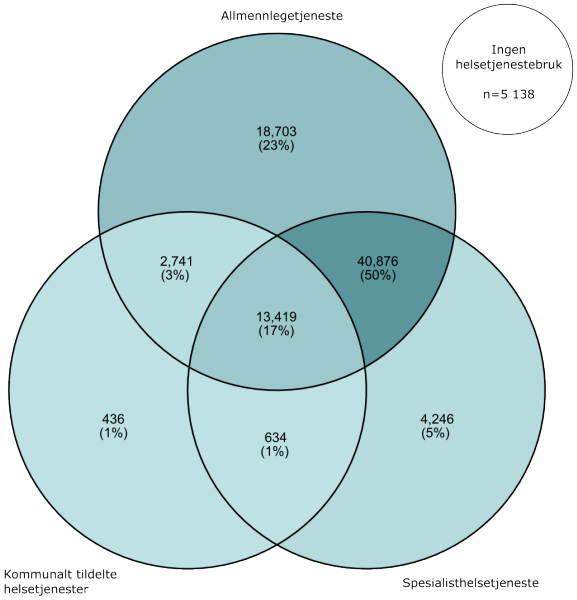
Tabell 21 viser kjennetegn i målpopulasjonen, fordelt etter hvor mange hovedtjenestetyper barna og ungdommene brukte i 2025 (allmennlegetjenesten, spesialisthelsetjenesten og kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester). De fleste i målpopulasjonen er mellom 2 og 9 år. Flertallet brukte én eller to hovedtjenestetyper, mens nesten 16 % var multitjenestebrukere, det vil si at de brukte alle tre. Sammenlignet med resten av målpopulasjonen er det blant multitjenestebrukerne en høyere andel gutter og en høyere andel eldre barn og ungdommer.

Tabell 21: Bakgrunnsopplysninger for barn og unge med varige og/eller sammensatte behov (n= 86 193) etter antall hovedtjenestetyper benyttet i 2025 (allmennlegetjeneste, spesialisthelsetjeneste og kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester).

Antall hovedtjenestetyper benyttet	Ingen tjenester	1-2 hovedtjenestetyper	3 hovedtjenestetyper (multitjenestebrukere)
Totalt antall	5 138 (6,0%)	67 636 (78,5%)	13 419 (15,6%)
Kjønn			
Kvinne	2 290 (5,9%)	31 279 (80,7%)	5 191 (13,4%)
Mann	2 848 (6,0%)	36 357 (76,6%)	8 228 (17,3%)
Aldersgruppe			
2-9 år	2 725 (7,5%)	29 678 (81,2%)	4 153 (11,4%)
10-14 år	1 435 (5,9%)	18 028 (74,3%)	4 789 (19,7%)
15-18 år	978 (3,9%)	19 930 (78,5%)	4 477 (17,6%)
Sentralitet			
Høy sentralitet	3 607 (6,1%)	46 135 (77,8%)	9 528 (16,1%)
Lav sentralitet	1 531 (5,7%)	21 501 (79,9%)	3 891 (14,5%)

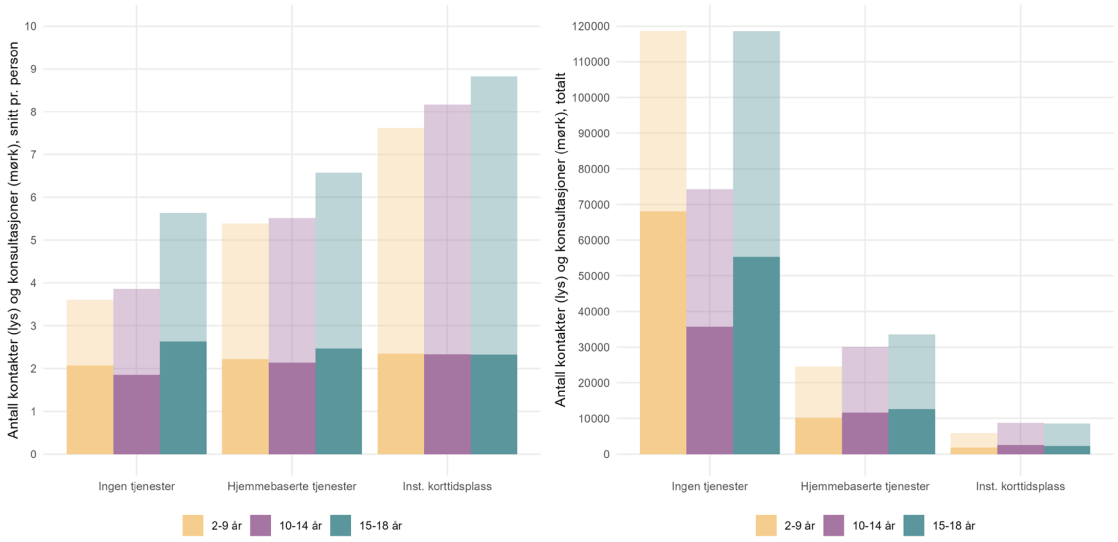
3.5.2 Samtidig bruk av helsetjenester

Figur 78 viser hvordan barn og unge i målpopulasjonen som hadde kontakt med minst én hovedtjenestetype, kombinerte tjenestene i 2025. Omkring 93 % brukte allmennlegetjenesten, og om lag 50 % brukte både allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Litt over 20 % mottok kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester, og 17 % brukte alle tre hovedtjenestetyper og er dermed multitjenestebrukere. Allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten er altså de klart mest brukte tjenestene i denne målpopulasjonen.



