



Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester

Tema: Demenssykdom. Data fra IPLoS-registeret.

Publikasjonens tittel: Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester. Tema: Demenssykdom. Data fra IPLOS-registeret.

Utgitt: Februar 2017

Bestillingsnummer: IS-0600

Kontakt: Utgitt av: Helsedirektoratet
Avdeling helseregistre
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

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

Forfattere: Julie Kjelvik

Illustrasjon: johner.no

FORORD

Helsedirektoratet har i de siste årene arbeidet for å forbedre diagnoseopplysningene til IPLOS-registeret. Opplysninger om diagnose gir ny og økt kunnskap om sykdomsgrupper i omsorgstjenestene. 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? Hvor lenge mottar de tjenester?

I løpet av 2016 ble diagnosestatistikk fra IPLOS brukt til analyser i Helsedirektoratet. Blant annet tall for psykisk utviklingshemming blir brukt i nøkkeltallpubliseringen på Helsedirektoratets nettsider. Det er laget en egen statistikkrapport om tjenester til personer med utviklingshemming, og et kapittel i publikasjonen SAMDATA kommune. Tall for ulike spesifiserte nevrologiske sykdommer vil inngå i en statusrapport om hjernehelse, et oppdrag Helsedirektoratet har for Helse- og omsorgsdepartementet.

Denne rapporten er den tredje i rekken av IPLOS diagnoserapporter. Denne gangen har rapporten et temakapittel om demenssykdom. Utvikling av statistikk over hvor mange personer med demens som mottar helse- og omsorgstjenester, hvilke tjenester som ytes og i hvilket omfang, vil være relevant både som beslutningsgrunnlag for helsemyndighetene og som styringsinformasjon for kommunene.

INNHold

FORORD	2
INNHold	3
SAMMENDRAG	5
1. TEMA: DEMENSSYKDOM	6
1.1 Innledning	6
1.2 Datagrunnlag	6
1.3 Alzheimer eller demens? Diagnose fra fastlege eller sykehus?	7
1.4 Hvem har demens?	8
1.5 Bor de hjemme, i omsorgsbolig eller på institusjon?	8
1.6 Helsetjenester i hjemmet og dagaktivitetstilbud	9
1.7 Hvilke andre sykdommer har de?	11
1.8 Demens og kartlegging av kognitiv svikt	12
1.9 Demens og kartlegging av sosial fungering, egenomsorg m.m.	13
1.10 Koordinator og individuell plan	14
1.11 Dødsfall blant personer med demens	16
1.12 Andre registre om demens	17

INNHold

1.12.1	KUHR-registeret	17
1.12.2	Norsk pasientregister (NPR)	18
1.12.3	Dødsårsaksregisteret	19
1.12.4	Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten (NorKog)	19
1.12.5	Det svenske demensregisteret (SveDem)	20
1.13	Oppsummering	20
2.	IPLOS DIAGNOSEPROSJEKT OG DATAKVALITET	21
2.1	Bakgrunn og formål	21
2.2	Utvikling i datakvalitet	22
2.3	Tiltak/arbeid med datakvalitet	23
2.4	Grunnlaget for diagnoser	24
2.5	Muligheter og forbehold i bruk av diagnoseopplysninger	25
	LITTERATURLISTE	27
	VEDLEGG: ANTALL PERSONER MED REGISTRERT DEMENS PER KOMMUNE. 31.12.2015	28

SAMMENDRAG

Som følge av økt levealder og flere eldre i Norge vil antall personer med demens sannsynligvis fordobles de nærmeste 30-40 årene. Og allerede nå er demens en høyst aktuell problemstilling. I 2015 var det 17 473 personer registrert med demens i registeret, men diagnoseopplysninger er fortsatt underrapportert. IPLOS-registeret gir kunnskap om blant annet hvilke omsorgstjenester personer med demenssykdom mottar. Kapittel 1 beskriver funn fra IPLOS-registeret relatert til personer med demenssykdom, mens kapittel 2 beskriver arbeidet med datakvalitet gjennom IPLOS diagnoseprosjekt.

IPLOS-registeret viser at mer enn to av tre av de som er registrert med demens var på langtids plass i institusjon, og andelen øker med økende alder. Blant yngre med demens bor nesten hver fjerde i kommunal bolig. Over 80 prosent av alle med demens som bodde hjemme hadde helsetjeneste i hjemmet, og 44 prosent hadde dagaktivitetstilbud.

Halvparten av de med demens er også registrert med hjerte- og karsykdom, og nærmere en fjerdedel har muskel- og skjelettlidelser. Personer med demens fungerer dårlig på dagligdagse husholdsfunksjoner og å ivareta egen helse, men noe bedre på egenomsorg og sosial fungering. Svært få av de med demens har individuell plan, og enda færre er registrert med koordinator.

I løpet av 2015 var 3673 personer ve de med registrert demens også registrert døde. De aller fleste er eldre personer, 86 prosent av døde med demens, var 80 år eller eldre. Gjennomsnittlig alder ved død var 87,2 år.

Mens det i 2015 var registeret 17 473 personer med demens i IPLOS-registeret, var det registrert 23 613 pasienter med demens hos fastlege fra HELFO sitt oppgjørssystem. Tilsvarende var det registrert 16 222 personer med demens i Norsk pasientregister. Demens og Alzheimer var årsak til 3020 dødsfall i 2014 viser statistikk fra Dødsårsaksregisteret.

1. TEMA: DEMENSSYKDOM

Kvinner utgjør flertallet av personer med demens, og andelen øker med alder. Langtidsopphold i institusjon er den vanligste tjenesten. De fungerer dårlig på dagligdagse husholdsfunksjoner og å ivareta egen helse, men noe bedre på egenomsorg og sosial fungering. Få av de med demens har individuell plan og koordinator. Gjennomsnittlig alder ved død er 87 år.

1.1 Innledning

Som følge av økt levealder og flere eldre vil tallet på personer med demens sannsynligvis fordobles de nærmeste 30-40 årene [1]. Men allerede nå medfører Alzheimers sykdom og andre demenssykdommer betydelige utfordringer. I beregninger av sykdomsbyrden i Norge kommer Alzheimers sykdom og andre demenssykdommer på tredjeplass av sykdommer som i størst grad påvirker befolkningens liv og helse [2]. Som følge av stadig økende levealder er også demens en økende årsak til død. Helt siden 1970-tallet har det vært en økning i dødsfall som skyldes demenssykdommer [3].

Demensplan 2020 fremhever at det er behov for økt kunnskap om demenssykdom. I dag finnes ikke årlig statistikk over hvor mange som er diagnostisert med demens, hvor mange nye tilfeller som forventes hvert år og hvor mange som vil bli rammet i framtiden [4]. I tillegg ønsker OECD også data for *formal long term care*, og IPLOS-registeret og et framtidig kommunalt pasient- og brukerregister er identifisert som primærkilde både for tjenestedata og sykdomsdata [5].

1.2 Datagrunnlag

Tabellene og figurene i kapitlet er basert på en datafil for 2015 fra IPLOS-registeret, med unntak av delkapitlet om andre registre. Tall fra IPLOS-registeret er registreringer gjennom året 2015, dersom annet ikke er angitt. Data fra IPLOS-registeret gir kunnskap om tjenestetilbud og -omfang for personer med demens. Diagnostisering skjer av lege – gjerne i

samarbeid med kommunens helse- og omsorgstjeneste. Opplysningene sendes, ved behov, til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Som kapittel 2 om datagrunnlaget viser, er det over flere år iverksatt tiltak for å forbedre rapporteringen av diagnoser generelt inn til IPLOS-registeret. I kapitlet vil vi benytte data for de som er registrert med demens i registeret. Vi har ikke kunnskap til om de registrerte er representative for hele gruppen personer med demens.

1.3 Alzheimer eller demens? Diagnose fra fastlege eller sykehus?

I allmennlegenes helsefaglige kodeverk ICPC-2 registreres Alzheimers og demenssykdom under kode P70. Som beskrevet i kapitlet om datakvalitet er flesteparten av diagnosekodene som rapporteres inn til IPLOS-registeret en ICPC-2-kode. Dette gjelder også for demenssykdom. Sykehusenes kodeverk ICD-10 har imidlertid en mer differensiert klassifikasjon av sykdomsgruppen. For statistikk fra IPLOS-registeret kodes ICD-10-diagnoser om til ICPC-2. Følgende ICD-10 koder er kodet til samlegruppen demens:

- F00: Demens ved Alzheimers sykdom
- F01: Vaskulær demens
- F02: Demens ved annen sykdom klassifisert annet sted
- F03: Annen og uspesifisert demens
- G30: Alzheimers sykdom

For 2015 er det i alt 19 185 registreringer med diagnosekode for demens. Registreringene knyttes til 17 473 unike personer. Én person kan ha flere registreringer blant annet fordi diagnoseopplysninger kommer både fra fastlege og sykehus. 88 prosent av registreringene er på P70 fra ICPC som rapporteres fra allmennlegene, enten ved sykehjem eller fra fastlegen. Resterende fordeler seg på de ulike ICD-10-kodene fra spesialisthelsetjenesten.

