



Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester

Data fra IPLoS-registeret

Publikasjonens tittel: Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester

Utgitt: november/2015

Bestillingsnummer: IS-0511

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling for statistikk og kodeverk
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Heftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-0427

Forfattere: Julie Kjelvik, avdeling statistikk
Solveig Marie Herbern, avdeling statistikk
Michael Christian Kaurin, avdeling omsorgstjenester
Berit Kvalvaag Grønnestad, avdeling omsorgstjenester
Thor Hallgeir Johansen, avdeling psykisk helse og rus

Illustrasjon: Solveig Marie Herbern (illustrasjonsbilde)

INNHold

INNHold	2
INNLEDNING	4
SAMMENDRAG	5
1. BAKGRUNN OG FORMÅL	6
1.1 Målsetting	6
1.2 Prosjektbeskrivelse	6
2. DIAGNOSESTATISTIKK FOR LANDET OG STORE KOMMUNER	7
2.1 Innledning	7
2.2 Landet	7
2.3 Diagnosestatistikk for store kommuner	10
2.4 Psykisk utviklingshemming	11
2.5 Diabetes	14
3. DEMENS BLANT MOTTAKERE AV HELSE- OG OMSORGSTJENESTER	16
3.1 Innledning	16

INNHold

3.2	Hva er demens og hvor mange har demenssykdom i Norge?	16
3.3	Tjenestemottakere med demens	17
3.4	Demens og behovsvariabler	19
3.5	Demens og tjenestetilbud	20
3.6	Konklusjon	22
4.	PSYKISKE LIDELSER OG RUSLIDELSER BLANT MOTTAKERE AV HELSE- OG OMSORGSTJENESTER	23
4.1	Innledning	23
4.2	Hvor mange har psykiske lidelser og ruslidelser i Norge?	23
4.3	Omfang av psykiske lidelser/ruslidelser blant tjenestemottakerne	24
4.4	Mottakere med psykiske lidelser og behov for ulike bistandstilbud	26
4.5	Konklusjon	27
	LITTERATURLISTE	28
	VEDLEGG 1	30
	VEDLEGG 2	35

INNLEDNING

Helsedirektoratet ved avdeling statistikk igangsatte høsten 2013 et diagnoseprosjekt for IPLOS-registeret. Formålet er å forbedre registreringen av diagnoseopplysninger i IPLOS-registeret. Fase 1 av prosjektet ble sluttført høsten 2014 og oppsummert i rapporten «Diagnoser i IPLOS-registeret. Et forprosjekt med kommunene Harstad, Stange og Sandefjord» ([IS-0427](#)). Fase 2 av prosjektet går gjennom 2015 og er beskrevet i denne rapporten. Rapporten dokumenterer status for diagnoseregistreringen, samt synliggjør hvordan statistikken kan bidra til mer kunnskap om omsorgstjenestene.

Rapporten er ett av flere handlingspunkter i diagnoseprosjektets fase 2 og er et samarbeid mellom flere avdelinger i Helsedirektoratet. Avdeling omsorgstjenester har skrevet kapittel 3 om demens, mens avdeling psykisk helse har skrevet kapittel 4 om psykiske lidelser og ruslidelser. Avdeling statistikk har koordinert og forfattet rapporten for øvrig. Statistisk sentralbyrå har levert tallgrunnlaget fra IPLOS-registrert.

SAMMENDRAG

Helsedirektoratet, som databehandlingsansvarlig for IPLOS-registeret, har et prosjekt for å forbedre rapportering av diagnoseopplysninger inn til registeret. Som følge av iverksatte tiltak og informasjon til kommunene har andelen personer med diagnoseopplysninger i registeret økt fra 16 til 27 prosent i perioden 2012-2014. I denne rapporten er 2014-data grunnlaget for statistikk på utvalgte områder.

Kapittel 2 viser at det er stor variasjon mellom kommuner og mellom fylker i hvor stor andel av tjenestemottakerne som rapporteres inn med diagnose. Ved å dele inn i diagnosegrupper ser vi at det er for landet som helhet er lungelidelser og psykiske lidelser som utgjør de største diagnosegruppene, med henholdsvis 28 000 og 22 000 personer i registeret.

Prosjektet har i år ønsket å følge opp store kommuner spesielt. Av de ti største kommunene er det Trondheim, Tromsø og Fredrikstad som har høyest diagnosedekning og derfor best tallgrunnlag til statistikk. I kapittel 2 gis statistikk innen temaene psykisk utviklingshemming og diabetes for disse tre kommunene.

I kapittel 3 blir det sett nærmere på personer med demensdiagnose og tallene blir sammenholdt med andre undersøkelser og studier, både norske og internasjonale. Tallene fra IPLOS kan ikke gi det komplette bildet av forekomsten av demens, men kan bidra til å belyse blant annet hvilke omsorgstjenester personer med demens får, samt hvilke funksjonsnivå personer med demens har. Det vil også være nyttig å kunne foreta kommunale sammenligninger. De fleste registrert med demens er over 80 år og har omfattende bistandsbehov. Langtidsopphold i institusjon ytes hovedsakelig som tjeneste til de med demens. Samtidig er mer enn hver fjerde tjenestemottaker med demens hjemmeboende med ulike kommunale tjenester som helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand.

Kapittel 4 omhandler personer med psykiske lidelser og/eller ruslidelser som er mottakere av kommunale omsorgstjenester. Det gis en nærmere beskrivelse av hvilke type tjenester gruppen mottar og hvilke vurderte bistandsbehov de har. Informasjonen som fremkommer av IPLOS-registeret viser at gruppen mottar omfattende tjenester med relativt sett mange timer med bistand i uka i gjennomsnitt. Resultatene bekrefter også at mange yngre i tjenestemottakergruppa har behov for bistand til arbeid/utdanning og deltagelse i organisasjon, kultur og fritid.

1. BAKGRUNN OG FORMÅL

1.1 Målsetting

Det langsiktige målet er at IPLOS-registeret skal inneholde relevante diagnoser for alle mottakere av omsorgstjenester i kommunene.

Prosjektet er et ledd i å nå det langsiktige målet. Ønsket effekt er:

- Å øke bevisstheten og viktigheten av diagnoserapportering
- Å øke andelen tjenestemottakere med diagnose rapportert til IPLOS-registeret hos pilotkommunene
- Å avdekke årsaker til manglende rapportering
- Å høste erfaringer om hvordan flere kommuner kan forbedre rapportering av diagnose
- Å ha et datagrunnlag for å kunne lage eksempler på hvordan diagnosestatistikk gir relevant informasjon

1.2 Prosjektbeskrivelse

I prosjektets fase 1 ble årsakene til manglende rapportering av diagnoseopplysninger kartlagt gjennom et pilotprosjekt med tre kommuner. Rapporten fra fase 1 (Helsedirektoratet 2014, IS-0427) dokumenterer i detalj årsakene og disse kan oppsummeres i fire utfordringer, se tabell 1.1.

Tabell 1.1 Utfordringer og tiltak knyttet til manglende diagnoserapportering.

Utfordring	Tiltak	Ansvar
Journalssystemene	Møte med systemleverandørene/kvalitetssikre kravspesifikasjonen	Kommunen, systemleverandør og Helsedirektoratet
Registreringsrutiner	Utdyping/presisering i ny veileder Oppfølging av kommunene	Helsedirektoratet
Feilregistreringer	Forbedring av rutiner og registrering Nye kvalitetskontroller	Kommunen Helsedirektoratet og SSB
Manglende diagnoseopplysninger fra leger	Bidra til å styrke samhandlingen mellom fastleger og omsorgstjenesten	Helsedirektoratet

I prosjektets fase 2 har Helsedirektoratet arbeidet videre med å sikre tiltak innen disse områdene. I tillegg er denne rapporten ett av tiltakene for å synliggjøre hvilken statistikk som kan lages.

2. DIAGNOSESTATISTIKK FOR LANDET OG STORE KOMMUNER

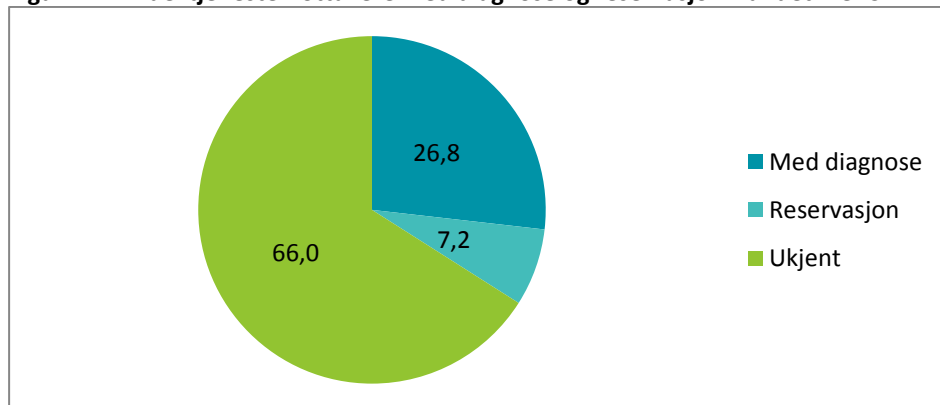
2.1 Innledning

I dette kapitlet presenteres diagnosestatistikk for landet totalt og de 10 største kommunene. Vi ser nærmere på utviklingen og forbedringene i andel personer med diagnoseopplysninger i registeret, samt viser statistikk for områdene diabetes og psykisk utviklingshemming. Statistikken er basert på de som var registrert som tjenestemottakere ved årets slutt i 2014 (31.12.), og inkluderer ikke mottakere hvor tjenesten var avsluttet før årsskiftet.

2.2 Landet

Det har vært en jevn økning i andel tjenestemottakere med en registrert diagnose i IPLOS-registeret. I 2012 hadde 16 prosent av tjenestemottakerne diagnoseopplysninger i registeret, og per 31.12.14 hadde andelen økt til 26,8 prosent. Det er 7,2 prosent som har reservert seg mot innsending av diagnose i 2014, dette betyr at 66 prosent av tjenestemottakerne fortsatt har ukjent diagnosestatus. Andelen som har reservert seg mot innsending av diagnoser er på samme nivå som tidligere. Økningen av andelen med diagnose er et resultat av Helsedirektoratets arbeid med veiledning ut mot kommunene. Det er imidlertid god grunn til å fortsette dette informasjonsarbeidet siden kun i overkant av hver fjerde person i registeret har diagnose.

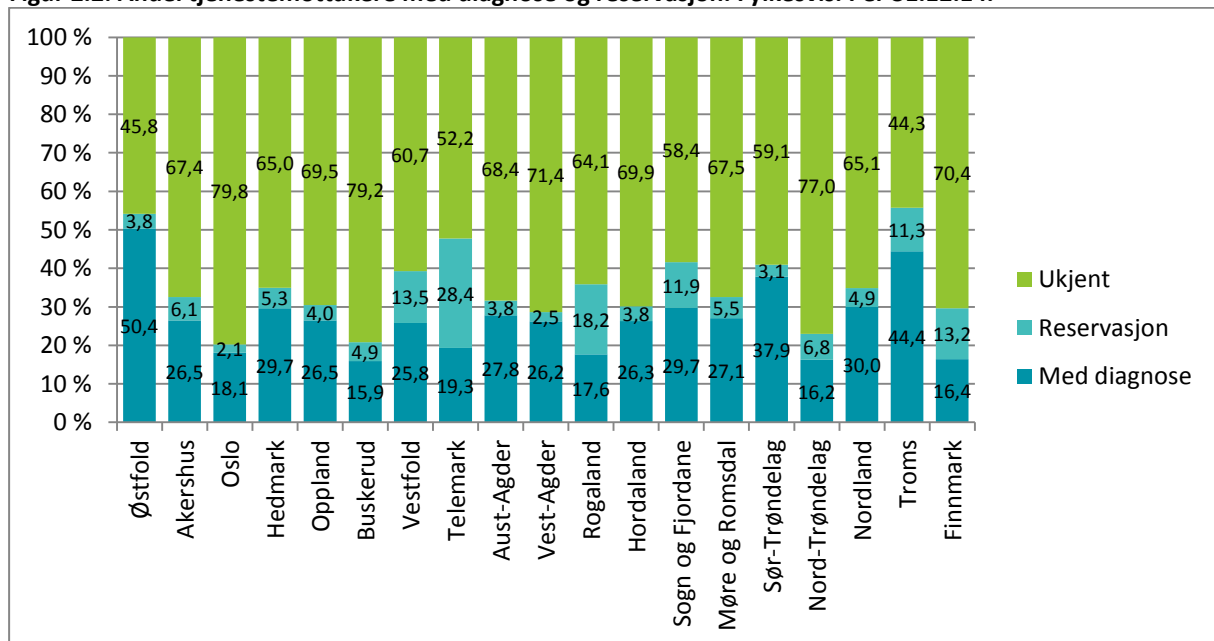
Figur 2.1: Andel tjenestemottakere med diagnose og reservasjon. Landet. Per 31.12.14.



Kilde: IPLOS-registeret/SSB

Det er store variasjoner mellom fylkene når det kommer til andel tjenestemottakere med registrert diagnose. Det er Østfold, Troms og Nordland som har høyest andel registrerte diagnoser med henholdsvis 50 prosent, 44 prosent og 30 prosent. I andre enden av skalaen finner vi Buskerud, Nord-Trøndelag, Rogaland, Telemark og Oslo, alle med under 20 prosent registrerte diagnoser. Det er også store variasjoner når det kommer til andelen som har reservert seg mot innsending av diagnoser. I Telemark har 25,8 prosent reservert seg, mens i Oslo har kun 2,1 prosent reservert seg mot innsending.

