



Analyse av ressurser benyttet til diagnose, behandling og re-/habilitering

Rapport: Utvidet analyse for KOSTRA funksjon 241

Harstad kommune

OPPDRAGSGIVER: Harstad kommune
RAPPORT NR.: XX
RAPPORTENS TITTEL: Analyse av ressurser benyttet til diagnose, behandling, re-/habilitering
ANSVARLIG KONSULENT: Salman Khalil
KVALITETSSIKRET AV: Hege Askestad
DATO: 18. nov. 2024

Innholdsfortegnelse

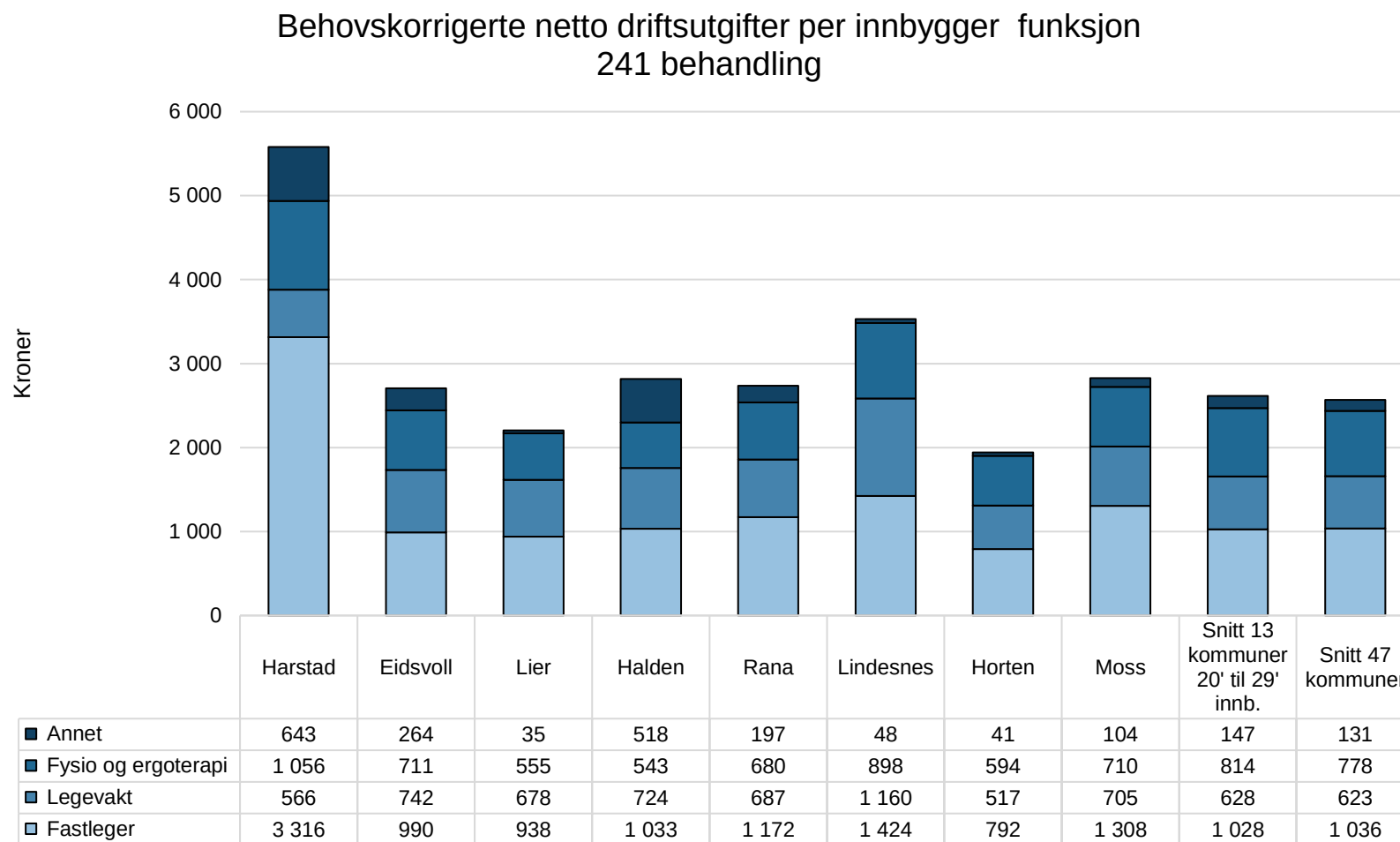
1. Oppsummering av hovedfunnene, formål, metode og begrepsavklaring
 - 1.0 Sammendrag
 - 1.1 Metode
 - 1.2 Nasjonal statistikk, kostnadsnivå, og årsverk
2. Detaljert analyse per tjenesteområde
 - 2.1 Samlet ressursbruk
 - 2.2 Fastlegeordningen og legevakt
 - 2.3 Fysioterapi og ergoterapi
 - 2.4 Annet
3. Vedlegg
 - 4.0 Grunnlagsdata: Økonomifordeling regnskap



1.0 Sammen drag

Oppsummering av analysen av ressurser benyttet til diagnose, behandling og re-/habilitering i Harstad i 2023

- ▶ Harstads utgifter til diagnose, behandling og re-/habilitering (funksjon 241) er tydelig høyere enn snittet av kommunene
- ▶ Utgifter til fastlegetjenesten er tydelig høyere
- ▶ Utgifter til legevakttilbudet er lavere
- ▶ Utgiftene til fysio- og ergoterapi er tydelig høyere enn snittet
- ▶ Andre utgifter ført på 241 er i hovedsak knyttet til Norsk pasientskadeerstatning, overgrepsmottak og fengselshelsetjeneste (der det er aktuelt). Utgiftene er tydelig høyere enn snittet.



Kilde: Beregninger gjort av Agenda Kaupang

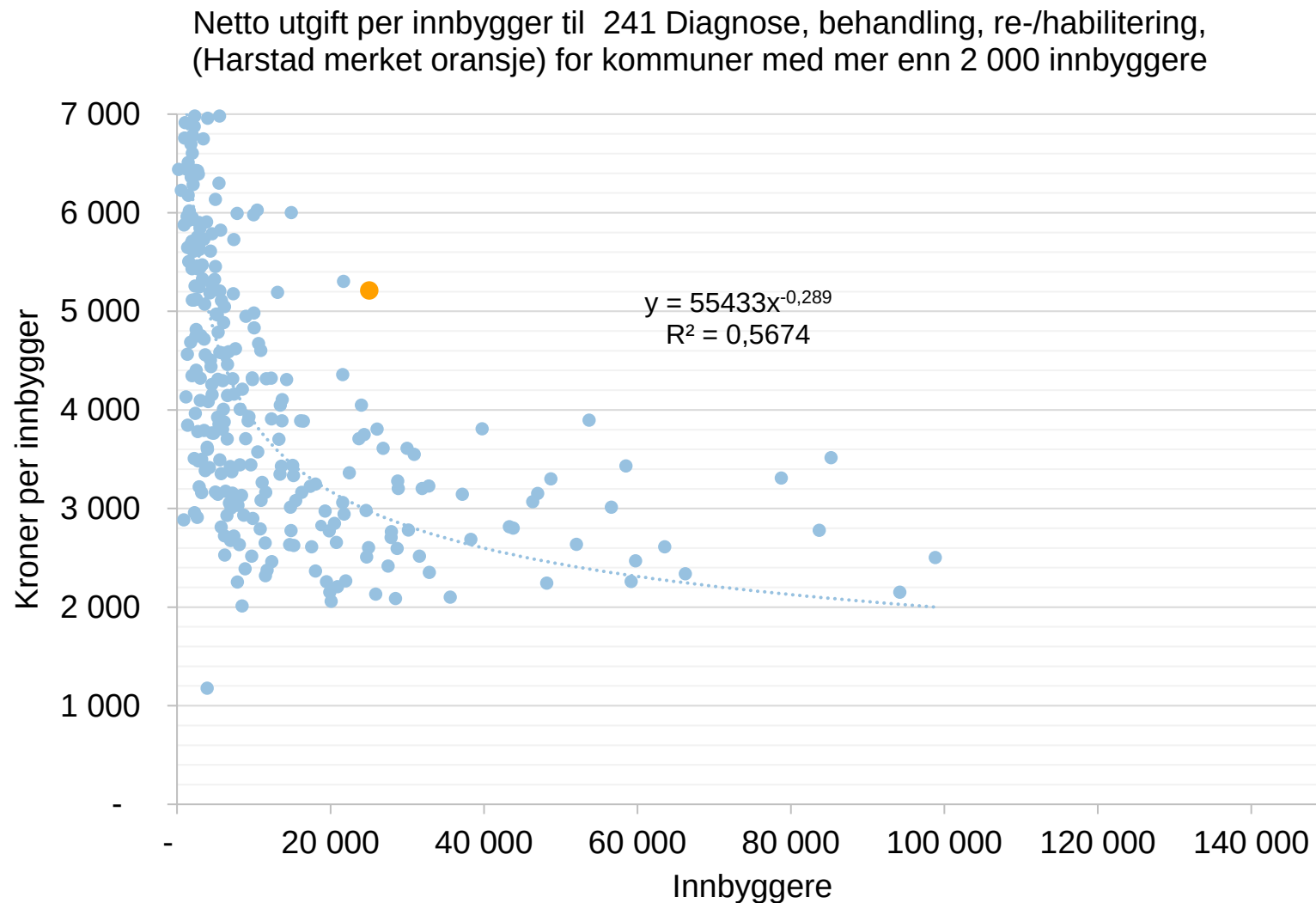


Helsetjenester i KOSTRA omfatter tre tjenestefunksjoner; 232 Helsestasjons- og skolehelsetjeneste, 233 Annet forebyggende helsearbeid og 241 Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering. I denne analysen gjør vi kun et dypdykk i 241 Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering.

I Agenda Kaupangs egenutviklede database deler vi opp ressurser benyttet til diagnose, behandling, re-/habilitering for å få innsikt som ikke finnes i KOSTRA. For å få et mest mulig korrekt bilde av den totale ressursituasjonen i kommunen gjøres en enkel sammenligning med kommuner hvor vi har gjennomført tilsvarende datainnsamling de siste årene. Det er lagt til arbeidsgiveravgift på lønnsutgiftene for kommuner som ikke har full arbeidsgiveravgiftssats. Regnskapsdata er deflatorjustert med kommunal deflator til 2023-tall. Det er korrigert for ulikheter i demografi, sosiale forhold og geografi etter metoden som staten har beregnet, til bruk i inntektssystemet for kommunene (utgiftsutjevningen). Utgifter varierer mellom kommuner og analysen gir ingen forklaring på årsaker til variasjoner i utgifter. Merk at det sammenliknes både med nasjonale tall for alle kommuner og tall for 47 kommuner hvor Agenda Kaupang har samlet inn data.