Tabell 1.1 Antall registreringer med demens i IPLOS, etter diagnosekode. 2015

Kodeverk	Diagnosekode		Antall registreringer
ICPC-1 og -2	P70	Demens	16867
ICD-10	F00	Demens ved Alzheimers sykdom	808
	F01	Vaskulær demens	420
	F02	Demens ved annen sykdom klassifisert annet sted	170
	F03	Annen og uspesifisert demens	235
	G30	Alzheimers sykdom	685
I alt			19185

Kilde: IPLOS-registeret

1.4 Hvem har demens?

Det er langt flere kvinner enn menn som er rapportert med en demenssykdom i IPLOS-registeret. I alt er 70 prosent kvinner og 30 prosent menn, men kjønnsfordelingen er svært avhengig av alder. For personer med demens under 67 år er det omtrent like mange kvinner som menn som er rapportert med demens til registeret. Andelen kvinner stiger imidlertid med alder, og for personer med demens over 90 år er 80 prosent kvinner. Dette henger blant annet sammen med at kvinner lever lengre enn menn. Kvinner er ofte yngre enn sine ektefeller. De overlever som regel sine ektefeller og de er i overtall som beboere i sykehjem. Andelen kvinner blant yngre personer med demens er den samme som ble funnet i en tidligere undersøkelse om ressursforbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC, utvalg 1) [6], mens andelen kvinner i de høyere aldersgruppene er høyere i IPLOS-registeret.

Antallet yngre registrert med demens i IPLOS-registeret er lavt sammenlignet med andre kilder. I forrige diagnoserapport fra IPLOS-registeret ble det sammenlignet med estimater fra Alzheimer Europe på aldersfordeling over forekomst av demens i Norge. Disse anslår at det finnes over 4000 tilfeller av demens blant personer under 65 år i Norge. Underrapportering til IPLOS-registeret er én årsak til differansen mellom kildene, men det er også mulig at yngre personer med demens, enten i mindre grad er avhengige av kommunale tjenester, eller i større grad har andre typer offentlige tjenester som ikke fanges opp i IPLOS-registeret. Det vil også være personer med demens som kunne hatt behov for tjenester, men personen selv eller pårørende ikke har kontaktet de kommunale tjenestene eller søkt om tjenester.

Tabell 1.2 Antall personer med demens registrert i IPLOS, etter alder og kjønn. 2015

	Total	Andel kvinner	Andel menn
18-66 år	521	52 %	48 %
67-79 år	3355	59 %	41 %
80-89 år	8503	69 %	31 %
90 år og eldre	5094	80 %	20 %
I alt	17473	70 %	30 %

Kilde: IPLOS-registeret

1.5 Bor de hjemme, i omsorgsbolig eller på institusjon?

Langtidsopphold ved institusjon er mest vanlig for personer med demens. Mer enn to tredeler hadde registrert langtidsopphold ved institusjon i 2015. 12 prosent av personene med demens hadde vedtak om bolig, enten omsorgsbolig eller annen bolig. Noen av disse kan ha hatt både bolig og langtidsopphold ved institusjon i løpet av året.

Sannsynligheten for at personer med behov for omsorgstjenester har institusjonsplass øker med alderen. Dette gjelder også for personer med demenssykdom. Mens halvparten av personer med demens i aldersgruppen 18-66 år hadde langtidsplass i sykehjem eller aldershjem, var fire av fem blant de eldste med demens i langtidsopphold på institusjon.

Sannsynligheten for at personer med demens får tildelt bolig øker ikke med alderen. Mens 23 prosent av de yngste hadde tildelt bolig i løpet av 2015, var andelen personer med demens i bolig 14-15 prosent for aldersgrupper over 67 år. Naturlig nok er det færre som bor i eget hjem ved høyere alder. Mens hver fjerde bodde i privat bolig fram til 80 års alder var andelen bare 6 prosent for de aller eldste med demens.

Tabell 1.3 Antall personer med demens, etter bosituasjon og alder. 2015

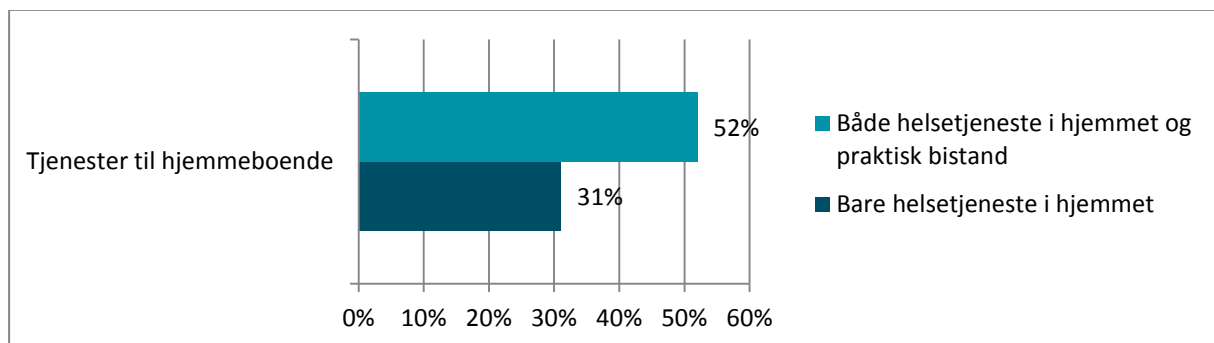
	Institusjon (langvarig opphold i institusjon)	Bolig (vedtak om omsorgsboli g eller annen bolig)	Bor i privat bolig	Andel i institusjon	Andel i bolig	Andel i privat bolig
18-66 år	272	121	128	52 %	23 %	25 %
67-79 år	2 044	484	827	61 %	14 %	25 %
80-89 år	5 653	1 262	1 588	66 %	15 %	19 %
90 år og eldre	4 034	757	303	79 %	15 %	6 %
I alt	12 003	2 624	2 846	69 %	15 %	16 %

Kilde: IPLOS-registeret

1.6 Helsetjenester i hjemmet og dagaktivitetstilbud

Hos hjemmeboende personer med demenssykdom er helsetjenester i hjemmet den vanligste tjenesten. Helsetjenester i hjemmet inkluderer hjemmesykepleie og annen helsehjelp som ytes til hjemmeboende. Mer enn 80 prosent av alle med demens som ikke var på langtidsopphold i institusjon hadde helsetjeneste i hjemmet, enten med eller uten praktisk bistand i tillegg.

Figur 1.1 Andel hjemmeboende personer med demens, etter tjenestetype. 31.12.2015



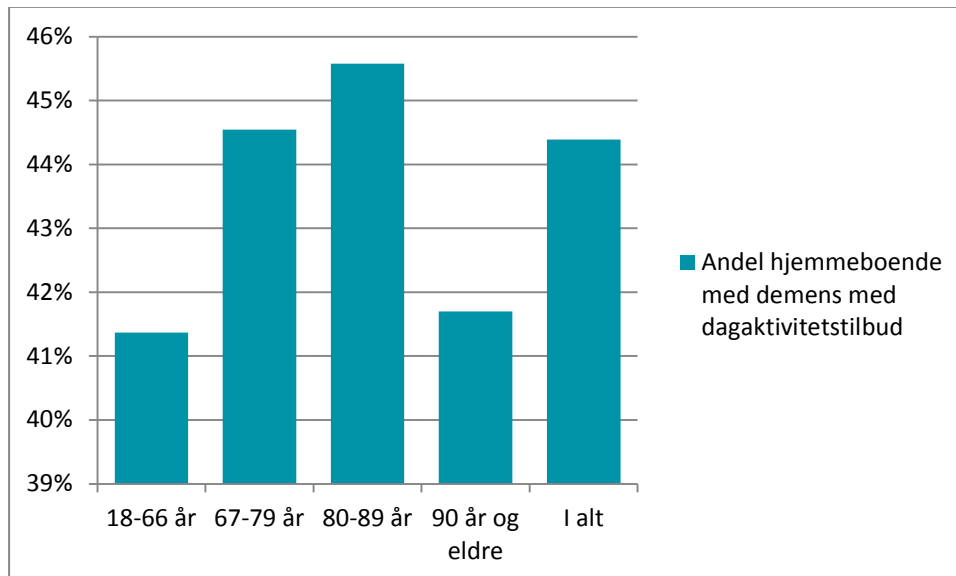
Kilde: IPLOS-registeret

Et mål i Demensplan 2020 er at personer med demens skal få muligheter til å leve et aktivt liv, og at pårørende skal gis støtte og avlastning. Dagaktivitetstilbud er en kommunal tjeneste som skal stimulere og aktivisere hjemmeboende personer med demens, gi gode opplevelser og meningsfulle hverdager. I tillegg skal det bidra til nødvendig avlastning for de nærmeste pårørende. Når Demensplan 2020 er gjennomført skal kommunene ha en lovfestet plikt til å tilby et tilrettelagt dagaktivitetstilbud for personer med demens. [7]

Nasjonal kartlegging av kommunenes tjenestetilbud i 2014 har vist at 71 prosent av kommunene ga tilbud om dagaktivitetstilbud for personer med demens og at det da var 6300 personer som fikk tilbudet [8]. Innhold og formål i de kommunale dagaktivitetstilbudene vil kunne variere, både ut fra hvilket bistandsnivå de som skal motta tilbudet har og lokale forhold. Dagaktivitetstilbud som skal rapporteres til IPLOS er basert på individuelle vedtak om tjenester og skal rapporteres med timetall per uke. Det skal ikke inkluderes lavterskeltilbud/åpne kommunale tilbud der personer kan komme og gå uten avtaler.

44 prosent av hjemmeboende personer med registrert demensdiagnose i IPLOS mottok dagaktivitetstilbud i løpet av 2015. Andelen varierer litt mellom aldersgruppene, med 46 prosent i aldersgruppen 80-89 år og 41 prosent blant de under 66 år.