Figur 2.2: Andel tjenestemottakere med diagnose og reservasjon. Fylkesvis. Per 31.12.14.



Kilde: IPLOS-registeret

Det ble i mai 2015 sendt ut en epost til de 68 kommunene i Norge som hadde null prosent registrerte diagnoser eller fem eller færre registrerte i diagnosestatistikken. I epost ble det spurt om:

- Siden vi hatt fokus på diagnoseregistrering i IPLOS en stund, hva er grunnen til de manglende opplysningene i deres kommune?
- Stemmer tallene og bildet slik det ser ut? Tallene er jo fra dere selv, men at det stemmer overens vil gi oss en bekreftelse på at uttrekk/innsending/tabellproduksjon har gått riktig for seg.
- Fint om dere også kan si noe kort om hvilke rutiner dere har for å legge inn diagnoser i fagsystemet.

Det varierer en del hva kommunene svarer på spørsmålene over, men hos mange går det igjen at dette har de ikke fokus på, og derfor blir registreringene dårlige. En del er heller ikke klar over at de har så dårlig registrering i sin kommune. I tillegg er det noen som ikke er klar over at man må ha besvart spørsmålet om reservasjon eller ikke for at diagnoser faktisk skal sendes inn til registeret, og som derfor skal gå igjennom tjenestemottakerne og besvare spørsmålet. Dette er kommuner som har en del diagnoser registrert, og vi kan derfor håpe på noe høyere prosentandel neste år. Videre

handler det mye om å opplyse om at diagnoseopplysningene i deres kommune er ufullstendige slik at de får muligheten til å sette opp rutiner og begynne å jobbe med å forbedre andelen i sin kommune. Det er flere kommuner som jobber systematisk for å forbedre diagnoseopplysningene og som har gode rutiner på plass. Dette kan være å ha sykepleiere som har er ansvarlige for diagnoseregistrering, til jevnlig gjennomgang. Det er dessverre flere kommuner som rapporterer om utfordrende dialog med fastlege og sykehus når det kommer til utlevering av diagnoser. I tillegg er det ikke alle som er klar over at man kan registrere både ICPC-2 koder og ICD-10 koder for diagnose i fagsystemene og derfor bruker unødvendig tid og krefter på å få dette oversatt hos fastlegen. Konklusjonen er at mange kan bli bedre på å registrere diagnoser, men kommunene er på vei, og har mye bra arbeid på gang for at dette skal bli bedre i årene som kommer.

Grunnlaget for inndelingen er diagnosekodeverket ICPC-2, og diagnoser som er rapportert inn med koder innen ICD-10 blir kodet om til ICPC-2. Se vedlegg for oversikt over diagnosegruppene. En person kan være registrert med flere diagnoser innen samme gruppe, men blir telt kun som en person. En person kan imidlertid telles innenfor flere grupper og antallet personer fra gruppene kan dermed ikke summeres.

Ved å dele inn i diagnosegrupper ser vi at det for landet som helhet er lungelidelser og psykiske lidelser som utgjør de største diagnosegruppene, med henholdsvis 28 000 og 22 000 personer i registeret. Videre viser tabellen nedenfor at andelen mottakere med omfattende bistandsbehov er størst for gruppene med demens, psykisk utviklingshemming og nevrologiske lidelser.

Tabell 2.1 Antall tjenestemottakere etter diagnosegrupper, landet. 2014¹

	Antall mottakere registrert med diagnose	Andel med omfattende bistandsbehov (%)
Psyk.utv. hemming	10670	57 %
Psykiske lidelser og rus	21686	32 %
- psykiske lidelser	19078	33 %
- rus	2608	25 %
Demens	11097	79 %
Nevrologiske lidelser	17576	50 %
Kreft	5489	33 %
Diabetes	7980	37 %
Brudd	6347	44 %
Hjerte- og kar	7475	33 %
Lungelidelser	28051	37 %
Muskel- og skjelett lidelser	15496	35 %
Andre ofte aldersrelaterte diagnoser	7849	45 %
Resterende diagnoser	35355	40 %

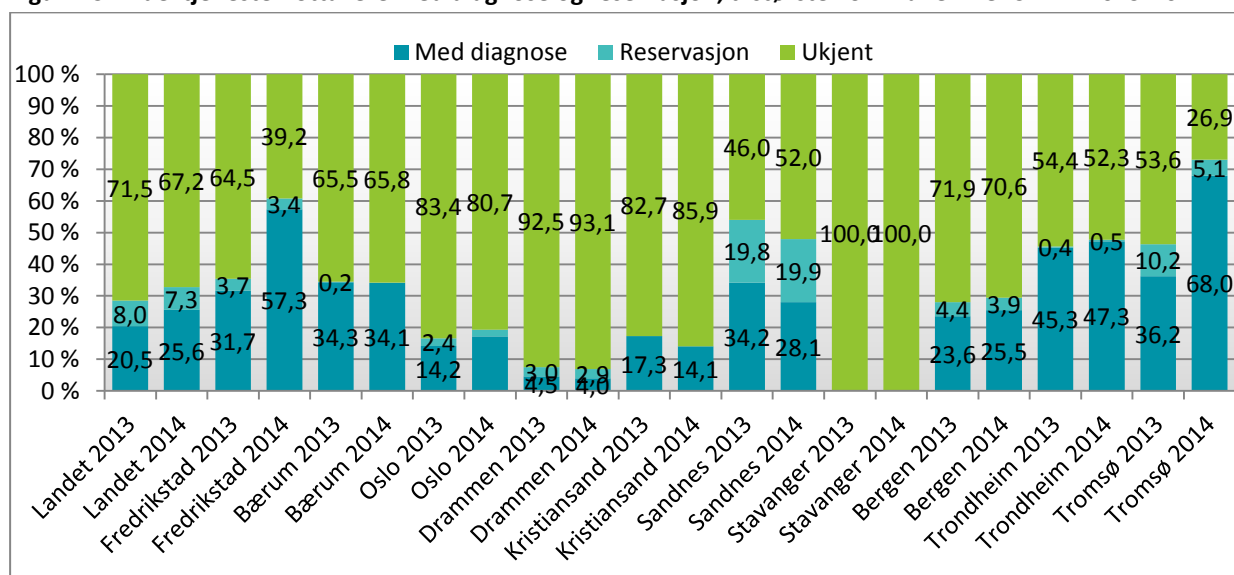
Kilde: IPLOS-registeret

¹ Dersom en bruker har to diagnoser innenfor samme gruppe telles som én, en bruker med to diagnoser i to forskjellige diagnosegrupper telles inn i begge grupper.

2.3 Diagnosestatistikk for store kommuner

Forrige kapittel viste at kun hver fjerde mottaker av omsorgstjenester er registrert med diagnoser i IPLOS-registeret. I kommuner med mange innbyggere kan det likevel være relativt mange personer som er registrert selv om diagnoseprosenten er lav. I de ti største kommunene varierer registreringsprosenten for 2014 fra 0 i Stavanger til 68 prosent i Tromsø kommune. Tromsø og Fredrikstad har hatt en tydelig forbedring fra 2013 til 2014 med nær en fordobling av antall mottakere med diagnoseregistrering. Høyt ligger også Trondheim hvor nesten annenhver tjenestemottaker er registrert med diagnose. I Stavanger har det vist seg at en teknisk feil hos Stavanger i innsendingen av data til SSB har gjort at diagnoser ikke ble rapportert inn. Dette vil bli korrigert i innsendingen av data for 2015-årgangen fra Stavanger.

Figur 2.3 Andel tjenestemottakere med diagnose og reservasjon, ti største kommuner. Per 31.12. 2013-2014



Kilde: IPLOS-registeret

En oversikt over alle kommuners andel tjenestemottakere med diagnoseopplysninger er vist i vedlegg 2.

Tabell 2.2 inneholder antallet tjenestemottakere innenfor diagnosegruppene for de største kommunene med unntak av Stavanger kommune. Ulik registreringspraksis vil ligge til grunn for variasjoner mellom kommunene. Dette i tillegg til at kommunene er av ulik størrelse og kan ha ulike sykdomsprofiler.

Tabell 2.2 Antall tjenestemottakere med diagnose, ni kommuner. Per 31.12. 2014²

	Oslo	Bergen	Trondheim	Tromsø	Drammen	Kristiansand	Bærum	Fredrikstad	Sandnes
Psyk.utv. hemming	916	1 028	583	135	8	234	317	290	116
Psykiske lidelser og rus	1 292	655	1 505	423	57	160	514	938	280
Demens	1 091	466	728	300	34	55	449	327	62
Nevrologiske lidelser	1 043	600	1 170	461	66	125	504	679	215
Kreft	268	165	385	159	16	25	128	186	52
Diabetes	369	239	556	141	24	32	161	302	75
Brudd	417	252	361	69	23	48	224	285	42
Hjerte- og kar	396	234	498	177	21	54	170	307	79
Lungelidelser	1 262	886	1 799	493	89	144	713	1078	275
Muskel- og skjelett lidelser	702	538	939	342	48	125	286	572	198
Andre ofte aldersrelaterte diagnoser	421	272	647	140	26	38	129	330	84

Kilde: IPLOS-registeret

I det følgende i dette kapitlet har vi imidlertid valgt å se nærmere på kommunene Trondheim, Fredrikstad og Tromsø siden disse kommunene har relativt høy andel tjenestemottakere registrert med diagnose. Det er valgt ut to diagnosegrupper, psykisk utviklingshemming og diabetes, som blir belyst nærmere med tall fra de tre kommunene. Diagnosegruppene demens og psykiske lidelser og ruslidelser vil bli nærmere belyst i kapittel 3 og 4.

2.4 Psykisk utviklingshemming

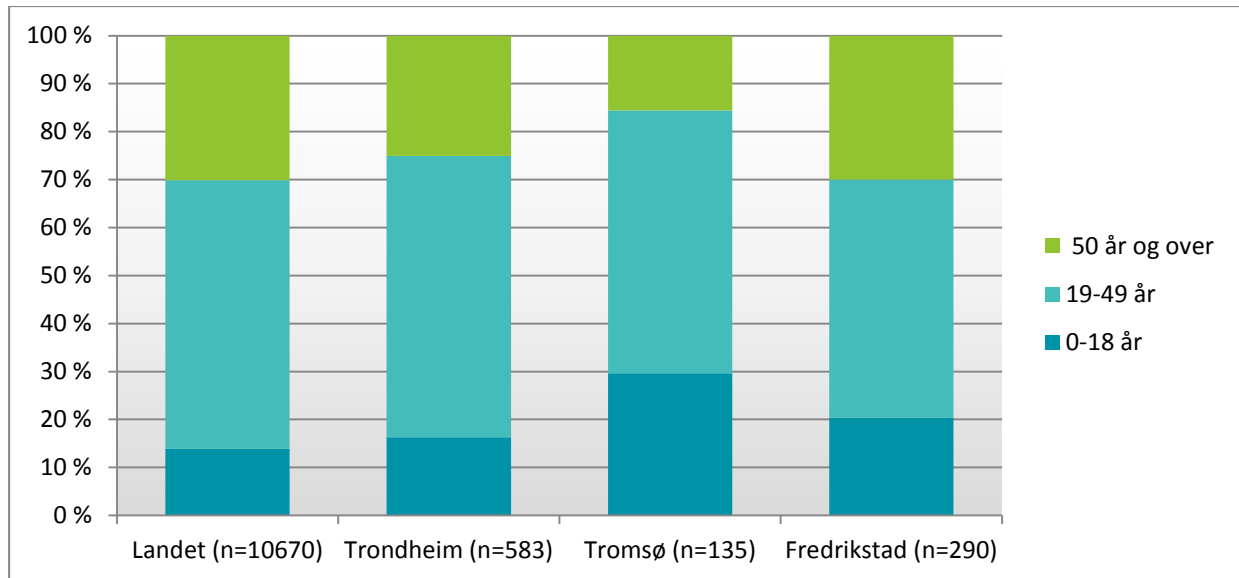
På landsnivå ble det i IPLOS registrert 10 670 tjenestemottakere med diagnosen psykisk utviklingshemming i 2014. Antallet er kun halvparten av det som kommunene rapporterer inn til Helsedirektoratet og som danner grunnlag for utregning av rammetilskudd i kommunen. Per 1.1. 2014 ble det rapportert inn 18 083 personer med psykisk utviklingshemming til grunnlag for kommunenes rammetilskudd. Rapporteringen gjelder alle over 18 år som har vedtak om helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, IS 3/2015).

Når det gjelder aldersfordelingen på personer med psykisk utviklingshemming varierer dette noe mellom de tre kommunene. Tromsø har relativt sett en ung gruppe av personer med psykisk

² Dersom en bruker har to diagnoser innenfor samme gruppe telles som én, en bruker med to diagnoser i to forskjellige diagnosegrupper telles inn i begge grupper.

utviklingshemming hvor de som er 18 år og yngre utgjør 30 prosent. På landsnivå utgjør de yngste kun 14 prosent av alle. Fredrikstad har en større andel personer som er over 50 år.