Analysen benytter følgende ressurskategorier:

- ▶ **Fastleger:** Basistilskudd fastleger, eventuelle kommunale legekantor inkludert sykepleiere og annet personell på helsesenter/lekantor, turnusleger (for eksempel tilskudd og utgifter til veiledning). Fastlegers bidrag til ved legevakt er tatt med under legevakt
- ▶ **Legevakt;** Her er kostnader til drift av en legevakt, interkommunale samarbeid knyttet til legevakt og fastlegers bidrag til legevakt tatt med
- ▶ **Fysio-/ergoterapi;** Fysioterapi (med avtale og kommunalt ansatte i fysioterapipraksis), ergoterapi, hjelpefunksjoner til fysioterapeuter og ergoterapeuter og formidling av hjelpemidler
- ▶ **Annet;** Dette er kostnader knyttet til funksjonsområdet som ikke inngår i kategoriene over. Eksempler på slike kostnader kan være netto kostnad fengselshelsetjenesten, tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning samt utgifter til psykisk helsetjenester som det ikke registreres KPR- eller Iplos-data og som defineres som behandling og frisklivstilbud.



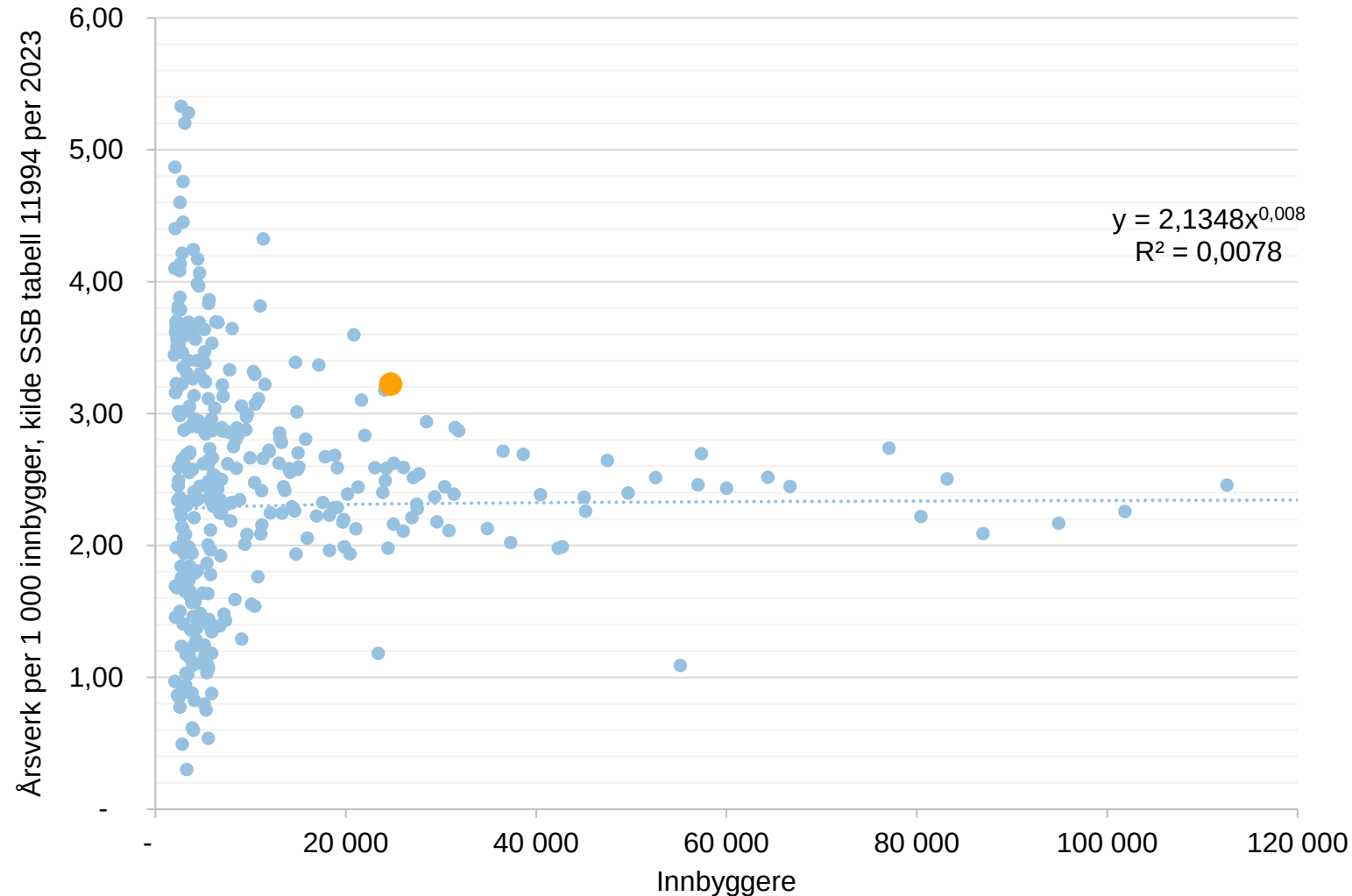
Figuren viser netto utgift per innbygger til diagnose, behandling, re-/habilitering (funksjon 241) for norske kommuner med mer enn 2 000 innbyggere i 2023.

- ▶ **Tolking av regresjonslinjen:** Den negative eksponenten (-0,289) viser at kostnadene per innbygger synker når innbyggertallet øker. Dette er i tråd med forventningen om at større kommuner kan ha stordriftsfordeler, som reduserer kostnadene per innbygger. Det vil si at mindre kommuner i større grad har høyere kostnader per innbygger, mens større kommuner er mer kostnadseffektive.
- ▶ En sammenligning mot nasjonale tall rapportert i KOSTRA og sett i forhold til innbyggertall viser at Harstad (merket oransje) ligger godt over regresjonslinjen, noe som indikerer at Harstad har høyere kostnader enn forventet for en kommune av sin størrelse.

Diagrammet viser SSB-tall for 2023

Kilde: SSB, tabell 12367 Detaljert driftsregnskap kommuner, innbyggere tabell 07459

Legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester per 1000 innbygger for Harstad (merket oransje), kommuner større enn 2 000 innbyggere



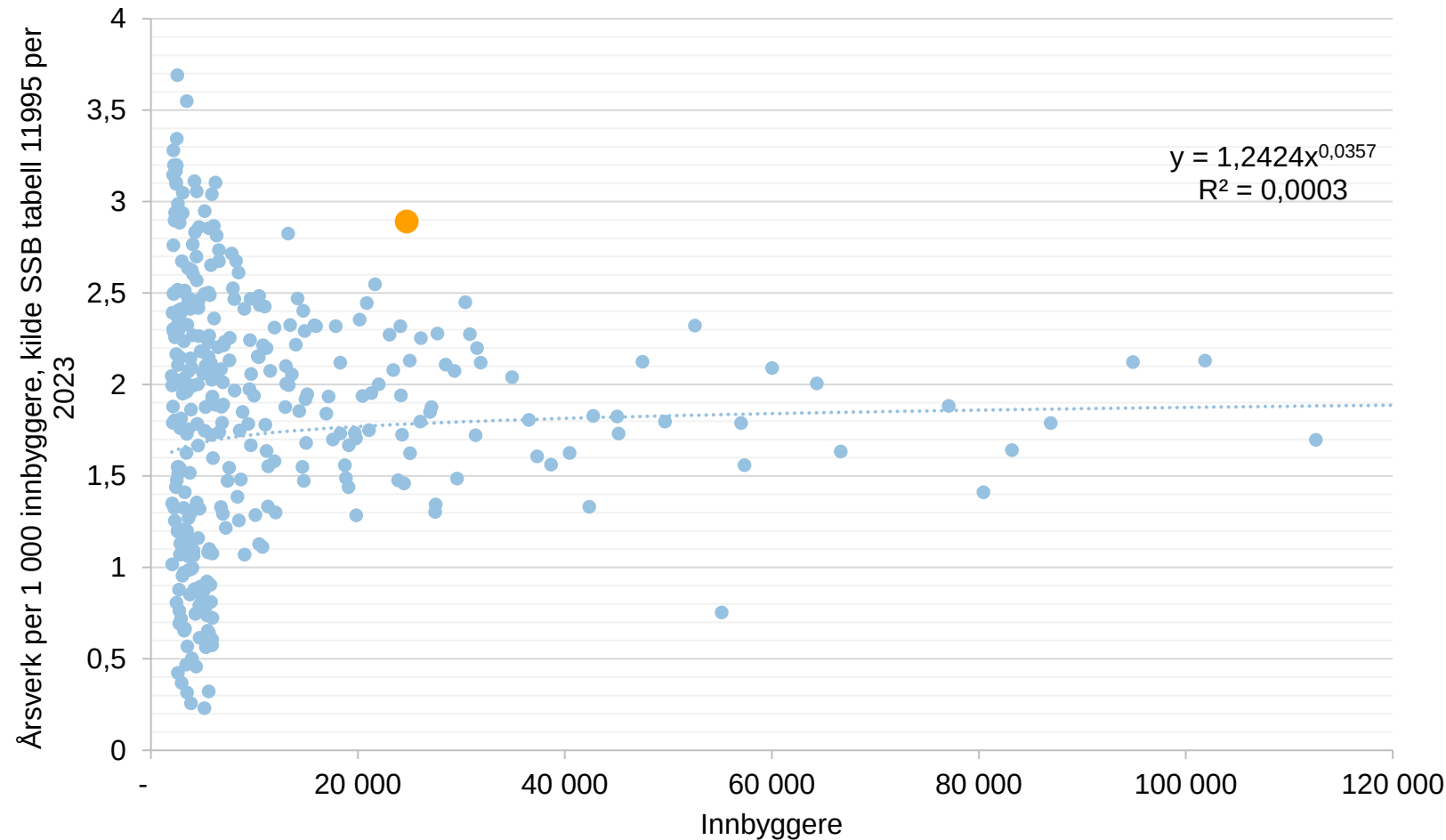
Figuren viser legeårsverk per 1 000 innbyggere i kommunale helse- og omsorgstjenester for kommuner med over 2 000 innbyggere i 2023.

- ▶ **R²-verdi:** R²-verdien er 0,0078, noe som indikerer at innbyggertallet nesten ikke forklarer variasjonen i antall legeårsverk per 1 000 innbyggere. Dette tyder på at andre faktorer enn kommunestørrelse, som for eksempel tjenestetilbud eller lokal prioritering, har større innflytelse.
- ▶ **Regresjonslinjen:** Den viser en nesten flat sammenheng mellom innbyggertall og legeårsverk per innbygger, som betyr at større kommuner ikke nødvendigvis har flere legeårsverk per innbygger enn mindre kommuner.
- ▶ En sammenligning mot nasjonale tall rapportert i KOSTRA og sett i forhold til innbyggertall viser at Harstad (merket oransje) har 3,2 legeårsverk per 1 000 innbyggere. Dette er over det som er forventet sammenliknet med andre kommuner av samme størrelse.
- ▶ Spredningen i årsverk er stor, spesielt for de minste kommunene

Diagrammet viser SSB-tall for 2023

Kilde: SSB, tabell 11994 og Agenda Kaupang

Årsverk fysioterapi per 1000 innbygger for Harstad (merket oransje), kommuner større enn 2 000 innbyggere



Figuren viser årsverk til fysioterapi per 1 000 innbyggere for kommuner med over 2 000 innbyggere i 2023.