Figur 1.2 Andel hjemmeboende personer med demens med dagaktivitetstilbud, etter alder. 2015



Kilde: IPLOS-registeret

1.7 Hvilke andre sykdommer har de?

Personer med demenssykdom er i hovedsak eldre mennesker og sannsynligheten for å ha andre lidelser øker med alder. Blant de 17 473 personene med demens som er funnet i dette materialet er bortimot halvparten også registrert med hjerte- og karsykdom. Nærmere en fjerdedel har muskel- og skjelettlidelser.

Tabell 1.4 Utvalgte øvrige sykdomsgrupper for personer med demens. 2015 (n=17 473)

Øvrige diagnosegrupper	Antall personer	Andel av personer med demens
Hjerte- og kar	7805	45 %
Muskel- og skjelettlidelser	3984	23 %
Nevrologiske lidelser	3183	18 %
Psykiske lidelser	2585	15 %
Brudd	1880	11 %
Diabetes	1859	11 %
Lungelidelser	1599	9 %
Kreft	1394	8 %

Kilde: IPLOS-registeret

Også her er det sannsynlig at underdiagnostisering og manglende rapportering av diagnoser i IPLOS forårsaker en underestimert omfang. Det er også usikkerhet knyttet til

mangelfull rapportering av datosettinger som gir informasjon om varighet/gyldighet for diagnoser som ikke er vedvarende. Dette medfører at for sykdommer som ikke er kroniske er det usikkert om diagnosene er gyldige gjeldende år, eller om de henger igjen fra tidligere år.

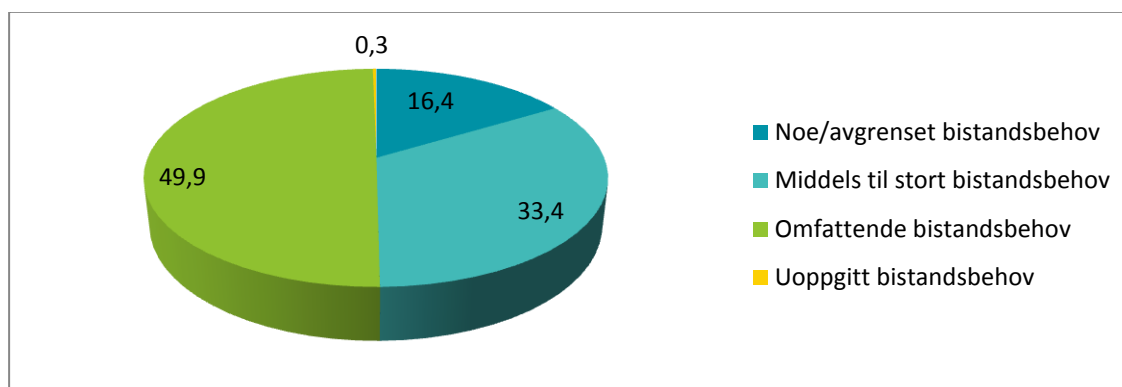
1.8 Demens og kartlegging av kognitiv svikt

Alle mottakere av omsorgstjenester gjennomgår en funksjonskartlegging. Denne inneholder 17 spørsmål om funksjonsnivå på ulike områder knyttet til dagliglivet [9]. To kognitive forhold som kartlegges er hukommelse og kommunikasjon. Disse er beskrevet som [10]:

Variabel:	Beskrivelse:
Hukommelse	Har behov for bistand/assistanse til å huske nylig inntrufne hendelser. Finne fram i kjente omgivelser. Være orientert for tid og sted, gjenkjenne kjente personer, huske avtaler og viktige hendelser den siste uken.
Kommunikasjon	Har behov for bistand/assistanse til å kommunisere med andre personer. Med kommunikasjon menes å forstå og uttrykke seg verbalt/nonverbalt, evt. ved bruk av kommunikasjonsutstyr, tolk og teknikker.

De to variablene slås i statistikkproduksjon vanligvis sammen til ett funksjonsmål for kognitiv svikt. Personer med demens forventes å være registrert med vesentlige bistandsbehov på funksjonsmålet kognitiv svikt, altså at de skårer høyt på skalaen som går fra 1 til 5 hvor 5 angir at personen har for fullt behov for personbistand til de gjeldende aktivitetene. Statistikken viser imidlertid at «kun» halvparten av de med demens har omfattende bistandsbehov når det gjelder kognitiv svikt. En ytterligere nedbrytning av tallene viser at det skåres høyt på variabelen hukommelse, mens mange har lavere skår på variabelen kommunikasjon.

Figur 1.2 Bistandsbehov for personer med demens, etter kognitiv svikt. 2015. Prosent (n=13 439)¹



Kilde: IPLOS-registeret

1.9 Demens og kartlegging av sosial fungering, egenomsorg m.m.

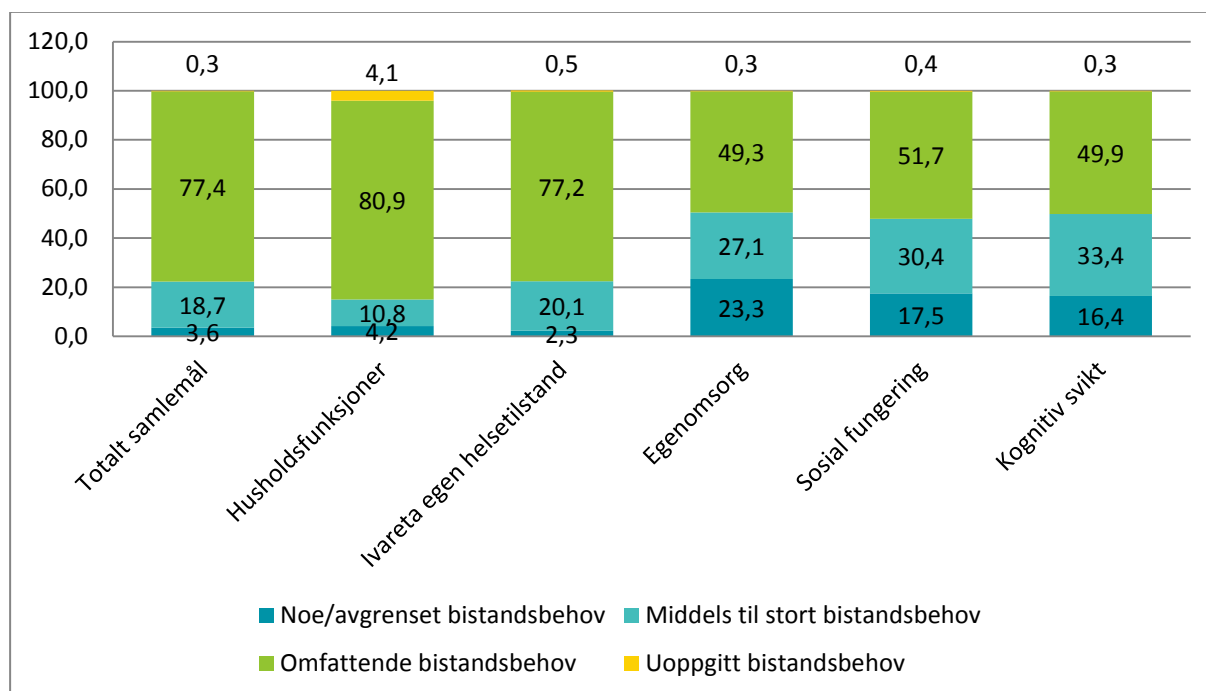
Ut over kognitiv svikt kartlegges tjenestemottakernes funksjon på områdene *sosial fungering, egenomsorg, husholdsfunksjoner* og å *ivareta egen helsetilstand*. 15 av 17 variabler i behovskartleggingen regnes inn i et samlemål som i statistikken blir brukt til å uttrykke samlet bistandsbehov.

De aller fleste personer registrert med demens fungerer dårlig i dagligdagse aktiviteter som å utføre vanlig husarbeid, å skaffe seg varer og å lage mat. De skårer dårlig på disse variablene som ligger til grunn for funksjonsmålet *husholdsfunksjoner*. Her er 81 prosent av demente registrert med omfattende bistandsbehov. De skårer også dårlig på variabelen å *ivareta egen helse*, hvor 77 prosent har omfattende bistandsbehov.

Noen flere av personene med demens klarer seg selv når det gjelder områdene *sosial fungering* og *egenomsorg* – om lag halvparten har omfattende bistandsbehov på disse to funksjonsmålene. *Sosial fungering* inkluderer aktivitetene sosial deltakelse, beslutninger i dagliglivet og å styre egen atferd. Funksjonsmålet *egenomsorg* omfatter seks aktiviteter som gjelder personlig hygiene, på- og avkledning, spising, toalett, bevege seg innendørs og bevege seg utendørs.

¹ Grunnlaget for figuren er de 13 439 personene som var registrert med vedtak om tjeneste per 31.12. 2015.

Figur 1.3 Bistandsbehov for personer med demens, etter 5 funksjonsmål. 2015 Prosent (n=13 439)²



Kilde: IPLOS-registret

1.10 Koordinator og individuell plan

Individuell plan (IP)/koordinator

Mange personer med demens har et sammensatt sykdomsbilde med nedsatt funksjonsevne og kognitiv svikt. Det innebærer behov for flere og koordinerte tverrfaglige tjenester, og mange har dermed rett til å få utarbeidet en individuell plan (IP). Uavhengig av om de ønsker IP, skal pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester tilbys koordinator i kommunen og/eller i spesialisthelsetjenesten. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient og bruker, samordning av tjenestetilbudet og framdrift i arbeidet med en eventuell IP.