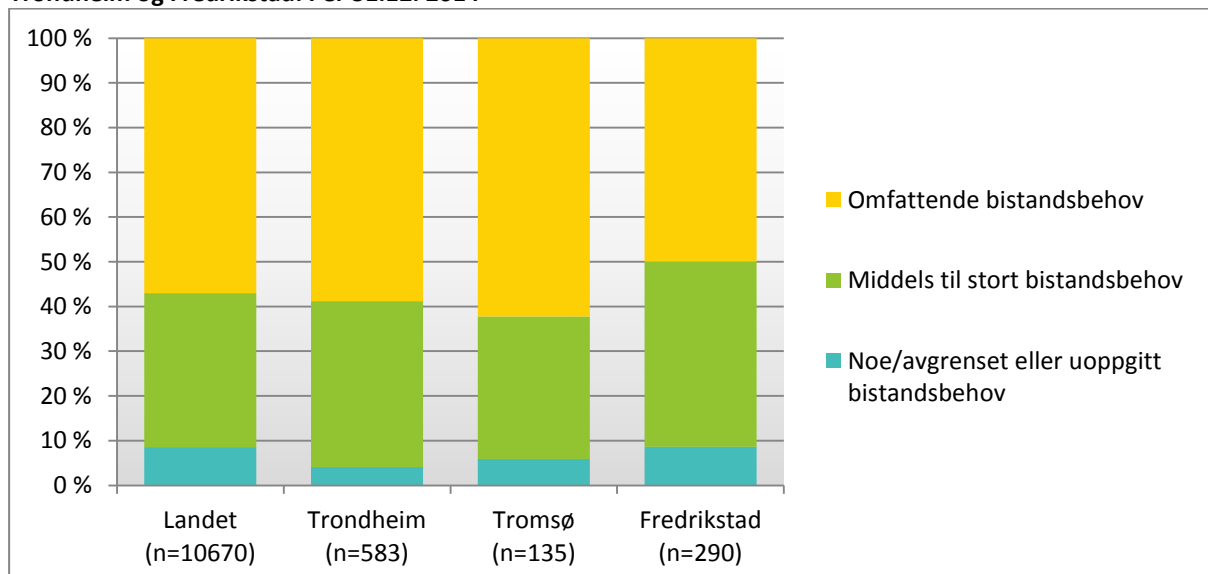
Figur 2.4 Tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming, etter alder. Landet, Tromsø, Trondheim og Fredrikstad. Per 31.12. 2014



Kilde: IPLOS-registeret

Tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming kjennetegnes generelt av høy grad av bistandsbehov. I alle tre kommunene har halvparten eller mer av mottakerne omfattende bistandsbehov, mens andelen med avgrensede behov var på mindre enn 10 prosent både for kommunene og for landet som helhet. For gruppen er det svært få som ikke har registrert bistandsbehov – bare 31 personer av 10 670 på landsbasis har uoppgitte bistandsbehov.

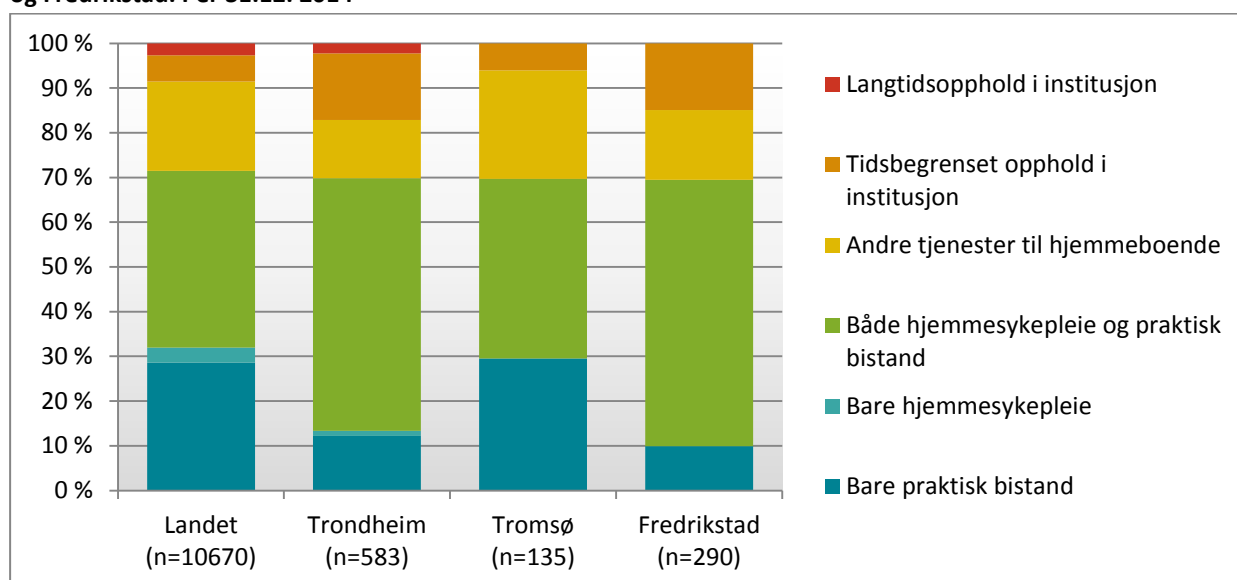
Figur 2.5 Tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming, etter bistandsbehov. Landet, Tromsø, Trondheim og Fredrikstad. Per 31.12. 2014



Kilde: IPLOS-registeret

Personer med psykisk utviklingshemming er i hovedsak hjemmeboende, enten i eget hjem eller i tildelt kommunal omsorgsbolig. Mer enn 70 prosent av alle mottar enten praktisk bistand eller hjemmesykepleie (helsetjenester i hjemmet) og dette bildet er likt mellom de tre kommunene. I tillegg er det om lag 20 prosent av personene på landsbasis som er hjemmeboende og kun mottar andre tjenester til hjemmeboende. De resterende 10 prosentene mottar tjenester i institusjon, enten tidsbegrensede opphold eller langtidsopphold.

Figur 2.6 Tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming, etter tjenestetype. Landet, Tromsø, Trondheim og Fredrikstad. Per 31.12. 2014

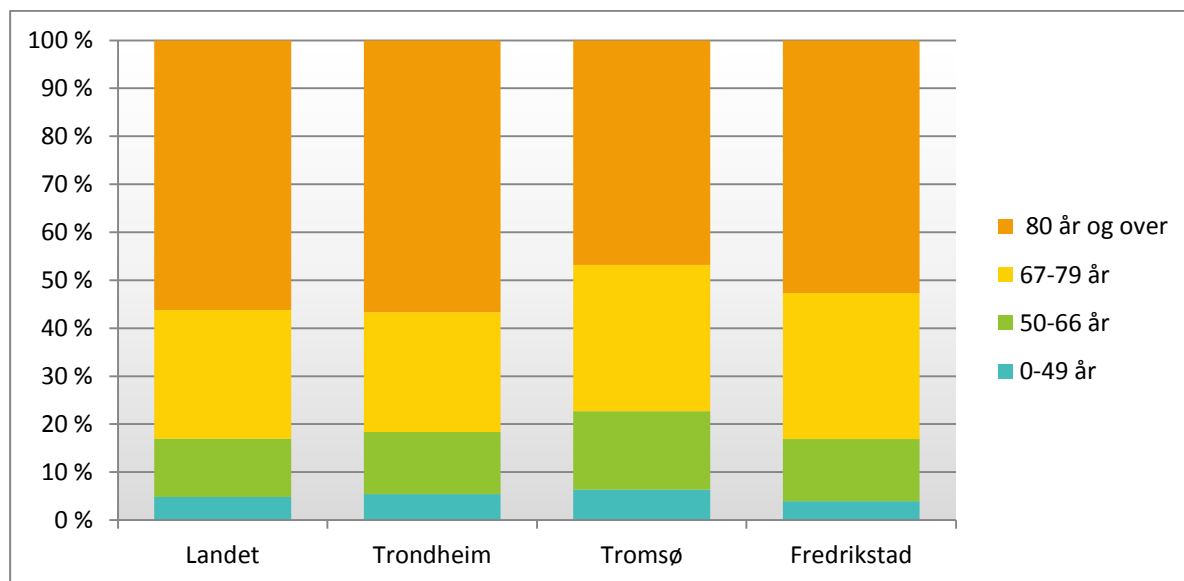


Kilde: IPLOS-registeret

2.5 Diabetes

Det var nær 8 000 personer registrert med diabetes i IPLOS-registeret per 31.12.2014. Av disse var mer enn 80 prosent 67 år og eldre. Dette bildet er nokså likt for de tre kommunene, men Tromsø har en noe mindre andel av de over 80 år. Slike variasjoner kan skyldes kommunevise forskjeller i aldersfordelingen av kommunenes innbyggere. Dette har vi ikke undersøkt her.

Figur 2.7 Tjenestemottakere med diabetes, etter alder. Landet, Tromsø, Trondheim og Fredrikstad. Per 31.12. 2014

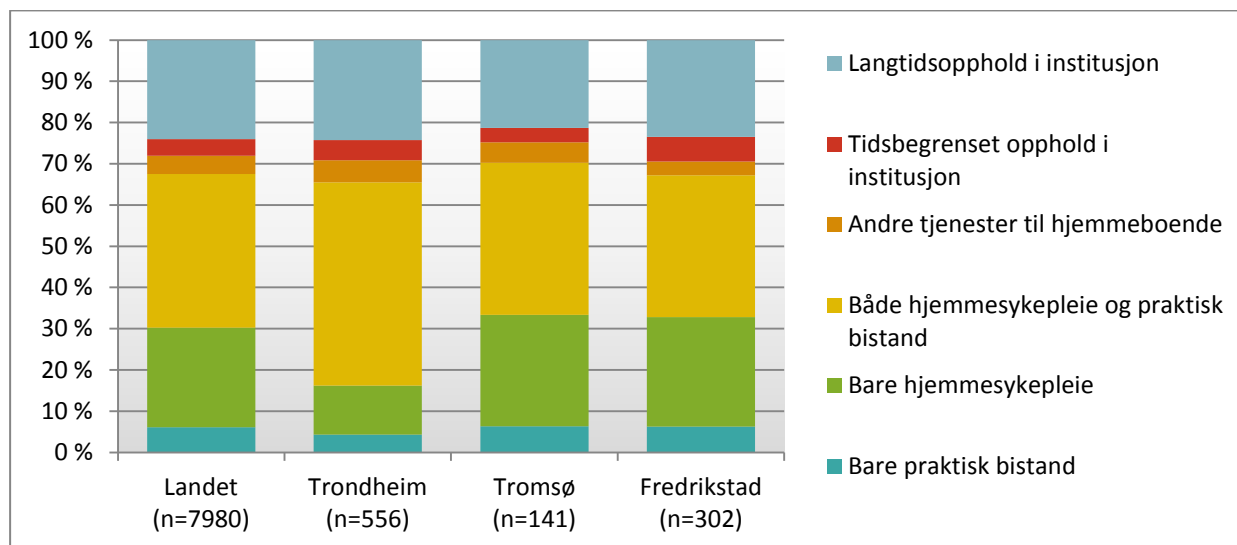


Kilde: IPLOS-registeret

Flesteparten av tjenestemottakere med diabetes er hjemmeboende med behov for hjemmesykepleie, enten bare hjemmesykepleie eller hjemmesykepleie i kombinasjon med andre typer tjenester. Dette gjelder bortimot 5000 personer. Andelen dette utgjør i de tre kommunene er ganske lik, men Trondheim skiller seg noe ut ved å ha en høyere andel av personer som mottar en kombinasjon av hjemmesykepleie og praktisk bistand.

Når det gjelder institusjonsbeboere med diabetes finnes disse både i tidsbegrensede opphold og langtidsopphold. Nær hver fjerde av alle tjenestemottakere med diabetes oppholder seg på langtidsopphold i institusjon.

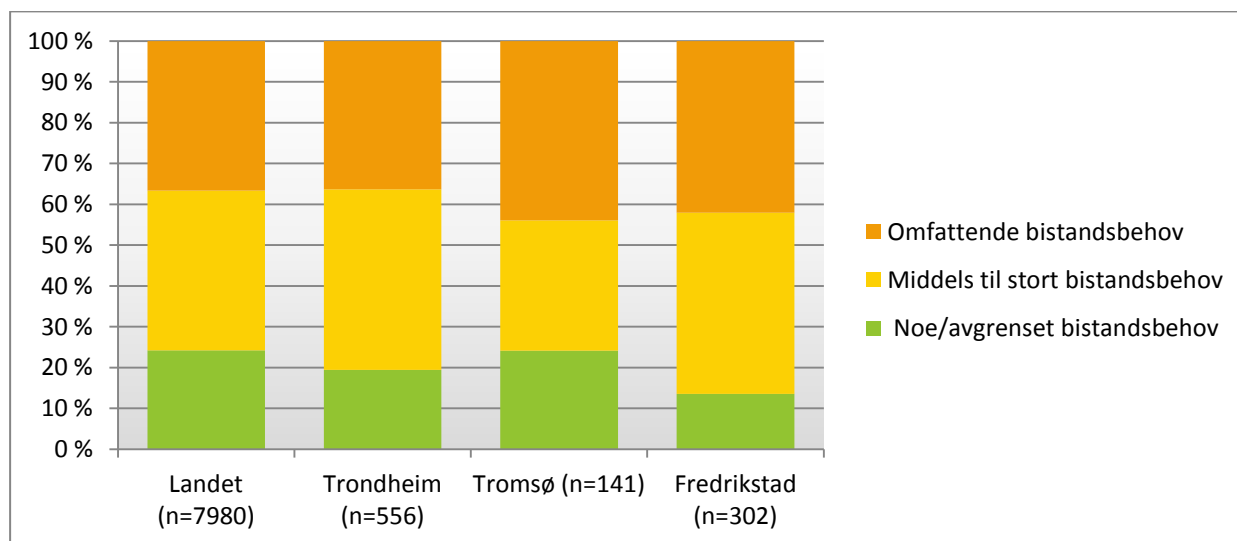
Figur 2.8 Tjenestemottakere med diabetes, etter tjenestetype. Landet, Tromsø, Trondheim og Fredrikstad. Per 31.12. 2014



Kilde: IPLOS-registeret

Tjenestemottakere med diabetes har varierende grad av bistandsbehov. Det er viktig her å huske at bistandsbehovene ikke nødvendigvis knyttes til diabetes, men det kan være andre sykdommer eller funksjonsnedsettelse som er årsaken til bistandsbehovet. Mer enn hver tredje med diabetes har omfattende bistandsbehov.

