



Helse-, omsorgs- og rehabiliteringsstatistikk

Eldres helse og bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester



Publikasjonens tittel: Helse-, omsorgs- og rehabiliteringsstatistikk

Utgitt: 02/2016

Bestillingsnummer: IS-2375

Utgitt av: Helsedirektoratet

Kontakt: Avdeling statistikk

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no

Hefte kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69

Bidragstere: Linda Haugan (redaktør), avd. statistikk
Julie Kjervik, avd. statistikk
Yvonne Solberg, avd. statistikk
Solveig M. Herbern, avd. statistikk

Illustrasjon: © Linda Haugan (illustrasjonsbilde)

FORORD

Helsedirektoratet ønsker å stimulere til økt bruk av statistikk og faktagrunnlag for helse- og omsorgssektoren. Med bakgrunn i dette er det jevnlig publisert populærvitenskapelige artikler for å aktualisere kunnskapsgrunnlaget.

I årets rapport vil fokuset være på eldres helse og eldres bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester. Eldre defineres her i hovedsak som de som er 67 år og eldre.

Helsedirektoratet håper at rapporten kan være til inspirasjon for kommuner, helsemyndigheter og andre som har interesse for kunnskap om eldres helse og bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester.

INNHold

FORORD	2
INNHold	3
SAMMENDRAG	6
1. TJENESTEMOTTAKERNE	7
1.1 Innledning	7
1.2 Opphold i institusjon	7
1.3 Hjemmebaserte tjenester	10
1.4 Oppsummering	15
2. BRUK AV FASTLEGE OG LEGEVAKT	17
2.1 Innledning	17
2.2 Bruk av fastlegen	17
2.2.1 Omfanget av konsultasjoner hos fastlegen	18
2.2.2 Kulturelle forskjeller i bruk av fastlegen	20
2.2.3 Konsultasjonsårsak hos fastlegen	21
2.3 Bruk av legevakt	22
2.3.1 Kulturelle forskjeller i bruk av legevakt	23
2.3.2 Konsultasjonsårsak ved legevakt	23
2.4 Legetimer på sykehjem	24

2.5 Oppsummering	25
3. SKADER OG ULYKKER BLANT ELDRE	26
3.1 Innledning	26
3.2 Datagrunnlag	26
3.3 Forekomst av skader behandlet i spesialisthelsetjenesten	27
3.4 Fall og fallforebygging	29
3.4.1 Forebygging av fall i pasientsikkerhetsprogrammet	30
3.5 Oppsummering	31
4. DØDSÅRSAKER OG BRUK AV LEGEMIDLER	32
4.1 Innledning	32
4.2 Datagrunnlaget	32
4.3 Dødsårsaker blant eldre	32
4.4 Legemiddelbruk blant eldre	33
4.4.1 Bruk av antidepressiva	34
4.4.2 Bruk av sovemidler	34
4.4.3 Bruk av medikamenter mot demens	35
4.4.4 Bruk av antibiotika	36
4.5 Oppsummering	37
5. ELDRE TJENESTEMOTTAKERE I OMSORGSTRAPPA	39
5.1 Innledning	39
5.2 Omsorgstrappa – hva er det?	39
5.3 Hvordan bruker kommunene omsorgstrappa?	40
5.4 Hvilken tjeneste er den typiske introduksjon til omsorgstjenestene?	42
5.5 Hvordan endres mottakernes tjenestebruk seg over tid?	44
5.6 Hvor lenge gis hver tjeneste?	46
5.7 Spesialisthelsetjenesten i omsorgstrappa	47

5.8 Oppsummering	47
6. SUNN OG AKTIV ALDRING	49
6.1 Innledning	49
6.2 Medvirkning og koordinering av tjenestene	49
6.3 Habilitering og rehabilitering	50
6.4 Samfunnsdeltakelse	51
6.5 Støttekontakt	52
6.6 Dagaktivitetstilbud	53
6.6.1 Dagaktivitetstilbud til personer med demens	54
6.7 Fysisk aktivitet	56
6.8 Ernæring	57
6.9 Legemidler	58
6.10 Oppsummering	59
Litteraturliste	61

SAMMENDRAG

Rapporten inneholder seks kapiteler som kan lese uavhengige av hverandre, men som alle omhandler eldres bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester.