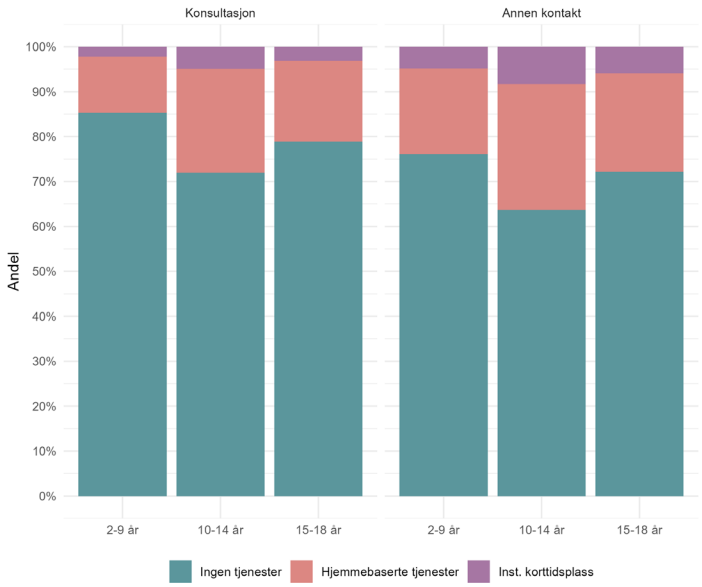
Figur 78. Venndiagram over hovedtjenestetypene barn og unge med varige og/eller sammensatte behov er i kontakt med i 2025. 5 138 (av 86 193, 6 %) personer hadde ingen kontakt med en helsetjeneste og er ikke representert i totalandelen. Mørkere farge indikerer områder med flere individer.

Som figur 78 viste, bruker nesten alle i målpopulasjonen allmennlegetjenesten. Figur 79 viser at gjennomsnittlig antall fastlegekonsultasjoner er omtrent likt i de ulike aldersgruppene, mens antall fastlegekontakter øker noe med alder. Et lignende mønster ses etter status for bruk av kommunalt tildelte tjenester: barn og unge med mer omfattende kommunale tjenester har ikke flere konsultasjoner, men langt flere kontakter. Siden barn og unge uten kommunalt tildelte tjenester er den klart største gruppen, står de for den største samlede fastlegebruken, særlig de som er 2-9 år og 15-18 år.



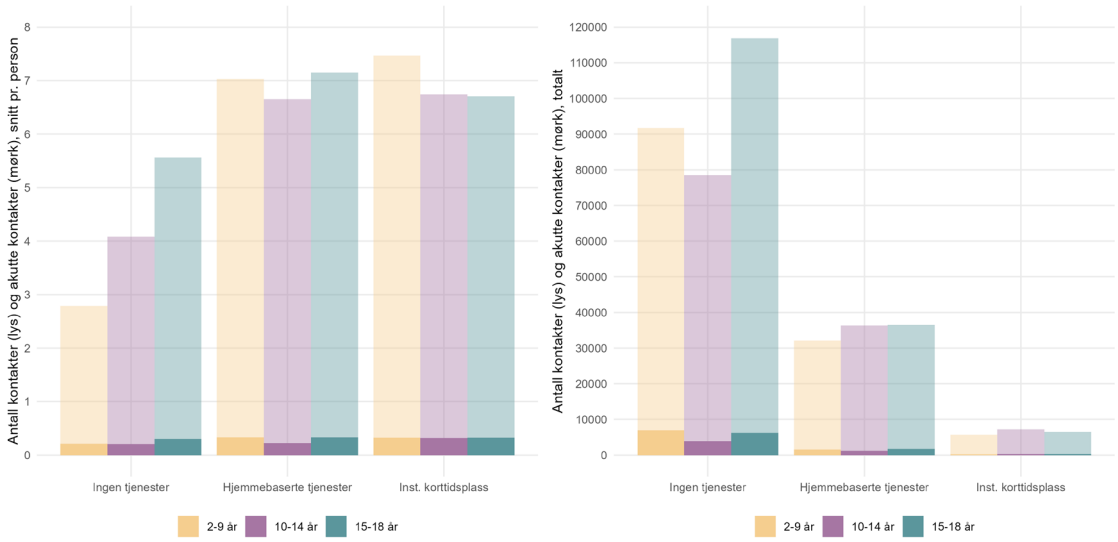
Figur 79. Kontakter (lys) og konsultasjoner (mørk) med fastlege, gjennomsnittlig antall per person (venstre) og totalt antall (høyre) i 2025 for barn og unge med varige og/eller sammensatte behov, etter aldersgruppe og status for bruk av kommunalt tildelte helsetjenester.

Figur 80 viser videre hvordan henholdsvis fastlegekonsultasjoner og andre kontakter er fordelt etter status for bruk av kommunalt tildelte tjenester. Det er hovedsak personer som ikke mottar kommunalt tildelte tjenester som bruker fastlegens kapasitet. Det er en følge av at de er flest. Også de med tjenester i hjemmet har en viss totalbelastning på fastlegetjenesten.



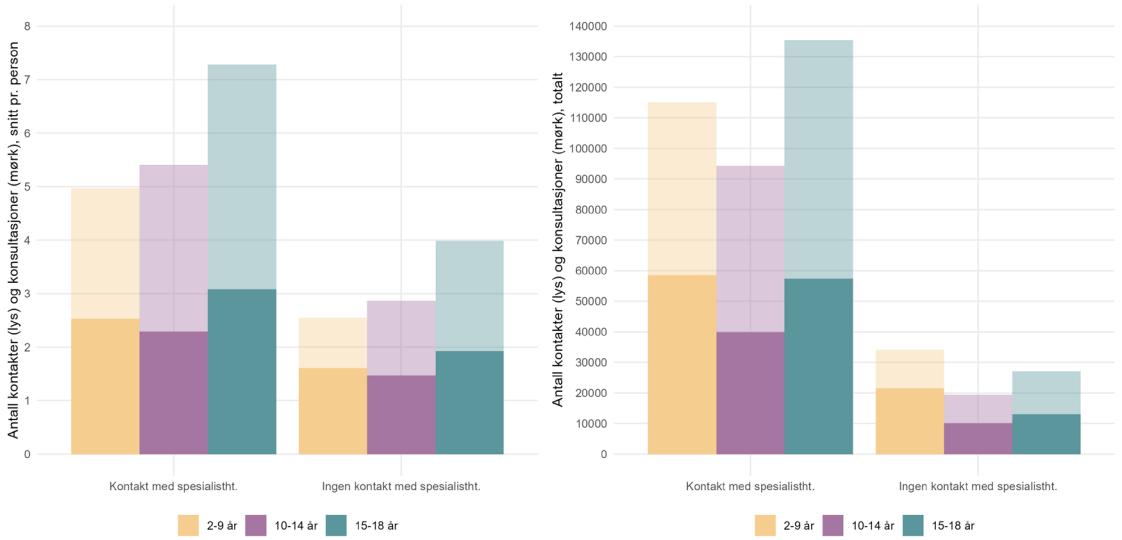
Figur 80. Fordeling av konsultasjoner (venstre) og annen type kontakt (høyre) med fastlege i 2025 for barn og unge med varige og/eller sammensatte behov, etter aldersgruppe og status for bruk av kommunalt tildelte helsetjenester.