Kilde: Demensplan 2020

Registrering av opplysninger for koordinator og individuell plan for IPLOS-registret skal følge gjeldende veiledning [10]:

Registreringen viser om søker/tjenestemottaker har fått utarbeidet individuell plan. Dette er en rettighet tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester har, for å sikre et koordinert tjenestetilbud. For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal kommunene tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

² Grunnlaget for figuren er de 13 439 personene som var registrert med vedtak om tjeneste per 31.12. 2015.

En virksom plan forstås som at:

- tjenestemottaker har fått oppnevnt koordinator
- planarbeidet er igangsatt
- planen er i bruk som et aktivt verktøy for å koordinere tjenesteytingen til bruker
- den er under kontinuerlig evaluering

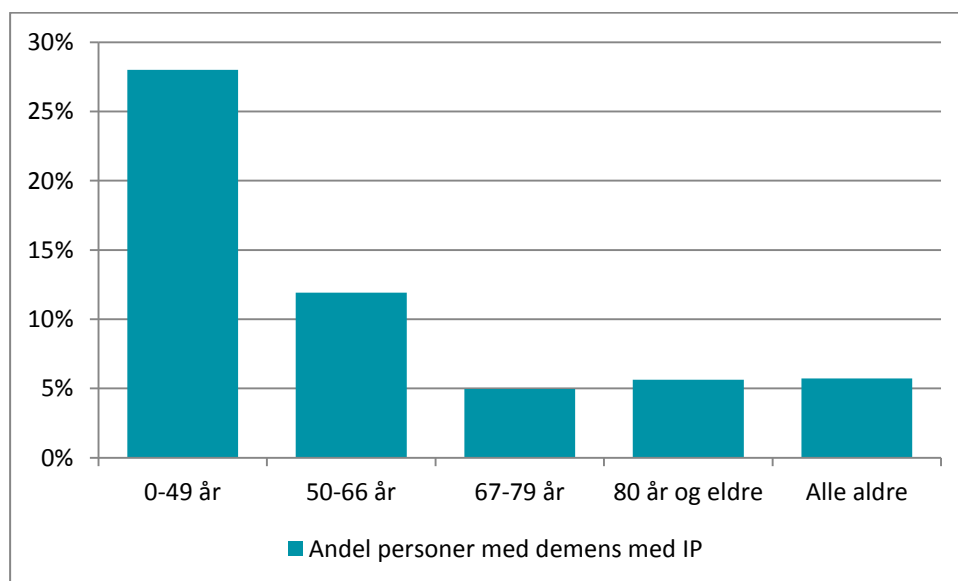
Av de 17 473 personene med demenssykdom i IPLOS-registeret er det svært få som har individuell plan, bare 6 prosent. Dette er lavere enn andelen for alle tjenestemottakere samlet som er på 9 prosent for 2015. Hver femte person med demens er registrert som «ikke relevant» til å ha individuell plan. Det foreligger ingen opplysninger om hva som ligger til grunn for disse vurderingene. Individuell plan er imidlertid mer vanlig blant yngre personer med demens. For de under 50 år hadde 28 prosent individuell plan, mens andelen synker med økende alder.

Tabell 1.5 Antall personer med demens med individuell plan. 2015

	Antall	Andel
Ja, virksom plan	1000	6 %
Nei	12841	73 %
Ønsker ikke individuell plan	60	0 %
Ikke relevant	3238	19 %
Uoppgitt	334	2 %
Personer med demens i alt	17473	100 %

Kilde: IPLOS-registeret

Figur 1.4 Andel personer registrert med demens med individuell plan, etter alder. 2015



Kilde: IPLOS-registeret

Enda færre er det som har oppnevnt koordinator – bare 2 prosent av personer med demens var registrert med koordinator. Det er mange som ikke er registrert på denne variabelen. Det kan skyldes at den er nyere enn variabelen for individuell plan. Det tar erfaringsmessig tid før kommunene får dekkende registreringer på nye variable.

Tabell 1.6 Antall personer med demens med koordinator. 2015

	Antall	Andel
Ja	337	2 %
Nei	3976	23 %
Ikke relevant	2565	15 %
Uoppgitt	10595	61 %
Personer med demens i alt	17473	100 %

Kilde: IPLOS-registeret

1.11 Dødsfall blant personer med demens

Av de 17 473 personene som var registrert med demens i IPLOS-registeret var 3673 personer registrert døde med dødsdato i løpet av 2015. De aller fleste er eldre personer, 86 prosent av døde med demens var 80 år eller eldre. Gjennomsnittlig alder ved død var 87,2 år, med et spenn fra 50 til over 100 år. I 2015 var gjennomsnittsalderen for dødsfall blant menn og kvinner i befolkningen som helhet henholdsvis 76,2 og 82,2 år [11].

Det er imidlertid viktig å presisere at det kan være skjevheter i datagrunnlaget knyttet til både underrapportering av diagnoser fra kommunene til registeret, og manglende diagnostisering av personer med demens. I tillegg fanger registeret ikke opp personer med demens som lever kun med andre offentlige tjenester som ikke rapporteres inn til IPLOS-registeret.

Tabell 1.7 Antall personer med demens, etter død og alder. 2015

	Antall personer registrert død i 2015	Andel
50-66 år	36	1 %
67-79 år	457	12 %
80-89 år	1669	45 %
90 år og eldre	1511	41 %
I alt	3673	100 %
Gjennomsnittlig alder ved død	87,2 år	

Kilde: IPLOS-registeret

Demens registreres også som dødsårsak i Dødsårsaksregisteret. Av de som var registrert med demens som årsak til død i 2014 var 89 prosent 80 år eller eldre [12]. I Dødsårsaksregisteret registreres imidlertid diagnosen man dør av, i motsetning til i IPLOS-registeret hvor det er diagnoser man lever med som registreres. I en annen studie om vekttap og demens fra Folkehelseinstituttet måles gjennomsnittsalderen ved død for demente til 76,9 år. Denne studien bygger imidlertid kun på undersøkelser av personer født i perioden 1925-1945 [13].

1.12 Andre registre om demens

1.12.1 KUHR-registeret

I KUHR-registeret (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner) registreres alle refusjonskrav sendt fra helsepersonell til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO). Helse direktoratet er ansvarlig for KUHR.

I 2015 var det registrert 23 613 pasienter med demensdiagnosen P70 som hadde hatt en eller flere kontakter med fastlege. Antallet har vært økende de siste årene med 15 prosent flere i 2015 enn det var i 2011. Til sammen behandlet HELFO 131 685 regninger fra fastlegene for disse pasientene i 2015.

Tilsvarende var det 7 228 pasienter med registrert demens i psykiatriske poliklinikker i spesialisthelsetjenesten. Veksten i antall pasienter per år har vært noe mindre enn hos fastlegen, med 5 prosent for perioden 2011-2015. I alt ble det behandlet 18 328 regninger knyttet til demenspasienter fra psykiatriske poliklinikker i HELFO.

Tabell 1.8 Antall pasienter med demensdiagnose hos fastlege og poliklinikk. 2011-2015³

	A	B	C	D
År	Antall pasienter fastlege	Pasienter kun poliklinikk, ikke P70 fra fastlege	Antall pasienter i psykiatrisk poliklinikk totalt	Antall pasienter med demens i alt (A+B)
2011	20 452	3 134	6 876	23 586
2012	21 216	2 936	6 587	24 152
2013	22 021	2 989	7 063	25 010
2014	23 046	2 911	7 170	25 957
2015	23 613	2 481	7 228	26 094
Endring 2011-2015	15 %	-21 %	5 %	11 %

Kilde: KUHR, Helse direktoratet

³ Fra fastlege er det P70 fra ICPC-2 benyttet, mens i poliklinikk er demens definert ved F00, F01, F02, F03 og G30 fra ICD-10

Mange av pasientene er registrert både fra fastlege og poliklinikk. I 2015 var det 2911 personer registrert med demens fra poliklinikk som ikke ble registrert med demens fra fastlege. Til sammen var det dermed 26 094 unike personer med demenssykdom som hadde vært i kontakt med fastlege og/eller psykiatrisk poliklinikk i 2015.

1.12.2 Norsk pasientregister (NPR)

Norsk pasientregister (NPR) inneholder opplysninger om alle pasienter som venter på eller har fått behandling i spesialist-helsetjenesten. I NPR registreres hoved- og tilleggstilstander som er relevante for kontakten med spesialisthelsetjenesten. I 2015 var 16 222 pasienter registrert med demensdiagnose og det har vært en nedgang siden 2011. Her er både diagnosene demens (F00-F03) og Alzheimers sykdom (G30) inkludert. I perioden 2011-2015 var det i alt registrert 55 955 unike personer/pasienter med demensdiagnose i NPR.

Tabell 1.9 Antall pasienter med demensdiagnose i spesialisthelsetjenesten, etter omsorgsnivå. 2011-2015

År	Antall pasienter*	Omsorgsnivå		
		Døgnopphold	Dagbehandling	Poliklinisk konsultasjon
2011	17 046	15 285	1 900	20 508
2012	16 969	14 400	1 129	20 992
2013	16 820	14 068	1 292	21 183
2014	16 524	13 193	1 013	22 041
2015	16 222	12 596	879	22 406
2011-2015**	55 955			

Kilde: NPR, Helsedirektoratet

*En pasient kan være registrert flere år og flere omsorgsnivå. ICD-10 kodene er inkludert både som hoved- og bitilstand.

**Antall unike personer med demens i perioden.

De aller fleste med demensdiagnose er registrert enten med Alzheimers sykdom (G30) eller Annen og uspesifisert demens (F03), se tabell 1.10.

