



Diagnoser i IPLOS-registeret

Et forprosjekt med kommunene Harstad, Stange og Sandefjord

Publikasjonens tittel: Diagnoser i IPLOS-registeret

Utgitt: oktober/2014

Bestillingsnummer: IS-0427

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 og kodeverk
Solveig Marie Herbern, avdeling statistikk og kodeverk

Illustrasjon: © PhotoAlto/Johnér (illustrasjonsbilde)

INNHold

INNHold	2
INNLEDNING	4
SAMMENDRAG	5
1. BAKGRUNN OG FORMÅL	6
1.1 Målsetting	6
1.2 Prosjektbeskrivelse	6
1.3 Bakgrunn	7
2. DIAGNOSER I IPLOS-REGISTERET	9
2.1 Nytte og formål	9
2.2 Årsaker til underrapportering av diagnoseopplysninger	10
2.3 Reservasjonsretten	11
2.4 ICD-10 og ICPC-2	12
2.5 Diagnoseregistrering i IPLOS-registeret per 31.12.12.	13
På landsbasis	13
Harstad kommune	13
Sandefjord kommune	14
Stange kommune	14
Hadsel kommune	15

INNHOOLD

3. RESULTATER	16
3.1 Endringer fra 2012 til 2013	16
3.2 Diagnosestatistikk for Harstad, Stange og Hadsel (2013)	17
3.2.1 Grunnlagsdata for kommunene	17
3.2.2 Hjerne- og lungelidelser den hyppigst brukte diagnosen	18
3.2.3 Flesteparten med demens er over 80 år	19
3.2.4 Ulike diagnoser gir tildeling av ulike omsorgstjenester	20
3.2.5 Diagnoser for psykiske lidelser kombinert med andre diagnoser	21
3.2.6 Timer per uke av hjemmebaserte tjenester etter diagnosegruppe	22
4. ANDRE STUDIER OG DATAKILDER	24
LITTERATURLISTE	27
VEDLEGG 1	28
VEDLEGG 2	33

INNLEDNING

Behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester er økende, fordi antall eldre øker, befolkningen lever lengre og fordi kommunene blir tillagt nye og økte oppgaver gjennom blant annet Samhandlingsreformen. Folkehelse rapporten 2014 fra Nasjonalt Folkehelseinstitutt peker i tillegg på at i framtiden vil flere leve med kroniske sykdommer, flere vil få demens og flere vil leve med kreft. Parallelt øker etterspørselen og behovet for kunnskap om brukere og tjenester som gis i den kommunale helse- og omsorgssektoren.

IPLoS-registeret inneholder data på individnivå og synliggjør hvilke kommunale pleie- og omsorgstjenester individene søker om og mottar. I tillegg inneholder registeret opplysninger om mottakernes bistandsbehov og diagnoser. I dag er diagnoser ikke godt nok registrert i journalsystemene og dermed mangelfullt rapportert til registeret. Det langsiktige målet er at registeret skal inneholde relevante diagnoser for alle mottakere av kommunale omsorgstjenester. Med dette på plass vil registeret kunne gi ny og økt informasjon om sykdomsgrupper. Aktuelle spørsmål vil være: Hvilke kommunale helse- og omsorgstjenester gis til personer med kreft? Hvilke bistandsbehov har personer med demens? Hvilke andre sykdommer lever de med? Hva er varigheten av tjenesteytingen til de ulike sykdomsgruppene?

Denne rapporten beskriver arbeidet og resultatene med forbedringer av diagnose rapportering i IPLoS-registeret.

SAMMENDRAG

Helsedirektoratet ved avdeling statistikk og kodeverk igangsatte høsten 2013 et diagnoseprosjekt for IPLOS-registeret. I 2012 hadde kun 16 prosent av tjenestemottakere diagnoseopplysninger i registeret. Det langsiktige målet er at registeret skal inneholde relevante diagnoser for alle mottakere av kommunale omsorgstjenester. Tre kommuner med tre ulike journalsystem har vært pilotkommuner. Et registreringsarbeid ble gjort i kommunene og etter innsending i januar 2014 hadde to av kommunene rapporterte diagnoser på mer enn 70 prosent av tjenestemottakerne.

For den tredje kommunen ble det avdekket tekniske utfordringer i innsendingen av opplysninger til registeret. Dette har det vært et samarbeid med fagleverandøren for å få rettet opp. I tillegg er det i denne rapporten kartlagt og beskrevet andre årsaker til at registeret per i dag har lav rapportering av diagnoseopplysninger.

Resultatene viser at hjerte- og lungelidelser er de mest brukte diagnosene (17-25 prosent). Deretter følger psykiske lidelser og aldersrelaterte lidelser. Videre viser resultatene at forekomsten av rapportert demensdiagnose er på 13 prosent av innbyggerne over 80 år, og at 53-60 prosent av tjenestemottakere med demens bor i institusjon. Diagnosene kreft, diabetes og hjerte/lunge-sykdom gjenfinnes hovedsakelig hos mottakere av helsetjenester i hjemmet. Til slutt viser resultatene at mottakere med psykisk utviklingshemming mottar flest timer i uken målt i direkte brukerrettet tid.

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.

Forprosjektet er et ledd i å nå det langsiktige målet og 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 fra de tre kommunene for å kunne lage eksempler på hvordan diagnosestatistikk gir relevant informasjon

1.2 Prosjektbeskrivelse

I forprosjektet ble kommunene Harstad, Stange og Sandefjord kontaktet på epost med forespørsel om å delta. Kriteriene for utvelgelse av kommuner var at de tre ulike fagsystemene som kommunene bruker skulle være representert, samt at kommunene skulle være av en viss størrelse slik at data kunne utnyttes til statistikk i etterkant. I tillegg hadde pilotkommunene relativt god diagnoseregistrering fra før. Det ble sendt ut prosjektbeskrivelser fra Helsedirektoratet til kommunene og det ble avholdt møter med de tre kommunene. Kommunene var villige til å legge ned tid på å forbedre rapportering av diagnoser innen fristen for innsending av IPLOS-data for 2013 til SSB. Fristen var 15. januar 2014.

Prosjektets tidsplan

- Kommunene ble kontaktet i oktober 2013
- 8. november 2013: Møte med Sandefjord
- 13. november 2013: Møte med Harstad
- 22. november 2013: Møte med Stange
- 15. januar 2014: Frist for innsending av data fra kommunene til SSB
- Etter 15. mars 2014: SSB produserer tabeller
- Våren 2014: Oppsummering og resultater i prosjektrapport

Helsedirektoratet avtalte med SSB at spesifikke tabeller for de tre kommunene skulle produseres etter 15. mars 2014. Disse ble oversendt Helsedirektoratet og er grunnlaget for rapportens kapittel om resultater.

Forventet resultat

Kommunene Harstad, Stange og Sandefjord hadde per 31.12.2012 hhv 57 prosent, 55 prosent og 0 prosent tjenestemottakere med diagnoseopplysninger i IPLOS-registeret. Etter forprosjektet var intensjonen at andelen for 2013-dataene skulle være vesentlig høyere. Ideelt sett burde alle mottakere som ikke har reservert seg være rapportert med minst en diagnose til IPLOS-registeret, men korte tidsfrister gjorde at dette ikke kunne forventes i prosjektet. Resultatene fra de tre kommunene vil benyttes som statistikk i relevante sammenhenger for å øke bevisstheten rundt diagnosedata i IPLOS.

1.3 Bakgrunn

IPLOS er et nasjonalt helseregister med data som beskriver ressurser og bistandsbehov til dem som søker om eller mottar nærmere definerte kommunale helse- og omsorgstjenester og tjenestene de mottar. IPLOS-registeret er utviklet for at helsemyndighetene nasjonalt, regionalt og lokalt:

- kan utvikle tjenestene på grunnlag av kunnskap om søkeres/tjenestemottakeres bistandsbehov
- skal kunne følge med på utviklingen innenfor helse- og omsorgssektoren
- Kunnskapsbasert kvalitetsforbedring av tjenestene

IPLOS-registeret er hjemlet i lov av 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven) og forskrift av 17. februar 2006 nr. 204 om pseudonymt register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS-forskriften). IPLOS er obligatorisk i alle kommuner fra denne dato. Helsedirektoratet er databehandlingsansvarlig for IPLOS-registeret, mens SSB er databehandler.

Utdrag fra ny IPLOS-veileder:

- Der det er relevant og nødvendig for å kunne vurdere bistandsbehov og yte tjenester, skal kommunens helse- og omsorgstjeneste innhente diagnoseopplysninger. Innhenting av diagnoseopplysninger krever samtykke fra den enkelte.
- IPLOS-forskriften gir ikke unntak fra legens taushetsplikt og gir ikke kommunen hjemmel til systematisk innhenting av helseopplysninger fra lege.
- Diagnoseopplysninger som kommunen oversender IPLOS-registeret er innhentet i forbindelse med det ordinære samarbeid mellom legen som behandler og helse- og omsorgstjenesten. Diagnoseopplysningene tjenesten allerede får fra legene, skal påføres den tilhørende kode (ICPC eller ICD).

Diagnose har vært inkludert som variabel i registeret siden 2007, men har aldri vært godt nok registrert/rapportert til å kunne utnyttes som grunnlag for statistikk grunnet lav andel søkere/tjenestemottakere med rapportert diagnose. I 2012 var 15,7 prosent av tjenestemottakerne registrert med diagnose i registeret.

2. DIAGNOSER I IPLOS-REGISTERET

2.1 Nytte og formål

Det langsiktige målet er at IPLOS-registeret skal inneholde relevante diagnoser for alle mottakere av pleie- og omsorgstjenester. Da kan registeret innfri sine forskriftsfestede formål, også for denne variabelen, om at data skal nyttes til styrings- og forskningsformål (IPLOS-forskriften § 1-3).

Eksempler på spørsmål som kan belyses gjennom styringsdata:

For kommunen:

- Hvor mange tjenestemottakere har vi med en psykisk lidelse?
- Bør vi videreutdanne personellet vårt i denne retningen?
- Hvor mange kreftsyke har vi ansvaret for? Trenger vi en kreftsykepleier eller kreftkoordinator?
- Har kommunen mange unge med nevrologiske lidelser, og i så fall – hvilken bistand kan gis for at de skal leve yrkesaktive liv?
- Hva er effekten på brukernes bistandsbehov før og etter innføringen av et diagnosespesifikt tjenestetilbud?