- ▶ **R²-verdi:** R²-verdien er 0,0003, noe som indikerer at innbyggertallet nesten ikke forklarer variasjonen i fysioterapiårsverk per 1 000 innbyggere. Dette tyder på at kommunestørrelse har liten innflytelse på antall fysioterapiårsverk, og at andre faktorer spiller en større rolle.
- ▶ **Regresjonslinjen:** Den viser en tilnærmet flat sammenheng mellom innbyggertall og fysioterapiårsverk per innbygger, noe som betyr at det er små forskjeller i fysioterapiressurser uavhengig av kommunens størrelse.
- ▶ En sammenligning mot nasjonale tall rapportert i KOSTRA og sett i forhold til innbyggertall viser at Harstad har (merket oransje) fysioterapiårsverk per innbygger over forventningsnivået.

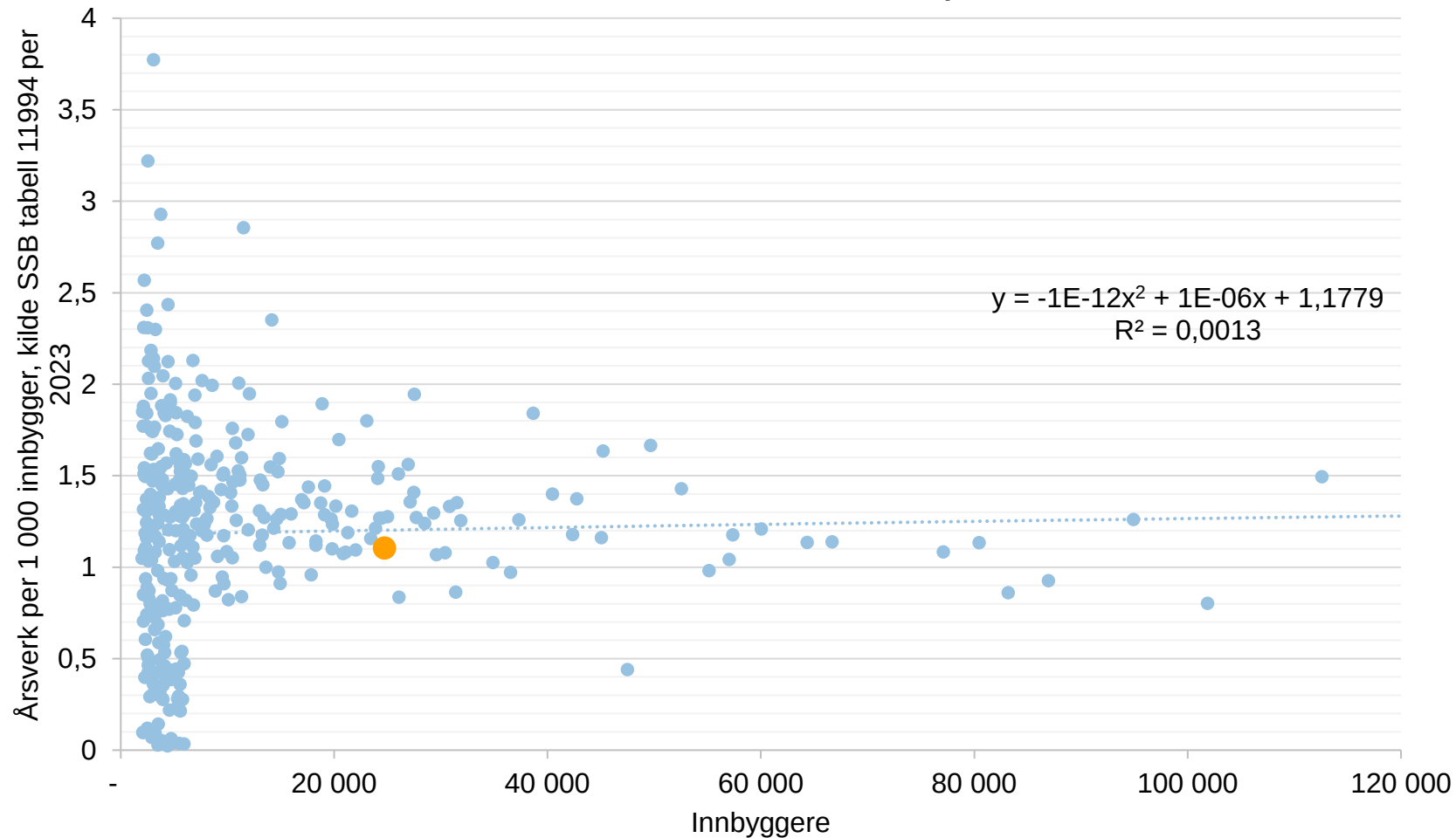
Diagrammet viser SSB-tall for 2023 som er siste publiserte data

Kilde: SSB, tabell 11995 og Agenda Kaupang

1.2 Nasjonal statistikk

Færre årsverk i andre helsetjenester som helsestasjon og skolehelsetjeneste (funksjon 232)

Årsverk i helsestasjon og skolehelsetjeneste per 1 000 innbyggere
Harstad merket med oransje



Kilde: SSB, tabell 11994 og Agenda Kaupang

Helsestasjon og skolehelsetjeneste er ikke en del av «Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering», funksjon 241, men rapporteres i KOSTRA under funksjon 232. Vi velger likevel å presentere dette her da dette er med på å danne et mer helhetlig bilde av innsatsen i kommunen.

Figuren viser årsverk per 1 000 innbyggere i helsestasjon og skolehelsetjeneste for kommuner med mer enn 2 000 innbyggere i 2023.

- ▶ **R²-verdi:** Med en R²-verdi på 0,0013 forklarer innbyggertallet nesten ingenting av variasjonen i årsverk per 1 000 innbyggere. Dette indikerer at andre faktorer enn kommunestørrelse, som lokal prioritering eller behov, har en større innvirkning på ressursbruk innen helsestasjon og skolehelsetjeneste.
- ▶ **Regresjonslinjen:** Den viser at det er liten sammenheng mellom antall innbyggere og årsverk per innbygger, som betyr at tjenestetilbudet varierer på tvers av kommuner uavhengig av størrelse
- ▶ En sammenligning mot nasjonale tall rapportert i KOSTRA og sett i forhold til innbyggertall viser at Harstad (merket oransje) har en svakt lavere bruk av årsverk til helsestasjon og skolehelsetjeneste enn tilsvarende kommuner har, men her er spredningen stor. Harstad har 1,1 årsverk per 1 000 innbyggere.

Diagrammet viser SSB-tall for 2023 som er siste publiserte data.



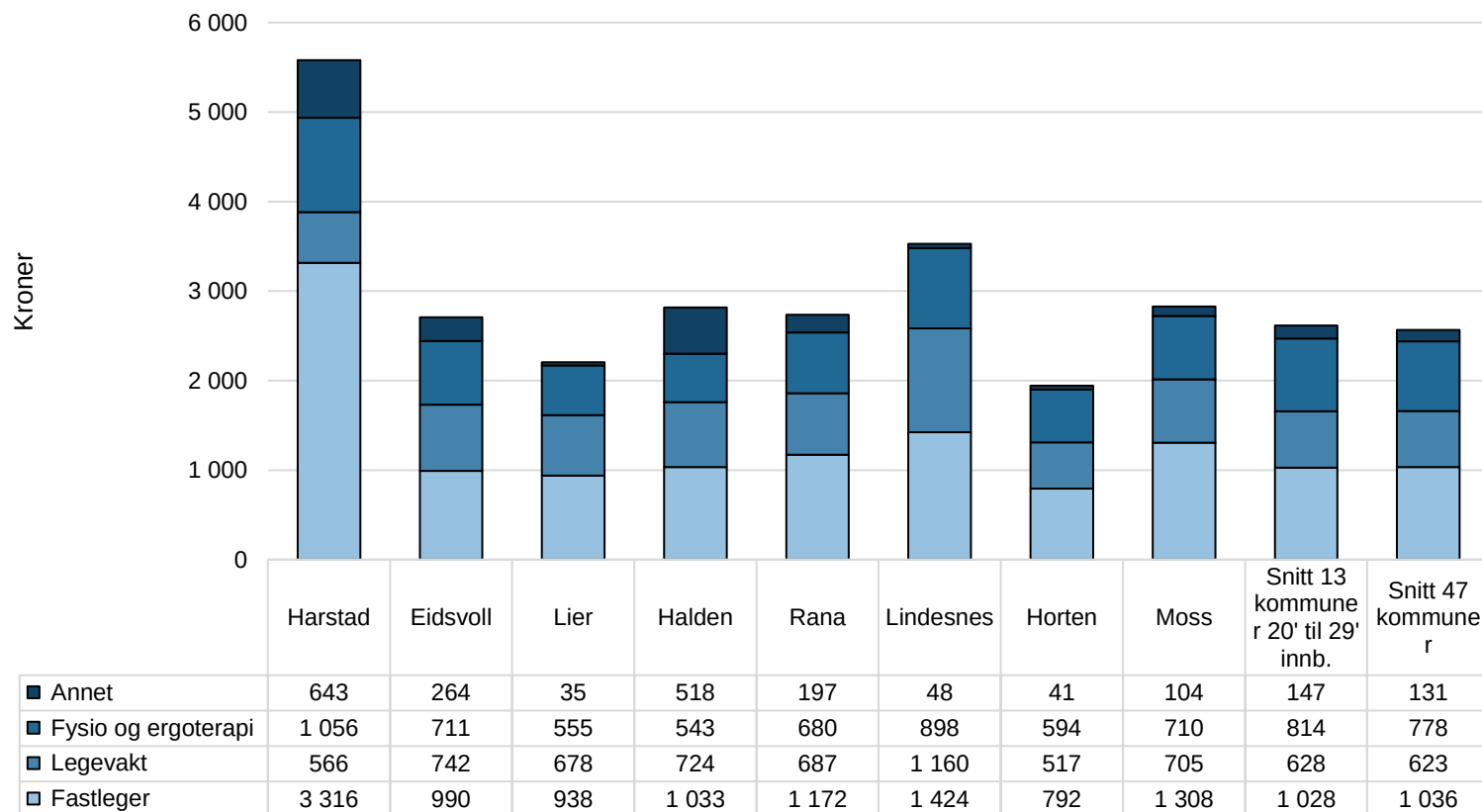
KAP 2. Detaljert analyse over ressursbruk knyttet til Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering

KOSTRA-funksjon 241

2.1 Samlet ressursbruk

Høy ressursbruk samlet sett, spesielt høy ressursbruk til legetjenester

Behovskorrigerte netto driftsutgifter per innbygger funksjon 241 behandling



Kilde: Beregninger gjort av Agenda Kaupang

For å se næyere på kommunens prioritering benytter vi data fra Agenda Kaupangs database for dypdykk i KOSTRA-funksjon 241. Størrelse og mulighetene til effektiv drift varierer mellom kommunene. Vi mener allikevel det er interessant å se på profilforskjellene mellom dem. I tillegg til enkeltkommuner har vi også bygget opp et snitt av 13 kommuner med 20' til 29' innbyggere. Samt et gjennomsnitt av 47 av kommunene i vår 241-database.