Figur 2.9 Tjenestemottakere med diabetes, etter bistandsbehov. Landet, Tromsø, Trondheim og Fredrikstad. Per 31.12. 2014



Kilde: IPLOS-registeret

3. DEMENS BLANT MOTTAKERE AV HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

3.1 Innledning

I dette kapitlet har vi valgt ut diagnosegruppen demens og ser nærmere på data relatert til diagnoseopplysningene. Kommunene har på langt nær registrert alle tjenestemottakere med demens. Dataene kan derfor ikke brukes til å gjennomføre sikre analyser av behov og tjenestetilbud til denne gruppen, eller til å foreta sammenligninger av tjenestetilbudet mellom kommunene. Vi vil likevel se på data om tjenestemottakere som har en demensdiagnose i IPLOS, og sammenholde disse med andre undersøkelser om demens.

3.2 Hva er demens og hvor mange har demenssykdom i Norge?

Demens forårsakes av flere progredierende hjernesykdommer og kjennetegnes ved kognitiv svikt, endringer i følelser og personlighet, samt redusert evne til å fungere i dagliglivet. Det viktigste kognitive symptomet er redusert hukommelse. De som rammes vil gradvis fungere dårligere og til slutt bli helt avhengige av hjelp. De vanligste typene demenssykdom er Alzheimers sykdom, vaskulær demens, frontotemporal demens og demens med lewylegemer.

Det finnes ingen nasjonale studier som kan brukes til å gi et presist tall på forekomsten av demens i Norge. Alzheimer Europe har kommet fram til at forekomsten av demens i Norge er om lag 78 000 personer (Alzheimer Europe 2014). Dette har de kommet fram til ved å foreta beregninger ut fra studier i andre europeiske land, blant annet studier som baserer seg på antall med demensdiagnose.

I Norge har vi gode regionale estimater for forekomsten av demenssykdom blant mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester basert på lokale undersøkelser som ikke er representative på nasjonalt nivå. Om lag 84 % av de som bor i sykehjem har demenssykdom, og vel 40 % av de som er over 70 år og får hjemmetjenester har demenssykdom (Helvik m.fl. 2015, Wergeland m.fl. 2013). Ved å slå sammen tallene for sykehjemsbeboere og hjemmeboende tjenestemottakere som har demens, er det i dag samlet om lag 71 000 tjenestemottakere som har demenssykdom. Det finnes ingen anslag for hvor mange som har demens i resten av befolkningen, men tallet på tjenestemottakere med demens indikerer at Alzheimer Europe sitt totale anslag over personer med demens i Norge heller er for lavt enn for høyt (HOD 2014).

En økning av antall eldre vil medføre at flere får demens, fordi forekomsten av demens øker med alderen. Forhold som bedre folkehelse og bedre behandling for andre lidelser har ført til at de senere årene har vært en økning av demenssykdom som dødsårsak (FHI 2015). I 2014 var 7,6 prosent av alle dødsfall knyttet til demens, mens tilsvarende andel i 2000 var på 2,2 prosent.

Av demografiske årsaker er det grunn til å tro at antall personer med demens vil fordobles fram mot år 2040, og at dette vil sette sterkt preg på de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

3.3 Tjenestemottakere med demens

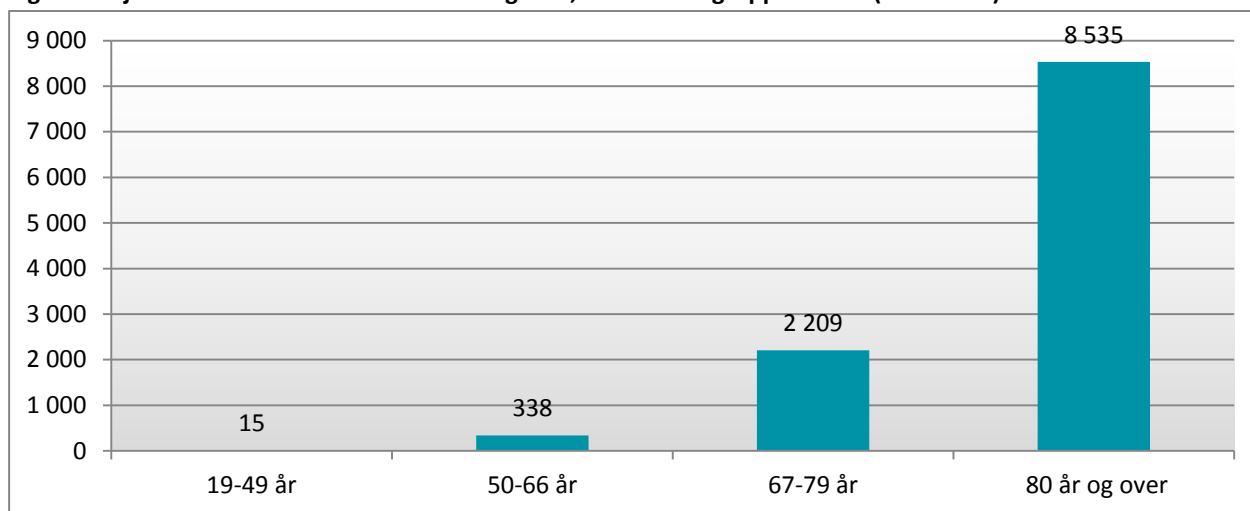
Det er til sammen registrert drøyt 11 000 personer med demensdiagnose i IPLOS-registeret (se tabell 2.1). Herav er det 3512 personer fra de ti utvalgte kommunene. De ti kommunene som omfattes av utvalget hadde til sammen 33,5 % av den samlede befolkningen i Norge i 2014. De 3512 som har demensdiagnosene registrert i IPLOS utgjør bare 4,5 % av de om lag 78 000 tjenestemottakerne som er estimert å ha en demenssykdom. Det lave antallet registrerte demensdiagnoser i IPLOS har nok til dels de samme årsakene som manglete diagnoseregistrering for andre sykdomsgrupper, men det skyldes nok også at det fortsatt er mange personer med demenssykdom som ikke har fått en diagnose. I tillegg inkluderer estimatet på 78 000 også personer som lever med demens, men som ennå ikke mottar omsorgstjenester.

En ny norsk studie viser at personene i gjennomsnitt hadde hatt demenssymptomer i 3 år da utredning startet (Bergh m.fl. 2015). 88 % hadde allerede brukt noen offentlige tjenester ved utredning. En annen studie viser at mer enn 40 % av personer over 70 år som får hjemmetjenester har demens, men bare en av fem med demenssykdom hadde en demensdiagnose som de selv, pårørende eller hjemmetjenesten kjente til (Wergeland m.fl. 2013). I sykehjem viser tilsvarende undersøkelser at 84 % reelt sett har demenssykdom, mens tall fra 2007 viste at bare 55 % av de som har demenssykdom hadde diagnose (Helvik m.fl. 2015, Selbæk 2007). Senere undersøkelser indikerer at det ikke er noen vesentlig økning av andelen med demensdiagnose i sykehjem.

Demenssykdom forekommer sjelden før 70-årsalderen og vanligvis ikke før 80-årsalderen, mens over 40 % av person over 90 år har demens (Prince m.fl. 2013). Selv om de aller fleste demenstilfellene er knyttet til høy alder, finnes det også personer under 65 år som har demenssykdom.

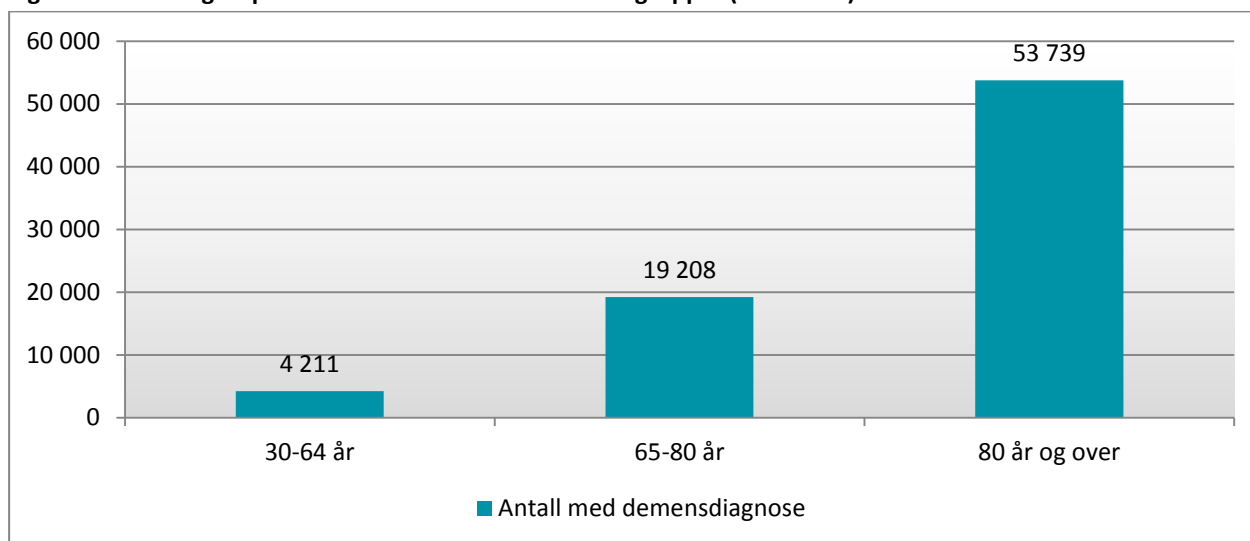
Fra IPLOS er det trukket ut statistikk som sier noe om aldersfordelingen mellom tjenestemottakerne (Figur 3.1). Dette datamaterialet er sammenliknet med statistikk fra Alzheimer Europa over forekomst av demens i Norge (Figur 3.2). Profilene er relativt like når det gjelder aldersfordeling, til tross for at aldersgruppene er noe ulike. Alzheimer Europe har beregnet at det i Norge finnes over 4 000 personer under 65 år med demens. De omlag 350 personene under 65 år som er IPLOS-registrert med demensdiagnose i kommunene i vårt utvalg, utgjør under 9 % av de ca. 4000 personene fra Alzheimer Europe sitt estimat. Som nevnt har de ti kommunene i utvalget 33,5 % av den samlede befolkningen i Norge.

Figur 3.1 Tjenestemottakere med demensdiagnose, etter aldersgrupper. 2014 (N= 11 097)



Kilde: IPLOS-registeret

Figur 3.2 Fordeling av personer med demens etter aldersgrupper (N= 77 158)



Kilde: Alzheimer Europa

Det kan være flere grunner til at tallet på «yngre» personer som er registrert med demensdiagnose i IPLOS er særlig lavt. For personer under 65 år er demenssykdom ofte ikke det første man tenker på som årsak til personens problemer, og dette kan medføre at færre utredes for demens. Det er også vanskeligere og tar lengre tid å diagnostisere demens hos «yngre», blant annet fordi flere andre sykdommer bør utelukkes før diagnosen stilles.

Færre «yngre» med demensdiagnose i IPLOS kan også skyldes at færre av disse bor alene og derved lettere får hjelp og støtte til dagliglivets gjøremål fra en partner, noe som kan innebære at færre «yngre» personer med demens får tjenester som skal registreres i IPLOS. En studie av personer som er utredet ved norske hukommelsesklinikker viser at bare 36 % av personene under 65 år bodde alene, mens 50 % av de over 65 år bodde alene. Studien viste også at 20 % av «yngre» personer med

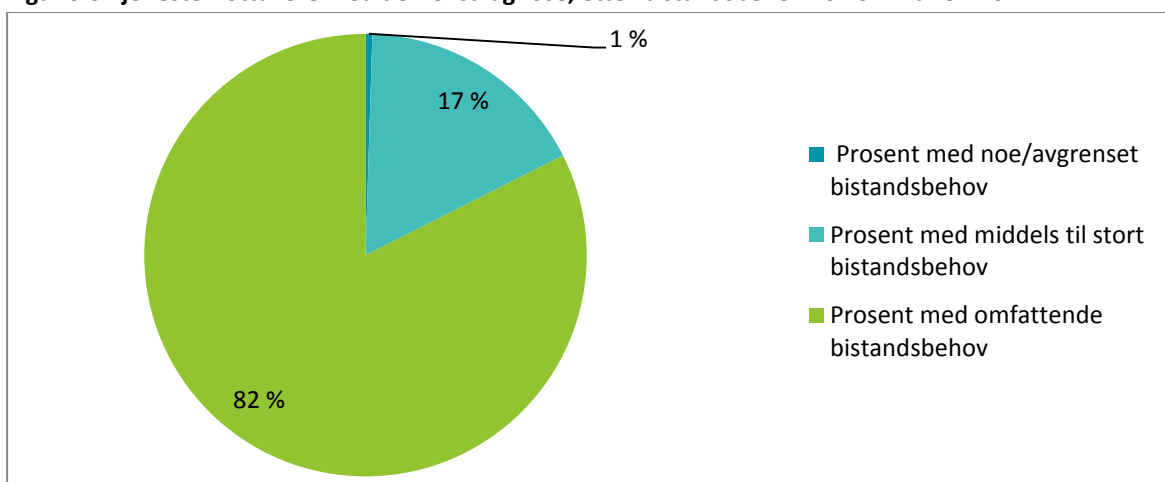
demens mottok kommunale tjenester, mot 43 % i gruppen eldre. En undersøkelse om samfunnsøkonomi og demens viser at personer som bor alene får større omfang av tjenester enn personer som bor sammen med noen (Bergh m.fl. 2015).