Figur 81 viser gjennomsnittlig og samlet antall kontakter med spesialisthelsetjenesten i målpopulasjonen, etter alder og status for bruk av kommunalt tildelte tjenester. Det er i snitt få akutte kontakter i denne målpopulasjonen, og gjennomsnittet per person er lavt og stabilt i alle undergruppene. For alle kontakter samlet er det derimot en tydelig aldersgradient blant barn og unge uten kommunalt tildelte tjenester: bruken øker med alderen. Som for fastlegebruken står gruppen uten kommunalt tildelte tjenester for størstedelen av spesialistkontaktene, fordi den er størst.



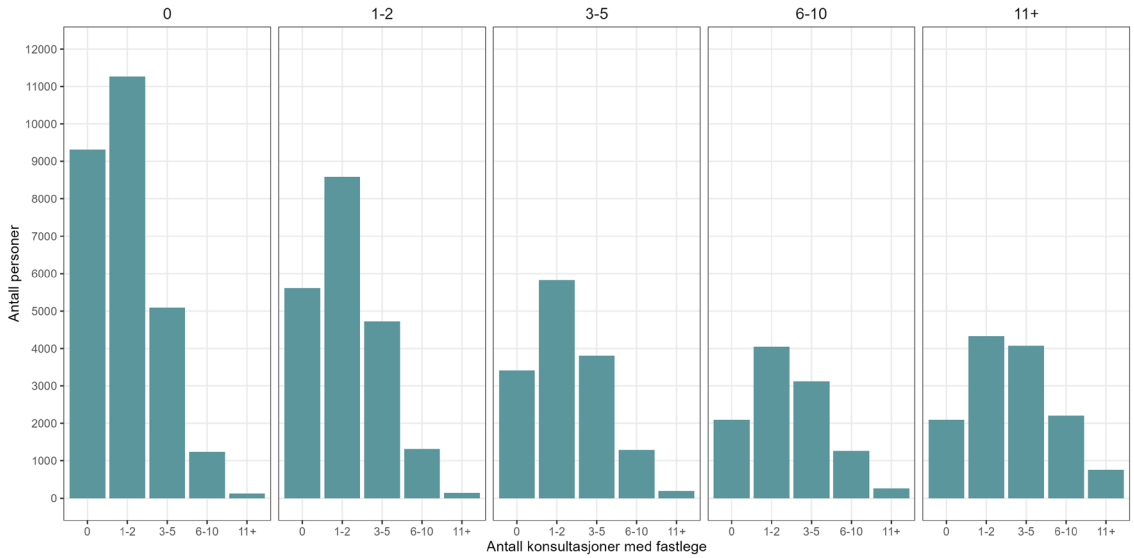
Figur 81. Kontakter (lys) og akutte kontakter (mørk) med spesialisthelsetjenesten, gjennomsnittlig antall per person (venstre) og totalt antall (høyre) i 2025 for barn og unge med varige og/eller sammensatte behov, etter aldersgruppe og status for bruk av kommunalt tildelte helsetjenester.

Figur 82 viser fastlegebruk etter status for kontakt i spesialisthelsetjenesten samme år. Vi ser at personer som har kontakt med spesialisthelsetjenesten både har flere fastlegekontakter og -konsultasjoner i snitt og totalt sammenlignet med personer i målgruppen uten slik kontakt.



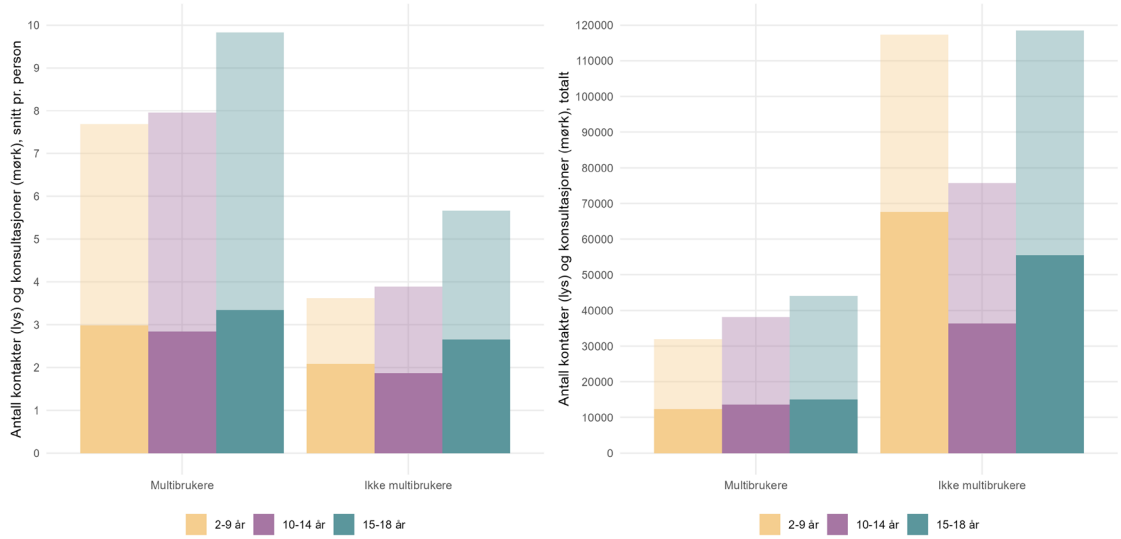
Figur 82. Kontakter (lys) og konsultasjoner (mørk) med fastlege, gjennomsnittlig antall per person (venstre) og totalt antall (høyre) i 2025 for barn og unge med varige og/eller sammensatte behov, etter aldersgruppe og status for kontakt med spesialisthelsetjenesten samme år.