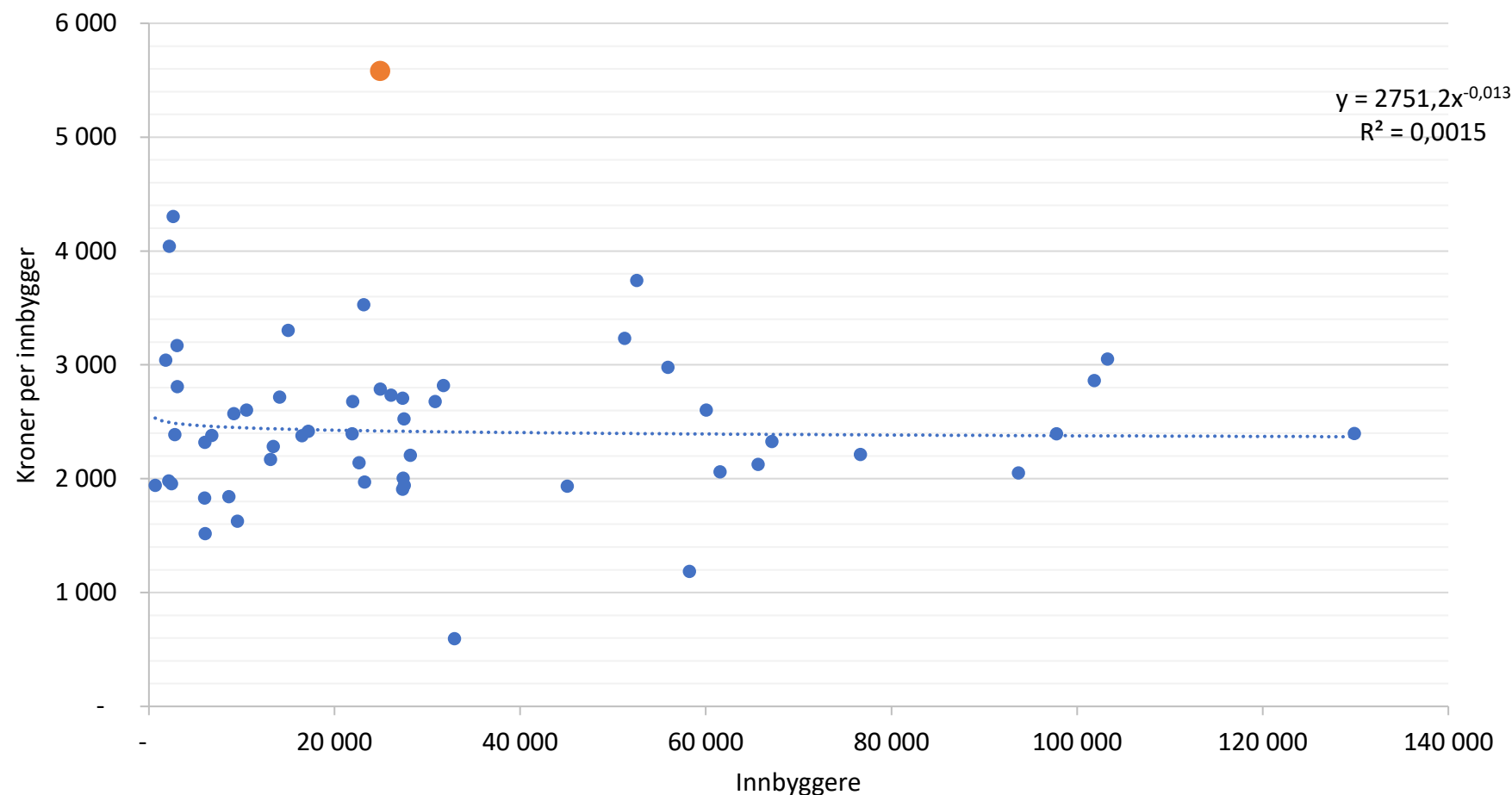
Figuren viser

- ▶ Utgiftene i Harstad er høyere enn snittet i begge sammenligningsgruppene
- ▶ Harstad har en høyere ressursinnsats til fastleger enn snittet i begge sammenligningsgruppene
- ▶ Utgifter til legevakt er lavere enn gjennomsnittet
- ▶ Utgifter til fysio- og ergoterapitjeneste er høyere enn snittet
- ▶ Utgifter til andre områder under funksjonen (hjelpemiddelformidling, forebyggende psykososialt tilbud, tilskudd til Norsk pasientskadeerstatning med videre) er høyere enn snittet.

2.1 Samlet ressursbruk

Samlet ressursbruk er høyere enn kommunene i sammenlikningsgrunnlaget

Utgifter til 241 Diagnose behandling og re-/habilitering per 1000 innbygger for Harstad (merket oransje)



Figuren viser Harstad sammenliknet med 47 kommuner der Agenda Kaupang har gjort dypdykk i utgifter til 241 funksjonen.

- ▶ **R²-verdi:** Med en R²-verdi på 0,002 betyr dette at det nesten ikke er noen sammenheng mellom kommunestørrelse og kostnad per innbygger. Kommunestørrelsen forklarer svært lite av variasjonene i kostnader, noe som antyder at det er andre faktorer enn størrelsen som påvirker utgiftene til disse tjenestene.
- ▶ Harstad har betydelig høyere utgifter per innbygger til funksjon 241 sammenlignet med andre kommuner av tilsvarende størrelse. Kommunen ligger klart over regresjonslinjen, noe som indikerer at ressursbruken er over det forventede nivået basert på innbyggertall.
- ▶ Spredningen er stor både for små og store kommuner i utgiftsnivået.

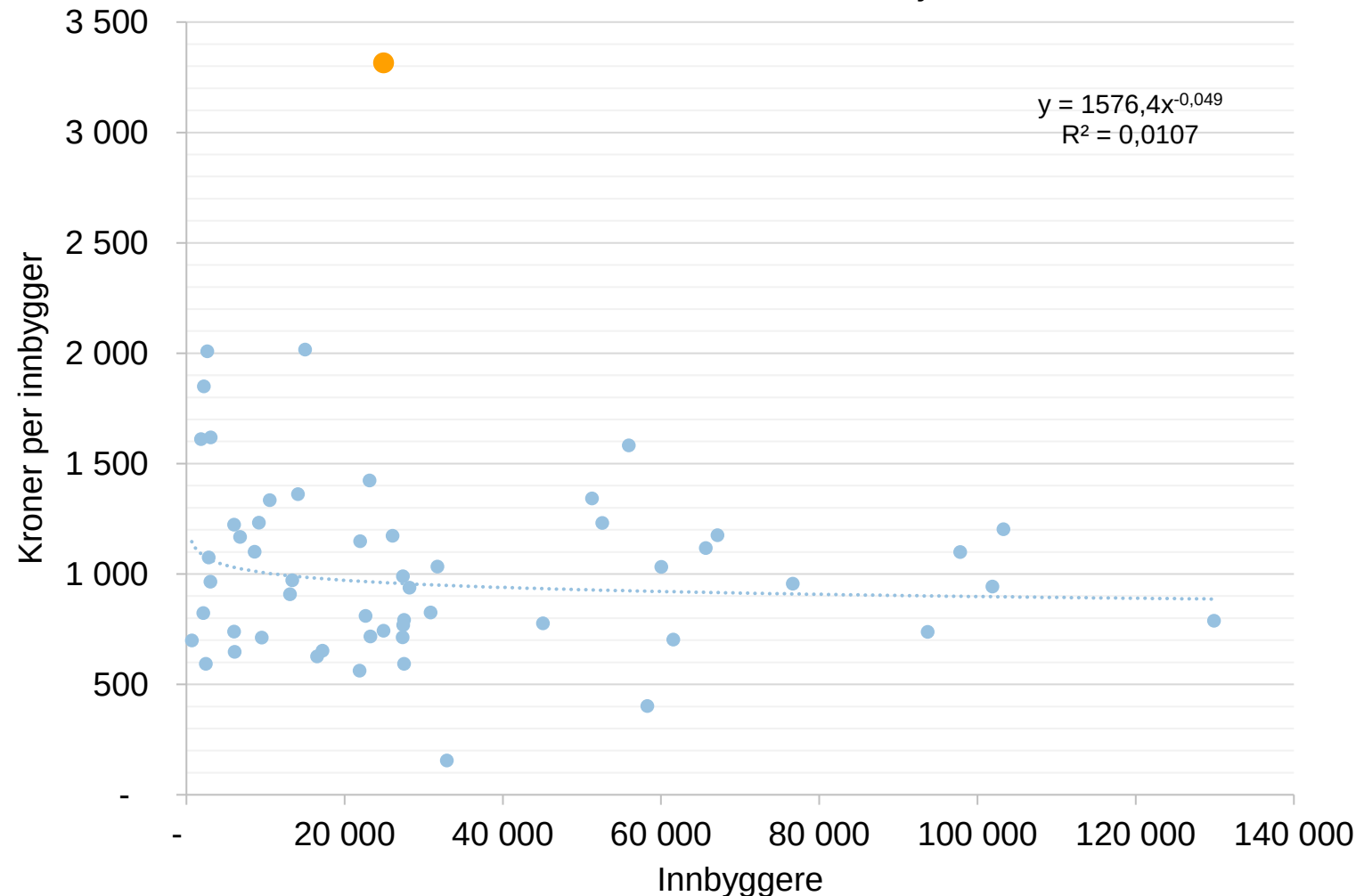
Kilde: Beregninger gjort av Agenda Kaupang

Agenda Kaupang - ressursanalyse av KOSTRA-funksjon 241

2.2 Fastlegeordningen

Harstad har tydelig høyere utgifter til fastlegetjenesten enn forventningsnivået

Behovskorrigert netto utgift per innbygger til fastlegetjenesten etter folketall, Harstad merket oransje



Figuren viser

- ▶ Utgifter til fastleger varierer mellom kommunene
- ▶ Harstad har tydelig høyere kostnader knyttet til fastleger. Kommunen har opplyst at det i 2023 var ekstraordinære kostnader til innleie av legevikarer som forklarer en del av ressursbruken og at det betales høyere tilskudd til legene
- ▶ Spredningen er høy og forklaringskraften for kommunestørrelse er lav. Dette betyr at utgifter varierer lite med kommunestørrelse, og at kommuner av samme størrelse kan ha ulike utgifter.

Generelt ser vi at større kommuner bruker mindre ressurser enn mindre kommuner. Dette kan ha en sammenheng med at mindre kommuner velger å satse på flere legehjemler per innbygger slik at valgmulighetene blant leger blir noe bedre og at det er mulig å tilby en mer robust tjenesten.