3.4 Demens og behovsvariabler

Tjenestemottakerne er i denne tabellen fordelt etter tre bistannds nivåer. Det er IPLOS samlemål som er grunnlaget for denne inndelingen. Samlemålet er basert på de 17 bistanndsvariablene i IPLOS og beskriver omfanget av tjenestemottakeres behov for personbistand knyttet til aktiviteter i dagliglivet.

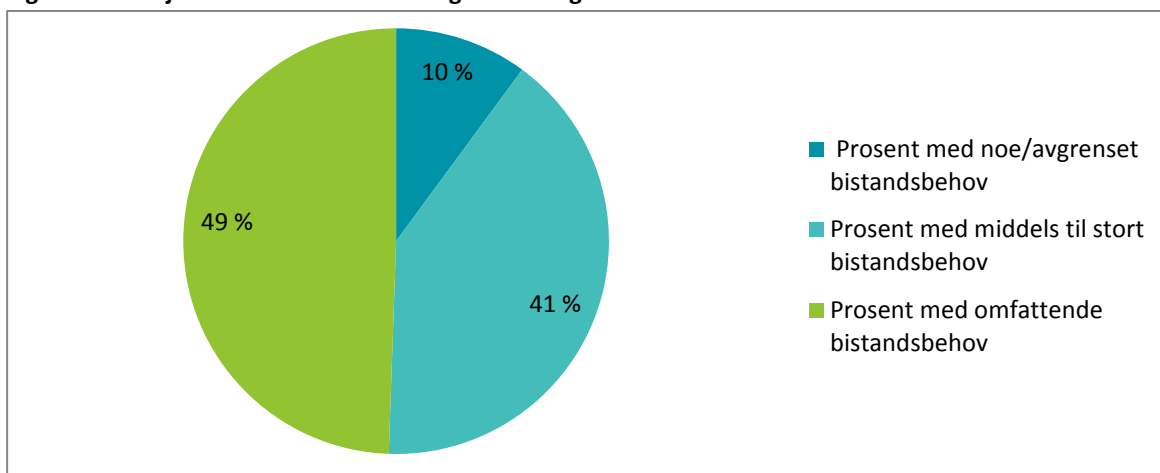
Som det framgår av figur 3.3 har over 80 % av tjenestemottakere som er registrert med demensdiagnose et omfattende bistanndsbehov i de 10 byene. Sammenlikner vi dette med de andre diagnosegruppene i figur 3.4, ser vi at tjenestemottakere med demens har en helt særegen behovsprofil der nesten alle er i gruppen med omfattende behov. For tjenestemottakere i de andre diagnosegruppene fordeler det seg jevnere mellom de tre bistanndsgruppene.

Figur 3.3 Tjenestemottakere med demensdiagnose, etter bistanndsbehov 10 kommuner. 2014



Kilde: IPLOS-registeret

Figur 3.4 Alle tjenestemottakere med registrert diagnose etter bistandsbehov 10 kommuner 2014

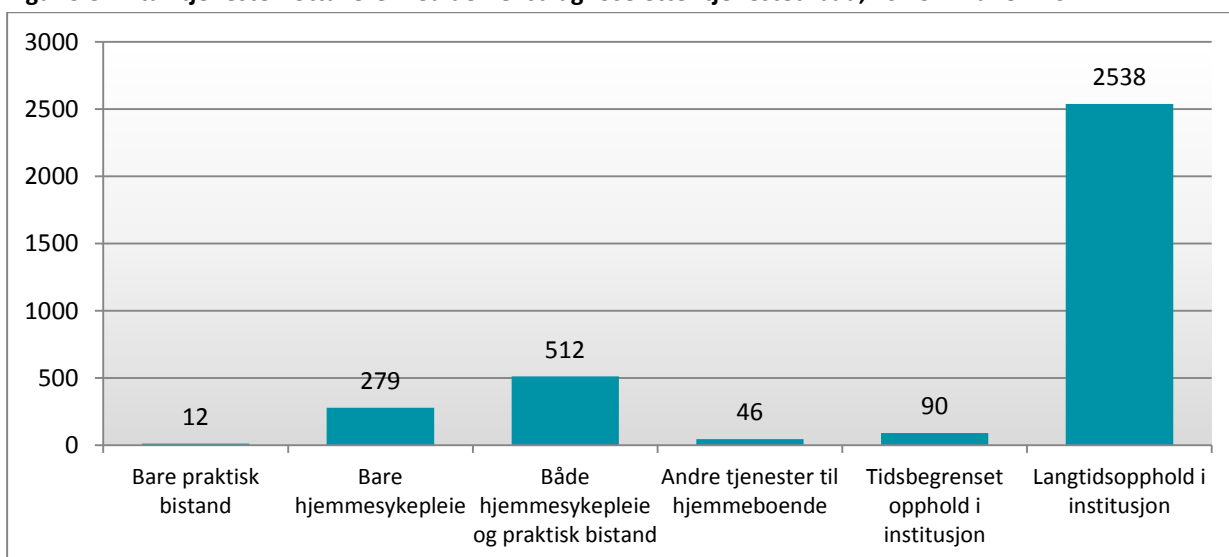


Kilde: IPLOS-registeret

3.5 Demens og tjenestetilbud

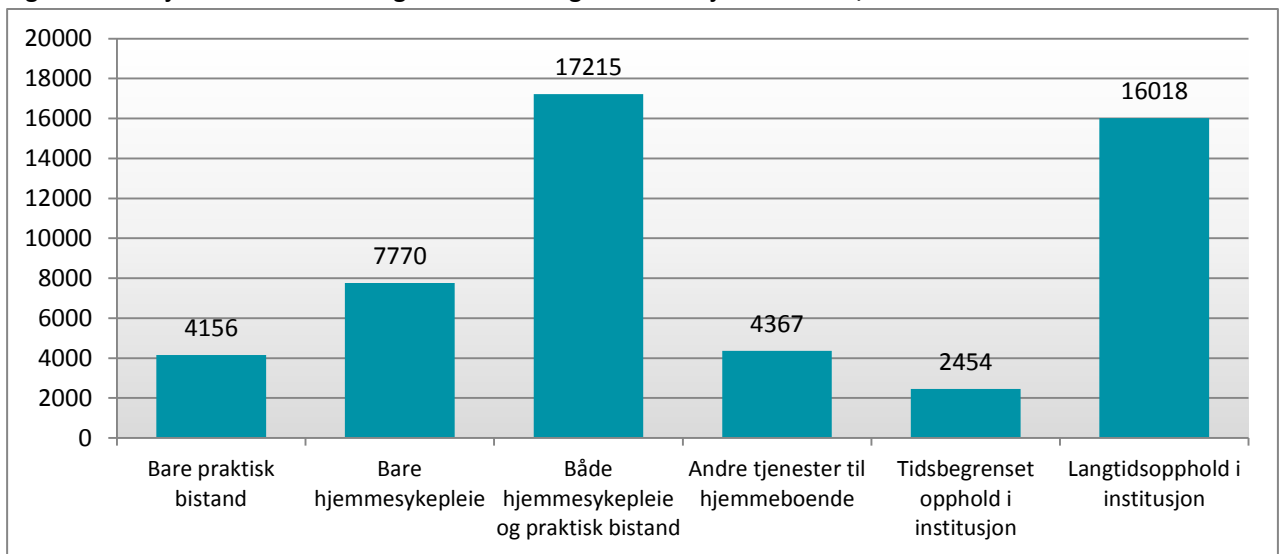
65 % av tjenestemottakere med demensdiagnose i dette IPLOS-utvalget har langtidsplass i institusjon. De fleste som bor hjemme får både hjemmesykepleie og praktisk bistand. «Andre tjenester til hjemmeboende» benyttes i liten grad for personer med demens. Når vi sammenlikner de med demensdiagnose med alle som har registrert en diagnose i de ti kommunene, ser vi at personer med demens oftere enn andre får institusjonstjenester, noe som forklares blant annet med at mange har omfattende bistandsbehov.

Figur 3.5 Antall tjenestemottakere med demensdiagnose etter tjenestetilbud, 10 kommuner, 2014



Kilde: IPLOS-registeret

Figur 3.6 Alle tjenestemottakere registrert med diagnose etter tjenestetilbud, 10 kommuner 2014



Kilde: IPLOS-registeret

Bildet som tegnes i IPLOS er i tråd med resultater fra andre undersøkelser om personer med demens. En undersøkelse fra 2014 av tjenestebehov hos eldre som mottar kommunale tjenester, viste at 84 % av tjenestemottakere som hadde demenssykdom hadde vedtak om hjemmesykepleie, mens bare rundt halvparten av tjenestemottakerne uten demens hadde vedtak om hjemmesykepleie. En større andel av tjenestemottakerne med demens hadde også vedtak om matombringning og/eller dagsenter sammenlignet med resten av tjenestemottakerne (Høgset m.fl. 2014).

En ny norsk undersøkelse om samfunnsøkonomi og demens viser at det er få personer uten demens som flytter på sykehjem, mens halvparten av personer med demens hadde flyttet på sykehjem tre år etter at de fikk diagnosen (Bergh m.fl. 2015). Undersøkelsen viser også at tjenestemottakerne får et relativt lite omfang av hjemmetjenester før innleggelse i sykehjem. Gjennomsnittlig mottok personer med demens 16 timer hjemmesykepleie og en til to timer hjemmehjelp siste måned før innleggelse. Selv om dagsenter eller dagaktivitetstilbud benyttes av flere med demenssykdom enn de uten demens, viser denne undersøkelsen at dagsenter bare ble brukt 1-2 ganger per uke av cirka 20 % av personene med demens. Ved nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens høsten 2014 benyttet totalt 6318 personer med demens seg av dagaktivitetstilbud i kommunene (Gjøra m.fl. 2015).

3.6 Konklusjon

Når vi sammenholder IPLOS-data med annen informasjon om personer med demenssykdom, ser vi at det reelle antallet tjenestemottakere som har demenssykdom er betydelig høyere enn antallet tjenestemottakere som er registrert med demensdiagnose i IPLOS. Vi ser også at tjenestemottakere med demens har en annerledes tjenesteprofil enn andre diagnosegrupper, og at en stor andel av personer med en registrert demensdiagnose har omfattende bistandsbehov.

Det kan være nyttig for flere kommuner å sammenholde IPLOS-registreringer med annen informasjon og pasientdokumentasjon for å se om dokumentasjonen samsvarer og gir et korrekt bilde av tjenestemottaker. Finnes det for eksempel IPLOS-registreringer som dokumenterer redusert hukommelse, uten at det i pasientjournalen finnes noen diagnose som kan forklare dette? Har kommunen gode nok ordninger for å fange opp at tjenestemottakere har kognitiv svikt, og fører registrering av redusert hukommelse til at det foretas en særlig grundig kartlegging av andre IPLOS-variabler, slik at personens reelle behov for hjelp avdekkes? Den lave andelen av «andre tjenester» som ytes til hjemmeboende personer med demensdiagnoser i IPLOS, samt det begrensede omfanget av hjemmetjenester som personer med demenssykdom får siste måned før innleggelse i sykehjem, tilsier at både kommuner og personer med demens vil kunne ha mye å hente på ordninger som i større grad bidrar til at personer med demenssykdom fanges opp og blir diagnostisert og registrert, og derved kan tilbys gode og tilrettelagte tjenester på det mest hensiktsmessige «trinnet i omsorgstrappen».

4. PSYKISKE LIDELSER OG RUSLIDELSER BLANT MOTTAKERE AV HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

4.1 Innledning

Dette kapitlet omhandler personer med psykiske lidelser og/eller ruslidelser som er mottakere av kommunale helse og omsorgstjenester, og som kommunene registrerer opplysninger om og rapporterer til IPLOS-registeret henhold til IPLOS-forskriften. Det vil gis en nærmere beskrivelse av hvilke type tjenester gruppen mottar og hvilke vurderte bistandsbehov de har. Det er ikke krav om diagnose for å motta kommunale helse- og omsorgstjenester, men denne artikkelen vil omhandle gruppen tjenestemottakere hvor det er registrert psykisk lidelse og/eller ruslidelse.