Figur 83 ser nærmere på den kombinerte bruken av fastlegekonsultasjoner og spesialisthelsetjeneste. Den største gruppen er barn og unge uten kontakt med spesialisthelsetjenesten i løpet av året. Blant dem er 1-2 fastlegekonsultasjoner det vanligste, men mange har ingen. Etter hvert som antall spesialistkontakter øker, forskyves fordelingen mot flere fastlegekonsultasjoner. Likevel er 1-2 konsultasjoner fortsatt vanligst, og en betydelig andel har ingen fastlegekonsultasjoner, selv blant dem med flest spesialistkontakter. Dette kan tyde på at spesialisthelsetjenesten i større grad ivaretar oppfølgingen av denne gruppen.



Figur 83. Antall barn og unge med varige og/eller sammensatte behov etter antall konsultasjoner med fastlege (x-akse) og antall kontakter med spesialisthelsetjenesten (fasetter) i 2025.

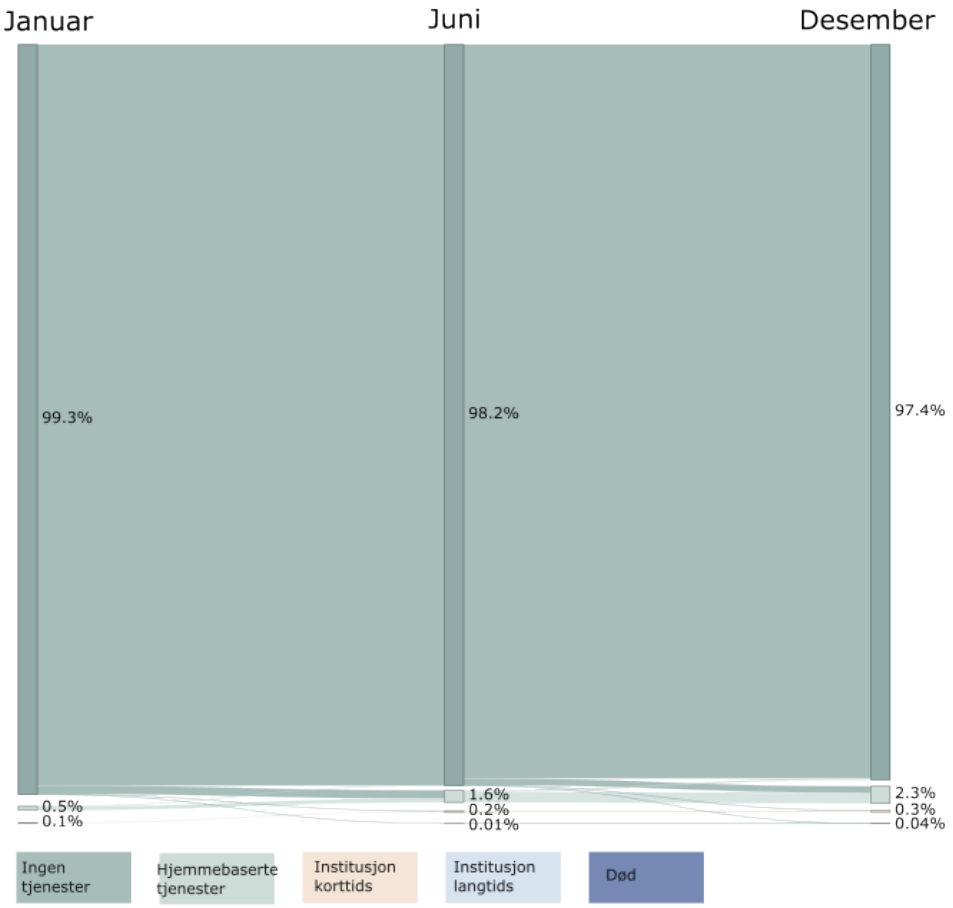
Omkring 16 % av målpopulasjonen er multitjenestebrukere, det vil si at de brukte alle tre hovedtjenestetyper i løpet av året. Figur 84 viser at multitjenestebrukerne har noe flere fastlegekonsultasjoner enn de øvrige, men betydelig flere kontakter. Dette kan delvis skyldes behov for koordinering med kommunalt tildelte tjenester og andre offentlige tjenester. Siden multitjenestebrukerne er en relativt liten gruppe, står de likevel for en liten del av den samlede fastlegebruken.



Figur 84. Kontakter (lys) og konsultasjoner (mørk) med fastlege, gjennomsnittlig antall per person (venstre) og totalt antall (høyre) i 2025 for barn og unge med varige og/eller sammensatte behov, etter aldersgruppe og status for samtidig bruk av både allmennlegetjeneste, kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjeneste (multitjenestebrukere, n=13 419, 16 % av målpopulasjonen).