Tilfeldigheter kan også spille en rolle, og rekruttering og stabilitet i fastlegeordningen har de siste årene hatt betydning for kostnadene hvor kommuner har kunnet ha utfordringer med tilgangen på fastleger. En viktig årsak til utgiftsvekst siste året er økning i gjennomsnittssatsen for basistilskuddet per listeinnbygger fra 1. juli 2023. Harstad betaler i tillegg til dette høyere basistilskudd som et rekrutteringstiltak.

Kilde: Beregninger gjort av Agenda Kaupang

2.2 Fastlegeordningen

Harstad har lavere listekapasitet hos fastlegene enn innbyggertall og lavere gjennomsnittlig listelengde

Fastleger og kapasitet									
Region	Antall innbyggere	Kapasitet hos fastlegene	Fastlegelister uten lege	Snitt listelengde	Pasienter på liste med lege	Pasienter på liste uten lege	Antall åpne lister	Fastlegekonsultasjoner per person i pasientens bostedskommune	Fastlegekonsultasjoner per person i legens praksiskommune
5402 Harstad	25 056	23 053	2	773	23 417	1148	0	2,69	2,70
4205 Lindesnes	23 689	22 705	0	938	23 040	0	1	2,94	2,81
3801 Horten	27 939	27 970	2	1 128	27 830	943	4	3,54	3,63
3049 Lier	28 468	30 006	0	1 010	28 696	0	4	3,28	3,38
3035 Eidsvoll	27 916	25 745	0	1 098	25 265	0	4	3,22	2,78
3002 Moss	52 051	51 244	2	1 104	51 469	1884	2	3,32	3,39
3001 Halden	31 934	31 145	0	1 131	31 071	0	0	3,05	2,92
1833 Rana	25 993	19 400	8	982	19 864	5779	0	2,51	2,50

Tabellen over viser data for Harstad og sammenlikningskommunene for 2023 som er det siste tilgjengelige rapporteringsåret.

- ▶ Kapasiteten hos fastlegene er lavere enn antall innbyggere i kommunen. Det er ca. 1150 pasienter som står på liste uten lege.
- ▶ Innbyggere i Harstad har færre konsultasjoner hos fastlegen sammenlignet med de andre kommunene, det er kun innbyggerne i Rana som har færre konsultasjoner hos fastlegen.
- ▶ Gjennomsnittlig listelengde i Harstad er lavere enn alle kommunene i utvalget.

Kilde: SSB-tabell 12005

2.2 Fastlegeordningen

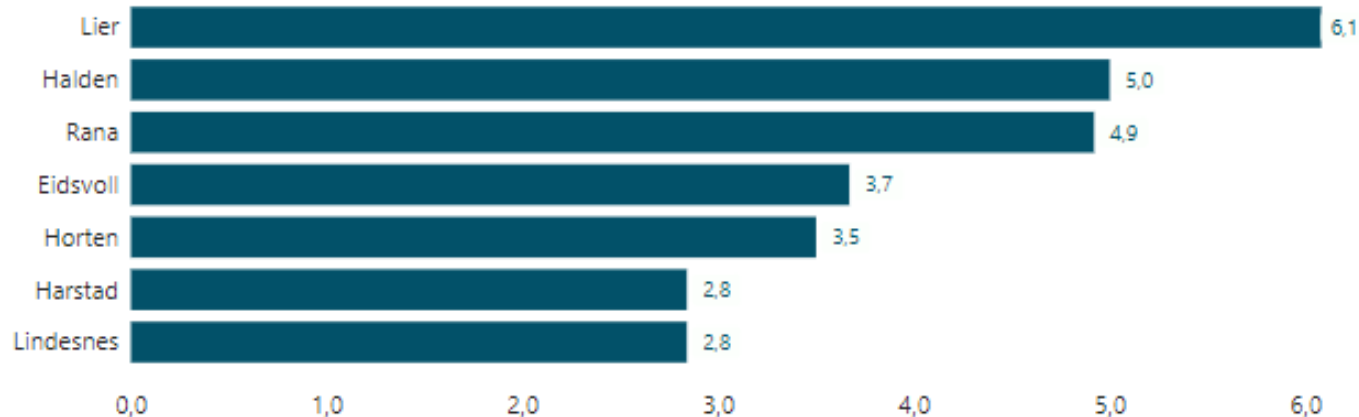
Harstad har en varighet på fastlege-pasient forholdet på 2,8 år (median)

Norge 2023

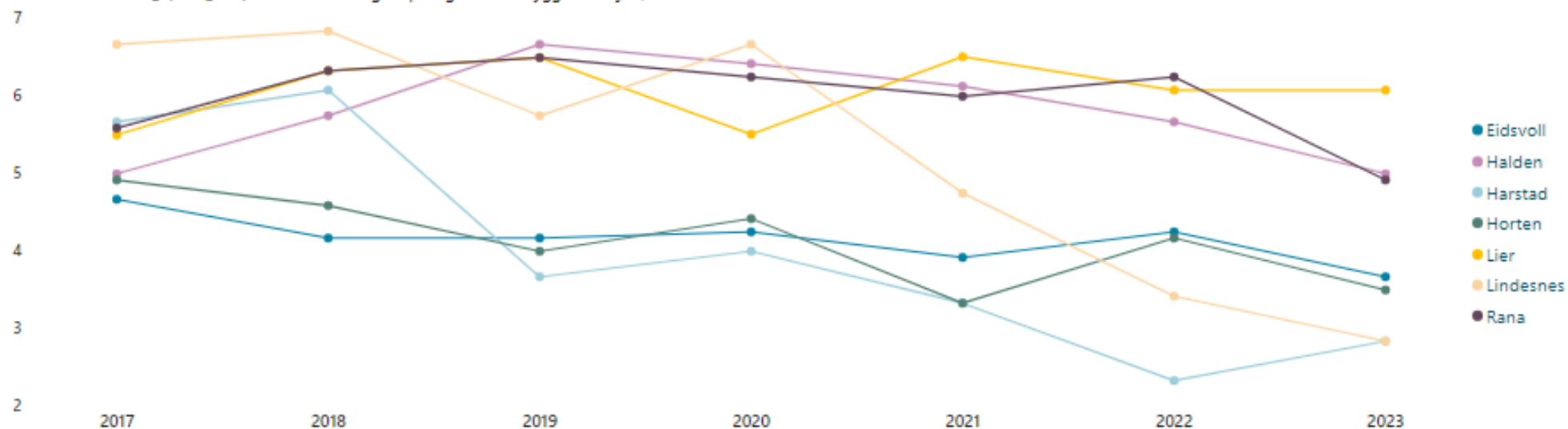
4,9

Varighet for 2023

● Median varighet på lege-listeinnsbygger-relasjon, år

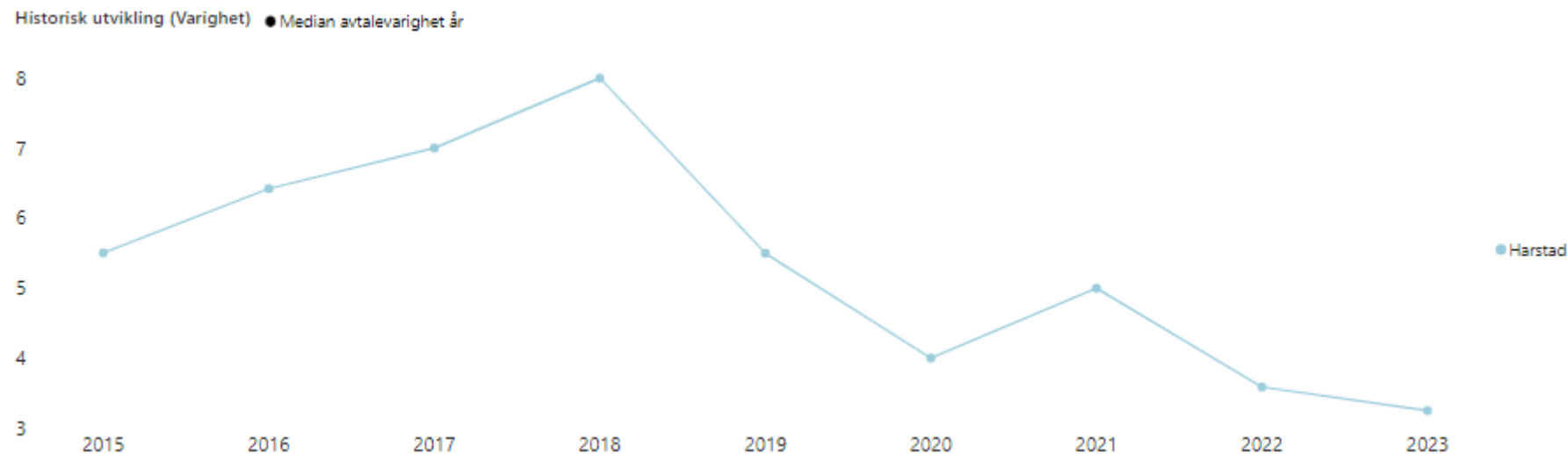
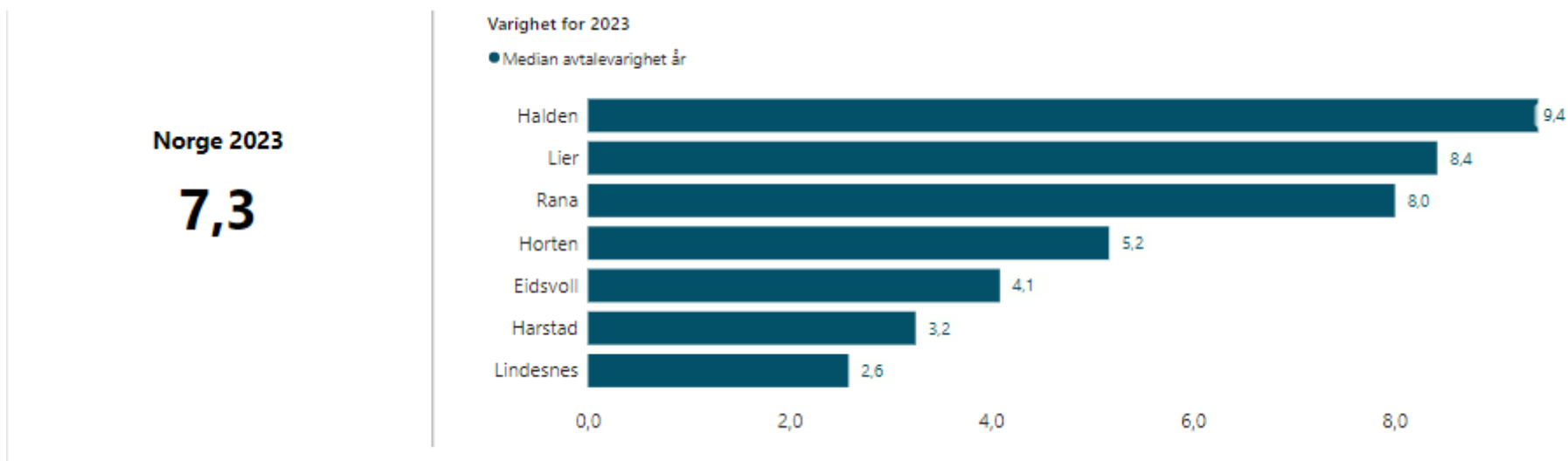