For helsemyndigheter:

- Følger kommunene opp igangsatte reformer, planer og strategier med tjenestetilbud til spesifikke diagnosegrupper (Samhandlingsreformen, psykisk helse/rus o.l.)?
- Vil antallet personer med demens øke i takt med de demografiske endringene?
- Hvilket tjenestetilbud gis personer med demens?
- Gir kommunene likeverdige tilbud eller er det ulikheter i det kommunale tilbudet for diagnosegrupper?

I tillegg er diagnoseopplysninger etterspurt av forskere. Helsedirektoratet har mottatt søknader om utlevering av data og statistikk fra IPLOS innenfor spesifikke sykdomsgrupper som for eksempel demens, diabetes og kreft.

Kort oppsummert er de faglige argumenter for rapportering av diagnose-opplysninger til IPLOS-registeret:

- Mulighet til å følge utviklingen i behov og tiltak for brukergrupper med særskilt fokus (eks. utviklingshemning, psykiske lidelser, demens, nevrologiske sykdommer/skader).
- Mulighet for å følge utviklingen i forhold til ulike handlingsplaner og reformer.

- Mulighet for å følge ulike brukergrupper som omsorgstjenestene får ansvaret for, for eksempel gjennom endringer i spesialisthelsetjenesten, hvilke behov disse gruppene har og utvikling over tid.
- Mulighet til bedre forståelse av variasjoner i ressursbruk mellom brukergrupper.
- Hvilke sykdommer påvirker brukernes evne til å utføre egenomsorg og dagliglivets gjøremål og dermed bistandsbehovet.
- Viktig grunnlag for planlegging.
- Kjennskap til diagnose vil gi sentral informasjon for myndigheter som planlegger utdanning og etterutdanning av personell.

2.2 Årsaker til underrapportering av diagnoseopplysninger

I prosjektet er følgende årsaker til underrapportering avdekket:

- Tekniske utfordringer i de elektroniske pasientjournalenesystemene i kommunen, både knyttet til registrering og uttrekk.
- Ingen feilmeldinger dersom man ikke krysser av for reservasjon eller ikke.
- Dersom man får inn diagnose elektronisk, plasseres den ikke automatisk i IPLOS-boksen
- Det er mulig å misforstå spørsmålet om reservasjon, krysser dermed av for ja i stedet for nei.
- Uklarheter om hvem som har ansvar for diagnoseregistrering
- Usikkerheter rundt hvor mange av diagnosene som skal rapporteres
- Mange "saksbehandlere"
- Hurtig igangsatte tjenester, kortvarige tjenester
- Hurtig utskriving fra sykehus, lite opplysninger
- Vedlikehold av diagnoseopplysningene er mangelfull
- Travel hverdag
- Diagnose er "bortgjemt" i fagsystemet
- Diagnose beskrives i fritekstfelter og rapporteres dermed ikke inn til IPLOS
- Manglende samarbeid med legene og utveksling av informasjon.

- Papirjournaler finnes fortsatt, og eksisterer parallelt med elektroniske pasientjournaler
- Utfordring i Harstad er at også fysioterapi- og ergoterapitjenesten bruker fagprogrammet Profil, og at mange av de uten registrert diagnose var innen denne tjenestegruppen . Dette fordi tjenestene ytes mest til barn, og det gis ikke enkeltvedtak, men bare svarbrev om tjenesten. Disse er ikke registrert med diagnoser i Profil per nå.

Tabell 1: Årsaker og utfordringer knyttet til manglede diagnoserapportering.

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

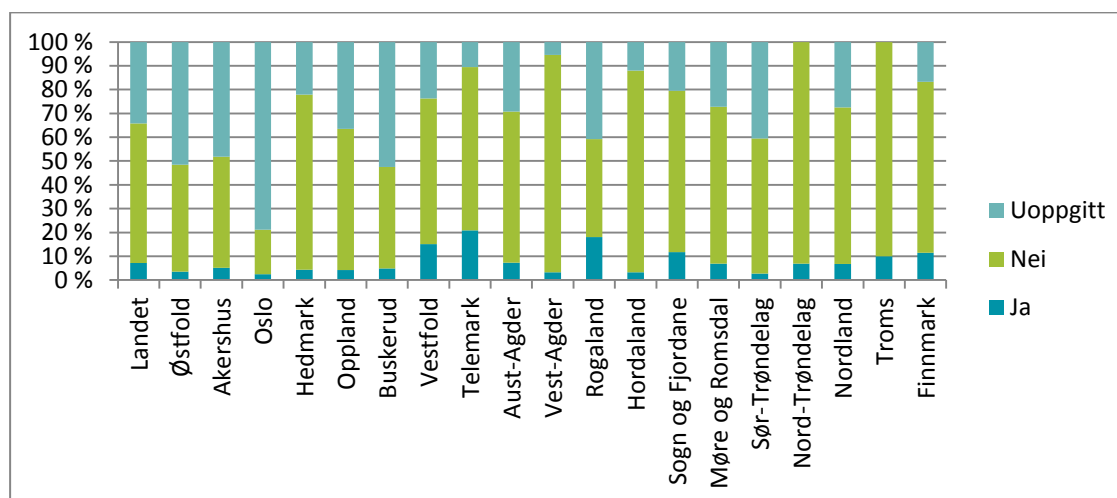
2.3 Reservasjonsretten

Diagnoseopplysninger skal rapporteres der det er relevant og nødvendig for å kunne vurdere bistandsbehov og yte tjenester. Den enkelte tjenestemottaker kan reservere seg mot at diagnoseopplysninger skal sendes til IPLOS-registeret. En reservasjon krever en aktiv handling fra tjenestemottakeren for å hindre at opplysninger sendes inn. Kommunen plikter derfor å informere den enkelte tjenestemottaker om reservasjonsretten.

Hvor mange benytter seg av reservasjonsretten?

Andelen tjenestemottakere som har reservert seg mot innsending av diagnoseopplysninger til IPLOS-registeret varierer mellom fylkene. For landet i alt er det 7,1 prosent som har reservert seg av totalt 272 057 tjenestemottakere. Andelen er høyest i Vestfold, Telemark og Rogaland, men andelen som har reservert seg er lavest i Oslo og Sør-Trøndelag.

Figur 1: Reservasjon mot innsending av diagnoseopplysninger. 2012.



Kilde: IPLOS-registeret

Det er fortsatt en stor andel av tjenestemottakerne som det ikke finnes informasjon om har reservert seg mot innsending av diagnoseopplysninger eller ikke (uoppgitt). På landsbasis er tallet på uoppgitte 34,2 prosent av tjenestemottakerne. Konsekvensen av dette er blant annet at eventuelle diagnoseopplysninger som er registrert i journalen ikke blir sendt inn til IPLOS-registeret. Den høyeste andelen uoppgitt finnes i Oslo, med 78,9 prosent.

På landsbasis er 59 prosent av tjenestemottakerne registrert med *nei* på innsending av diagnose. Dette betyr at de tillater at diagnose sendes inn til registeret. Avviket er stort mellom denne prosentandelen og andelen tjenestemottakere med diagnose i registeret (15,7 prosent).

2.4 ICD-10 og ICPC-2

I primærhelsetjenesten (kommunehelsetjenesten) brukes primært «International Classification of Primary Care (ICPC-2)», men det i spesialisthelsetjenesten brukes «International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)». Begge klassifikasjoner kan brukes ved rapportering av diagnoser til IPLOS-registeret. De diagnosene som blir sendt inn til registeret som ICD-koder blir i denne sammenhengen kodet om til ICPC-koder. I denne rapporten er diagnosene derfor klassifisert etter ICPC.

I denne rapporten er diagnoser gruppert i følgende diagnosegrupper:

- Psykisk utviklingshemming
- Psykiske lidelser
- Rus
- Demens
- Nevrologiske lidelser

- Kreft og andre svulster
- Diabetes
- Brudd
- Hjerte- og lungesykdommer
- Andre ofte aldersrelaterte diagnoser
- Resterende diagnoser (tjenestemottakere som ikke inngår i ovennevnte grupper)

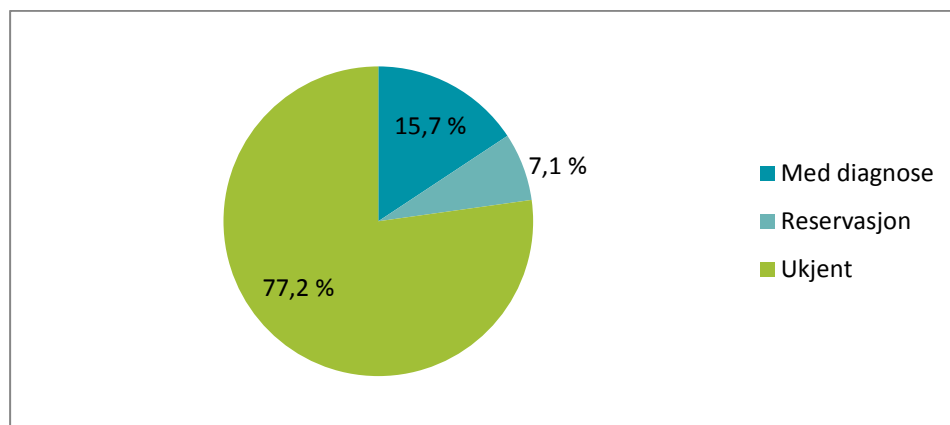
Se vedlegg for hvilke spesifikke ICPC-diagnoser som inngår i hver gruppering.

2.5 Diagnoseregistrering i IPLOS-registeret per 31.12.12.

På landsbasis

Diagnoseopplysninger er svært ufullstendige i IPLOS-registeret. Av 272 057 tjenestemottakere på landsbasis er kun 15,7 prosent rapportert til registeret med en diagnose, 7,1 prosent har reservert seg mot innsending av diagnoseopplysninger til IPLOS-registeret, mens resterende 77,2 prosent av brukerne er det ingen opplysninger i registeret om hverken diagnoser eller reservasjon. Dette er basert på 2012-data. Diagnoseopplysninger er svært etterspurt både av forskere og som styringsdata, men før opplysningene kan nyttiggjøres og betraktes som representative må antall tjenestemottakere med rapportert diagnose øke.