Tabell 1.10 Antall pasienter med demensdiagnose i spesialisthelsetjenesten, etter diagnose. 2011-2015⁴

År	Demens ved Alzheimers sykdom (F00)	Vaskulær demens (F01)	Demens ved sykdommer klassifisert annet sted (F02)	Annen og uspesifisert demens (F03)	Alzheimers sykdom (G30)
2011	3 144	1 838	383	6 547	4 139
2012	2 982	1 657	395	6 637	3 741
2013	3 078	1 534	412	6 673	3 748
2014	3 340	1 675	504	6 486	4 006
2015	4 524	2 077	750	7 080	5 812

Kilde: NPR, Helsedirektoratet

1.12.3 Dødsårsaksregisteret

I Dødsårsaksregisteret [12] var det registrert til sammen 3201 dødsfall som skyldtes Alzheimers sykdom og andre demenssykdommer i 2015, og antallet har vært økende de siste fem årene. Antall demensdødsfall per 100 000 innbyggere økte fra 41 til 53 i løpet av de fem siste årene. Folkehelseinstituttet forklarer dette med en kombinasjon av økende levealder, slik at flere får en demenssykdom, nedgang i andre dødsårsaker og ikke minst at legene er blitt mye flinkere til å føre opp alvorlig demenssykdom på dødsmeldingen. [14]

Tabell 1.11 Antall dødsfall med demens og Alzheimers som dødsårsak, etter diagnose. 2010-2014

		2011	2012	2013	2014	2015
Demens (F01,03)	Antall dødsfall	1 718	1 969	1 979	2 158	2 335
	Per 100 000 innbyggere (Eurostat standardisert rate)	41,2	46,8	46,5	49,9	53,3
Alzheimers sykdom (G30)	Antall dødsfall	790	800	761	866	866
	Per 100 000 innbyggere (Eurostat standardisert rate)	19,2	19,2	18	20,4	20

Kilde: Dødsårsaksregisteret, Folkehelseinstituttet

1.12.4 Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten (NorKog)

I NorKog [15], som er ett av 52 nasjonale kvalitetsregistre, er det registrert 5600 pasienter fra 27 senter i spesialisthelsetjenesten. Gjennomsnittlig alder på pasientpopulasjonen er 73 år og 54 prosent er kvinner. I registeret finnes kliniske data herunder opplysninger om kognitiv funksjon etter den kognitive testen Mini mental status (MMSE). Databehandlingsansvarlig for registeret er Oslo universitetssykehus HF.

⁴ Fra fastlege er det P70 fra ICPC-2 benyttet, mens i poliklinikk er demens definert ved F00, F01, F02, F03 og G30 fra ICD-10

1.12.5 Det svenske demensregisteret (SveDem)

I motsetning til det norske demensregisteret, som inneholder opplysninger fra enheter i spesialisthelsetjenesten, har det svenske demensregisteret (SveDem) opplysninger både fra primærhelsetjenester og kommuner. SveDem inneholder opplysninger om 56 683 personer [16]. Pasientene i SveDem har en gjennomsnittsalder på 79 år og 59 prosent er kvinner. 92 prosent bor i eget hjem. Ca. 60 prosent har Alzheimers sykdom [17]. Majoriteten av pasientene er i en tidlig fase av sykdommen. SveDem viser at demensdiagnosen er sentral. Diagnosen gjør at pasientene i tillegg til adekvat medisinsk behandling også mottar andre tjenester som for eksempel dagaktivitetstilbud (dagverksamhet). Ved grunnregistreringen har ca. 3 prosent av pasientene dagaktivitetstilbud, noe som øker til ca. 20 prosent ett år senere.

1.13 Oppsummering

I alt fem norske registre med opplysninger om personer med demenssykdom er beskrevet i dette kapitlet: IPLOS-registeret, KUHR-registeret (HELFO), Norsk pasientregister (NPR), Dødsårsaksregisteret og Norsk Demensregister. Registerne er opprettet på ulike tidspunkter og har til dels ulike formål, men har til felles at de kan gi kunnskap om blant annet personer med demenssykdom. De kan si noe om hvilke tjenester som mottas, til hvilken tid og i hvilket omfang, hvor lenge personene lever, hvilke andre sykdommer de er i kontakt med helsetjenesten for, hva de til slutt dør av og hvor de dør.

En sammenstilling av registerne vil også kunne gi flere svar på spørsmål om utbredelsen av demens, basert på personer som er diagnostisert. Dette kan kun gjøres ved koblinger av registerne på individnivå siden personer vil være registrert med diagnosen ulike eller flere av registerne. Eldre hjemmeboende med demens kan være diagnostisert hos fastlegen, yngre hjemmeboende har i tillegg vært utredet i spesialisthelsetjenesten, mens eldre på sykehjem kan få stilt en diagnose av sykehjemslegen. Med dagens registerstruktur vil opplysningen om diagnose havne i tre ulike nasjonale helseregistre, henholdsvis KUHR, NPR og IPLOS.

Med et nytt kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) skal IPLOS-registeret og KUHR innlemmes i ett register og nye opplysninger fra kommunene skal etter hvert samles inn. Dette vil gi muligheter til mer informasjon og kunnskap om tjenesteytingen og pasientforløpene til personer med demenssykdom.

2. IPLOS DIAGNOSEPROSJEKT OG DATAKVALITET

Gjennom IPLOS diagnoseprosjekt har Helsedirektoratet undersøkt årsaker til manglende diagnoseopplysninger i registeret, samt iverksatt tiltak for økt registrering og innrapportering. Dekningsgraden for diagnose har økt over år og i 2015 hadde hver tredje person i registeret en eller flere diagnoseopplysninger. Diagnosene er i hovedsak fra allmennleger.

2.1 Bakgrunn og formål

Prosjektet med å forbedre innrapportering av diagnoser til IPLOS-registeret startet i 2013. Tidligere arbeid er dokumentert i rapportene «Diagnoser i IPLOS-registeret. Et forprosjekt med kommunene Harstad, Stange og Sandefjord» [18] og «Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester. Data fra IPLOS-registeret» [19].

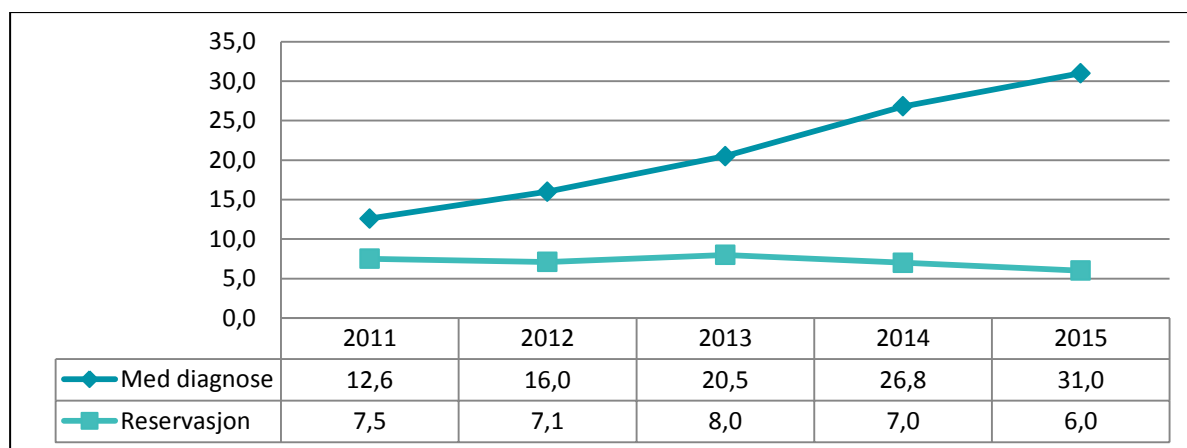
Det langsiktige målet er at IPLOS-registeret skal inneholde relevante diagnoser for alle mottakere av omsorgstjenester i kommunene. Prosjektet er et ledd i å nå det langsiktige målet. Ønsket effekt er:

- 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

2.2 Utvikling i datakvalitet

Datakvalitet for alle variabler i registeret dokumenteres årlig i rapporten «Kvalitet i IPLOS-registeret» [20]. Rapporten om datakvalitet har som formål å måle logiske avvik i henhold til gjeldende kravspesifikasjon for registeret. Dette betyr at feil bruk av koder avdekkes, mens manglende innrapporteringer ikke avdekkes her. De siste par årene er det imidlertid supplert med tilleggsinformasjon for diagnose spesifikt, se rapportens tabell 5a, siden hovedutfordringen når det gjelder diagnoseopplysninger er manglende rapportering.

Figur 2.1 Andel tjenestemottakere med registrert diagnose i IPLOS-registeret. Per 31.12. Prosent



Tabell 2.1 Antall mottakere registrert med diagnose i IPLOS-registeret, 2014 og 2015. Per 31.12.⁵

	2014	2015	Endring 2014-2015
Hjerte- og kar	28 051	33 797	20 %
Psykiske lidelser og rus	21 686	24 767	14 %
Nevrologiske lidelser	17 576	20 908	19 %
Muskel- og skjelett lidelser	15 496	18 649	20 %
Demens	11 097	13 439	21 %
Psyk.utv. hemming	10 670	12 630	18 %
Diabetes	7 980	9 635	21 %
Andre ofte aldersrelaterte diagnoser	7 849	9 576	22 %
Lungelidelser	7 475	9 532	28 %
Brudd	6 347	7 929	25 %
Kreft	5 489	7 105	29 %

⁵ I tillegg til de spesifiserte diagnosegruppene er det diagnoser som ikke er plassert i gruppe (n=43 319).