Historisk utvikling (Varighet) ● Median varighet på lege-listeinnsbygger-relasjon, år



2.2 Fastlegeordningen

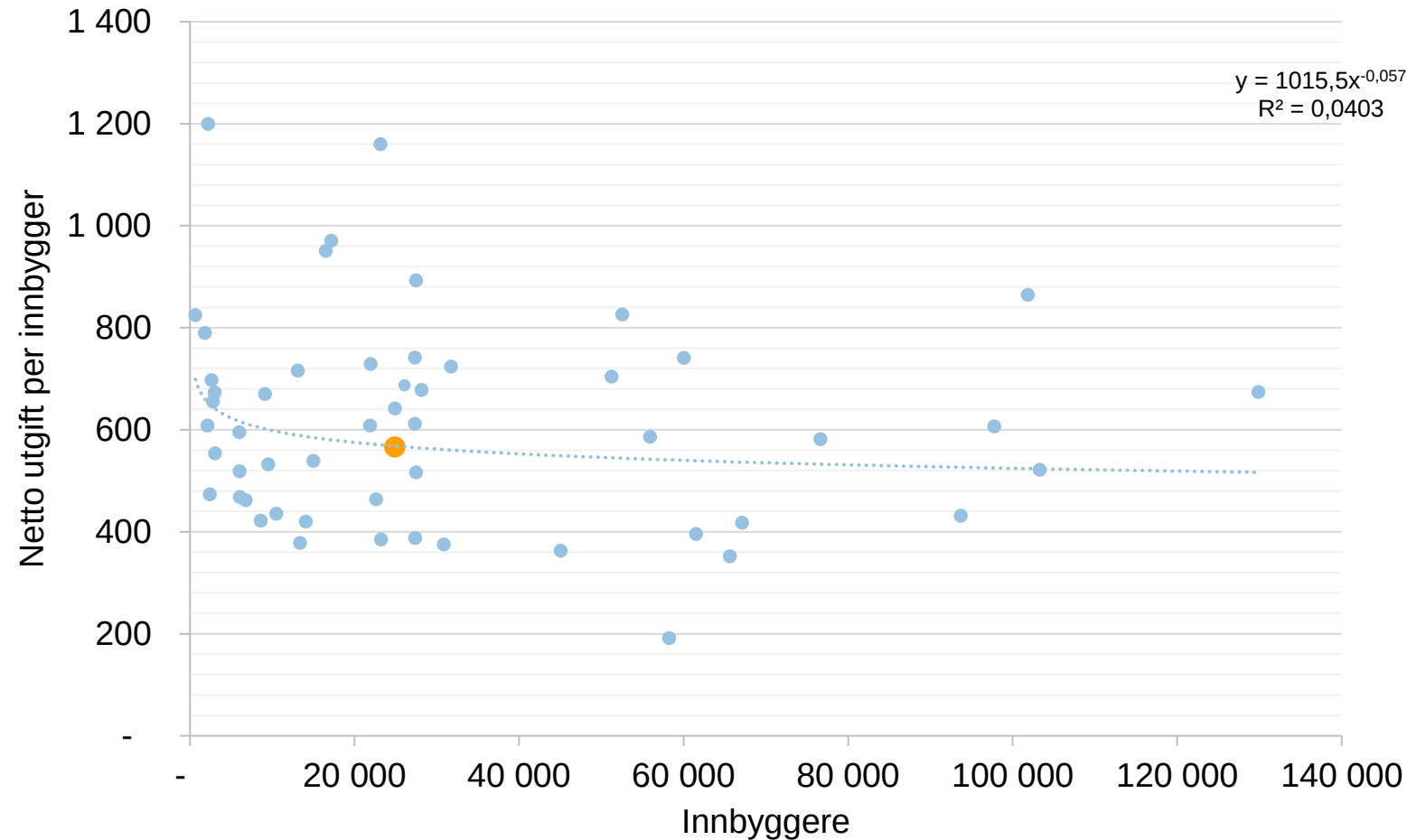
Harstad har en varighet på fastlegeavtalene på 3,2 år (median)



2.2 Legevakt

Harstad kommunes utgifter til legevakt er på forventningsnivået

Behovskorrigert netto utgift til legevakt per innbygger etter folketall,
Harstad merket oransje



Figuren viser

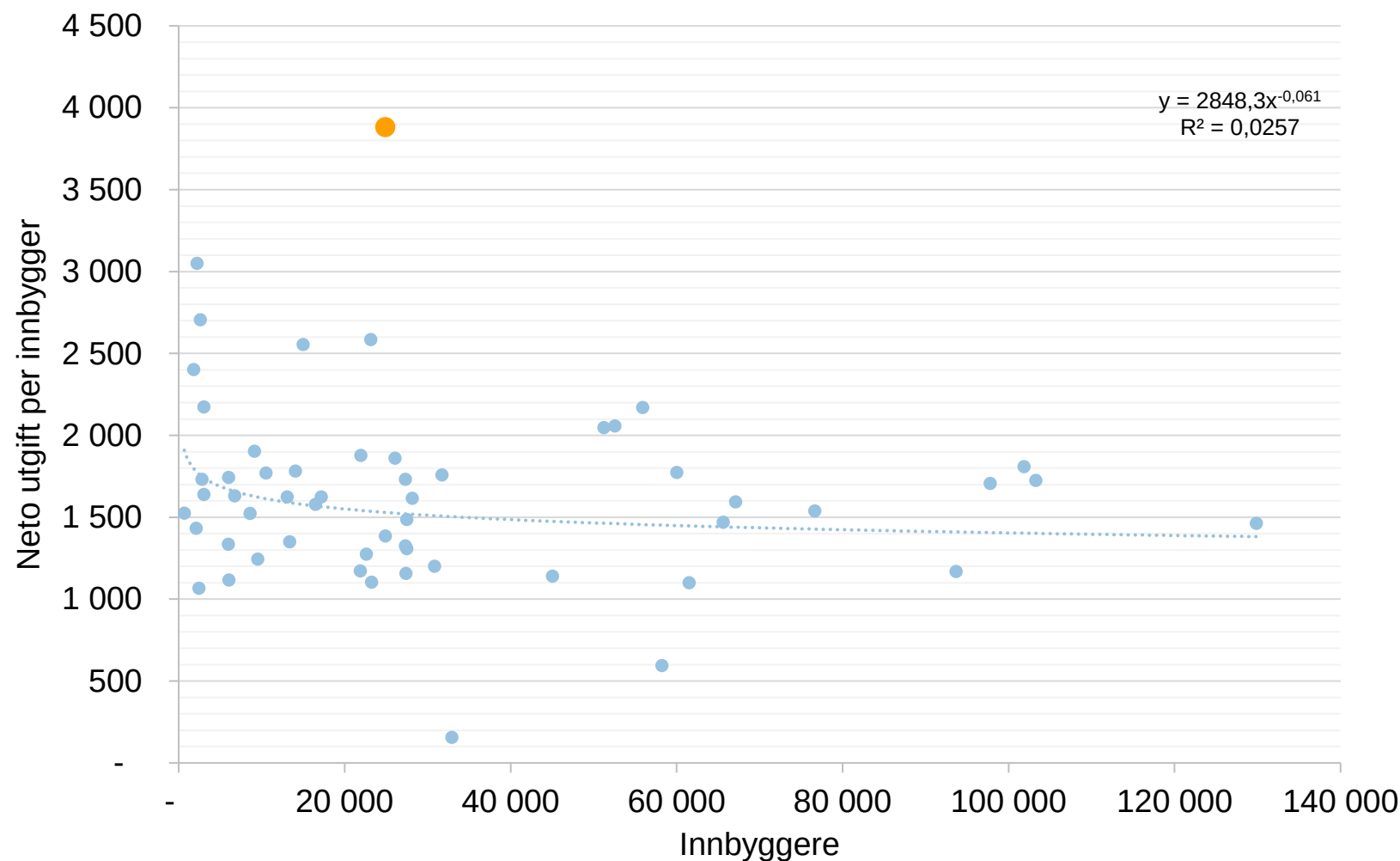
- ▶ Utgifter til drift av legevakt varierer mellom kommunene og sammenliknet med de andre kommunene i utvalget ligger Harstad svakt lavere enn snittet.
- ▶ Harstad ligger på forventningsnivået i forhold til antall innbyggere for utgifter til legevakt. Generelt ser vi at større kommuner bruker mindre ressurser enn mindre kommuner.
- ▶ Kostnadene til legevakt i denne sammenlikningen består her både av utgifter til legevakten og en vurdert utgift knyttet til øyeblikkelig hjelp-tilbudet ivaretatt av fastlegene i kommunene (daglegevakt mv.) for de kommunene hvor fastlegene ivaretar daglegevakttilbudet.
- ▶ Harstad har et interkommunalt samarbeid med kommunen Kvæfjord og Lødingen om legevakt.

Kilde: Beregninger gjort av Agenda Kaupang

2.2 Fastlege og legevakt

Høye samlede utgifter til fastlege og legevakt

Behovskorrigert netto utgift til fastlege og legevakt per innbygger
etter folketall, Harstad merket oransje



Ressursbruken på legevakt og fastleger kan påvirke hverandre. Vi velger derfor her å presentere disse samlet.