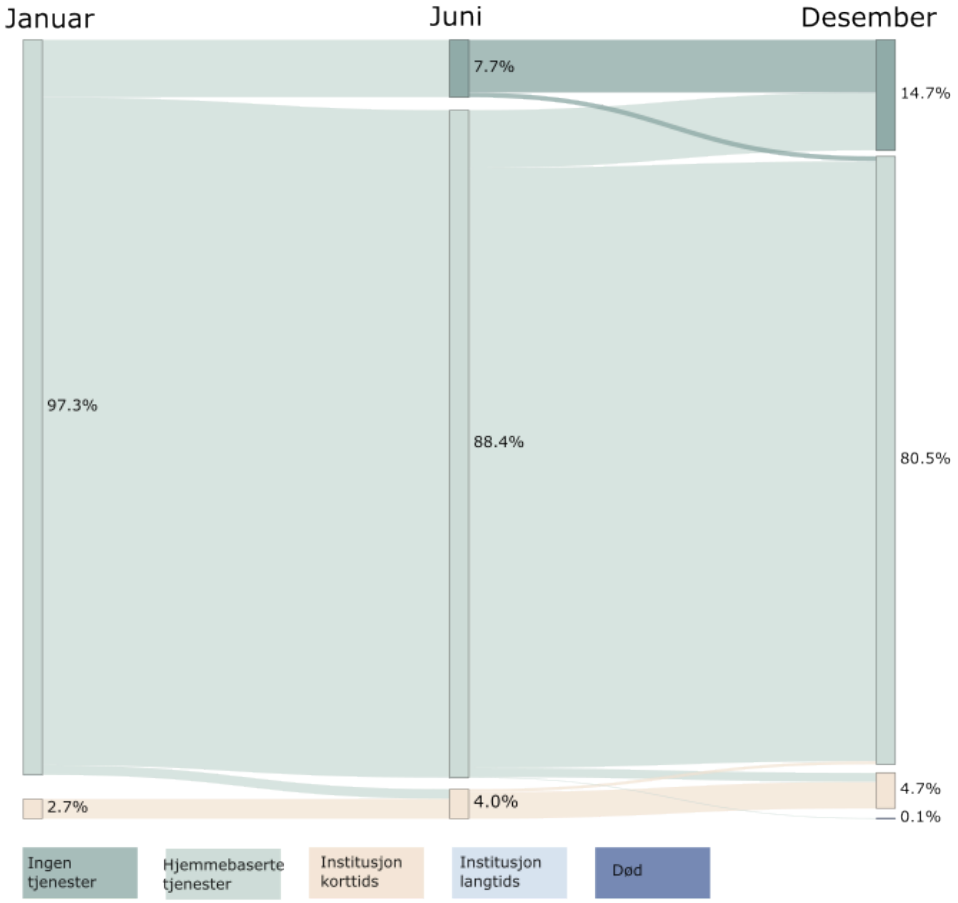
3.5.3 Overganger mellom helsetjenester

De neste figurene viser overgangene mellom kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester gjennom 2025 for målpopulasjonen. Figur 85 viser dette for barn og unge som ikke mottok kommunalt tildelte tjenester i januar (n = 71 046, 82 % av målpopulasjonen). Svært få går over til en annen status i løpet av året, og over 97 % har fortsatt samme status ved utgangen av året. 2 % mottar tjenester i hjemmet i desember.



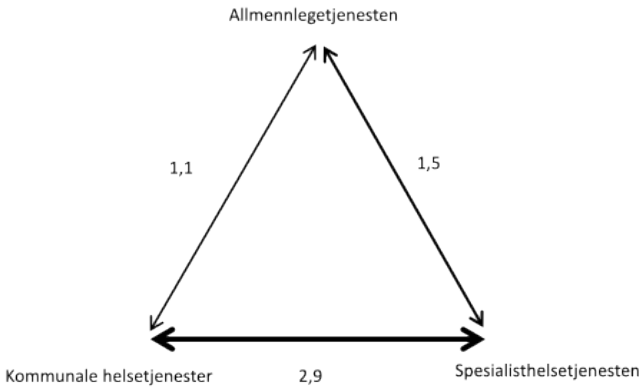
Figur 85. Status for bruk av kommunalt tildelte tjenester igjennom 2025 for barn og unge med varige og/eller sammensatte behov som ikke mottar kommunalt tildelte tjenester ved inngangen av januar (n = 71 046, 82 % av målpopulasjonen).

Omkring 15 % av målpopulasjonen mottar tjenester i hjemmet ved inngangen til 2025. Figur 86 viser overganger i kommunalt tildelte helsetjenester for disse. Ved årets slutt har fortsatt 80 % denne statusen, mens omkring 15 % har gått tilbake til å ikke motta kommunalt tildelte tjenester. Det er noen overganger til korttidsopphold i institusjon, og omkring 5 % har denne statusen i desember.



Figur 86. Status for bruk av kommunalt tildelte tjenester igjennom 2025 for barn og unge med varige og/eller sammensatte behov som bruker tjenester i hjemmet ved inngangen av januar (n = 13 054, 15 % av målpopulasjonen)

Figur 87 viser gjennomsnittlig antall overganger per person mellom de ulike hovedtjenestetypene for målgruppen. Det er særlig mellom kommunalt tildelte tjenester og spesialisthelsetjeneste det er mange overganger, hele 2,9. Dette kan tyde på at en mindre andel i målgruppen har store medisinske og pleietrengende behov, som drar snittet opp. Mellom spesialist- og allmennlegetjeneste er det 1,5 overganger i gjennomsnitt.



Figur 87. Gjennomsnittlig antall overganger per person mellom hovedtjenestetyper for barn og unge med varige og/eller sammensatte behov i 2025. En tykkere pil representerer flere overganger.