Av alle som var registrert med en tjeneste per 31.12.2015 hadde 31 prosent opplysninger om diagnose. Andelen har økt årlig siden 2011 da 12 prosent av tjenestemottakerne var registrert med diagnose. Andelen tjenestemottakere som har reservert seg mot innsending av diagnoseopplysninger har vært ganske stabil og var i 2015 på 6,9 prosent. I 2015 er det flere registreringer på alle diagnosegrupper sammenlignet med 2014.

2.3 Tiltak/arbeid med datakvalitet

Tiltakene som er gjennomført med sikte på forbedring av innrapportering av diagnoser til IPLOS-registeret kan oppsummeres i følgende:

Informasjon til kommunene

Helsedirektoratet har ulike kanaler for generell informasjon ut til og dialog med kommunene:

- Det sendes ut nyhetsbrev fra registeret til alle IPLOS kontaktpersoner i alle kommuner. Utsendingen skjer fire ganger i året. I nyhetsbrevet informeres det om behovet for forbedring av rutiner for utveksling og registrering av diagnoseopplysninger i kommunene.
- Videre er det i 2016 gjennomført IPLOS temadager for alle kommuner. Dette er dagskonferanser som arrangeres fylkesvis hvor alle kommuner i de respektive fylkene har mulighet til å delta. Helsedirektoratet har ansvaret for store deler av programmet og informerer om Helsedirektoratets arbeid med og resultater fra IPLOS-registeret. Informasjon om diagnoseprosjektet har vært fast innslag.
- Informasjon på nett: Veilederen for IPLOS og annen informasjon ligger tilgjengelig på IPLOS nettsider <https://helsedirektoratet.no/iplos-registeret>
- Ut over dette har Helsedirektoratet løpende kontakt med kommuner som tar kontakt.

Helsedirektoratet har i tillegg tatt kontakt med kommuner som har manglende innrapportering av diagnoser. Dette gjelder blant annet Stavanger kommune som for 2014 ikke hadde noen diagnoseopplysninger i registeret. Årsaken viste seg å være at kommunen ikke hadde en oppdatert versjon av EPJ/fagsystemet. Etter oppdatering til nyere versjon ble datafil for 2015 sendt inn til SSB og denne inneholdt diagnoseopplysninger. Helsedirektoratet har også vært i kontakt med Oslo kommune hvor variasjonen mellom bydelene, målt i hvor stor andel innrapportering de har, er stor.

Fagsystemer i kommunene

Det er i dag tre store EPJ/fagsystemer i kommunene; Acos, Geric og Profil.

Helsedirektoratet har årlige møter med leverandørene av systemene. I diagnoseprosjektet

ble det avdekket at ett av systemene fortsatt har en ekstra avhuking som gjør at diagnoser ikke sendes inn dersom avhukingen ikke er foretatt. Det kan dermed ligge diagnoser i fagsystemet lokalt hos kommunen som ikke sendes inn til registeret selv om det ikke foreligger reservasjon fra tjenestemottaker. Ifølge leverandøren av det gjeldende systemet skal avhukingen skal være borte i neste versjon av fagsystemet.

Feilmeldinger til kommunene

Etter innsending av datafil fra kommunene til SSB i januar/februar sender SSB ut feilmeldinger til kommunene. Dette er feilmeldinger som genereres automatisk på grunnlag av logiske kontroller på den innsendte filen. Dersom ugyldig diagnosekode er sendt inn vil kommunen få tilbake feilmelding om dette.

2.4 Grunnlaget for diagnoser

Innrapportering av diagnoseopplysninger til registeret kan skje enten etter Internasjonal Classification of Primary Care (ICPC-1, ICPC-2) eller International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). ICPC benyttes av allmennleger, mens ICD benyttes av leger i spesialisthelsetjenesten. Se nærmere om spesifisering for innrapportering av diagnoseopplysninger i «IPLOS-registeret. Veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester» [10]. I tillegg til variabel for diagnosekode er det også en variabel som spesifiserer type klassifisering.

Majoriteten av diagnosene blir sendt fra allmennlege, enten fastlege eller sykehjemslege, til tjenestene. I registeret er 82 prosent av diagnosene etter kodeverket ICPC-2 og 2 prosent etter ICPC-1. Mange av mottakerne har hatt sammenhengende tjenester i mange år og det er derfor naturlig at det og så vil være noen ICPC-1-koder selv om ICPC-2 ble innført fra 1. juli 2004.

Tabell 1.3 Antall registreringer i IPLOS-registeret, etter type helsefaglig kodeverk. 2015

Kodeverk	Antall registreringer med diagnose	Andel
ICPC-1	8 153	2,1 %
ICPC-2	325 095	82,0 %
ICD-10	61 597	15,5 %
Uoppgitt/ugyldig	1 479	0,4 %
I alt	396 324	100 %

Ved utarbeidelse av statistikk kan ICPC-1 og ICD-10 kodes om til ICPC-2. Ansvaret for vedlikehold og utvikling av helsefaglige kodeverk i Norge ligger hos Direktoratet for e-helse. De utformer også omkodingskataloger mellom kodeverkene. I denne rapporten er omkoding til ICPC-2 gjort før utarbeidelse av statistikk for diagnosegrupper.

2.5 Muligheter og forbehold i bruk av diagnoseopplysninger

Hvordan diagnoseopplysningene fra IPLOS-registeret kan benyttes i statistikk og analyser vil være avhengig av formålet for den enkelte analyse. Gjennom arbeid med IPLOS diagnoseprosjekt vil Helsedirektoratet peke på enkelte forbehold som må tas hensyn til i utvikling og bruk av diagnosestatistikk:

- Diagnoseopplysningene kan ikke direkte kobles til årsak til bistandsbehovet annet enn at veileder legger føringer om at det er kun diagnoser som er relevante for tjenestebehovet som skal rapporteres.
- Det kan rapporteres flere diagnoser per person og de blir ikke merket med hoved- eller bidiagnoser.
- Til-dato for diagnoseregistreringene blir i dag dårlig vedlikeholdt av kommunene. En sykdom som ikke lengre er gyldig vil derfor fortsatt ligge i registeret også i de nyere årgangene. Dette gir stor usikkerhet om riktigheten ved diagnoser som ikke er permanente og kroniske.

Brukergrupper i statistikk

Det finnes studier hvor brukergrupper i omsorgstjenestene er kartlagt og enkelte brukergrupper vil være utledet fra en diagnose. Eksempelvis har SSB kartlagt hjemmetjenestens målgrupper [21]. Målgruppene ble der definert som:

- Personer med demens
- Personer i alderen 0 - 66 år med fysiske begrensninger grunnet funksjonshemming, skade, eller somatisk sykdom
- Personer 67 år eller over, med fysiske begrensninger grunnet alder, funksjonshemming, skade eller somatisk sykdom
- Personer med utviklingshemming
- Personer med psykiske lidelser
- Personer med rusproblemer
- Personer med dobbelt-/multidiagnose
- Annen målgruppe
- Ingen målgruppe

SSBs kartlegging handlet om hvilke målgrupper virksomheter i hjemmetjenesten var rettet mot. Hver virksomhet kunne ha flere målgrupper. Totalt var 45 prosent av virksomhetene i hjemmetjenestene rettet mot personer med utviklingshemming. I tillegg hadde en tredjedel av virksomhetene som var rettet mot utviklingshemmede denne brukergruppen som eneste brukergruppe.

I analyse for Oslo kommune brukes en grovere inndeling av brukerne for å kartlegge utgifter til ulike brukergrupper i omsorgstjenestene. Agenda Kaupang [22] deler brukere inn i tre grupper:

- Eldre mm.
- Funksjonshemmede
- Brukere innen psykisk helse

For Oslo som helhet var netto driftsutgifter til pleie og omsorg for 2014 på 13,3 mrd. kr. Agenda Kaupang finner at driftsutgiftene kan fordeles med 33 prosent på funksjonshemmede, 7 prosent på psykisk helse og 60 prosent for eldre m.m. Det er stor variasjon mellom bydelene i denne fordelingen – utgifter til funksjonshemmede varierer fra 47 prosent i bydel Søndre Nordstrand til 16 prosent i bydel St.Hanshaugen.

I søknader om investeringstilskudd fra Husbanken til nye boliger og sykehjem skal også tiltenkte brukergrupper for de nye boligene oppgis. Grupperingene er:

- Personer med demens
- Personer med psykisk utviklingshemming
- Personer med annen funksjonshemming
- Personer med psykiske lidelser
- Andre

Bruker- og målgruppene som er definert i andre kartlegginger er i stor grad utledet fra diagnose. Å etablere statistikk over brukergrupper fra IPLOS er relevant og aktuelt. I IPLOS-registeret vil imidlertid alle individer kunne registreres med flere diagnoser. Det er imidlertid mulig å etablere statistikk over brukergrupper basert på utvalgte diagnoser eller diagnosegrupper. I 2016 er dette gjort i analyse av tjenester til personer med psykisk utviklingshemming [23]. Det er også utarbeidet tall for ulike spesifiserte nevrologiske sykdommer som vil inngå i en statusrapport om hjernehelse, et oppdrag Helsedirektoratet har for Helse- og omsorgsdepartementet.