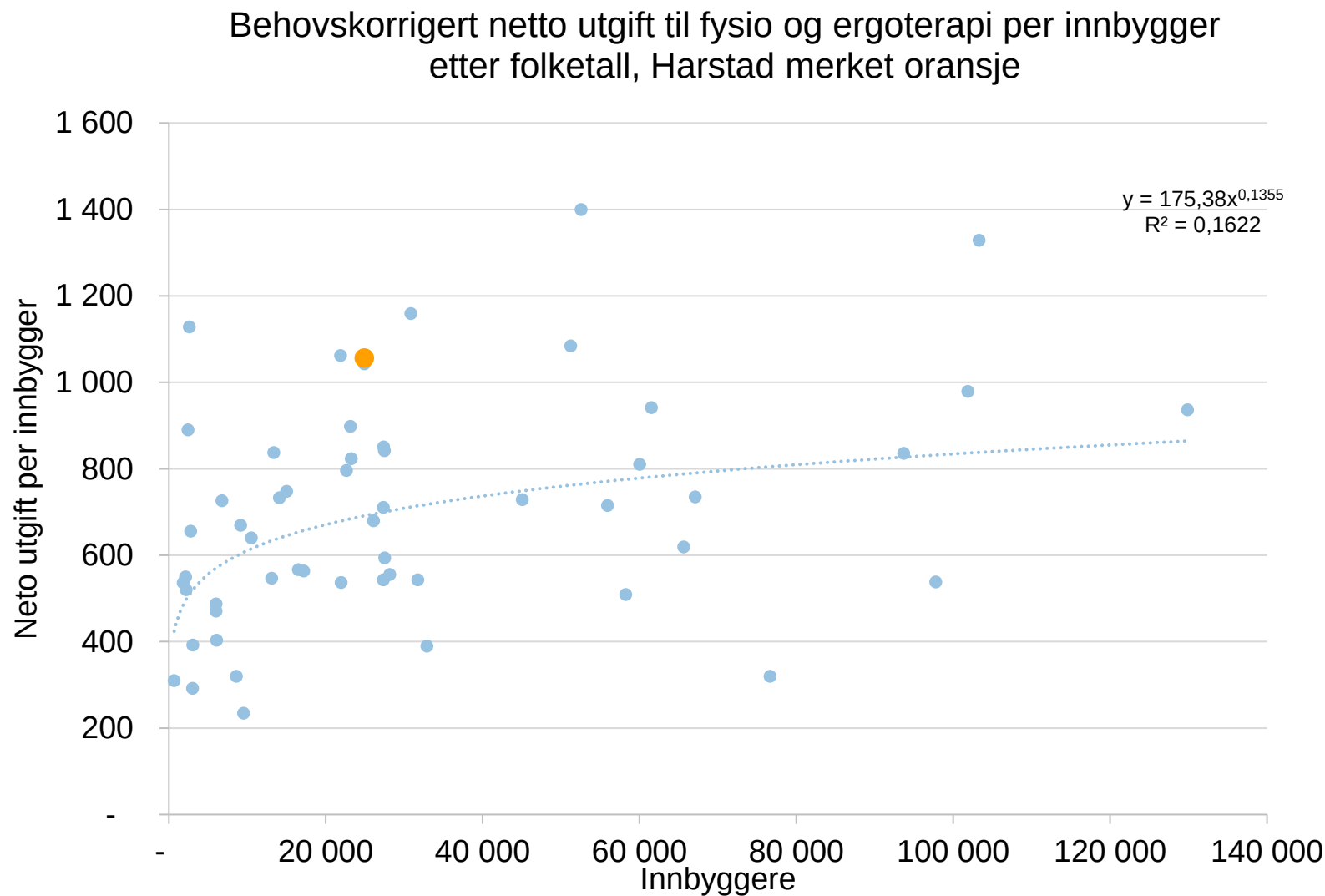
Figuren viser

- ▶ Samlede utgifter til fastlege og legevakt varierer mellom kommunene og spredningen er stor
- ▶ For Harstad kommune ser utgiftene til fastlegetjenesten ut til å være tydelig høyere enn forventningsnivået, mens legevakt var som vist på forrige foil på nivå med forventningsnivået.
- ▶ Samlet ligger ressursbruken klart over forventningsnivået.

Kilde: Beregninger gjort av Agenda Kaupang

2.3 Fysioterapi og ergoterapi

Utgifter til fysio- og ergoterapitjenester er høyere enn forventet



Kilde: Beregninger gjort av Agenda Kaupang

Figuren viser

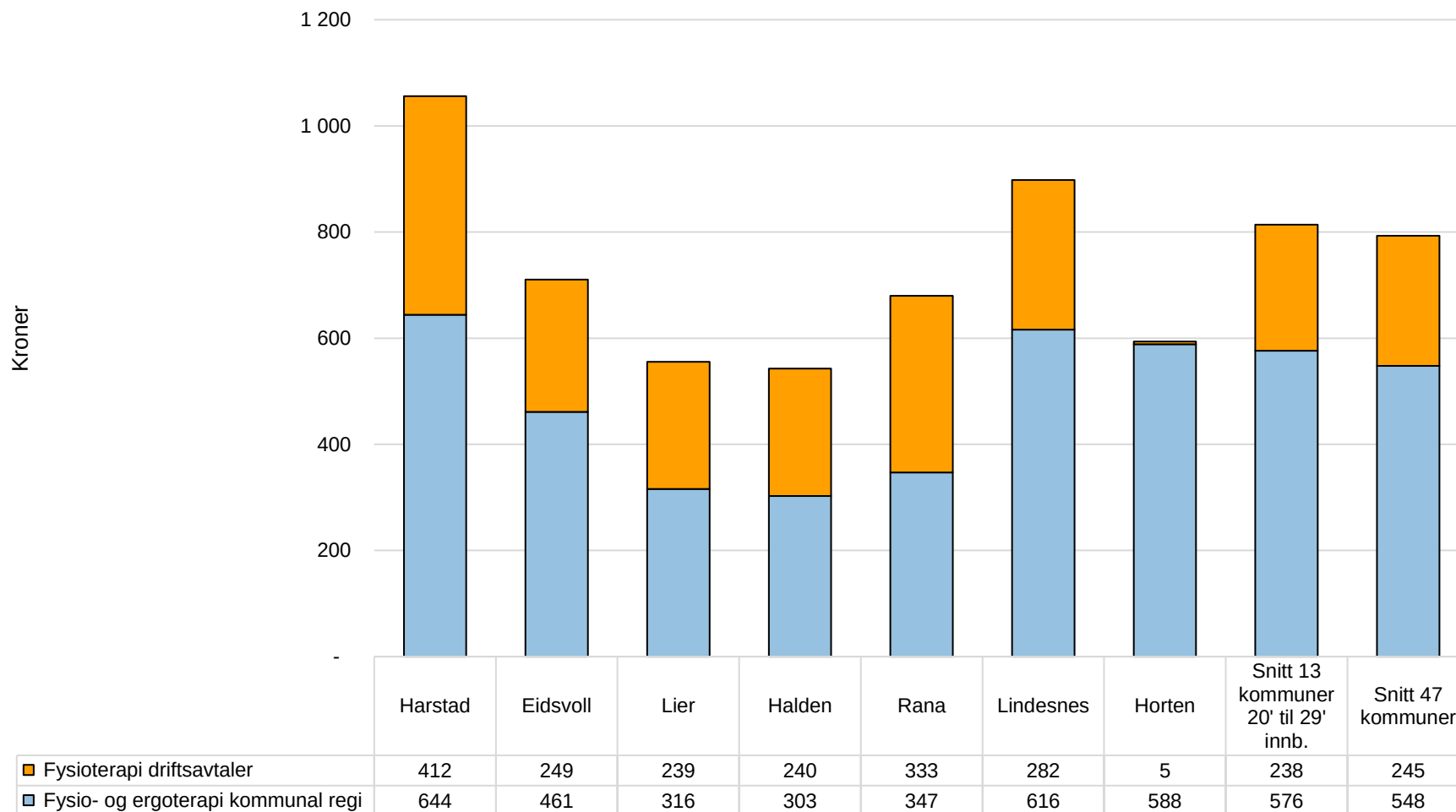
- ▶ Harstad har en høyere ressursbruk knyttet til fysio- og ergoterapitjenester ført under 241 enn forventet.
- ▶ Kommunenes satsing på fysio- og ergoterapitjenester varierer betydelig, noe som gjenspeiles i forskjeller i ressursbruk.
- ▶ Generelt bruker større kommuner noe mer ressurser enn mindre kommuner. Dette kan skyldes at større kommuner har bedre mulighet til å prioritere og utvikle fagmiljøer innen fysio- og ergoterapi, samt i større grad støtte opp under andre tjenesteområder gjennom tverrfaglig samarbeid.

En høy ressursbruk på fysio- og ergoterapitjenester er ikke nødvendigvis negativt. Det blir imidlertid utfordrende hvis den økte ressursbruken ikke bidrar til kostnadsreduksjoner eller andre gevinster i tilstøtende tjenester. Mange kommuner ser behovet for en styrket satsing på dette området, med mål om å redusere behovet for pleie- og omsorgstjenester. Dette kan gi både økt kvalitet for brukerne og en netto besparelse for kommunen.

2.3 Fysioterapi og ergoterapi

Harstad har utgifter til driftsavtaler høyere enn snittet, og høyere til fysioterapi i egenregi

Behovskorrigerte netto driftsutgifter, fysio og ergoterapi per innbygger



Figuren viser kostnader til fysio- og ergoterapi fordelt på tjenester i kommunal regi og/eller som driftsavtaler med private

- ▶ Harstad kommunes samlede utgifter til fysio- og ergoterapitjenester er høyere enn snittet av 47 kommuner, og alle sammenlikningskommunene i utvalget.
- ▶ Harstad har en høyere ressursbruk både til driftsavtaler og ressursbruk i egenregi enn snittet. De fleste kommunene i sammenlikningen har en fordeling mellom disse.

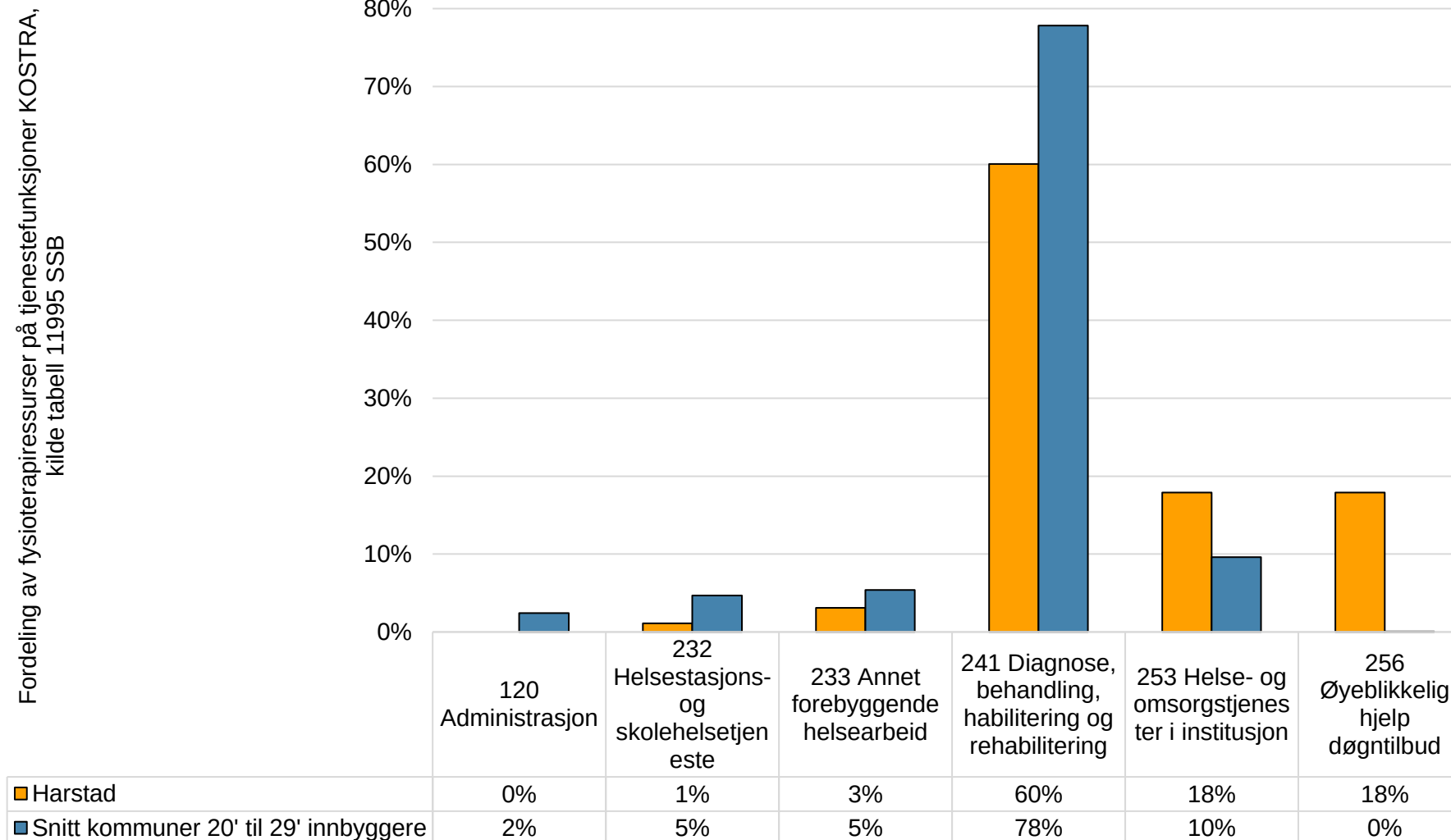
Bruk av private aktører er et viktig bidrag for å sikre et godt tjenestetilbud til innbyggere i kommunen. Det er viktig at kommunene får tilbudet til å fungere sømløst og effektivt sammen med kommunens eget tjenestetilbud.