4.2 Hvor mange har psykiske lidelser og ruslidelser i Norge?

Norske og internasjonale studier viser at 30-50 prosent av den norske befolkningen vil få en psykisk lidelse³ i løpet av livet (Folkehelseinstituttet 2014). Angstlidelser og depressive lidelser er blant de vanligste formene for psykiske lidelser i den norske befolkningen. Rundt en fjerdedel av den voksne befolkningen vil få en angstlidelse i løpet av livet og rundt 15 prosent i løpet av ett år. Omtrent like mange vil rammes av alkoholavhengighet og alkoholmisbruk. Depresjon vil ramme en av fem nordmenn i løpet av livet og 10 prosent i løpet av ett år (Kringlen mfl. 2001; Mykletun mfl. 2009).

Det er høy forekomst av rusmiddelproblemer blant personer med psykiske lidelser, og mange med rusmiddelproblemer har i tillegg en psykisk lidelse. Undersøkelser viser at ca. 65 prosent av kartlagte mottakere av kommunale helse, omsorgs- og velferdstjenester med vurdert rusmiddelproblematikk

³ Psykiske lidelser er symptomer som påvirker tanker, følelser, væremåte og samvær med andre. Ved psykiske lidelser er symptombelastningen så stor at det kan stilles en diagnose, som moderat eller alvorlig depresjon eller angstlidelse.

hadde psykiske vansker som gikk alvorlig ut over deres daglige fungering (Brukerplan 2014). Et betydelig antall pasienter med en psykisk lidelse har en ruslidelse som hoved- og/eller bi-diagnose. Helsedirektoratet (IS-1908, 2011) fant at 25 prosent av døgnpasientene som var innlagt i det psykiske helsevernet for voksne i 2009 hadde en ruslidelse som hoved- eller bi-diagnose. Andelen blant de tvangsinnlagte var 31 prosent. Det kan vel også være grunn til å anta at forekomst av ruslidelser som bi-diagnose er underrapportert. Samme rapport fant også økt forekomst av re-innleggelses (23 prosent) for pasienter registrert med en ruslidelse (bi- eller hoveddiagnose), 23 prosent sammenlignet med øvrige pasienter (14 prosent). Ose og Pettersen (2014) fant at om lag 30 prosent av døgnpasientene i pasientregistreringen 20. november 2012 hadde rusproblemer. Ruslidelser har altså et betydelig omfang i gruppen, og stiller store utfordringer ift utforming av behandlingstilbud og organisering av tjenestene.

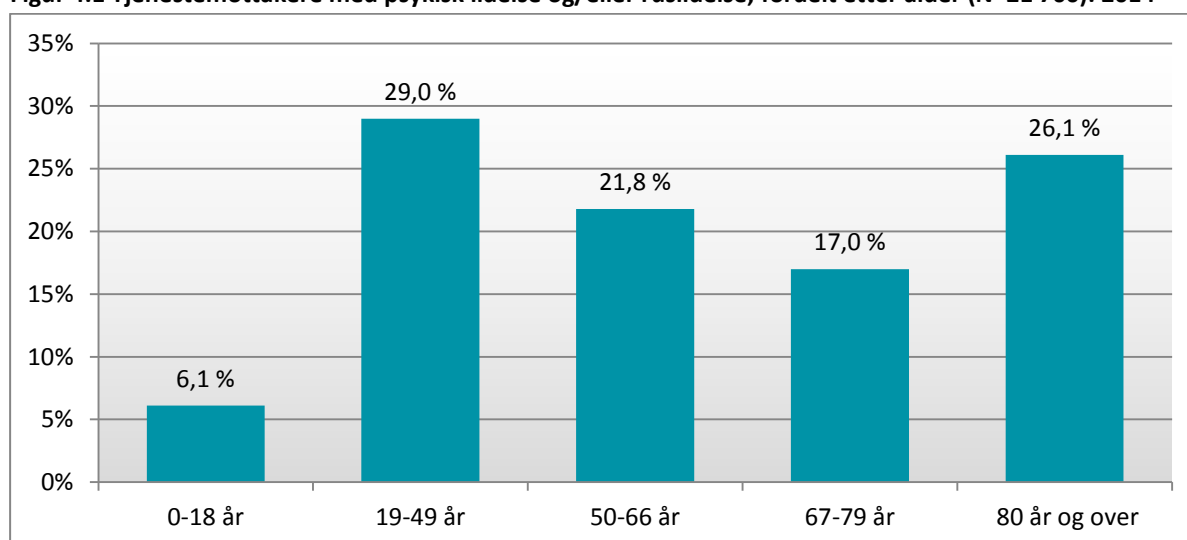
4.3 Omfang av psykiske lidelser/ruslidelser blant tjenestemottakerne

21 700 mottakere av totalt 73 000 med rapportert diagnoseopplysninger hadde registrert psykiske lidelser og/eller ruslidelser (30 prosent) i IPLOS-registeret. Av disse hadde 87,2 prosent registrert psykiske lidelse uten samtidig ruslidelse, 6,5 prosent ruslidelse uten samtidig psykisk lidelse, mens resterende 6,3 prosent hadde både psykisk lidelse og ruslidelse. Psykiske lidelser er den nest mest rapporterte diagnosegruppe i IPLOS-registeret, kun lungelidelser er hyppigere rapportert (28 100).

Aldersfordeling

Statistikken fra IPLOS-registeret viser at 64,9 prosent av mottakere med psykiske lidelser/ruslidelser er 50 år eller eldre. Det er en betydelig andel som er 80 år eller eldre; 26 prosent. 35,1 prosent er mellom 0-49 år. 6,1 prosent er mellom 0-18 år.

Figur 4.1 Tjenestemottakere med psykisk lidelse og/eller ruslidelse, fordelt etter alder (N=21 700). 2014

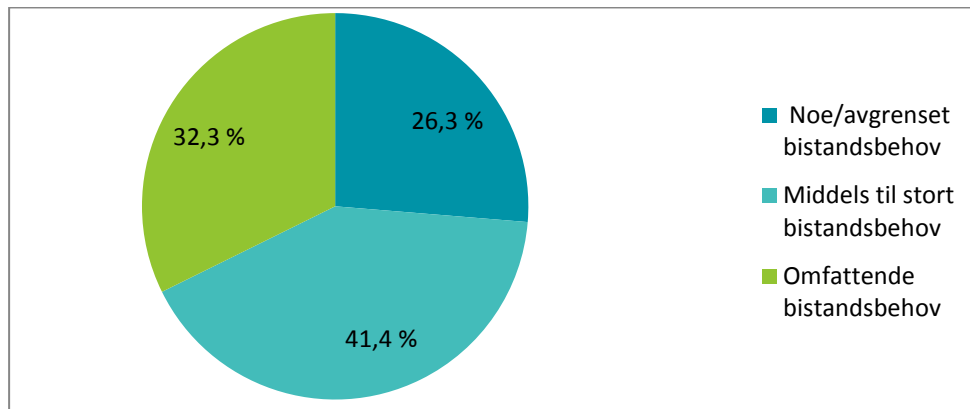


Kilde: IPLOS-registeret

Vurdering av generelt bistandsbehov

IPLOS-registeret inkluderer opplysninger om tjenestemottakerens bistandsbehov. Av de totalt 21 700 mottakerne med rapportert psykisk lidelse og/eller ruslidelse, viser figuren under at tilnærmet én av tre mottakere blir vurdert å ha det høyeste bistandsnivået; «omfattende bistandsbehov». 41,4 prosent blir vurdert å ha et «middels til stort bistandsbehov», mens 26,3 prosent blir vurdert å ha det laveste bistandsbehovet; «noe/avgrenset bistandsbehov».

Figur 4.2 Tjenestemottakere med psykisk lidelse og/eller ruslidelse, etter bistandsbehov (N=21 700). 2014

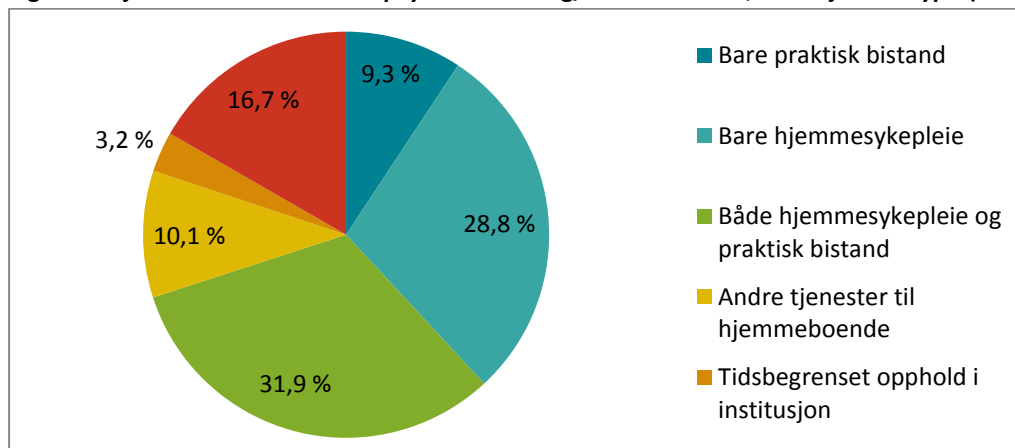


Kilde: IPLOS-registeret

Tjenestetyper

Ved skissering av ulike tjenestetyper som personer med psykiske lidelser og/eller ruslidelser mottar, viser figuren under at flest mottakere mottar «både hjemmesykepleie og praktisk bistand» (31,9 %). Nest hyppigste tjenestetype er «bare hjemmesykepleie» (28,8 %). 9,3 prosent mottar «bare praktisk bistand». Dvs. at 70 prosent av mottakere med psykiske lidelser og/eller ruslidelser er registrert med hjemmesykepleie og praktisk bistand, eller en av delene. Videre viser figuren at 16,7 prosent er på langtidsopphold i institusjon mens 3,2 prosent er på tidsbegrenset opphold i institusjon. 10,1 prosent mottar «andre tjenester til hjemmeboende».

Figur 4.3 Tjenestemottakere med psykisk lidelse og/eller ruslidelse, etter tjenestetype (N=21 700). 2014.



Kilde: IPLOS-registeret

4.4 Mottakere med psykiske lidelser og behov for ulike bistandstilbud

I denne delen består hovedutvalget av 17 800 mottakere med registrert psykisk lidelse uten samtidig ruslidelse, og hvor alder er rapportert i IPLOS-registeret. Mottakere med «kun» ruslidelser eller samtidig rus- og psykisk lidelse inngår ikke i de videre beregningene pga. at SSB som databehandler må anonymisere tall som blir inndelt i for små antallsmessige grupperinger. Bakgrunnen for dette er føringer om bruk av opplysningene knyttet til personvern, jf. IPLOS-forskriften.

Behov for bistand til arbeid/utdanning

Totalt hadde 4100 mottakere (22,9 %) behov for bistand til å delta i arbeid/utdanning. Ses det atskilt på aldersgrupper under 67 år øker imidlertid andelen betydelig. I den yngste alderskategorien 0-18 år hadde 73 prosent behov for bistand til arbeid/utdanning. I alderskategorien 19-49 år hadde 51,9 prosent behov for bistand, mens i alderskategorien 50-66 år var andelen på 16,1 prosent.

Behov for bistand til organisasjon, kultur og fritid

7530 mottakere (42,3 %) hadde behov for bistand til deltagelse i organisasjon, kultur og fritid. Andelen med behov for bistand til organisasjon, kultur og fritid er høyest i den laveste alderskategorien 0-18 år og faller gradvis med økt alder. Blant de mellom 0-18 år har 73 prosent behov for bistand til organisasjon, kultur og fritid. I aldersgruppen 19-49 år hadde 53,4 prosent det samme behovet, mens blant de mellom 50-66 år var andelen 42,7 prosent. Blant de som var 67 år eller eldre var andelen på 30,7 prosent

Andel med Individuell plan blant mottakere med psykiske lidelser

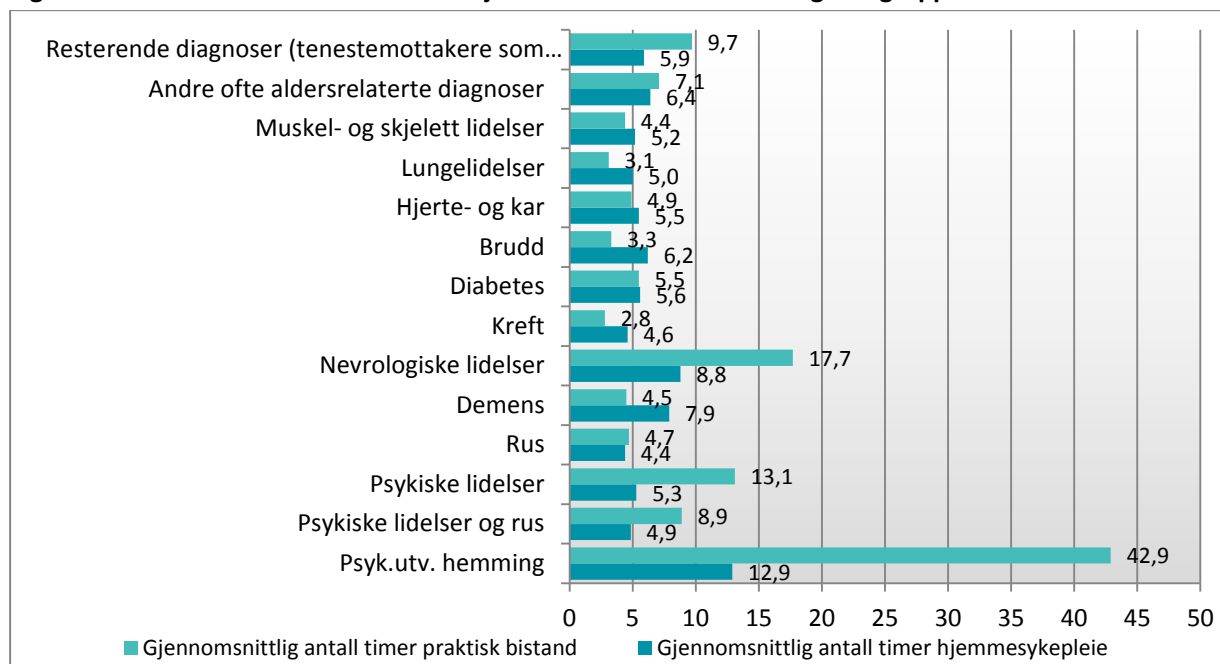
I beregningen av andel mottakere med Individuell plan tas det også utgangspunkt i samme hovedutvalg som i delkapitlet foran; 17 800 mottakere med psykiske lidelser. Av disse hadde totalt 18,9 prosent Individuell plan. Andelen med Individuell plan er høyest i den yngste aldersgruppen 0-18 år med 39,8 prosent. I aldersgruppen 19-49 år hadde 34,8 prosent IP mens det blant de mellom 50-66 år var lavere med 19,8 prosent. I aldersgruppen 67 år eller eldre var det kun 0,6 prosent som var registrert med Individuell plan.