I kapittel 1 redegjøres det for utviklingen i eldres bruk av helsetjenester i hjemmet og i antallet eldre som oppholder seg på institusjon.

Kapittel 2 omhandler bruk av fastlege- og legevaktstjenester. Eldres bruk av disse tjenestene ses opp mot yngres bruk. Det ses på omfanget av kontakter og konsultasjoner, samt på forskjeller i bruk og på kontaktårsaker blant innvandrere og den øvrige befolkningen.

I kapittel 3 redegjøres det for kunnskapsgrunnlaget rundt omfanget av skader og ulykker. Dagens kunnskapsgrunnlag på området knytter seg stort sett til forekomster som behandles i spesialisthelsetjenesten. I kapitlet redegjøres det for kontaktårsaken og skadested for eldre, 80 år +, som har fått behandling i spesialisthelsetjenesten. I tillegg redegjøres det blant annet for omfanget av skader i form av brudd blant eldre og for fall og fallforebyggendearbeid.

Kapittel 4 beskriver utviklingen i dødsårsaker og i bruken av noen av de mest brukte legemidlene blant eldre. Det er en økende legemiddelbruk blant eldre og mange eldre står på flere legemidler.

I kapittel 5 beskrives «omsorgstrappa», som er et begrep som viser det kommunale tilbudet av tjenester som en tiltakskjede. Tanken er at tjenestemottakerne skal starte med å få et tilbud på lavest effektive omsorgsnivå, for så å øke tilbudet dersom det blir behov. Ved å bruke registerdata kan vi si noe om hvordan tjenestemottakerne beveger seg i trappa, samt noe om hvor langt det er mellom trinnene.

Kapittel 6 omhandler faktorer som er essensielle for en sunn og aktiv aldring. I kapitlet beskrives aktivitetsutviklingen knyttet til bruk av individuell plan, samfunnsdeltakelse, støttekontakt, dagaktivitetstilbud og fysisk aktivitet.

1. TJENESTEMOTTAKERNE

Behovet for kommunale helse- og omsorgstjenestene er økende og vil fortsette å øke i fremtiden. Dette skyldes blant annet at det blir flere eldre i Norge.

I dette kapitlet vil det redegjøres for utviklingen i eldres bruk av helsetjenester i hjemmet og antall eldre som oppholder seg på institusjon. Disse tjenestene anses som de mest nødvendige kommunale omsorgstjenestene for å ivareta de eldres behov.

1.1 Innledning

Reformer og planer de siste tiårene, som HVPU-reformen (1991), opptrappingsplan for psykisk helse (1999-2006) og samhandlingsreformen (2012), bygger på prinsippet om at helsetjenestene skal gis på lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet). Det vil si på laveste nivå og i størst mulig grad hjemmebasert.

Samhandlingsreformens mål er blant annet bedre samhandling mellom helsetjenester, tidlig innsats og forebygging av sykdom. Flere oppgaver er derfor flyttet fra statlig spesialisthelsetjeneste til kommunen (1), og det har skjedd en økning i omfanget av de kommunale tjenester.

I 2014 mottok 12,6 prosent av befolkningen i aldersgruppen 67-79 år kommunale helse- og omsorgstjenester. I aldersgruppen 80-89 år var andelen på 51,6 prosent og i aldersgruppen 90 år og eldre var den på 90,5 prosent (2).

Dataene i kapitlet er fra IPLOS-registeret.

1.2 Opphold i institusjon

Med «opphold i institusjon» menes her tidsbegrensede opphold eller langtidsopphold på sykehjem eller aldershjem.

På slutten av 1990-tallet startet en utfasing av aldershjem og en utbygging av sykehjem (3). Sykehjem er en helseinstitusjon, mens aldershjem er et botilbud med heldøgns omsorgstjeneste. Noen plasser i aldershjem er fortsatt beholdt i kommunene.

Antall plasser i institusjon totalt har økt med 0,6 prosent i perioden 2009-2014, fra 41 071 til 41 319 plasser. Utviklingen i antall plasser til langtidsopphold i institusjon har i perioden vært relativt stabil i alle fylker.

Den hjemmebaserte omsorgen har økt som følge av reformene. Økt bruk av tidsbegrensede opphold i institusjon og utbygging av egnede boliger til den eldre delen av befolkningen er elementer i hjemmebasert omsorg og kan bidra til at eldre mennesker kan bo hjemme lengre.