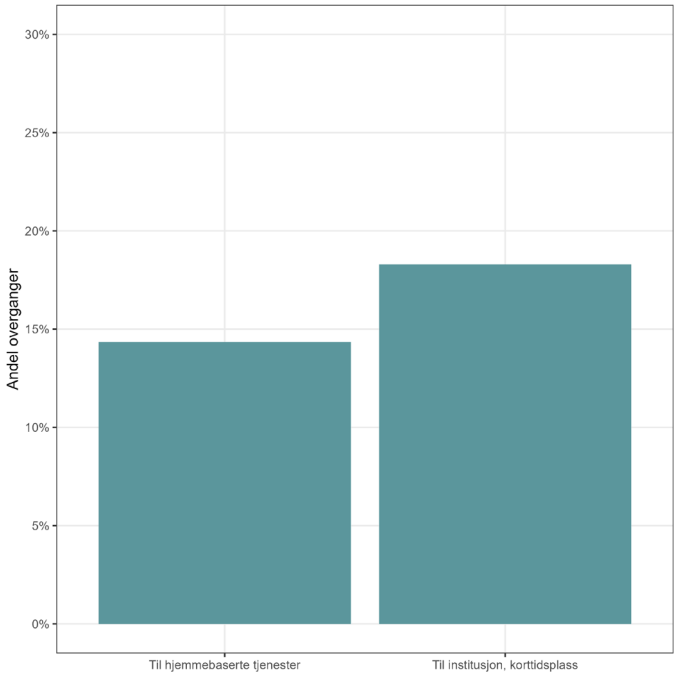
Tabell 22 viser andelen i målpopulasjonen etter antall overganger mellom hovedtjenestetypene i 2025. Nesten en tredjedel har minst to overganger mellom spesialisthelsetjenesten og allmennlegetjenesten, men bare 4 % har minst åtte. Andelene er noe lavere for overganger mellom allmennlegetjenesten og kommunalt tildelte tjenester. For overganger mellom kommunalt tildelte tjenester og spesialisthelsetjenesten avtar andelen derimot lite med økende antall overganger: 16 % har minst to, og 11 % har minst åtte. Det forklarer det høye gjennomsnittet for disse overgangene i figur 87. Mønsteret henger trolig sammen med at barn med løpende kommunale tjenester og hyppige polikliniske kontakter i spesialisthelsetjenesten får to overganger for hver kontakt, én ut av og én tilbake til den kommunale tjenesten. 8 % har minst to fullførte sekvenser gjennom alle tre hovedtjenestetyper, og 3 % har minst fire.

Tabell 22. Prosentandel av barn og unge med varige og/eller sammensatte behov etter antall overganger mellom hovedtjenestetypene i 2025.

Antall overganger mellom hovedtjenestetyper	**≥ 2**	**≥ 4**	**≥ 6**	**≥ 8**
Spesialisthelsetjeneste ↔ allmennlegetjeneste	32%	14%	7%	4%
Allmennlegetjeneste ↔ kommunal helsetjeneste	15%	11%	8%	5%
Kommunal helsetjeneste ↔ spesialisthelsetjeneste	16%	14%	12%	11%
Antall overganger mellom alle hovedtjenestetypene	**≥ 2**	**≥ 3**	**≥ 4**	
	8%	5%	3%	

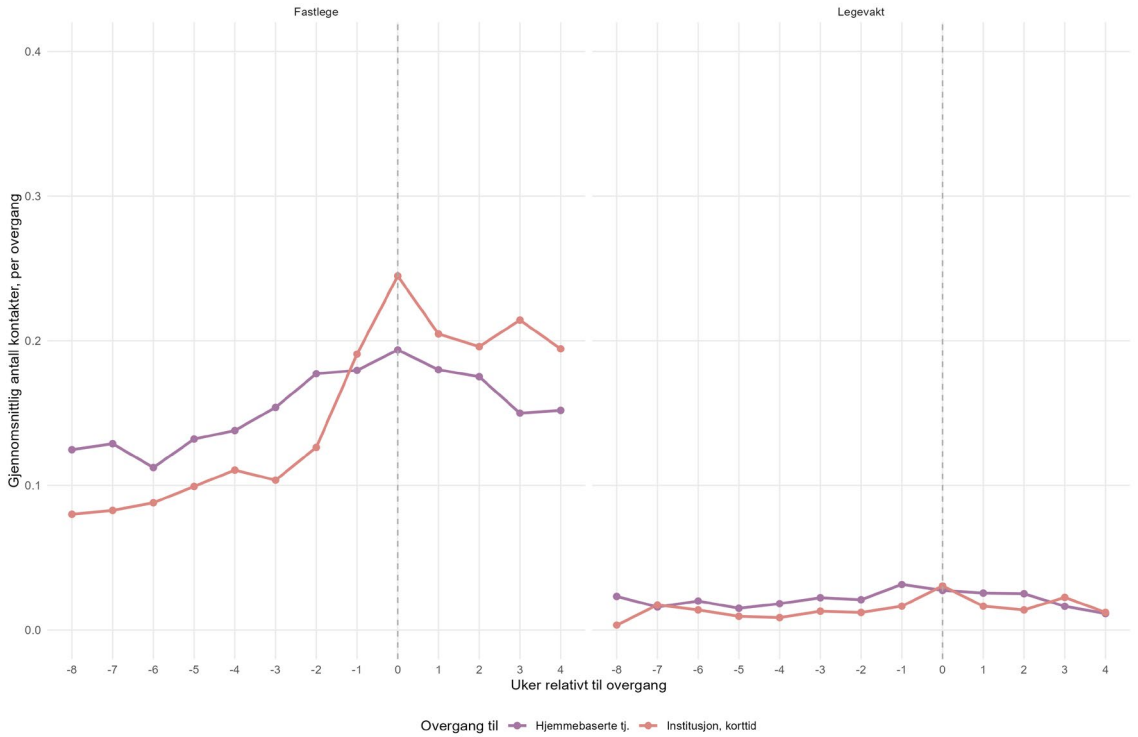
3.5.4 Bruk av helsetjenester ved overganger

De neste figurene viser hvordan allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten brukes i forbindelse med overganger til nye kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester i målpopulasjonen. Overgangene som inngår, er beskrevet i tabell 12. Figur 88 viser hvor stor andel av overgangene der barnet eller ungdommen hadde kontakt med allmennlegetjenesten i løpet av de fem siste dagene før overgangen. Andelen er betydelig lavere enn i de andre målpopulasjonene: under 15 % ved oppstart av tjenester i hjemmet og under 20 % ved overgang til korttidsopphold i institusjon, mot rundt 35–50 % omkring de samme overgangene blant personer 80 år og eldre, personer med flere kroniske lidelser og personer med diagnoser innen psykiatri og rus. Dette kan tyde på at allmennlegetjenesten spiller en mindre rolle ved slike overganger for barn og unge. Det kan også skyldes at overgangene oftere følger et lengre planleggingsforløp.