Timer i uka til hjemmetjenester

Figur 4.4 viser at mottakere med psykiske lidelser og/eller ruslidelser samlet sett mottar 8,9 timer med praktisk bistand og 4,9 timer med hjemmesykepleie i uka. Skilles disse diagnosegruppene, viser stolpediagrammet under at personer med psykiske lidelser mottar betydelig flere timer med praktisk bistand i uka sammenlignet med personer med ruslidelser; 13,1 timer versus 4,7 timer. I forhold til antall timer med hjemmesykepleie i uka, viser oversikten mindre forskjeller; 5,3 timer til personer med psykiske lidelser versus 4,4 timer til personer med ruslidelser.

Sammenlignet med andre diagnosegrupper viser stolpediagrammet under at personer med psykiske lidelser mottar relativt mange timer med praktisk bistand. Det er kun personer innenfor diagnosegruppene «psykisk utviklingshemming» (42,9 timer) og «nevrologiske lidelser» (17,7 timer) som mottar flere timer med praktisk bistand i uka.

Figur 4.4 Vedtatte antall timer i uken til tjenestemottakere i ulike diagnosegrupper. 2014



Kilde: IPLOS-registeret

4.5 Konklusjon

Resultatene viser at en omfattende andel av tjenestemottakere med registrerte diagnoseopplysninger i IPLOS-registeret har psykisk lidelse og/eller ruslidelse (30 prosent). Andelen med psykiske lidelser/ruslidelser kan reelt sett være høyere siden mange kommuner fortsatt har underrapportering av diagnoser for tjenestemottakerne. Informasjonen som fremkommer av IPLOS-registeret viser at gruppen mottar omfattende tjenester med relativt sett mange timer med bistand i uka i gjennomsnitt. Resultatene bekrefter også at mange yngre i tjenestemottakergruppa har behov for bistand til arbeid/utdanning og deltagelse i organisasjon, kultur og fritid.

LITTERATURLISTE

Alzheimer Europe 2014: «Norway – the prevalence of dementia in Europe»; [http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/The-prevalence-of-dementia-in-Europe/Norway/\(language\)/eng-GB](http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/The-prevalence-of-dementia-in-Europe/Norway/(language)/eng-GB)

Bergh, S, Vossius, Selbæk, Ydstebø, Benth, Godager og Lurås (2015): *Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC)*; Alderspsykiatrisk forskningscenter, Sykehuset Innlandet

Folkehelseinstituttet (2014) *Folkehelse rapporten 2014. Helsetilstanden i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet, Rapport 2014:4

Folkehelseinstituttet (2015): *Dødsårsaker for 2014: Kreft stabilt, demens øker*
<http://www.fhi.no/artikler/?id=116480>

Gjøra, L, Eek A og Kirkevold Ø (2015): *Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens 2014*; Rapport, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse

Helsedirektoratet (2014): Rundskriv IS-3/2015,
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/844/Opplegg-for-registrering-av-antall-personer-med-psykisk-utviklingshemming-2016-IS-3-2015.pdf>

Helsedirektoratet (2014): *Diagnoser i IPLOS-registeret*; Rapport IS-0427

Helvik AS, Engedal K, Benth JŠ, Selbæk G.: *Prevalence and Severity of Dementia in Nursing Home Residents*; *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2015;40(3-4):166-77.

Helse Stavanger, KORFOR (2014). *Rusmiddelmisbruk i Norge – Brukerplan-statistikk 2013*. Stavanger Helse Stavanger, KORFOR. (Rapport 2014).

Helsedirektoratet (2011). *Pasienter i det psykiske helsevernet* (Rapport IS-1908).

HOD (2014): Høringssvar til demensplan 2020;
https://www.regjeringen.no/contentassets/620a5b08e6094254b2f4263239b6b80d/horingsutkast_demensplan_2020.pdf

Høgset L D, Landmark B og Bergh S (2014): *Tjenestebehov hos eldre som mottar kommunale hjemmetjenester*; Alderspsykiatrisk forskningscenter, Sykehuset Innlandet

Kringlen, E., Torgersen, S. og Cramer, V. (2001) 'A Norwegian psychiatric epidemiological study', *American Journal of Psychiatry*, 158, s. 1091-1098.

Mykletun, A., Knudsen, A. K., Mathiesen, K. S. (2009) *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Oslo: Folkehelseinstituttet (Rapport 2009:8).

Ose, S, O. og Pettersen, I (2014). *Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne* (PHV) 20. november 2012. Trondheim: SINTEF (Rapport A26086).

Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/Kriteriedata-til-inntektssystemet-for-kommunene-2015/id765302/>

Selbæk, G, Ø Kirkevold og K Engedal (2007): *The prevalence of psychiatric symptoms and behavioral disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes*; *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 548-561

Wergeland, J, G Selbæk, LD Høgset, U Söderhamn og Ø Kirkevold (2013): *Dementia, neuropsychiatric symptoms, and the use of psychotropic drugs among older people who receive domiciliary care: a cross-sectional study*; *International Psychogeriatrics*, vol. 26, issue 03

VEDLEGG 1

ICPC-2 koder for diagnosegruppene i rapporten

IKA= Ikke klassifisert annet sted

(K)= Kvinne

(M)= Mann

ICPC-2 koder for nevrologiske sykdommer

ICPC-2	Diagnose
K89	Forbigående cerebral iskemi
K90	Hjerneslag
K91	Cerebrovaskulær sykdom
N70	Poliomyelitt
N79	Hjernerystelse
N80	Hodeskade IKA
N81	Skade i nervesystemet IKA
N85	Medfødte feil i nervesystemet
N86	Multipel sklerose
N87	Parkinsonisme
N88	Epilepsi
N71	Meningitt/ encefalitt
N73	Infeksjon i sentralnervesystemet IKA
N94	Perifer nevropati
N99	Sykdom i nervesystemet IKA

ICPC-2 koder for diabetes

ICPC-2	Diagnose
T89	Diabetes insulinavhengig
T90	Diabetes ikke-insulinavhengig
W85	Svangerskapsdiabetes

ICPC-2 koder for kreft

ICPC-2	Diagnose
A79	Ondartet svulst IKA
B72	Hodgins sykdom/Lymfom
B73	Leukemi
B74	Ondartet svulst blod/lymfesystem IKA
D74	Ondartet svulst magesekk
D75	Ondartet svulst tykktarm/endetarm
D76	Ondartet svulst bukspyttkjertel
D77	Ondartet svulst fordøyelsesystem IKA
F74	Svulst i øye/øyehule
H75	Svulst øre

K72	Svulst i hjerte
L71	Ondartet svulst muskel-skj-syst
N74	Ondartet svulst nervesystemet
N76	Uspesifisert svulst nervesystemet
R84	Ondartet svulst bronkie/lunge
R85	Ondartet svulst luftveier IKA
R92	Uspesifisert svulst luftveier
S77	Ondartet svulst hud
S81	Hemangiom/lymfangiom
T71	Ondartet svulst tyreoida
T73	Svulst endokrine organ IKA
U75	Ondartet svulst nyre
U76	Ondartet svulst urinblære
U77	Ondartet svulst urinveier IKA
U79	Uspesifisert svulst urinveier
W72	Ondartet svulst svangerskap
X75	Ondartet svulst livmorhals
X76	Ondartet svulst bryst (K)
X77	Ondartet svulst kjønnsorg IKA (K)
X81	Uspes svulst kjønnsorg IKA (K)
Y77	Ondartet svulst prostata
Y78	Ondartet svulst kjønnsorg IKA (M)

ICPC-2 koder for bruddskader

ICPC-2	Diagnose
L72	Brudd underarm
L73	Brudd legg/ankel
L74	Brudd hånd/fot
L75	Brudd lårben/lårhals
L76	Brudd IKA

ICPC-2 koder for lungelidelser

ICPC-2	Diagnose
R74	Akutt øvre luftveisinfeksjon
R78	Akutt bronkitt/bronkiolitt
R79	Kronisk bronkitt
R80	Influenza
R81	Lungebetennelse
R83	Luftveisinfeksjon IKA
R95	Kronisk obstruktiv lungesykdom
R96	Astma
R99	Luftveissykdom IKA

ICPC-2 koder for hjerte- og kar

ICPC-2	Diagnose
K70	Infeksjon hjerte-karsystemet
K71	Reumatisk feber/hjertesykdom
K73	Medfødt feil i hjerte-karsystemet

K74	Iskemisk hjertesykdom med angina
K75	Akutt hjerteinfarkt
K76	Iskemisk hjertesykdom kronisk IKA
K77	Hjertesvikt
K78	Atrieflimmer/flutter
K79	Paroksysmal takykardi
K80	Hjertearytmi IKA
K81	Bilyd hjerte/arterier IKA
K82	Pulmonal hjertesykdom
K83	Hjerteklaffesykdom IKA
K84	Hjertesykdom IKA
K85	Forhøyet blodtrykk IKA
K86	Hypertensjon ukomplisert
K87	Hypertensjon med komplikasjoner
K88	Postural hypotensjon
K92	Aterosklerose/perifer karsykdom
K93	Lungeemboli
K94	Årebetennelse
K95	Åreknuter underekstremitet
K96	Hemoroider
K99	Hjerte-karsykdom IKA

ICPC-2 koder for rusmiddelmissbruk

ICPC-2	Diagnose
P15	Kronisk alkoholmissbruk
P16	Akutt alkoholmissbruk
P17	Tobakkmissbruk
P18	Legemiddelmissbruk
P19	Stoffmissbruk

ICPC-2 koder for demens

ICPC-2	Diagnose
P70	Demens

ICPC-2 koder for psykiske lidelser

ICPC-2	Diagnose
P01	Følelse angst/nervøs/anspent
P02	Psykisk ubalanse situasjonsbetinget
P03	Depresjonsfølelse
P04	Irritabel atferd/følelse
P11	Spiseforstyrrelse hos barn
P22	Atferdsforstyrrelse barn
P23	Atferdsforstyrrelse ungdom
P24	Spesifikke utviklingsforstyrrelser
P27	Engstelig for psykisk sykdom
P28	Redusert funksjonsevne psyk problem
P29	Psykiske symptomer/plager IKA
P71	Organisk psykisk lidelse IKA

P72	Schizofreni
P73	Affektiv lidelse
P74	Angstlidelse
P75	Dissosiativ/somatoform lidelse
P76	Depressiv lidelse
P77	Selv mord/selv mordsforsøk
P78	Nevrasteni
P79	Fobi/obsessiv-kompulsiv lidelse
P80	Personlighetsforstyrrelse
P81	Hyperkinetisk forstyrrelse
P82	Posttraumatisk stresslidelse
P86	Anorexia nervosa/bulimi
P98	Psykose IKA
P99	Psykisk lidelse IKA

ICPC-2 koder for psykisk utviklingshemning

ICPC-2	Diagnose
P85	Psykisk utviklingshemning

ICPC-2 koder for muskel og skjelett

ICPC-2	Diagnose
L70	Infeksjon muskel-skjelettsystemet
L81	Skade muskel-skj-syst IKA
L82	Medfødt feil muskel-skj-syst
L83	Nakkesyndrom
L84	Ryggsyndrom uten smerteutstråling
L85	Ervervet deformitet ryggstøyle
L86	Ryggsyndrom med smerteutstråling
L87	Bursitt/tendinit/synovitt IKA
L88	Reumatoid artritt/reumatisk sykdom
L89	Hofteleddsartrose
L90	Kneleddsartrose
L91	Artrose IKA
L92	Skuldersyndrom
L94	Osteokondrose
L95	Osteoporose
L96	Akutt indre kneskade
L98	Ervervet deformitet ekstremitet
L99	Muskel-skjelettsykdom IKA

ICPC-2 koder for Generelle aldersrelaterte sykdommer

ICPC-2	Diagnose
A28	Redusert funksjonsevne IKA
A29	Generelle symptomer/plager IKA
A99	Helseproblem/sykdom IKA
D17	Inkontinens avføring
F05	Synsforstyrrelse IKA
F92	Grå stær/katarakt

H02	Hørsel symptomer/plager
H84	Hørselstap aldersbetinget
K88	Postural hypotensjon