Figur 2: Andel tjenestemottakere med diagnoseopplysninger i IPLOS-registeret, n=272 057, per 31.12.12.

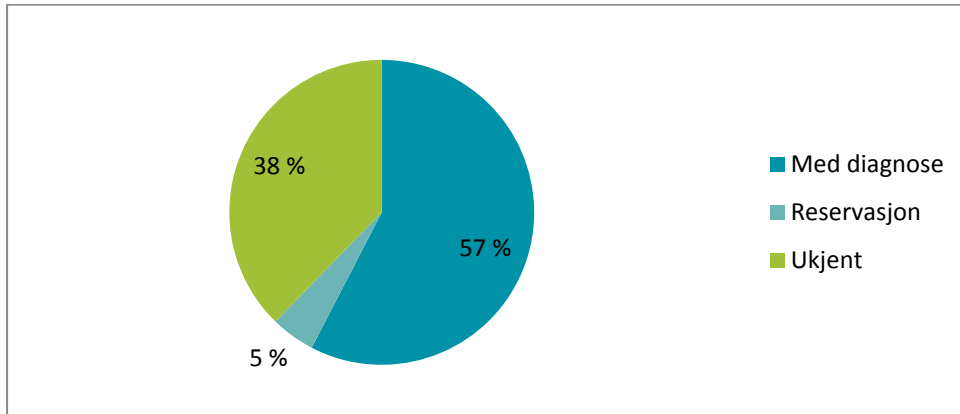


Kilde: IPLOS-registeret

Harstad kommune

Mer enn halvparten av tjenestemottakerne i Harstad hadde i 2012 diagnoseopplysninger (57 prosent) i IPLOS-registeret. Kommunen lå dermed godt over landsgjennomsnittet på 15,7 prosent. Kun 5 prosent av brukerne hadde reservert seg mot innsending av diagnoseopplysninger til registeret, mens 38 prosent av brukerne hadde ingen opplysninger om diagnose eller reservasjon. Det er disse mottakerne kommunen har gjennomgått i prosjektperioden.

Figur 3: Andel tjenestemottakere med diagnoseopplysninger i IPLOS-registeret, Harstad kommune, n=1 497, per 31.12.12.

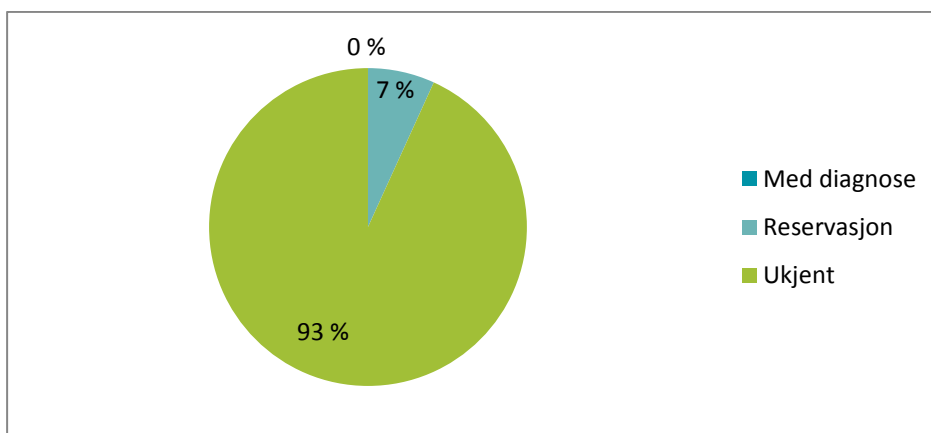


Kilde: IPLOS-registeret

Sandefjord kommune

I motsetning til de andre to kommunene hadde Sandefjord ingen mottakere med diagnoseopplysninger i registeret. 7 prosent av mottakerne i Sandefjord hadde reservert seg mot innsending av diagnoseopplysninger. I møte med kommunen kjente de seg ikke igjen i tallene – i kommunen anslår de at opp imot hver tredje tjenestemottaker ligger inne med diagnose i kommunens eget journalsystem. Arbeidet i prosjektperioden har dermed blant annet bestått i å undersøke om det kan være tekniske forhold eller utfordringer med datauttrekket.

Figur 4: Andel tjenestemottakere med diagnoseopplysninger i IPLOS-registeret, Sandefjord kommune, n=2 738, per 31.12.12.

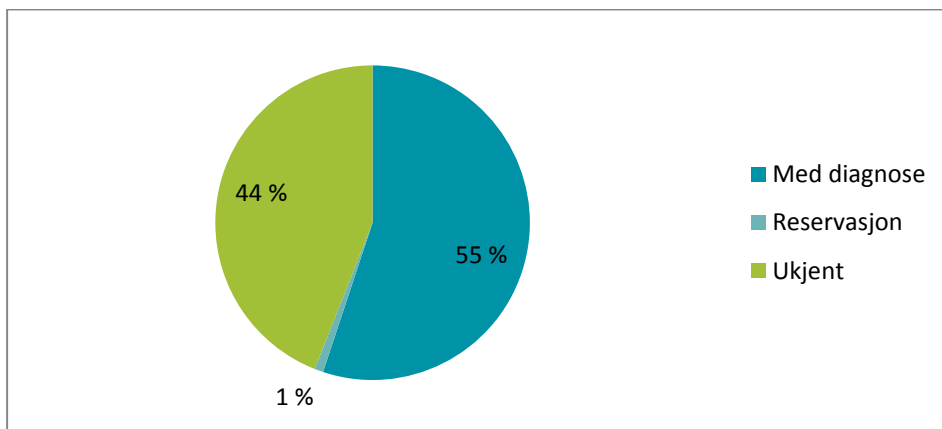


Kilde: IPLOS-registeret

Stange kommune

I likhet med Harstad hadde mer enn halvparten av tjenestemottakerne i Stange diagnoseopplysninger i registeret (55 prosent), og kun 1 prosent av mottakerne hadde reservert seg mot innsending av diagnoseopplysninger. 44 prosent av mottakerne hadde ikke diagnose i registeret. Det er disse mottakerne kommunen har gjennomgått i prosjektperioden.

Figur 5: Andel tjenestemottakere med diagnoseopplysninger i IPLOS-registeret, Stange kommune, n=1 220, per 31.12.12.

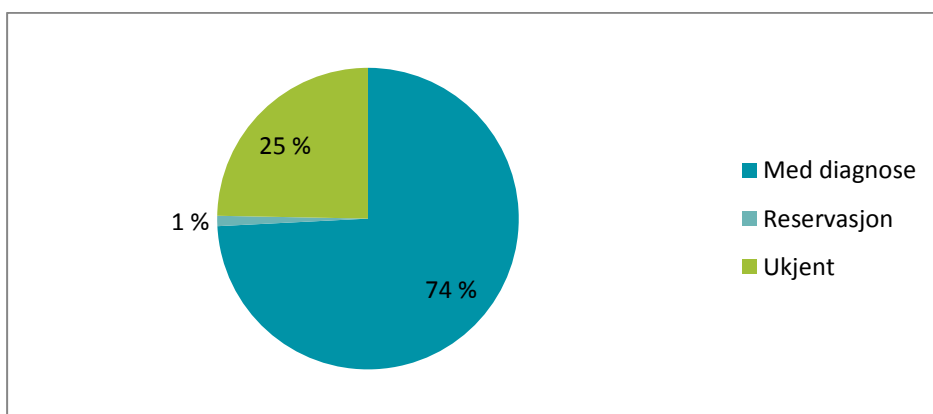


Kilde: IPLOS-registeret

Hadsel kommune

Hadsel kommune har ikke vært en del av forprosjektet fra starten. Kommunen er inkludert her fordi de har en høy andel med diagnoseopplysninger i IPLOS-registeret. I 2012 var 74 prosent av tjenestemottakerne i Hadsel rapportert med diagnose, kun 1 prosent av mottakerne har reservert seg mot innsending av diagnoseopplysninger.

Figur 6: Andel tjenestemottakere med diagnoseopplysninger i IPLOS-registeret, Hadsel kommune, n=528, per 31.12.12.



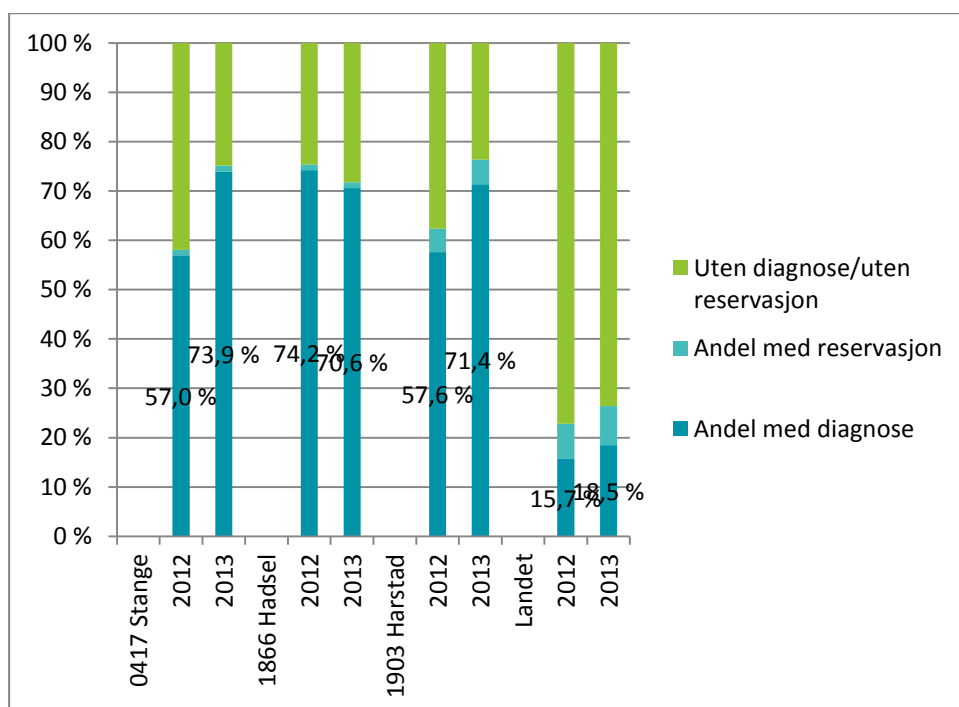
Kilde: IPLOS-registeret

3. RESULTATER

3.1 Endringer fra 2012 til 2013

Foreløpige tall for 2013 viser at andelen mottakere med rapporterte diagnoseopplysninger i registeret har økt fra 15,7 i 2012 til 18,5 prosent i 2013. I Harstad kommune har andelen økt fra 58 til 71 prosent, og i Stange kommune økte andelen fra 57 til 74 prosent. Sandefjord kommune som var med som én av tre kommuner i forprosjektet har uendrede tall fra 2012 til 2013. Her må Helsedirektoratet gå ytterligere i dialog med kommunen, SSB og kommunens IT-leverandør for å se nærmere på både registreringspraksis og dataflyt, og ettergå årsakene til at data ikke kommer inn til registeret. I tillegg er statistikk for Hadsel kommune tatt med. Hadsel var ikke en del av forprosjektet, men har relativt mange mottakere med rapporterte diagnoser, med 71 prosent i 2013.