LITTERATURLISTE

- [1] Helse- og omsorgsdepartementet, «Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn.,» Helse- og omsorgsdepartementet, 2015.
- [2] Folkehelseinstituttet, «Sykdomsbyrde i Norge. <http://www.fhi.no/artikler/?id=118064>,» 2016.
- [3] Folkehelseinstituttet, «Dødsårsaker for 2014: Kreft stabilt, demens øker. <http://www.fhi.no/artikler/?id=116480>,» 2015.
- [4] B. H. Strand, K. Tambs, K. Engedal, E. Bjertness, G. Selbæk og T. A. Rosness, «Hvor mange har demens i Norge?,» *Tidsskriftet Nr.3*, Februar 2014.
- [5] Folkehelseinstituttet, «Rapport fra arbeidsgruppe for utredning av eventuelle nye registre. Brev til helse- og omsorgsdepartementet 15.06.2016,» 2016.
- [6] C. Vossius, G. Sælbek, A. E. Ydstebø, J. S. Benth, G. Godager, H. Lurås og S. Bergh, «Ressursforbruk og sykdomsførløp ved demens (REDIC),» Alderspsykiatrisk forskningscenter Sykehuset Innlandet, 2015.
- [7] Helsedirektoratet, «Dagaktivitetstilbud for personer med demens,» 14. juni 2016. [Internett]. Available: <https://helsedirektoratet.no/demens/dagaktivitetstilbud-for-personer-med-demens>.
- [8] L. Gjøra, A. Eek og Ø. Kirkevold, «Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens.,» Aldring og helse. Nasjonal kompetansetjeneste., 2014.
- [9] E. Mørk, S. Beyrer, F. V. Haugstveit og B. Sundby, «Kommunale helse- og omsorgstjenester 2015 (2016/26),» Statistisk sentralbyrå, 2016.
- [10] Helsedirektoratet, «IPLOS veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester (IS-1112),» Helsedirektoratet, Oslo, 2015.
- [11] Statistisk sentralbyrå, «Døde 2015,» 2016. [Internett]. Available: <https://www.ssb.no/dode>.
- [12] Folkehelseinstituttet, «Dødsårsaksregisterets statistikkbank,» [Internett]. Available: <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>. [Funnet 4 Oktober 2016].
- [13] B. H. Strand, A. K. Wills, E. M. Langballe, T. A. Rosness, K. Engedal og E. Bjertness, «Weight Change in Midlife and Risk of Mortality From Dementia up to 35 Years Later,» *The Journals of Gerontology*, 10 August 2016.
- [14] Folkehelseinstituttet, «fhi.no,» November 2016. [Internett]. Available: <https://www.fhi.no/nyheter/2016/nart-er-det-kreft-som-tar-flest-liv/>.
- [15] Nasjonalt servicemiljø for kliniske kvalitetsregistre, «Kvalitetsregister for demens,» [Internett]. Available: <https://www.kvalitetsregistre.no/registers/509/resultater>. [Funnet August 2016].
- [16] Svenska Demensregisteret (SveDem), «Årsrapport 2015.».
- [17] M. Eriksdotter-Jönnhagen og A.-K. Edlund, «Svenska Demensregistret-SveDem ett bra verktyg att följa upp (www.svedem.se),» *Alzheimer-tidningen*, 2012.
- [18] Helsedirektoratet, «Diagnoser i IPLOS-registeret. Et forprosjekt med kommunene Harstad, Stange og Sandefjord (Rapport IS-0427),» Helsedirektoratet, 2014.
- [19] Helsedirektoratet, «Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester. Data fra IPLOS-registeret (IS-0511),» Helsedirektoratet, 2015.

- [20] S. Beyrer og G. Hjemås, «Kvalitet i IPLOS-registeret 2015 (2016/240),» Statistisk sentralbyrå, 2016.
- [21] D. Abrahamsen, L. Allertsen og O. Skjøstad, «Hjemmetjenestens målgrupper og organisering (2016/13),» Statistisk sentralbyrå, 2016.
- [22] Agenda Kaupang, «Oslo kommune Byrådsavdeling for eldre, helse og sosiale tjenester. Sammenligning av ressursbruk og muligheter i bydelene,» Agenda Kaupang, 2016.
- [23] Helsedirektoratet, «Kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming (IS-2555),» 2017.

VEDLEGG: ANTALL PERSONER MED REGISTRERT DEMENS PER KOMMUNE. 31.12.2015⁶

	Antall tjenestemottakere med demensdiagnose	Andel tjenestemottakere med demensdiagnose av totalt antall tjenestemottakere
I alt	13 439	5 %
0101 Halden	148	9 %
0104 Moss	177	9 %
0105 Sarpsborg	258	8 %
0106 Fredrikstad	359	9 %
0111 Hvaler	17	7 %
0118 Aremark	8	9 %
0119 Marker	.	.
0121 Rømskog	5	10 %
0122 Trøgstad	39	10 %
0123 Spydeberg	18	5 %
0124 Askim	60	7 %
0125 Eidsberg	24	4 %
0127 Skiptvet	12	5 %
0128 Rakkestad	48	7 %
0135 Råde	35	10 %
0136 Rygge	48	5 %

⁶ Kommuner med færre enn fem personer med demens er markert med . . Antallet inkluderer kun personer med demens som var tjenestemottakere ved årets slutt.

0137 Våler	7	3 %
0138 Hobøl	24	10 %
0211 Vestby	32	4 %
0213 Ski	71	6 %
0214 Ås	76	10 %
0215 Frogn	44	6 %
0216 Nesodden	40	6 %
0217 Oppegård	66	5 %
0219 Bærum	474	8 %
0220 Asker	64	2 %
0221 Aurskog-Høland	13	2 %
0226 Sørums	6	1 %
0227 Fet	13	3 %
0228 Rælingen	:	:
0229 Enebakk	:	:
0230 Lørenskog	.	.
0231 Skedsmo	160	7 %
0233 Nittedal	14	1 %
0234 Gjerdrum	.	.
0235 Ullensaker	31	3 %
0236 Nes	114	11 %
0237 Eidsvoll	29	3 %
0238 Nannestad	26	4 %
0239 Hurdal	:	:
0301 Oslo	1 570	6 %
0402 Kongsvinger	20	2 %
0403 Hamar	230	10 %
0412 Ringsaker	24	1 %
0415 Løten	51	8 %
0417 Stange	152	16 %
0418 Nord-Odal	13	3 %
0419 Sør-Odal	:	:
0420 Eidskog	14	2 %
0423 Grue	43	10 %
0425 Åsnes	42	6 %
0426 Våler	.	.
0427 Elverum	36	3 %
0428 Trysil	10	3 %
0429 Åmot	13	5 %
0430 Stor-Elvdal	22	6 %
0432 Rendalen	14	8 %
0434 Engerdal	11	12 %

0436 Tolga	6	7 %
0437 Tynset	19	6 %
0438 Alvdal	14	8 %
0439 Folldal	9	9 %
0441 Os	.	.
0501 Lillehammer	151	10 %
0502 Gjøvik	151	7 %
0511 Dovre	13	7 %
0512 Lesja	:	:
0513 Skjåk	.	.
0514 Lom	24	13 %
0515 Vågå	:	:
0516 Nord-Fron	30	6 %
0517 Sel	13	3 %
0519 Sør-Fron	29	11 %
0520 Ringebu	18	5 %
0521 Øyer	29	9 %
0522 Gausdal	83	19 %
0528 Østre Toten	48	5 %
0529 Vestre Toten	:	:
0532 Jevnaker	:	:
0533 Lunner	6	1 %
0534 Gran	:	:
0536 Søndre Land	13	2 %
0538 Nordre land	:	:
0540 Sør-Aurdal	.	.
0541 Etnedal	:	:
0542 Nord-Aurdal	12	3 %
0543 Vestre Slidre	5	3 %
0544 Øystre Slidre	.	.
0545 Vang	7	5 %
0602 Drammen	89	2 %
0604 Kongsberg	6	0 %
0605 Ringerike	:	:
0612 Hole	19	6 %
0615 Flå	:	:
0616 Nes	:	:
0617 Gol	31	12 %
0618 Hemsedal	:	:
0619 Ål	14	4 %
0620 Hol	8	2 %
0621 Sigdal	20	7 %

0622 Krødsherad	.	.
0623 Modum	59	7 %
0624 Øvre Eiker	57	6 %
0625 Nedre Eiker	23	2 %
0626 Lier	45	4 %
0627 Røyken	22	3 %
0628 Hurum	57	11 %
0631 Flesberg	:	:
0632 Rollag	:	:
0633 Nore og Uvdal	18	8 %
0701 Horten	103	8 %
0702 Holmestrand	15	3 %
0704 Tønsberg	90	4 %
0706 Sandefjord	238	9 %
0709 Larvik	24	1 %
0711 Svelvik	18	4 %
0713 Sande	50	11 %
0714 Hof	.	.
0716 Re	13	3 %
0719 Andebu	10	3 %
0720 Stokke	36	7 %
0722 Nøtterøy	:	:
0723 Tjøme	.	.
0728 Lardal	9	5 %
0805 Porsgrunn	13	1 %
0806 Skien	130	5 %
0807 Notodden	9	1 %
0811 Siljan	10	11 %
0814 Bamble	28	4 %
0815 Kragerø	14	2 %
0817 Drangedal	16	5 %
0819 Nome	13	2 %
0821 Bø	18	5 %
0822 Sauherad	:	:
0826 Tinn	:	:
0827 Hjartdal	7	5 %
0828 Seljord	:	:
0829 Kviteseid	7	4 %
0830 Nissedal	5	4 %
0831 Fyresdal	:	:
0833 Tokke	:	:
0834 Vinje	8	2 %