Kilde: Beregninger gjort av Agenda Kaupang

2.3 Fysioterapi - tverrfaglighet

Harstad har en annerledes profil sammenlignet med gjennomsnitt for kommuner med 20' til 29' innbyggere.

Harstad bruker i større grad fysioterapiressurser på andre funksjoner enn 241 sammenlignet med Snitt kommuner 20' til 29' innbyggere



Figuren viser hvordan fysioterapiressursene i kommunen fordeler seg på ulike funksjoner i kommunen.

Tverrfaglig bruk av ressurser kan bidra til større helhetlig innsats og bedre effekt av tjenesteleveranse for den enkelte innbygger.

Figuren viser at

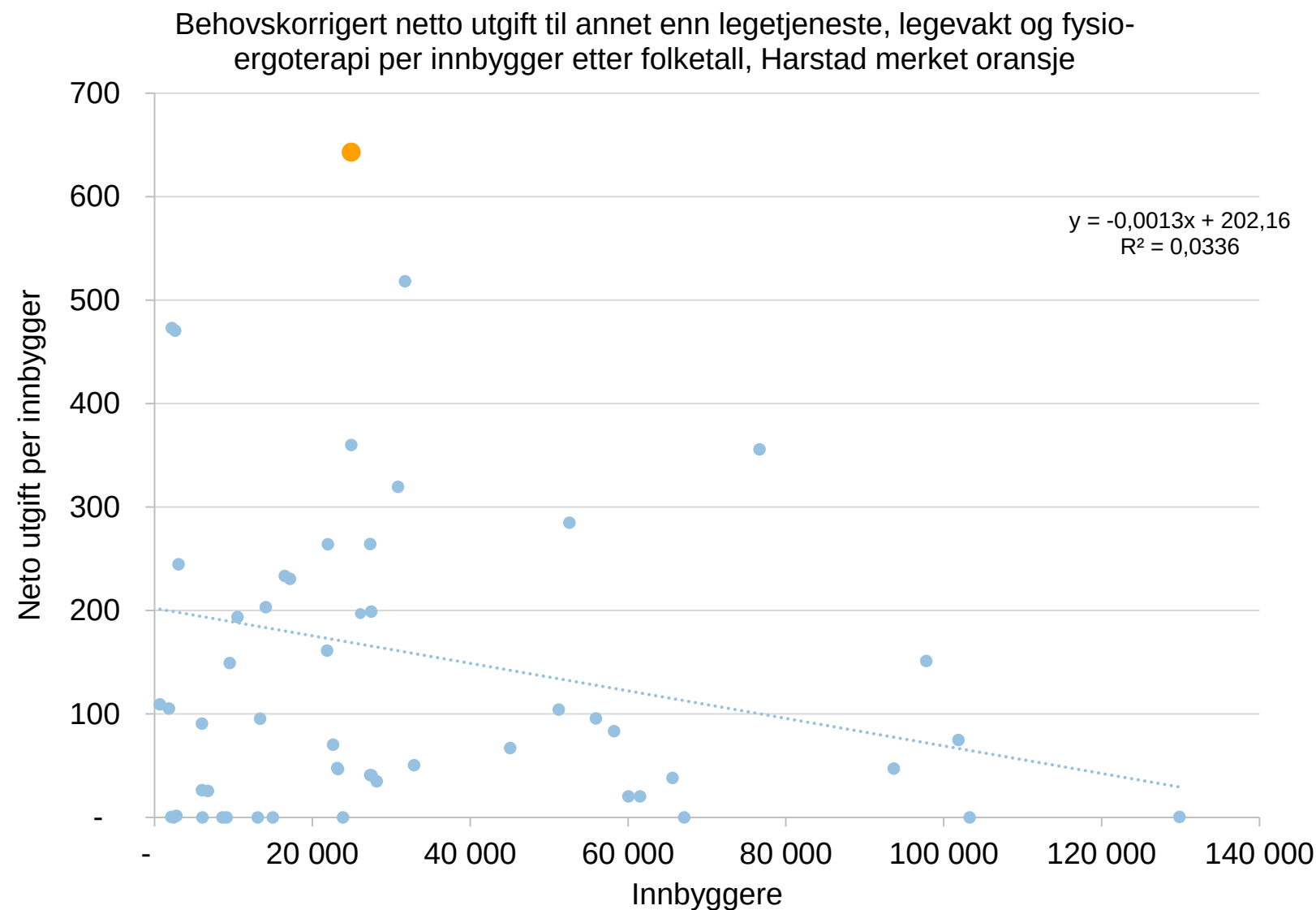
- ▶ Hovedvekten av fysioterapiressursene benyttes til funksjon 241. Andelen i Harstad er lavere enn snittet for referansekommunene.
- ▶ Harstad har en liten andel fysioterapiressurser ført på 233 *Annet forebyggende helsearbeid*, lavere andel på funksjon 232 *Helsestasjons- og skolehelsetjenesten* og mer på funksjon 253 (*helse- og omsorgstjenester i institusjon*)

Diagrammet er basert på data fra SSB for 2023 som er siste tilgjengelige data

Kilde: Beregninger gjort av Agenda Kaupang, basert på data fra KOSTRA

2.4 Andre tjenester

Høyere registrerte utgifter til andre tjenester (ikke fastleger, legevakt og fysio-/ergoterapi)



Figuren viser

- ▶ Harstad har høyere utgifter knyttet til annet enn fastleger, legevakt og fysio-/ergoterapi. Utgifter her omhandler både utgifter ført for hjelpemiddeltjenesten og psykisk helsehjelp uten vedtak og tilskudd til Norsk pasientskadeerstatning med videre.

Kilde: Beregninger gjort av Agenda Kaupang



Vedlegg

241 Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering

1. Utgifter til allmennmedisin:
 - a. Basistilskudd fastleger per capita tilskudd
 - b. eventuelle kommunale legekantor inkludert sykepleiere og annet personell på helsesenter/legekantor
 - c. legevakt
 - d. fengselshelsetjenesten
 - e. turnusleger (for eksempel tilskudd og utgifter til veiledning)
 - f. fysioterapi (med avtale og kommunalt ansatte i fysioterapi praksis)
 - g. ergoterapi
 - h. hjelpefunksjoner til fysioterapeuter og ergoterapeuter.
 - i. formidling av hjelpemidler (ekskl. arbeidsinnsats knyttet til vurdering/utplassering av hjelpemidler som utføres av personell knyttet til funksjonene 234, 253 eller 254)
 - j. tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning
2. For fysioterapeuter eller ergoterapeuter som kun arbeider med en bestemt målgruppe f.eks. i helsestasjon eller aldersinstitusjon, benyttes relevant funksjon, jf. punkt 5.3 om fordeling. Tilsvarende vil legers arbeidstid tilknyttet offentlige tilsynsoppgaver høre hjemme på respektive funksjoner (f.eks. 232, 253 osv.). Merk dog at utgifter og årsverksinnsats knyttet til re-/habilitering for hjemmeboende brukere, av leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter og andre personellgrupper hvis tjenester ikke registreres med antall timer per uke i IPLOS, skal føres i sin helhet på funksjon 241, ikke funksjon 254. Praksiskompensasjon*, reiseutgifter og ev. husleietilskudd som er avtalt med den enkelte lege, føres på samme funksjon som legens lønn. De samfunnsmedisinske oppgavene legene ivaretar som f.eks. miljørettet helsevern vil i stor grad høre hjemme på funksjon 233. *) Den kompensasjon legen tildeles som følge av tapt arbeidsfortjeneste ved å utføre en offentlig oppgave framfor å være i egen privat praksis.

3.0 Vedlegg

Økonomifordeling regnskap

Netto utgift 1000 kr							Netto utgift per innbygger, behovskorrigert						
Kommune	Fastleger	Legevakt	Fysio og ergoterapi, egenregi	Fysio driftstilskudd	Psykatri/annet	Sum	Fastleger	Legeva	Fysio og ergoterapi, total	Fysio/ergoterapi egenregi	Fysio driftstilskudd	Psykatri/annet	Sum
Rana	27 683	16 216	8 192	7 857	4 649	64 597	1 172	687	680	347	333	197	2 736
Lindesnes	30 463	24 814	13 182	6 031	1 023	75 513	1 424	1 160	898	616	282	48	3 530
Horten	19 013	12 405	14 124	131	978	46 652	792	517	594	588	5	41	1 943
Halden	32 624	22 875	9 555	7 587	16 366	89 007	1 033	724	543	303	240	518	2 819
Lier	25 184	18 205	8 481	6 431	941	59 243	938	678	555	316	239	35	2 206
Eidsvoll	25 370	19 002	11 818	6 387	6 773	69 349	990	742	711	461	249	264	2 707
Moss	63 913	34 437	19 360	15 324	5 094	138 129	1 308	705	710	396	314	104	2 826
Harstad	82 537	14 088	16 038	10 247	16 008	138 918	3 316	566	1 056	644	412	643	5 581



En rapport fra Agenda Kaupang

Analyse av ressurser benyttet til diagnose, behandling og re-/habilitering

AGENDA
KAUPANG

Agenda Kaupang bidrar til omstilling og utvikling av offentlig sektor. Vi bistår ledere og medarbeidere med faktabaserte beslutningsgrunnlag og effektivisering av prosesser. Agenda Kaupang gjennomfører analyser og rådgiving innen ledelsesutvikling, styring, økonomi, organisasjonsutvikling og digitalisering.