Figur 7: Andel tjenestemottakere med diagnoseopplysninger i IPLOS-registeret, Harstad, Hadsel, Stange og Landet, per 31.12. 2012-2013

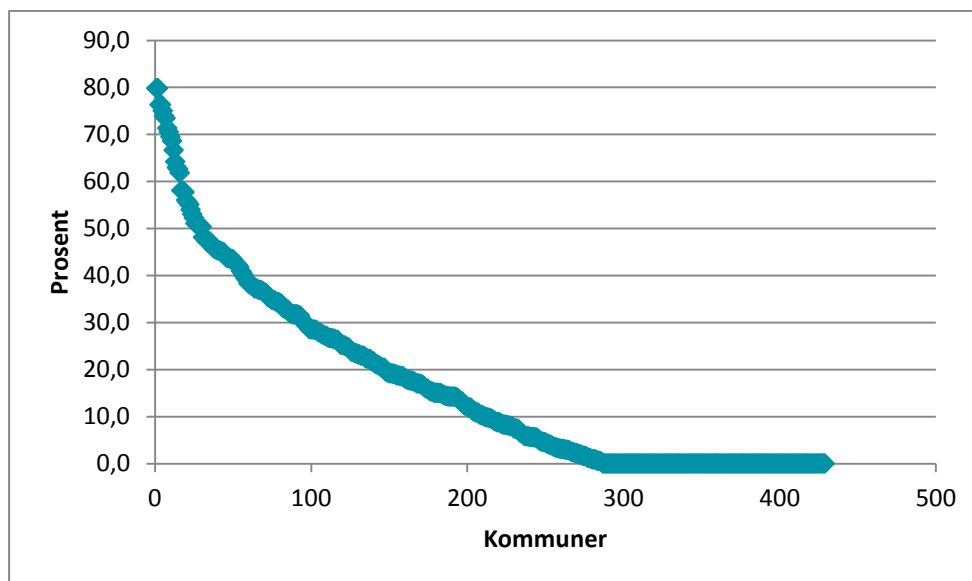


Kilde: IPLOS-registeret

Av 429 kommuner hadde 143 kommuner færre enn 5 eller ingen mottakere med diagnoseopplysninger i IPLOS-registeret i 2013. I 30 kommuner var andelen mottakere med diagnose

på 50 prosent eller høyere, og dette er i hovedsak små og mellomstore kommuner. Trondheim kommune er den av de største kommunene med høyest andel rapportert med diagnose. I Trondheim hadde 45 prosent av de i alt 9 463 mottakerne diagnose innsendt til IPLOS-registeret. Oslo kommune har også forbedret sine diagnoseregistreringer fra en andel på 3,9 prosent i 2012 til 14,2 prosent i 2013.

Figur 8: Kommunenes andel mottakere med diagnoseopplysninger i IPLOS-registeret. 429 kommuner per 31.12. 2013



Kilde: IPLOS-registeret

3.2 Diagnosestatistikk for Harstad, Stange og Hadsel (2013)

3.2.1 Grunnlagsdata for kommunene

Sammenlignet med de fleste andre kommuner har Stange, Harstad og Hadsel en høy andel med diagnoseopplysninger i IPLOS-registeret. Mens andelen på landsnivå er på 19 prosent, er andelen for disse tre kommunene på mer enn 70 prosent. Dette gjør det mulig å lage statistikk med en viss grad av sikkerhet om at resultatene er representative for de kommunene det gjelder. Det er imidlertid ikke grunnlag til å trekke slutninger for andre kommuner eller for landet som helhet ut fra dette datagrunnlaget.

I alt har de tre kommunene 2 307 tjenestemottakere med diagnoseopplysninger i IPLOS-registeret per 31.12.2013. Det er anledning til å rapportere inn flere relevante diagnoser per tjenestemottaker til IPLOS-registeret. Harstad har eksempelvis i gjennomsnitt 4,6 diagnoser per mottaker. I det videre arbeidet med diagnosestatistikk bør omfanget for at enkelte tjenestemottakere er rapportert med svært mange diagnoser analyseres. Fra- og til-dato skal registreres også for diagnoser, og det bør undersøkes om hvordan datoregistrering praktiseres av kommunene.

Tabell 2: Grunnlagsdata for Stange, Harstad og Hadsel, per 31.12.13.

	Antall tjenestemottakere i alt	Antall tjenestemottakere med reservasjon	Antall tjenestemottakere med gyldig diagnose	Gjennomsnittlig antall diagnoser per tjenestemottaker	Min	Maks
Stange	1 177	14	870	3,8	1	23
Hadsel	496	6	350	3,0	1	31
Harstad	1 523	76	1 087	4,6	1	40

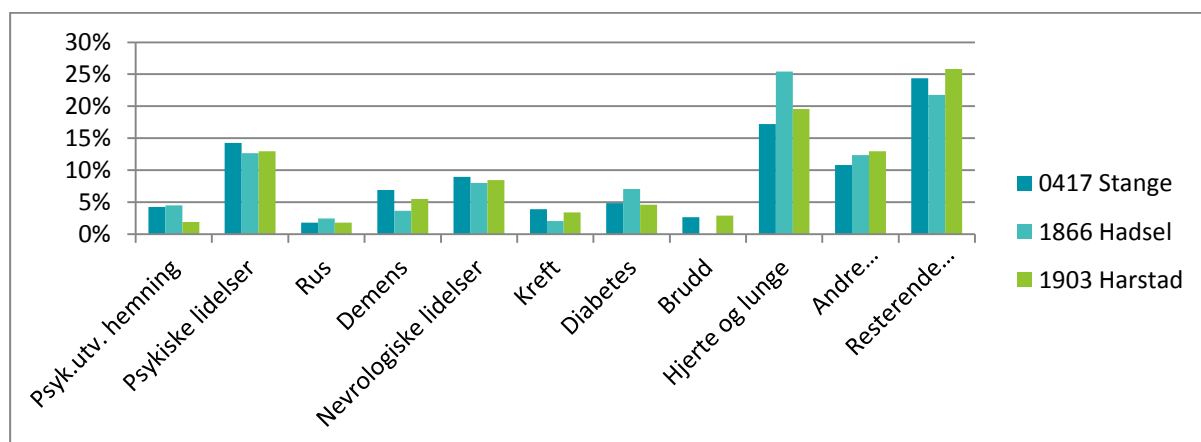
Kilde: IPLOS-registeret

I primærhelsetjenesten brukes hovedsakelig kodeverket *International Classification of Primary Care (ICPC-2)*, men det i spesialisthelsetjenesten brukes *International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)*. Begge klassifikasjoner kan brukes ved rapportering av diagnoser til IPLOS-registeret. Fagprogrammet Profil har imidlertid ikke hatt denne funksjon før vår 2014. De diagnosene som blir sendt inn til registeret som ICD-10 koder blir i denne sammenhengen kodet om til ICPC-2 koder. I denne rapporten er diagnosene derfor klassifisert etter ICPC-2. Se vedlegg 1 for grupperingen av diagnoser som er brukt her.

3.2.2 Hjerte- og lungelidelser den hyppigst brukte diagnosen

Av alle diagnoser som er rapportert i de tre kommunene er hjerte- og lungesykdommer den mest brukte diagnosen (17-25 prosent). Deretter følger de to diagnosegruppene psykiske lidelser og andre aldersrelaterte lidelser – disse utgjør henholdsvis 13-14 prosent og 11-13 prosent av alle rapporterte diagnoser. Hver fjerde rapporterte diagnose faller i kategorien resterende diagnoser, slik vi her har valgt å gruppere diagnosene. Fra denne restkategorien ville det også vært mulig å skille ut andre diagnosegrupper som kunne vært relevante.

Figur 9: Andel diagnoser av diagnoser rapportert i alt pr kommune, etter diagnosegrupper. Prosent. Per 31.12.13.



Kilde: IPLOS-registeret

3.2.3 Flesteparten med demens er over 80 år

Demensplan 2015 beskriver demens som en av de største omsorgsutfordringene vi står overfor framover. Tallet på mennesker med ulike demenslidelser vil sannsynligvis bli fordoblet i løpet av 35 år og årsakene er blant annet økt levealder og endret befolkningssammensetning (HOD 2007).

I Harstad, Stange og Hadsel var det rapportert i alt 342 demensdiagnoser til registeret. Vi har her forutsatt at antall demensdiagnoser er lik antall personer slik at ingen person kan ha mer enn én demensdiagnose. Dette er ikke nødvendigvis en korrekt antakelse og bør følges opp med videre analyse i arbeidet med å bygge opp en diagnosestatistikk. I denne rapporten er det kun diagnosen demens (P70) som er lagt til grunn. Harstad rapporterer også om at mange har diagnose relatert til hukommelsesforstyrrelse (P20) eller senilitet (P05), men disse er her ikke inkludert i gruppen tjenestemottakere med demensdiagnose.