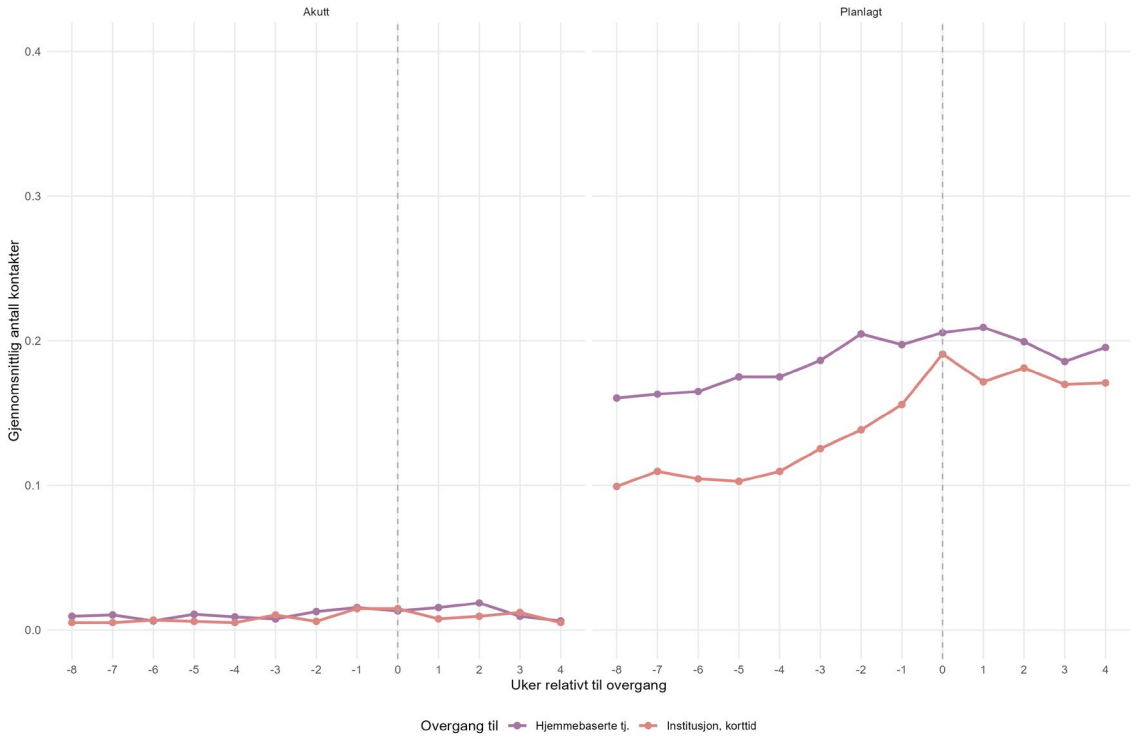
Figur 88. Andel overganger til kommunalt tildelte tjenester hvor det har vært kontakt med allmennlegetjenesten ≤5 dager før overgangen for barn og unge med varige og/eller sammensatte behov i 2025, etter overgangstype. Overgang til langtidsplass på institusjon vises ikke grunnet få hendelser.

Figur 89 viser at bruk av fastlege er noe økende frem til tidspunktet for overgang til både tjenester i hjemmet og til korttidsopphold i institusjon. For legevakt er derimot mønsteret annerledes, da det er ingen betydelige endringer over tidsperioden.



Figur 89. Gjennomsnittlig antall kontakter i allmennlegetjenesten (fastlege (t.v.) og legevakt (t.h.)) per person per uke, 8 uker før og 4 uker etter overgang til ny kommunalt tildelt tjeneste i 2025 for barn og unge med varige og/eller sammensatte behov. Overgang til langtidsplass på institusjon vises ikke grunnet få hendelser.

Figur 90 viser at det er lite endring i antall akutte kontakter med spesialisthelsetjenesten i forbindelse med overgang til tjenester i hjemmet eller korttidsopphold i institusjon. Det er en mindre økning i planlagte kontakter frem til vedtakstidspunktet for overgang til korttidsopphold i institusjon, og deretter en utflating.



Figur 90. Gjennomsnittlig antall kontakter i spesialisthelsetjenesten per uke (akutte (t.v.) og elektive (t.h.)) per person per uke, 8 uker før og 4 uker etter overgang til ny kommunalt tildelt tjeneste i 2025 for barn og unge med varige og/eller sammensatte behov. Overgang til langtidsplass på institusjon vises ikke grunnet få hendelser.

3.5.5 Kapitteloppsummering

De aller fleste barn og unge med varige og/eller sammensatte behov har kontakt med helsetjenesten i løpet av året, i hovedsak med allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Om lag 75 % bruker én eller to hovedtjenestetyper, mens rundt 16 % er multitjenestebrukere, det vil si at de bruker alle tre. Multitjenestebruk er noe vanligere blant gutter og blant eldre barn og ungdom. Rundt én av fem mottar kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester, men det er barn og unge uten slike tjenester som står for størstedelen av den samlede fastlegebruken. Multitjenestebrukerne har i gjennomsnitt noe flere fastlegekonsultasjoner og betydelig flere fastlegekontakter enn de øvrige, men siden gruppen er liten, står de for en begrenset del av det samlede volumet.

Det er få overganger mellom de kommunalt tildelte tjenestene i denne målpopulasjonen, og over 97 % av dem som ikke mottar slike tjenester ved inngangen til 2025, har samme status ved årets slutt. Blant barn og unge som mottar tjenester i hjemmet, er det noe mer bevegelse, både ut av disse tjenestene og i enkelte tilfeller over til korttidsopphold i institusjon. Den vanligste overgangen mellom hovedtjenestetyper er mellom spesialisthelsetjenesten og kommunalt tildelte tjenester, noe som trolig skyldes at en mindre gruppe har svært mange overganger mellom disse hovedtjenestetypene. I motsetning til i de andre målpopulasjonene har bare en liten andel av overgangene til kommunalt tildelte tjenester vært innledet av kontakt med fastlege eller legevakt, og det observeres kun små endringer i kontakten med fastlege og elektiv spesialisthelsetjeneste rundt overgangstidspunktet. Dette kan tyde på at overgangene i større grad er planlagte og i mindre grad knyttet til akutte forverringer i helsetilstanden.