VEDLEGG 2

Andel mottakere med gyldig diagnose rapportering, etter kommune. Per 31.12.2014 Prosent

I alt	26,8	0239 Hurdal	20,0
0101 Halden	55,3	0301 Oslo	18,1
0104 Moss	72,4	0402 Kongsvinger	23,9
0105 Sarpsborg	48,0	0403 Hamar	51,4
0106 Fredrikstad	59,3	0412 Ringsaker	15,2
0111 Hvaler	44,4	0415 Løten	19,0
0118 Aremark	55,2	0417 Stange	76,0
0119 Marker	2,8	0418 Nord-Odal	70,5
0121 Rømskog	0,0	0419 Sør-Odal	18,3
0122 Trøgstad	39,6	0420 Eidskog	15,2
0123 Spydeberg	27,3	0423 Grue	45,9
0124 Askim	41,9	0425 Åsnes	29,2
0125 Eidsberg	42,3	0426 Våler	4,7
0127 Skiptvet	37,2	0427 Elverum	2,0
0128 Rakkestad	41,6	0428 Trysil	47,6
0135 Råde	32,6	0429 Åmot	14,6
0136 Rygge	44,7	0430 Stor-Elvdal	30,7
0137 Våler	:	0432 Rendalen	0,0
0138 Hobøl	30,0	0434 Engerdal	26,6
0211 Vestby	34,6	0436 Tolga	0,0
0213 Ski	22,0	0437 Tynset	4,5
0214 Ås	10,2	0438 Alvdal	:
0215 Frogn	54,8	0439 Folldal	0,0
0216 Nesodden	36,8	0441 Os	0,0
0217 Oppegård	35,4	0501 Lillehammer	52,1
0219 Bærum	35,5	0502 Gjøvik	37,6
0220 Asker	30,7	0511 Dovre	27,8
0221 Aurskog-Høland	25,4	0512 Lesja	0,0
0226 Sørums	2,0	0513 Skjåk	:
0227 Fet	:	0514 Lom	63,5
0228 Rælingen	22,4	0515 Vågå	2,6
0229 Enebakk	11,8	0516 Nord-Fron	23,4
0230 Lørenskog	0,6	0517 Sel	38,7
0231 Skedsmo	27,5	0519 Sør-Fron	0,0
0233 Nittedal	17,9	0520 Ringebu	31,0
0234 Gjerdrum	12,8	0521 Øyer	49,0
0235 Ullensaker	21,9	0522 Gausdal	51,7
0236 Nes	32,9	0528 Østre Toten	24,7
0237 Eidsvoll	20,5	0529 Vestre Toten	7,1
0238 Nannestad	25,7	0532 Jevnaker	31,5

0533 Lunner	20,6
0534 Gran	7,6
0536 Søndre Land	10,9
0538 Nordre Land	:
0540 Sør-Aurdal	2,2
0541 Etnedal	15,6
0542 Nord-Aurdal	26,9
0543 Vestre Slidre	43,6
0544 Øystre Slidre	25,6
0545 Vang	:
0602 Drammen	4,1
0604 Kongsberg	6,3
0605 Ringerike	1,4
0612 Hole	29,5
0615 Flå	0,0
0616 Nes	0,0
0617 Gol	30,4
0618 Hemsedal	17,1
0619 Ål	33,4
0620 Hol	23,2
0621 Sigdal	51,0
0622 Krødsherad	2,8
0623 Modum	42,6
0624 Øvre Eiker	16,0
0625 Nedre Eiker	34,5
0626 Lier	31,5
0627 Røyken	8,5
0628 Hurum	40,4
0631 Flesberg	8,8
0632 Rollag	17,8
0633 Nore og Uvdal	42,6
0701 Horten	17,5
0702 Holmestrand	10,6
0704 Tønsberg	30,6
0706 Sandefjord	47,2
0709 Larvik	16,6
0711 Svelvik	23,9
0713 Sande	38,1
0714 Hof	0,0
0716 Re	0,0
0719 Andebu	36,9
0720 Stokke	54,0
0722 Nøtterøy	:
0723 Tjøme	:
0728 Lardal	44,9
0805 Porsgrunn	3,1
0806 Skien	21,8
0807 Notodden	5,1
0811 Siljan	29,8

0814 Bamble	40,9
0815 Kragerø	31,6
0817 Drangedal	65,1
0819 Nome	19,8
0821 Bø	4,9
0822 Sauherad	17,3
0826 Tinn	10,6
0827 Hjartdal	33,3
0828 Seljord	39,0
0829 Kviteseid	22,8
0830 Nissedal	45,7
0831 Fyresdal	11,8
0833 Tokke	17,1
0834 Vinje	31,9
0901 Risør	22,6
0904 Grimstad	0,0
0906 Arendal	44,4
0911 Gjerstad	26,6
0912 Vegårshei	:
0914 Tvedestrand	25,8
0919 Froland	43,5
0926 Lillesand	25,0
0928 Birkenes	48,9
0929 Åmli	17,4
0935 Iveland	11,0
0937 Evje og Hornnes	19,6
0938 Bygland	8,8
0940 Valle	38,6
0941 Bykle	28,3
1001 Kristiansand	15,5
1002 Mandal	55,4
1003 Farsund	56,8
1004 Flekkefjord	33,8
1014 Vennesla	9,2
1017 Songdalen	16,0
1018 Søgne	39,8
1021 Marnardal	36,0
1026 Åseral	44,4
1027 Audnedal	18,9
1029 Lindesnes	15,6
1032 Lyngdal	50,7
1034 Hægebostad	58,4
1037 Kvinesdal	46,9
1046 Sirdal	:
1101 Eigersund	75,9
1102 Sandnes	30,0
1103 Stavanger	0,0
1106 Haugesund	12,1
1111 Sokndal	53,3

1112 Lund	0,0
1114 Bjerkreim	20,1
1119 Hå	1,7
1120 Klepp	5,3
1121 Time	59,9
1122 Gjesdal	38,2
1124 Sola	56,1
1127 Randaberg	9,3
1129 Forsand	26,4
1130 Strand	12,7
1133 Hjelmeland	43,1
1134 Suldal	19,9
1135 Sauda	55,4
1141 Finnøy	21,5
1142 Rennesøy	9,9
1144 Kvitsøy	0,0
1145 Bokn	0,0
1146 Tysvær	1,7
1149 Karmøy	:
1151 Utsira	:
1160 Vindafjord	22,1
1201 Bergen	26,5
1211 Etne	8,8
1216 Sveio	3,5
1219 Bømlo	8,1
1221 Stord	57,6
1222 Fitjar	75,9
1223 Tysnes	7,8
1224 Kvinnherad	14,5
1227 Jondal	29,9
1228 Odda	:
1231 Ullensvang	12,2
1232 Eidfjord	0,0
1233 Ulvik	52,6
1234 Granvin	40,0
1235 Voss	:
1238 Kvam	42,1
1241 Fusa	15,1
1242 Samnanger	26,4
1243 Os	23,0
1244 Austevoll	15,8
1245 Sund	15,1
1246 Fjell	36,4
1247 Askøy	39,7
1251 Vaksdal	12,4
1252 Modalen	43,5
1253 Osterøy	36,6
1256 Meland	43,9
1259 Øygarden	27,1

1260 Radøy	21,1
1263 Lindås	45,9
1264 Austrheim	69,2
1265 Fedje	0,0
1266 Masfjorden	22,2
1401 Flora	66,4
1411 Gulen	40,4
1412 Solund	14,6
1413 Hyllestad	43,7
1416 Høyanger	66,2
1417 Vik	0,0
1418 Balestrand	0,0
1419 Leikanger	0,0
1420 Sogndal	30,0
1421 Aurland	0,0
1422 Lærdal	10,7
1424 Årdal	35,1
1426 Luster	31,4
1428 Askvoll	22,5
1429 Fjaler	12,2
1430 Gaular	20,6
1431 Jølster	73,7
1432 Førde	47,3
1433 Naustdal	58,4
1438 Bremanger	11,8
1439 Vågsøy	23,6
1441 Selje	9,6
1443 Eid	13,1
1444 Hornindal	79,1
1445 Gloppen	:
1449 Stryn	10,6
1502 Molde	18,6
1504 Ålesund	23,5
1505 Kristiansund	40,0
1511 Vanylven	38,9
1514 Sande	67,2
1515 Herøy	77,7
1516 Ulstein	44,3
1517 Hareid	69,7
1519 Volda	19,8
1520 Ørsta	16,3
1523 Ørskog	66,7
1524 Norddal	16,5
1525 Stranda	15,1
1526 Stordal	:
1528 Sykkylven	16,7
1529 Skodje	8,0
1531 Sula	0,0
1532 Giske	7,3

1534 Haram	21,4
1535 Vestnes	10,8
1539 Rauma	18,5
1543 Nesset	2,9
1545 Midsund	48,2
1546 Sandøy	69,8
1547 Aukra	0,0
1548 Fræna	49,2
1551 Eide	20,5
1554 Averøy	3,4
1557 Gjemnes	31,7
1560 Tingvoll	19,2
1563 Sunndal	35,2
1566 Surnadal	42,5
1567 Rindal	64,1
1571 Halså	:
1573 Smøla	11,9
1576 Aure	9,8
1601 Trondheim	50,2
1612 Hemne	57,8
1613 Snillfjord	44,7
1617 Hitra	34,4
1620 Frøya	0,0
1621 Ørland	36,0
1622 Agdenes	0,0
1624 Rissa	60,2
1627 Bjugn	10,7
1630 Åfjord	33,3
1632 Roan	41,9
1633 Osen	9,4
1634 Oppdal	48,0
1635 Rennebu	0,0
1636 Meldal	9,6
1638 Orkdal	25,9
1640 Røros	0,0
1644 Holtålen	49,2
1648 Midtre Gauldal	:
1653 Melhus	15,1
1657 Skaun	0,0
1662 Klæbu	3,3
1663 Malvik	24,4
1664 Selbu	32,4
1665 Tydal	50,0
1702 Steinkjer	14,3
1703 Namsos	14,0
1711 Meråker	41,5
1714 Stjørdal	24,0
1717 Frosta	45,6
1718 Leksvik	16,8

1719 Levanger	9,1
1721 Verdal	20,2
1724 Verran	15,6
1725 Namdalseid	:
1736 Snåase Snåsa	35,5
1738 Lierne	44,4
1739 Røyrvik	19,1
1740 Namsskogan	20,2
1742 Grong	14,8
1743 Høylandet	35,2
1744 Overhalla	14,2
1748 Fosnes	0,0
1749 Flatanger	0,0
1750 Vikna	1,9
1751 Nærøy	2,0
1755 Leka	:
1756 Inderøy	3,5
1804 Bodø	36,7
1805 Narvik	37,0
1811 Bindal	88,2
1812 Sømna	18,8
1813 Brønnøy	26,8
1815 Vega	0,0
1816 Vevelstad	0,0
1818 Herøy	16,0
1820 Alstahaug	42,3
1822 Leirfjord	50,0
1824 Vefsn	56,0
1825 Grane	44,3
1826 Hattfjelldal	38,4
1827 Dønna	13,5
1828 Nesna	24,3
1832 Hemnes	33,3
1833 Rana	9,2
1834 Lurøy	14,9
1835 Træna	:
1836 Rødøy	27,3
1837 Meløy	4,2
1838 Gildeskål	30,6
1839 Beiarn	50,9
1840 Saltdal	19,1
1841 Fauske	24,1
1845 Sørfold	55,5
1848 Steigen	50,0
1849 Håbmer Hamarøy	46,3
1850 Divtasvuodna Tysfjord	28,6
1851 Lødingen	19,6
1852 Tjeldsund	8,3

1853 Evenes	57,1
1854 Ballangen	16,1
1856 Røst	0,0
1857 Værøy	0,0
1859 Flakstad	0,0
1860 Vestvågøy	12,9
1865 Vågan	12,8
1866 Hadsel	80,0
1867 Bø	66,3
1868 Øksnes	60,1
1870 Sortland	12,3
1871 Andøy	0,0
1874 Moskenes	44,3
1902 Tromsø	69,3
1903 Harstad	63,6
1911 Kvæfjord	72,0
1913 Skånland	12,3
1917 Ibestad	12,0
1919 Gratangen	52,4
1920 Lavangen	38,0
1922 Bardu	27,6
1923 Salangen	:
1924 Målselv	11,9
1925 Sørreisa	3,8
1926 Dyrøy	37,1
1927 Tranøy	57,4
1928 Torsken	0,0
1929 Berg	55,2
1931 Lenvik	18,6
1933 Balsfjord	22,2
1936 Karlsøy	3,3
1938 Lyngen	15,0

1939 Storfjord	19,0
1940 Gáivuotna Kåfjord	5,1
1941 Skjervøy	61,4
1942 Nordreisa	15,6
1943 Kvænangen	83,2
2002 Vardø	0,0
2003 Vadsø	2,3
2004 Hammerfest	53,3
2011 Guovdageaidnu Kautokeino	:
2012 Alta	26,5
2014 Loppa	37,1
2015 Hasvik	0,0
2017 Kvalsund	0,0
2018 Måsøy	24,4
2019 Nordkapp	3,7
2020 Porsanger Porsángu Porsanki	2,2
2021 Kárásjohka Karasjok	0,0
2022 Lebesby	:
2023 Gamvik	0,0
2024 Berlevåg	48,1
2025 Deatnu Tana	18,7
2027 Unjárga Nesseby	:
2028 Båtsfjord	7,3
2030 Sør-Varanger	3,6



Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no