Av tjenestemottakerne med demens i de tre kommunene er flesteparten over 80 år. Og de fleste med demens er rapportert med omfattende bistandsbehov. Samlet hadde de tre kommunene i overkant av 2500 innbyggere over 80 år. 10 prosent av kommunenes innbyggere over 80 år er dermed rapportert med diagnosen demens.

Tabell 3: Tjenestemottakere med demensdiagnose i IPLOS-registeret. Per 31.12.13.

	Stange	Hadsel	Harstad	Sum
Antall tjenestemottakere med demens	149	27	166	342
-- herav andel over 80 år. Prosent.	76 %	70 %	80 %	77 %
-- herav andel med omfattende bistandsbehov. Prosent	72 %	67 %	81 %	76 %
Folkemengde per 1.1.2014, 80 år eller eldre	9999	4837	11108	22544
-- herav andel med demens. Prosent.	11 %	4 %	12 %	10 %

Kilde: IPLOS-registeret

Demensregistreringen for de tre kommunene er lavere enn beregnet forekomst i Demensplan 2015 hvor det er estimert at 18 prosent av befolkningen i alderen 80-84 år har demens. Den estimerte forekomsten øker med økende alder og er på 41 prosent for aldersgruppen 90 år og over. Underdiagnostisering av demens er samtidig vist å være et kjent fenomen (Wergeland 2013).

Tallene varierer mellom kommunene og kan skyldes flere forhold, for eksempel ulik sykdomsbyrde i befolkningen, ulik kommunikasjon mellom omsorgstjenestene i kommunen og legene, samt ulik dokumentasjonspraksis. Det må i tillegg påpekes at Hadsel ikke har vært en del av pilotprosjektet, samt at den er en liten kommune med små tall.

3.2.4 Ulike diagnoser gir tildeling av ulike omsorgstjenester

Tjenestemottakerne har ulike behov og kommunen vil møte behovene med tilbud av ulike typer kommunale helse- og omsorgstjenester. I tabellen nedenfor har vi kun inkludert Stange og Harstad fordi tallgrunnlaget er størst, og det er valgt ut fem diagnosegrupper som eksempel.

Av de tjenestemottakere som er rapportert med demens i registeret er mer enn halvparten beboere i institusjon (Stange 60prosent, Harstad 53 prosent). De resterende med demens mottar andre typer tjenester som hovedsakelig er hjemmebaserte. Diagnosene kreft, diabetes og hjerte/lunge-sykdom gjenfinnes hovedsakelig hos mottakere av helsetjenester i hjemmet. I Harstad mottar eksempelvis 75 prosent av de med registrert diabetesdiagnose helsetjenester i hjemmet, enten bare helsetjenester i hjemmet (35 prosent) eller helsetjenester i hjemmet i kombinasjon med praktisk bistand (40 prosent).

For neurologiske lidelser gjenfinnes 30 prosent av diagnosene under kategorien *Annet*. Her inkluderes tjenester som for eksempel dagsentra, matombringning, trygghetsalarm. Også tidsavgrensede opphold i institusjon er i denne sammenhengen gruppert inn her.

Tabell 4: Diagnoseopplysninger etter utvalgte diagnosegrupper og type omsorgstjeneste. Per 31.12.13

	I alt	Langtidsopp- hold i institusjon	Bare helsetjenester i hjemmet	Både helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand	Annet
0417 Stange					
Demens	149	60 %	14 %	21 %	5 %
Neurologiske lidelser	193	16 %	28 %	26 %	30 %
Kreft og andre svulster	84	24 %	43 %	23 %	11 %
Diabetes	105	14 %	36 %	30 %	19 %
Hjerte og lunge	371	19 %	33 %	32 %	16 %
1903 Harstad					
Demens	166	53 %	16 %	27 %	5 %
Neurologiske lidelser	255	22 %	24 %	42 %	12 %
Kreft og andre svulster	103	22 %	35 %	28 %	15 %
Diabetes	139	17 %	35 %	40 %	8 %
Hjerte og lunge	589	20 %	28 %	40 %	12 %

Kilde: IPLOS-registeret

3.2.5 Diagnoser for psykiske lidelser kombinert med andre diagnoser

Kommunene har anledning til å rapportere flere diagnoser per person til IPLOS-registeret. Tabellen nedenfor viser hvilke kombinasjoner diagnosene for psykiske lidelser opptrer sammen med. En tjenestemottaker med kombinasjon av flere diagnoser vil telle flere ganger. Sett bort fra gruppen resterende diagnoser opptrer psykiske lidelser hyppigst sammen med hjerte- og lunge-sykdom. Av de nær 700 diagnosene innenfor gruppen psykiske lidelser i Harstad og Stange var 34 prosent også i kombinasjon med hjerte/lunge diagnoser.

Det skiller ikke mellom hoved- og bidiagnose i IPLOS-registeret og det er usikkert om det rapporteres inn et utvalg av alle diagnoser som er mottatt fra leger, eller om alle tilgjengelige diagnoser registreres og rapporteres. Mange pasienter vil ha sammensatte lidelser og flere diagnoser og dermed ha behov for sammensatte tjenester fra flere aktører.

Tabell 5: Antall diagnoser innen gruppen psykiske lidelser, i kombinasjon med andre diagnoser. Per 31.12.13

	Stange	Harstad	Sum begge kommuner
Psykiske lidelser	308	390	698
- Psyk.utv. hemning	17	14	31
- Rus	24	36	60
- Demens	33	35	68
- Nevrologiske lidelser	46	68	114
- Kreft og andre svulster	14	24	38
- Diabetes	26	40	66
- Brudd	10	19	29
- Hjerte- og lunge	79	161	240
- Andre ofte aldersrelaterte diagnoser	55	105	160
- Resterende diagnoser	152	237	389

Kilde: IPLOS-registeret

3.2.6 Timer per uke av hjemmebaserte tjenester etter diagnosegruppe

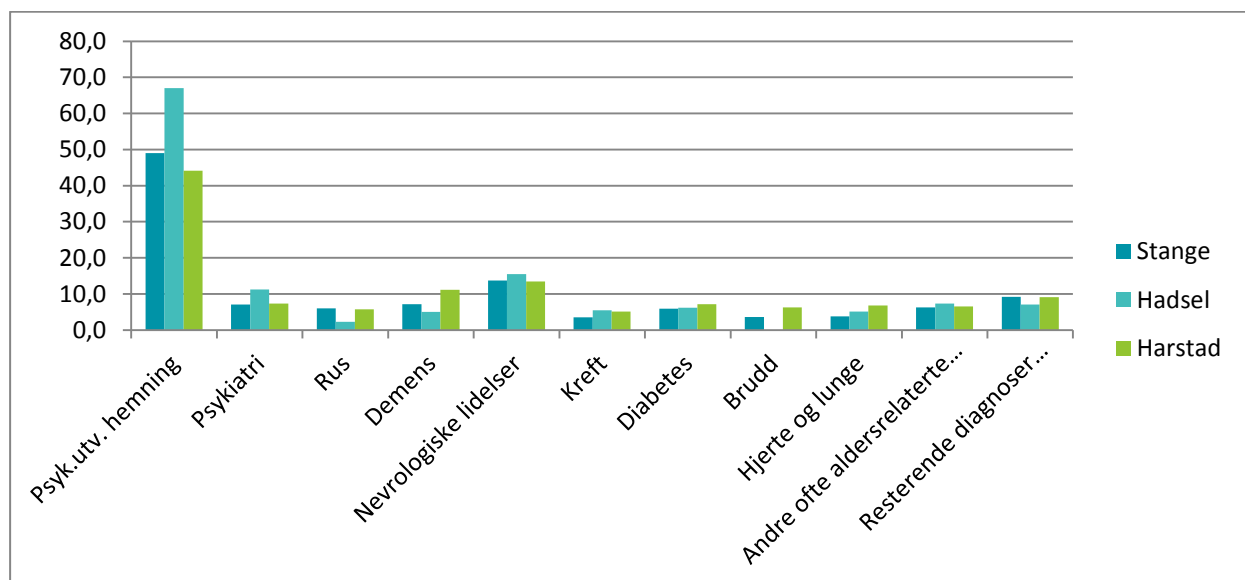
Kommunene bistår med hjemmebaserte tjenester og i vedtakene spesifiseres antallet direkte brukerrettede timer per uke. Hjemmebaserte tjenester inkluderer hjemmesykepleie, praktisk bistand og andre typer helsetjenester i hjemmet. Tiden som skal rapporteres er *timer per uke av direkte brukerrettet tid i henhold til vedtak/avgjørelse*. For de fleste diagnosegruppene er det innvilget mindre enn ti timer per uke, for nevrologiske lidelser gis opp mot femten timer i uken, mens hjemmetjenester til psykisk utviklingshemmede er i en særstilling med opp mot 70 timer i uka. Psykisk utviklingshemmede er kun definert med diagnosen P85.

Tilbakemeldinger fra de tre kommunene tyder på at det er reelle forskjeller i ressursbehov mellom diagnosegruppene, men kommunene sier også at noe av forskjellene må tilskrives ulik dokumentasjonspraksis mellom interne virksomheter innenfor en og samme kommune. Mange psykisk utviklingshemmede bor i boliger med heldøgns bemanning. Flere kommuner har meldt fra om at de rapporterer flere timer på tjenester som ytes til enkeltbrukere enn det som er reell direkte brukerrettet tid. Årsaken til det er at kommunene gjerne vil synliggjøre ressursbruk der det ytes tjenester av for eksempel mer enn en person. Dette er feilrapportering. Inntil en løsning på hvordan kommunene kan få synliggjort ressursbruk igjennom IPLOS-rapporteringen er det kun den direkte brukerrettede tiden som kommer frem og ikke der tjenesten for eksempel ytes av flere personer samtidig.