4 OPPSUMMERING

En stor andel av befolkningen i Norge bruker helsetjenester i løpet av et år, men bruken er svært ujevnt fordelt. Allmennlegetjenesten er den mest brukte tjenesten og et sentralt kontaktpunkt i alle målpopulasjonene, både alene og i kombinasjon med andre tjenester. De fleste har kontakt med én eller to deler av helsetjenesten igjennom året, mens en mindre andel er multitjenestebrukere, det vil si at de i løpet av året bruker både allmennlegetjenesten, spesialisthelsetjenesten og kommunalt tildelte helse- og omsorgstjenester. Multitjenestebruk er mest utbredt blant personer 80 år og eldre, der rundt en tredjedel bruker alle tre hovedtjenestetyper. Blant personer med flere kroniske lidelser, personer med diagnoser innen psykiatri og rus og barn og unge med varige og/eller sammensatte behov er andelen om lag 16-19 %. Multitjenestebrukerne har høyere bruk av fastlege per person, men står for en begrenset del av den samlede bruken, siden de er relativt få. I målpopulasjonen 80 år og eldre, der multitjenestebruk er mest utbredt, utgjør de likevel en betydelig andel av fastlegekontaktene. I flere av målpopulasjonene er multitjenestebrukerne oftere uten partner og uten høyere utdanning enn de øvrige, noe som kan tyde på at behovet for sammensatte tjenester også henger sammen med sosiale forhold.

Analysene viser tydelige, og til dels ulike, overgangsmønstre mellom hovedtjenestetypene. Blant personer 80 år og eldre, personer med flere kroniske lidelser og personer med diagnoser innen psykiatri og rus er overgangene ofte knyttet til akutte hendelser og perioder med økt behandlings- og omsorgsbehov. Rundt 35–50 % av overgangene til tjenester i hjemmet og korttidsopphold skjer innen fem dager etter kontakt med fastlege eller legevakt, og det er en tydelig topp i akutte spesialistkontakter uken før overgangen. Allmennlegetjenesten er dermed ofte involvert i forkant av slike overganger, og akutt sykdom som krever spesialisert helsehjelp, fører ofte til behov for nye eller mer omfattende kommunale tjenester.

Barn og unge med varige og/eller sammensatte behov skiller seg fra de andre målpopulasjonene. De fleste har kontakt med allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten, mens færre mottar kommunalt tildelte tjenester. Det er få overganger mellom de kommunale tjenestene igjennom året, og i motsetning til i de voksne målpopulasjonene er de i liten grad knyttet til akutte hendelser eller økt bruk av fastlege og spesialisthelsetjeneste. Overgangene ser i større grad ut til å være planlagte. En mindre gruppe har likevel svært mange overganger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunalt tildelte tjenester, trolig fordi de har både løpende kommunale tjenester og hyppige polikliniske kontakter.

Både omfanget og mønsteret av overganger varierer betydelig mellom målpopulasjonene. Mellom hvilke helsetjenester det er grunn til ekstra fokus på god samhandling varierer derfor mellom de enkelte gruppene. Blant personer 80 år og eldre skjer overgangene særlig mellom allmennlegetjenesten og kommunalt tildelte tjenester. For denne gruppen er samhandlingen mellom fastlegen og de kommunale tjenestene derfor særlig viktig. Mens overgangene blant personer 80 år og eldre i stor grad skjer mellom allmennlegetjenesten og kommunale tjenester, er de jevnere fordelt mellom tjenestene for personer med flere kroniske lidelser og personer med diagnoser innen psykiatri og rus. Begge disse gruppene har et høyt antall overganger i alle de tre tjenesteparene i snitt, og samhandling på tvers av hele tjenestekjeden er derfor viktig for dem. Flest overganger skjer mellom allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten for personer med

flere kroniske lidelser, og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunalt tildelte tjenester for personer med diagnoser innen psykiatri og rus. Barn og unge med varige og/eller sammensatte behov har samme mønster som den sistnevnte gruppen, men færre overganger. For disse gruppene er samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen særlig viktig. Samtidig står personer uten bruk av kommunalt tildelte tjenester samlet for størstedelen av bruken av allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten, fordi denne gruppen består av svært mange personer. Samlet tyder funnene på at behovet for samhandling og koordinerte pasientforløp er størst der sykdomsbyrden er høy og forløpene preges av hyppige overganger.

Datagrunnlaget omfatter hele den norske befolkningen, men noen deler av helsetjenesten er ikke med. Det gjelder privatfinansierte helsetjenester og offentlige avtalespesialister, samt andre deler av kommunal helsetjeneste som helsestasjon og skolehelsetjeneste. Helsetjenestebruken er derfor noe underestimert. Dette kan ha særlig betydning for personer med diagnoser innen psykiatri og rus og personer med flere kroniske lidelser, som ofte har behov for spesialisert behandling, samt for barn og unge, der helsestasjon og skolehelsetjeneste er viktige kontaktpunkter. Analysene i rapporten er beskrivende og viser sammenhenger mellom tjenestebruk og overganger, men kan ikke si noe sikkert om årsakene til dem.

5 Referanser

Helsedirektoratet. (2025). *Styringsinformasjon om personer med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer for kommunene*. Helsedirektoratet. Retrieved 22. september from https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/styringsinformasjon-om-personer-med-psykisk-helse-eller-rusmiddelproblemer-for-kommunene

Huseby, B. M. (2021). *Styringsinformasjon til helsefellesskapene. Del I: Skrøpelige eldre og personer med flere kroniske sykdommer.* . Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/styringsinformasjon-til-helsefellesskapene/Del%20I%20%E2%80%93%20Skr%C3%B8pelige%20eldre%20og%20personer%20med%20flere%20kroniske%20sykdommer.pdf?download=false

Huseby, B. M. (2022). *Styringsinformasjon til helsefellesskapene. Del II: Barn og unge med langvarige og/eller omfattende behov for helse- og omsorgstjenester.* Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/styringsinformasjon-til-helsefellesskapene/Del%20II%20%E2%80%93%20Barn%20og%20unge%20med%20langvarige%20og%20eller%20omfattende%20behov%20for%20helse-%20og%20omsorgstjenester.pdf?download=false

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