0901 Risør	27	6 %
0904 Grimstad	19	1 %
0906 Arendal	239	10 %
0911 Gjerstad	6	3 %
0912 Vegårshei	.	.
0914 Tvedestrand	:	:
0919 Froland	29	10 %
0926 Lillesand	11	2 %
0928 Birkenes	17	7 %
0929 Åmli	.	.
0935 Iveland	:	:
0937 Evje og Hornes	10	4 %
0938 Bygland	.	.
0940 Valle	:	:
0941 Bykle	:	:
1001 Kristiansand	88	2 %
1002 Mandal	111	13 %
1003 Farsund	55	10 %
1004 Flekkefjord	28	5 %
1014 Vennesla	12	1 %
1017 Songdalen	:	:
1018 Søgne	18	3 %
1021 Marnardal	:	:
1026 Åseral	:	:
1027 Audnedal	.	.
1029 Lindesnes	18	5 %
1032 Lyngdal	31	8 %
1034 Hægebostad	:	:
1037 Kvinesdal	34	9 %
1046 Sirdal	.	.
1101 Eigersund	84	9 %
1102 Sandnes	51	2 %
1103 Stavanger	94	2 %
1106 Haugesund	83	5 %
1111 Sokndal	24	9 %
1112 Lund	20	11 %
1114 Bjerkreim	10	6 %
1119 Hå	22	3 %
1120 Klepp	:	:
1121 Time	52	7 %
1122 Gjesdal	18	4 %
1124 Sola	57	7 %

1127 Randaberg	29	7 %
1129 Forsand	:	:
1130 Strand	12	2 %
1133 Hjelmeland	:	:
1134 Suldal	11	4 %
1135 Sauda	32	9 %
1141 Finnøy	:	:
1142 Rennesøy	7	3 %
1144 Kvitsøy	.	.
1145 Bokn	:	:
1146 Tysvær	.	.
1149 Karmøy	.	.
1160 Vindafjord	27	6 %
1201 Bergen	473	4 %
1211 Etne	7	4 %
1216 Sveio	:	:
1219 Bømlo	.	.
1221 Stord	52	6 %
1222 Fitjar	20	12 %
1223 Tysnes	:	:
1224 Kvinnherad	8	1 %
1227 Jondal	6	7 %
1228 Odda	41	9 %
1231 Ullensvang	10	5 %
1232 Eidfjord	7	10 %
1233 Ulvik	:	:
1234 Granvin	:	:
1235 Voss	51	5 %
1238 Kvam	40	6 %
1241 Fusa	12	5 %
1242 Samnanger	7	5 %
1243 Os	8	1 %
1244 Austevoll	:	:
1245 Sund	8	3 %
1246 Fjell	41	5 %
1247 Askøy	39	4 %
1251 Vaksdal	:	:
1252 Modalen	:	:
1253 Osterøy	11	3 %
1256 Meland	18	5 %
1259 Øygarden	14	6 %
1260 Radøy	16	6 %

1263 Lindås	37	5 %
1264 Austerheim	5	4 %
1265 Fedje	.	.
1266 Masfjorden	:	:
1401 Flora	77	14 %
1411 Gulen	9	6 %
1412 Solund	:	:
1413 Hyllestad	:	:
1416 Høyanger	11	3 %
1417 Vik	8	4 %
1418 Balestrand	.	.
1419 Leikanger	16	11 %
1420 Sogndal	32	7 %
1421 Aurland	6	5 %
1422 Lærdal	11	7 %
1424 Årdal	26	6 %
1426 Luster	11	3 %
1428 Askvoll	17	7 %
1429 Fjaler	5	3 %
1430 Gaular	:	:
1431 Jølster	27	15 %
1432 Førde	23	7 %
1433 Naustdal	6	4 %
1438 Bremanger	5	2 %
1439 Vågsøy	:	:
1441 Selje	:	:
1443 Eid	6	2 %
1444 Hornindal	14	17 %
1445 Gloppen	.	.
1449 Stryn	:	:
1502 Molde	65	5 %
1504 Ålesund	66	3 %
1505 Kristiansund	65	4 %
1511 Vanylven	10	3 %
1514 Sande	25	13 %
1515 Herøy	44	9 %
1516 Ulstein	22	5 %
1517 Hareid	29	8 %
1519 Volda	35	7 %
1520 Ørsta	40	6 %
1523 Ørskog	20	14 %
1524 Norddal	9	7 %

1525 Stranda	17	6 %
1526 Stordal	:	:
1528 Sykkylven	5	1 %
1529 Skodje	:	:
1531 Sula	53	10 %
1532 Giske	:	:
1534 Haram	17	3 %
1535 Vestnes	26	6 %
1539 Rauma	51	7 %
1543 Nesset	:	:
1545 Midsund	13	12 %
1546 Sandøy	14	15 %
1547 Aukra	11	6 %
1548 Fræna	51	10 %
1551 Eide	9	4 %
1554 Averøy	25	7 %
1557 Gjemnes	:	:
1560 Tingvoll	18	6 %
1563 Sunndal	44	8 %
1566 Surnadal	39	10 %
1567 Rindal	29	19 %
1571 Halså	9	8 %
1573 Smøla	7	4 %
1576 Aure	13	4 %
1601 Trondheim	836	9 %
1612 Hemne	27	7 %
1613 Snillfjord	:	:
1617 Hitra	10	3 %
1620 Frøya	.	.
1621 Ørland	23	6 %
1622 Agdenes	.	.
1624 Rissa	34	7 %
1627 Bjugn	7	2 %
1630 Åfjord	6	2 %
1632 Roan	:	:
1633 Osen	:	:
1634 Oppdal	43	11 %
1635 Rennebu	:	:
1636 Meldal	19	6 %
1638 Orkdal	38	6 %
1640 Røros	22	5 %
1644 Holtålen	22	17 %

1648 Midtre Gauldal	.	.
1653 Melhus	45	5 %
1657 Skaun	35	11 %
1662 Klæbu	28	13 %
1663 Malvik	22	3 %
1664 Selbu	:	:
1665 Tydal	11	14 %
1702 Steinkjer	10	1 %
1703 Namsos	35	4 %
1711 Meråker	8	4 %
1714 Stjørdal	23	2 %
1717 Frosta	9	5 %
1718 Leksvik	9	3 %
1719 Levanger	17	2 %
1721 Verdal	11	1 %
1724 Verran	.	.
1725 Namdalseid	.	.
1736 Snåsa	:	:
1738 Lierne	:	:
1739 Røyrvik	.	.
1740 Namsskogan	:	:
1742 Grong	:	:
1743 Høylandet	:	:
1744 Overhalla	19	9 %
1748 Fosnes	.	.
1749 Flatanger	:	:
1750 Vikna	:	:
1751 Nærøy	:	:
1755 Leka	.	.
1756 Inderøy	.	.
1804 Bodø	203	8 %
1805 Narvik	84	7 %
1811 Bindal	14	13 %
1812 Sømna	14	9 %
1813 Brønnøy	13	2 %
1815 Vega	.	.
1816 Vevelstad	.	.
1818 Herøy	6	5 %
1820 Alstahaug	16	4 %
1822 Leirfjord	15	7 %
1824 Vefsn	80	9 %
1825 Grane	5	3 %

1826 Hattfjelldal	11	9 %
1827 Dønna	:	:
1828 Nesna	5	5 %
1832 Hemnes	35	11 %
1833 Rana	:	:
1834 Lurøy	:	:
1835 Træna	6	18 %
1836 Rødøy	:	:
1837 Meløy	26	5 %
1838 Gildeskål	18	10 %
1839 Beiarn	5	5 %
1840 Saltdal	:	:
1841 Fauske	13	2 %
1845 Sørfold	:	:
1848 Steigen	14	6 %
1849 Hamarøy	13	7 %
1850 Tysfjord	:	:
1851 Lødingen	12	7 %
1852 Tjeldsund	.	.
1853 Evenes	10	9 %
1854 Ballangen	:	:
1856 Røst	.	.
1857 Værøy	.	.
1859 Flakstad	:	:
1860 Vestvågøy	:	:
1865 Vågan	21	4 %
1866 Hadsel	37	8 %
1867 Bø	9	4 %
1868 Øksnes	12	3 %
1870 Sortland	34	4 %
1871 Andøy	.	.
1874 Moskenes	:	:
1902 Tromsø	349	13 %
1903 HARSTAD	159	10 %
1911 Kvæfjord	26	9 %
1913 Skånland	:	:
1917 Ibestad	:	:
1919 Gratangen	14	15 %
1920 Lavangen	:	:
1922 Bardu	:	:
1923 Salangen	8	6 %
1924 Målselv	5	1 %

1925 Sørreisa	:	:
1926 Dyrøy	7	7 %
1927 Tranøy	7	5 %
1928 Torsken	.	.
1929 Berg	5	8 %
1931 Lenvik	31	5 %
1933 Balsfjord	5	1 %
1936 Karlsøy	5	2 %
1938 Lyngen	9	4 %
1939 Storfjord	.	.
1940 Gáivuotna - Kåfjord	:	:
1941 Skjervøy	7	3 %
1942 Nordreisa	:	:
1943 Kvænangen	6	5 %
2002 Vardø	.	.
2003 Vadsø	:	:
2004 Hammerfest	45	7 %
2011 Gouvdageaidno Kautokeino	.	.
2012 Alta	34	4 %
2014 Loppa	7	7 %
2015 Hasvik	:	:
2017 Kvalsund	.	.
2018 Måsøy	.	.
2019 Nordkapp	:	:
2020 Porsanger Porsángu Porsanki	11	4 %
2021 Kárásjohka Karasjok	12	6 %
2022 Lebesby	14	8 %
2023 Gamvik	.	.
2024 Berlevåg	:	:
2025 Deatnu Tana	5	2 %
2027 Unjarga Nesseby	.	.
2028 Båtsfjord	.	.
2030 Sør-Varanger	:	:



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