Gruppen psykisk utviklingshemmede har store bistandsbehov. Mennesker med diagnosen psykisk utviklingshemming har vanligvis dårligere boevne og adaptive ferdigheter enn andre mennesker. Det har en sammenheng med at voksne mennesker med utviklingshemmings mentale alder (etter en WISC test) kan ha et spenn på fra 3 år(dyp psykisk utviklingshemming) og opp til 9-12 år for lett

psykisk utviklingshemming. Dette gjør at denne gruppen har store bistandsbehov. De trenger bistand både for å kunne forholde seg til andre mennesker i nærmiljøet og for å kunne klare seg selv utenfor foreldrehjemmet. Mange av tjenestemottakerne i denne gruppen krever kontinuerlig tilsyn og omsorg av kommunale tjenesteytere. For å diagnostisere denne gruppen er et IQ-skår (WISC-test) ikke tilstrekkelig. I tillegg brukes en vurdering av adaptive ferdigheter kalt Vineland II (<http://www.psyktest.no/904/vineland-adaptive-behavior-scales> http://www.cup.ualberta.ca/wp-content/uploads/2012/07/FINAL_Vineland_June-2012.pdf). Denne testen tar hensyn til den faktiske adaptive fungeringen på et område. Enkelte kan ha en aldersadekvat IQ-skår (innenfor et standardavvik fra normalen, det vil si 100), men en adaptiv skår som et lite barn. Dette må tas hensyn til når behandling skal skisseres og tilbud i kommunene tilpasses.

Figur 10: Tildelte timer i uken etter diagnosegruppe. Per 31.12.13.



Kilde: IPLOS-registeret

Mennesker med utviklingshemming sies også å ha en høyere forekomst av psykiske lidelser enn resten av befolkningen. Anslagene varierer fra 16 -85 % (1-3) (Skullerud m.fl. 2000). Det er noe uenighet i fagmiljøene om denne antagelsen. Enkelte fagmiljøer mener at diagnoseverktøyene som brukes, er lite egnet til å diagnostisere mennesker med utviklingshemming med psykiske lidelser.

I en undersøkelse gjort av Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) fant man at 15 % av utviklingshemmede som ble undersøkt var uten språk og 30 % var delvis uten språk (Brevik og Høyland 2007). Det har selvsagt innvirkning på behovet for bistand. Kommunene har i stor grad organisert tilbudet i en form for samlokalisert bolig. I undersøkelsen til NIBR svarer kommunene at flere enn de som bor i boliger med personalbase burde ha bodd i bolig i nærmere tilknytning til en personalbase. Dette kan tyde på at behovet for tilsyn og bistand er stort for denne gruppen tjenestemottakere.

4. ANDRE STUDIER OG DATAKILDER

Det finnes ingen tilsvarende norsk statistikk med utgangspunkt i diagnoseregistreringer i de kommunale omsorgstjenestene. Noe forskning er imidlertid gjort selv om studiene i all hovedsak er gjort innen spesifikke diagnoser og rettet mot sykehjemsbeboere. Nedenfor vises et utvalg av norske studier og datakilder på feltet.

Studier om demens, depresjon og hjertelidelser i sykehjem

Basert på samtykke fra i alt 197 sykehjemsbeboere over 60 år er det gjort en studie hvor hovedformålet var å se på effekten av laksativer. I denne studien hadde 53 prosent av sykehjemsbeboerne demens, 50 prosent depresjon/angst, 44 prosent hjertelidelser, 39 prosent slag, 16 prosent kreftdiagnose og 11 prosent hadde diabetes (Fosnes 2011).

Blant 704 sykehjemspasienter i Nord-Trøndelag er 82 prosent kartlagt med demens (Bergh mfl 2012). Det er i denne undersøkelsen benyttet et kartleggingsverktøy: Klinisk demensvurdering. Andre diagnoser enn demens er ikke kartlagt i denne studien.

For personer som mottar hjemmebaserte omsorgstjenester er det gjort en studie som viser at 41,5 prosent av 415 tjenestemottakere over 70 år hadde symptomer på med demens etter ICD-10-kriterier. Imidlertid viste studien at kun 19,5 prosent av de mottakerne som viste tegn på demens hadde diagnose som var kjent for dem selv, omsorgsgiveren/pårørende eller omsorgspersonellet (Wergeland mfl 2013).

I en studie blant 1163 beboere i sykehjem ble demens avdekket blant 81 prosent. Av disse hadde 72 prosent klinisk signifikante psykiatriske og atferdsmessige symptomer. Symptomene økte med økt grad av demens (Selbæk mfl 2007).

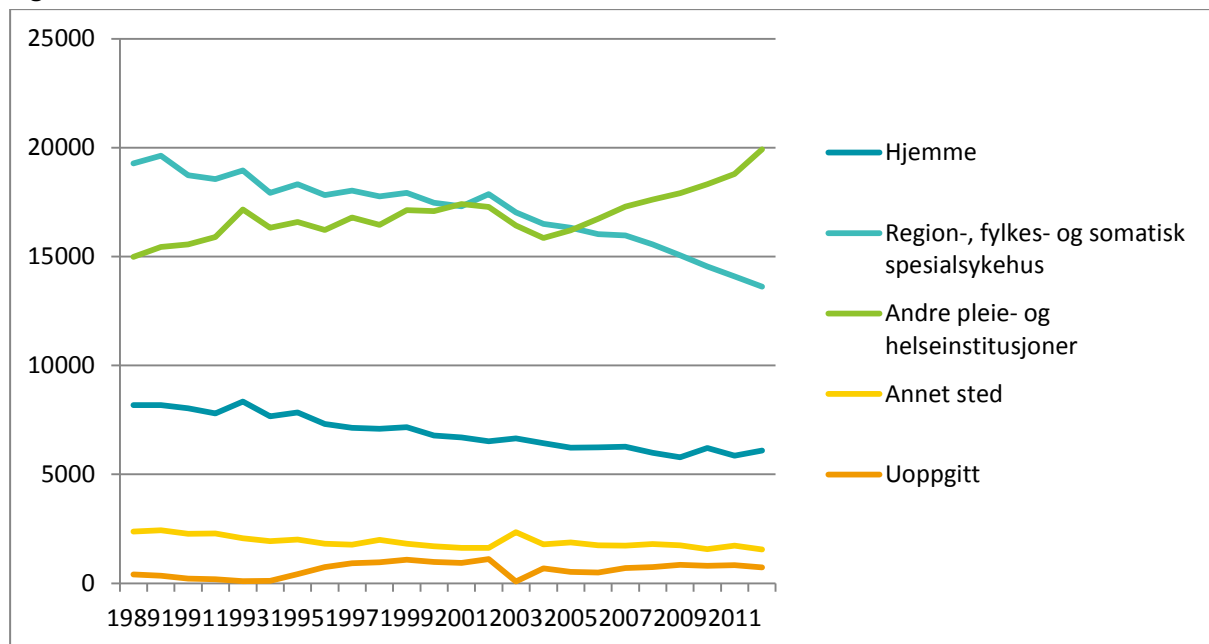
128 eldre beboere ved to sykehjem var med i en studie som viste at 10 prosent hadde kreftdiagnose. For øvrig viste studien også at 62 prosent hadde Alzheimers eller annen demens (Sørbye 2013).

Det finnes ingen eksakte tall på hvor mange som lever med demens i Norge. Et mye brukt anslag på demensrammede er på rundt 70 000 personer (HOD 2012, Helsedirektoratet 2012). Omsorgsplan 2015 skisserer utfordringer, strategier og tiltak for demensomsorgen fram mot 2015. Det er imidlertid blitt stilt spørsmål om hvorvidt anslaget er riktig for Norge (Strand mfl 2014). Strand mfl viser til at anslaget bygger på tall fra en studie gjort i Rotterdam for 20 år siden.

Dødsfall i sykehjem

Stadig flere dør i pleie- og omsorgsinstitusjoner. Mens somatiske sykehus tidligere var det vanligste stedet for den siste tiden før død, er det i dag flest dødsfall i andre pleie- og helseinstitusjoner, herunder sykehjem og aldershjem. Av nær 42 000 dødsfall i alt i 2012 var 32 prosent i somatiske sykehus, mens 48 prosent var i andre pleie- og helseinstitusjoner.

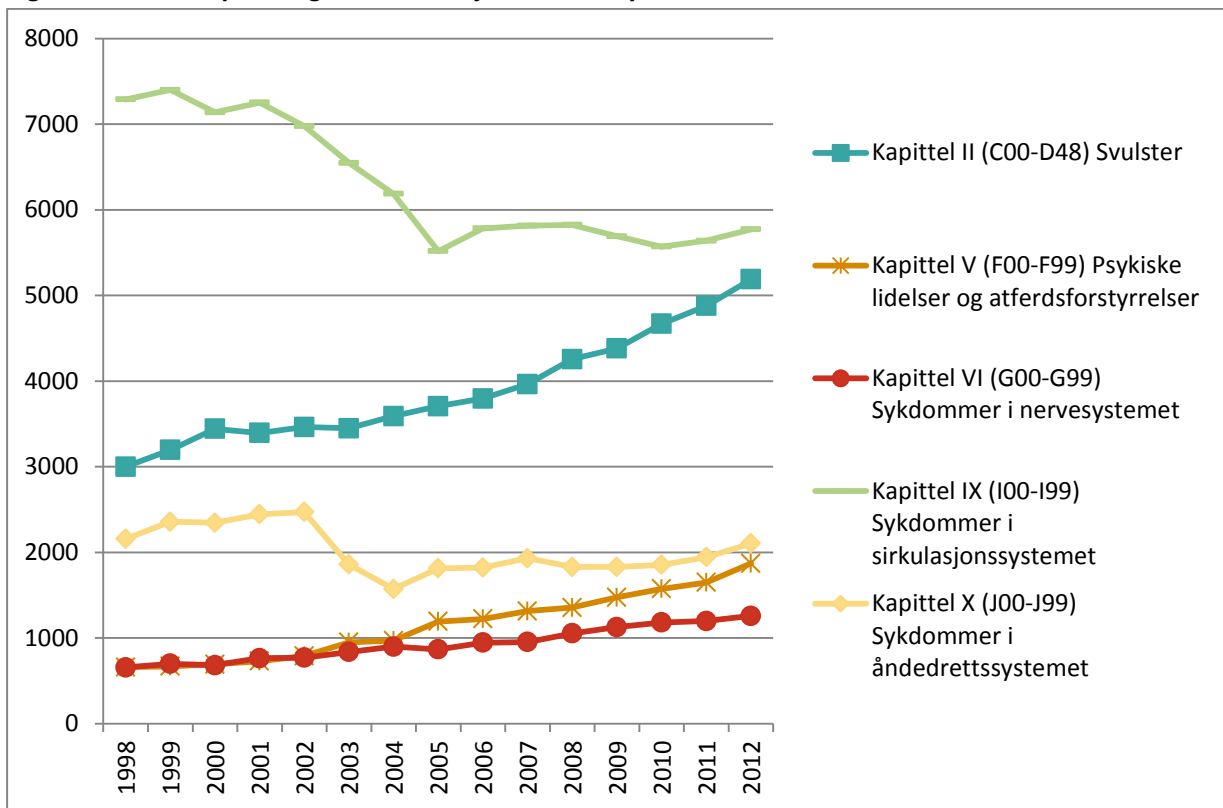
Figur 11 Dødsfall etter dødssted. 1989-2012



Kilde: Dødsårsaksregisteret, FHI

De to vanligste dødsårsakene for de som dør i pleie- og helseinstitusjoner utenom sykehus er sykdommer i sirkulasjonssystemet og svulster med hhv 29 og 26 prosent av alle dødsfall i pleie- og helseinstitusjoner i 2012. Hva institusjonsbeboere dør av har også endret seg med årene. Langt flere dør av svulster, mens langt færre dør av sirkulasjonssykdommer i 2012 enn i 1998. Det har også vært en økning i dødsfall knyttet til nervesystemet og dødsfall som skyldes psykiske sykdommer.

Figur 12 Dødsfall i pleie- og helseinstitusjoner ekskl. sykehus, fem største dødsårsaker. 1998-2012



Kilde: Dødsårsaksregisteret, FHI

LITTERATURLISTE

Bergh, S, J Holmen, I Saltvedt, K Tambs og G Selbæk (2012): *Demens og nevropsykiatriske symptomer hos sykehjemspasienter i Nord-Trøndelag*; Tidsskrift for den norske legeforening nr.17

Brevik, I og K Høyland (2007): *Utviklingshemmedes bo- og tjenestesituasjon 10 år etter HVPU-reformen*; Samarbeidsrapport NIBR/SINTEF, 2007

Fosnes GS, S Lydersen og PG Farup (2011): *Effectiveness of laxatives in elderly - a cross sectional study in nursing homes*; BMC Geriatrics; 2011; 11:76

Gabrielsen, Bjørn (2013): *Kvalitet i IPLOS-registeret*; Statistisk sentralbyrå, Rapporter 2014/20

Helsedirektoratet: Demens <http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/omsorgstjenester/demens/Sider/default.aspx>

Helse- og omsorgsdepartementet (2007): *Demensplan 2015 «Den gode dagen», delplan til Omsorgsplan 2015.*

Mørk, Eiliv m.fl. (2013): *Pleie- og omsorgstjenesten 2012. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere*; Statistisk sentralbyrå, Rapporter 43/2013

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

Skullerud E, O M Linaker, A C Svenning og H Torske (2000): *Psykisk helse blant mennesker med psykisk utviklingshemming*; Tidsskrift for Den norske legeforening, nr.27, 2000; 120: 326-8

Strand, BH, K Tambs, K Engedal, E Bjertness, G Selbæk og TA Rosness (2014): *Hvor mange har demens i Norge?*; Tidsskrift for Den norske legeforening, nr.3, 2014; 134: 276-7

Sørbye, LW (2013): *Eldre med kreft på sykehjem*; Geriatrisk sykepleie nr.2/2013

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

IKA= Ikke klassifisert annet sted

(K)= Kvinne

(M)= Mann

Psykisk utviklingshemming

ICPC-2	Diagnose
P85	Psykisk utviklingshemming

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
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

Rusmiddelmisbruk

ICPC-2	Diagnose
P15	Kronisk alkoholmisbruk
P16	Akutt alkoholmisbruk
P18	Legemiddelmisbruk
P19	Stoffmisbruk

Demens

ICPC-2	Diagnose
P70	Demens

Nevrologiske sykdommer

ICPC-2	Diagnose
K90	Hjerneslag
K91	Cerebrovaskulær sykdom
N70	Poliomyelitt
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

Kreft og andre svulster

ICPC-2	Diagnose
A79	Ondartet svulst IKA
B72	Hodgins sykdom/Lymfom
B73	Leukemi
B74	Ondartet svulst blod/lymfesystem IKA
B75	Godartet/uspes svulst blod/lymfe
D74	Ondartet svulst magesekk
D75	Ondartet svulst tykktarm/endetarm
D76	Ondartet svulst bukspyttkjertel
D77	Ondartet svulst fordøyelsessyst IKA
D78	Godartet/uspes svulst fordøyelsessys
F74	Svulst i øye/øyehule
H75	Svulst øre
K72	Svulst i hjerte

L71	Ondartet svulst muskel-skj-syst
L97	Godartet/uspes svulst musk-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
S79	Godartet/uspesifisert svulst hud IKA
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
W73	Godartet/uspes svulst sv skap
X75	Ondartet svulst livmorhals
X76	Ondartet svulst bryst (K)
X77	Ondartet svulst kjønnsorg IKA (K)

Diabetes

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

Bruddskader

ICPC-2	Diagnose
L72	Brudd underarm
L75	Brudd lårben/lårhals
L76	Brudd IKA

Hjerte- og lungelidelser

ICPC-2	Diagnose
K74	Iskemisk hjertesykdom med angina
K75	Akutt hjerteinfarkt
K76	Iskemisk hjertesykdom kronisk IKA
K77	Hjertesvikt
K78	Atrieflimmer/flutter
K79	Paroksysmal takykardi
K80	Hjertearytmi IKA

K82	Pulmonal hjertesykdom
K84	Hjertesykdom IKA
K85	Forhøyet blodtrykk IKA
K86	Hypertensjon ukomplisert
K87	Hypertensjon med komplikasjoner
K92	Aterosklerose/perifer karsykdom
K93	Lungeemboli
K99	Hjerte-karsykdom IKA
R74	Akutt øvre luftveisinfeksjon
R79	Kronisk bronkitt
R80	Influensa
R81	Lungebetennelse
R83	Luftveisinfeksjon IKA
R95	Kronisk obstruktiv lungesykdom
R96	Astma
R99	Luftveissykdom IKA

Andre ofte aldersrelaterte diagnoser

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
L89	Hofterleddsartrose
L90	Kneleddsartrose
L91	Artrose IKA
L95	Osteoporose
P20	Hukommelsesforstyrrelse
P25	Livsfaseproblem voksen
T03	Nedsatt matlyst
U02	Hyppig vannlating
U04	Urininkontinens
U05	Vannlatingsproblemer IKA

VEDLEGG 2

Andel mottakere med gyldig diagnoserapportering, etter kommune. Per 31.12.2013 Prosent

<u>Andel med diagnose. Prosent</u>			
Landet	18,6	0231 Skedsmo	28,5
0101 Halden	55,0	0233 Nittedal	15,8
0104 Moss	44,9	0234 Gjerdrum	0,0
0105 Sarpsborg	43,0	0235 Ullensaker	:
0106 Fredrikstad	31,7	0236 Nes	0,5
0111 Hvaler	40,7	0237 Eidsvoll	0,9
0118 Aremark	62,6	0238 Nannestad	:
0119 Marker	3,4	0239 Hurdal	0,0
0121 Rømskog	0,0	0301 Oslo	14,2
0122 Trøgstad	39,0	0402 Kongsvinger	28,2
0123 Spydeberg	0,0	0403 Hamar	43,5
0124 Askim	10,0	0412 Ringsaker	16,8
0125 Eidsberg	1,1	0415 Løten	5,5
0127 Skiptvet	0,0	0417 Stange	73,9
0128 Rakkestad	20,3	0418 Nord-Odal	76,3
0135 Råde	19,0	0419 Sør-Odal	18,0
0136 Rygge	34,7	0420 Eidskog	15,0
0137 Våler	0,0	0423 Grue	48,1
0138 Hobøl	0,0	0425 Åsnes	31,5
0211 Vestby	34,3	0426 Våler	4,6
0213 Ski	22,9	0427 Elverum	0,6
0214 Ås	5,8	0428 Trysil	52,3
0215 Frogn	68,6	0429 Åmot	14,3
0216 Nesodden	0,0	0430 Stor-Elvdal	32,2
0217 Oppegård	31,7	0432 Rendalen	0,0
0219 Bærum	4,1	0434 Engerdal	:
0220 Asker	30,7	0436 Tolga	0,0
0221 Aurskog-Høland	3,1	0437 Tynset	6,1
0226 Sørums	2,7	0438 Alvdal	0,0
0227 Fet	:	0439 Folldal	0,0
0228 Rælingen	26,3	0441 Os	0,0
0229 Enebakk	15,5	0501 Lillehammer	54,0
0230 Lørenskog	0,6	0502 Gjøvik	33,0
		0511 Dovre	35,3

0512 Lesja	0,0	0633 Nore og Uvdal	37,3
0513 Skjåk	:	0701 Horten	2,2
0514 Lom	63,0	0702 Holmestrand	8,3
0515 Vågå	3,2	0704 Tønsberg	14,2
0516 Nord-Fron	5,9	0706 Sandefjord	0,4
0517 Sel	45,4	0709 Larvik	14,2
0519 Sør-Fron	0,0	0711 Svelvik	18,1
0520 Ringebu	34,7	0713 Sande	38,2
0521 Øyer	55,6	0714 Hof	0,0
0522 Gausdal	51,1	0716 Re	0,0
0528 Østre Toten	22,9	0719 Andebu	26,7
0529 Vestre Toten	5,0	0720 Stokke	:
0532 Jevnaker	36,6	0722 Nøtterøy	:
0533 Lunner	5,5	0723 Tjøme	:
0534 Gran	8,0	0728 Lardal	0,0
0536 Søndre Land	8,8	0805 Porsgrunn	2,4
0538 Nordre Land	:	0806 Skien	3,6
0540 Sør-Aurdal	1,6	0807 Notodden	4,8
0541 Etnedal	17,0	0811 Siljan	0,0
0542 Nord-Aurdal	22,3	0814 Bamble	0,0
0543 Vestre Slidre	50,6	0815 Kragerø	30,1
0544 Øystre Slidre	28,4	0817 Drangedal	19,5
0545 Vang	:	0819 Nome	18,5
0602 Drammen	4,5	0821 Bø	1,2
0604 Kongsberg	5,6	0822 Sauherad	22,2
0605 Ringerike	0,0	0826 Tinn	4,6
0612 Hole	0,0	0827 Hjartdal	0,0
0615 Flå	0,0	0828 Seljord	45,3
0616 Nes	0,0	0829 Kviteseid	:
0617 Gol	22,4	0830 Nissedal	22,2
0618 Hemsedal	0,0	0831 Fyresdal	12,2
0619 Ål	2,9	0833 Tokke	18,7
0620 Hol	14,8	0834 Vinje	29,2
0621 Sigdal	50,3	0901 Risør	13,3
0622 Krødsherad	0,0	0904 Grimstad	0,0
0623 Modum	28,6	0906 Arendal	37,3
0624 Øvre Eiker	7,5	0911 Gjerstad	25,1
0625 Nedre Eiker	36,9	0912 Vegårshei	0,0
0626 Lier	31,9	0914 Tvedestrand	29,8
0627 Røyken	1,9	0919 Froland	5,6
0628 Hurum	27,5	0926 Lillesand	27,1
0631 Flesberg	4,3	0928 Birkenes	53,0
0632 Rollag	23,0	0929 Åmli	19,0

0935 Iveland	:	1149 Karmøy	:
0937 Evje og Hornnes	4,0	1151 Utsira	0,0
0938 Bygland	:	1160 Vindafjord	:
0940 Valle	46,9	1201 Bergen	23,2
0941 Bykle	34,0	1211 Etne	9,7
1001 Kristiansand	17,3	1216 Sveio	0,0
1002 Mandal	47,4	1219 Bømlo	8,1
1003 Farsund	0,9	1221 Stord	57,7
1004 Flekkefjord	17,0	1222 Fitjar	50,9
1014 Vennesla	9,1	1223 Tysnes	:
1017 Songdalen	15,3	1224 Kvinnherad	14,1
1018 Søgne	41,8	1227 Jondal	0,0
1021 Marnardal	47,2	1228 Odda	:
1026 Åseral	27,4	1231 Ullensvang	:
1027 Audnedal	25,2	1232 Eidfjord	0,0
1029 Lindesnes	11,1	1233 Ulvik	64,2
1032 Lyngdal	34,8	1234 Granvin	0,0
1034 Hægebostad	0,0	1235 Voss	:
1037 Kvinesdal	36,4	1238 Kvam	:
1046 Sirdal	:	1241 Fusa	17,4
1101 Eigersund	:	1242 Samnanger	0,0
1102 Sandnes	34,3	1243 Os	17,6
1103 Stavanger	0,0	1244 Austevoll	19,2
1106 Haugesund	3,2	1245 Sund	0,0
1111 Sokndal	0,0	1246 Fjell	:
1112 Lund	0,0	1247 Askøy	42,3
1114 Bjerkreim	:	1251 Vaksdal	13,9
1119 Hå	1,7	1252 Modalen	0,0
1120 Klepp	6,5	1253 Osterøy	0,0
1121 Time	31,7	1256 Meland	0,0
1122 Gjesdal	45,2	1259 Øygarden	0,0
1124 Sola	58,1	1260 Radøy	0,0
1127 Randaberg	7,9	1263 Lindås	19,4
1129 Forsand	25,2	1264 Austrheim	75,0
1130 Strand	0,0	1265 Fedje	0,0
1133 Hjelmeland	0,0	1266 Masfjorden	0,0
1134 Suldal	8,2	1401 Flora	0,0
1135 Sauda	:	1411 Gulen	0,0
1141 Finnøy	27,9	1412 Solund	0,0
1142 Rennesøy	5,8	1413 Hyllestad	0,0
1144 Kvitsøy	13,5	1416 Høyanger	:
1145 Bokn	:	1417 Vik	0,0
1146 Tysvær	1,6	1418 Balestrand	0,0

1419 Leikanger	0,0	1547 Aukra	0,0
1420 Sogndal	21,0	1548 Fræna	46,1
1421 Aurland	0,0	1551 Eide	9,4
1422 Lærdal	11,6	1554 Averøy	:
1424 Årdal	21,8	1557 Gjemnes	24,7
1426 Luster	26,8	1560 Tingvoll	19,2
1428 Askvoll	:	1563 Sunndal	32,7
1429 Fjaler	:	1566 Surnadal	10,4
1430 Gaular	23,8	1567 Rindal	0,0
1431 Jølster	0,0	1571 Halså	:
1432 Førde	43,7	1573 Smøla	:
1433 Naustdal	:	1576 Aure	11,1
1438 Bremanger	11,9	1601 Trondheim	45,1
1439 Vågsøy	27,9	1612 Hemne	0,0
1441 Selje	10,9	1613 Snillfjord	:
1443 Eid	16,1	1617 Hitra	40,0
1444 Hornindal	76,3	1620 Frøya	:
1445 Gloppen	:	1621 Ørland	28,5
1449 Stryn	9,6	1622 Agdenes	0,0
1502 Molde	12,4	1624 Rissa	56,0
1504 Ålesund	24,3	1627 Bjugn	8,5
1505 Kristiansund	33,1	1630 Åfjord	36,9
1511 Vanylven	15,0	1632 Roan	26,7
1514 Sande	29,4	1633 Osen	9,8
1515 Herøy	47,2	1634 Oppdal	:
1516 Ulstein	43,4	1635 Rennebu	0,0
1517 Hareid	79,8	1636 Meldal	0,0
1519 Volda	20,7	1638 Orkdal	26,3
1520 Ørsta	14,3	1640 Røros	0,0
1523 Ørskog	32,8	1644 Holtålen	7,4
1524 Norddal	:	1648 Midtre Gauldal	0,0
1525 Stranda	9,9	1653 Melhus	13,1
1526 Stordal	:	1657 Skaun	0,0
1528 Sykkylven	24,8	1662 Klæbu	2,9
1529 Skodje	8,2	1663 Malvik	15,9
1531 Sula	0,0	1664 Selbu	35,2
1532 Giske	7,4	1665 Tydal	45,7
1534 Haram	17,7	1702 Steinkjer	15,1
1535 Vestnes	:	1703 Namsos	6,5
1539 Rauma	10,8	1711 Meråker	45,6
1543 Nesset	3,2	1714 Stjørdal	27,1
1545 Midsund	47,9	1717 Frosta	43,7
1546 Sandøy	14,4	1718 Leksvik	18,6

1719 Levanger	10,3	1848 Steigen	43,8
1721 Verdal	23,2	1849 Hamarøy	37,8
1724 Verran	21,1	1850 Tysfjord	31,6
1725 Namdalseid	:	1851 Lødingen	8,7
1736 Snåsa	41,0	1852 Tjeldsund	7,9
1738 Lierne	42,5	1853 Evenes	37,1
1739 Røyrvik	21,7	1854 Ballangen	5,7
1740 Namsskogan	25,8	1856 Røst	0,0
1742 Grong	16,9	1857 Værøy	0,0
1743 Høylandet	39,5	1859 Flakstad	0,0
1744 Overhalla	18,7	1860 Vestvågøy	17,5
1748 Fosnes	0,0	1865 Vågan	14,3
1749 Flatanger	0,0	1866 Hadsel	70,6
1750 Vikna	2,1	1867 Bø	0,0
1751 Nærøy	2,5	1868 Øksnes	0,0
1755 Leka	:	1870 Sortland	:
1756 Inderøy	3,5	1871 Andøy	0,0
1804 Bodø	1,9	1874 Moskenes	44,1
1805 Narvik	38,2	1902 Tromsø	36,2
1811 Bindal	79,8	1903 Harstad	71,4
1812 Sømna	14,6	1911 Kvæfjord	23,5
1813 Brønnøy	21,2	1913 Skånland	15,0
1815 Vega	0,0	1917 lbestad	12,0
1816 Vevelstad	0,0	1919 Gratangen	23,7
1818 Herøy	0,0	1920 Lavangen	26,6
1820 Alstahaug	0,0	1922 Bardu	31,7
1822 Leirfjord	:	1923 Salangen	:
1824 Vefsn	0,9	1924 Målselv	15,0
1825 Grane	0,0	1925 Sørreisa	5,6
1826 Hattfjelldal	0,0	1926 Dyrøy	34,1
1827 Dønna	0,0	1927 Tranøy	69,5
1828 Nesna	0,0	1928 Torsken	0,0
1832 Hemnes	:	1929 Berg	11,9
1833 Rana	8,8	1931 Lenvik	19,1
1834 Lurøy	0,0	1933 Balsfjord	23,4
1835 Træna	0,0	1936 Karlsøy	2,9
1836 Rødøy	:	1938 Lyngen	15,3
1837 Meløy	1,3	1939 Storfjord	20,5
1838 Gildeskål	10,2	1940 Kåfjord	7,2
1839 Beiarn	61,8	1941 Skjervøy	66,7
1840 Saltdal	16,6	1942 Nordreisa	17,7
1841 Fauske	26,6	1943 Kvænanngen	73,5
1845 Sørfold	57,9	2002 Vardø	0,0

2003 Vadsø	2,2	2021 Karasjok	0,0
2004 Hammerfest	35,9	2022 Lebesby	:
2011 Kautokeino	:	2023 Gamvik	0,0
2012 Alta	25,1	2024 Berlevåg	50,6
2014 Loppa	37,6	2025 Deatnu Tana	20,3
2015 Hasvik	9,0	2027 Nesseby	:
2017 Kvalsund	0,0	2028 Båtsfjord	:
2018 Måsøy	28,6	2030 Sør-Varanger	3,1
2019 Nordkapp	3,9		
2020 Porsanger	0,0		



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