Tidsbegrensede opphold

Formålet med tidsbegrensede opphold i institusjon kan være utredning og behandling, habilitering og rehabilitering eller annet. Trenden med økning av den samlede bruken av tidsbegrensede opphold for eldre har fortsatt etter at samhandlingsreformen trådte i kraft fra 2012.

Bruken av tidsbegrenset opphold i institusjon har økt med 32,1 prosent for aldersgruppen 67-79 år i perioden 2010-2014. For aldersgruppen 80 år og eldre har økningen vært på 14 prosent, fra 36 335 til 41 971 personer.

Tabell 1: Mottakere av tidsbegrenset opphold i løpet av året etter aldersgrupper og prosentvis endring. * 2010-2014.

	2010	2011	2012	2013	2014	Prosentvis endring 2010-2014
67-79 år	12 405	14 356	14 348	16 548	16 396	32,1
80 år og eldre	36 335	40 032	37 399	41 971	41 476	14,0

*Data for tidsbegrenset opphold igjennom året er kun tilgjengelig fra 2010.

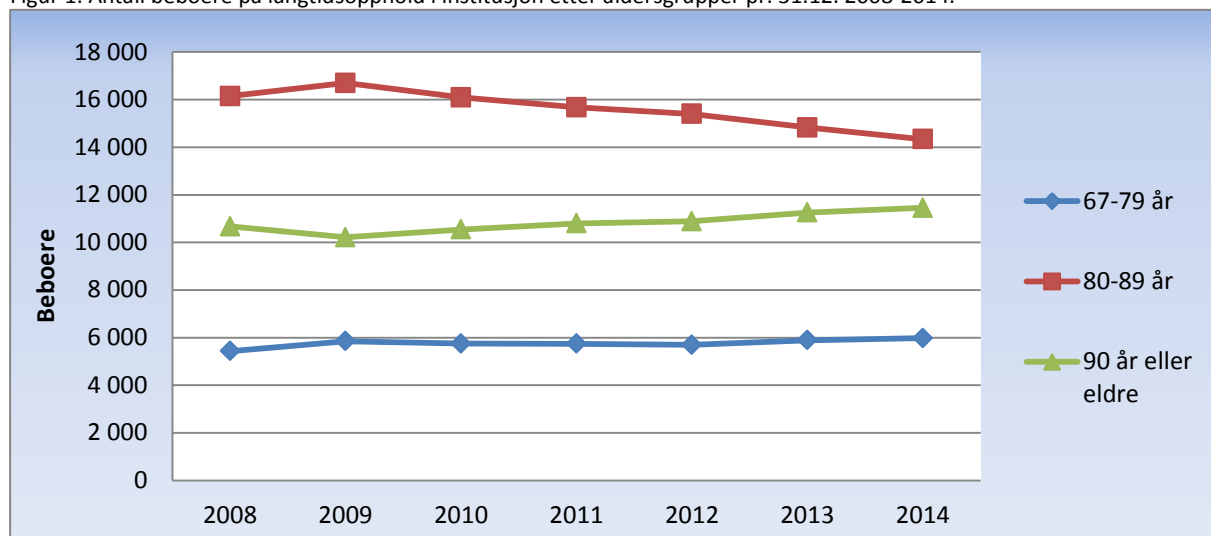
Kilde: IPLOS-registeret, Statistisk sentralbyrå.

Langtidsopphold

I perioden 2008-2014 har antallet eldre i aldersgruppene 67-79 år og 90 år og eldre med langtidsplass på institusjon økt noe. I 2014 hadde 5 977 eldre over 90 år langtidsplass på institusjon, en økning fra 5 436 i 2008. Det utgjør en økning på om lag syv prosent.

I samme periode har antall eldre i aldersgruppen 80-89 år med langtidsopphold på institusjon sunket fra 16 148 til 14 334. Det er en nedgang på rundt 11 prosent.

Figur 1: Antall beboere på langtidsopphold i institusjon etter aldersgrupper pr. 31.12. 2008-2014.



Kilde: IPLOS-registeret, Statistisk sentralbyrå.

Andelen eldre som er beboere på institusjon har holdt seg relativt stabilt fra 2008 til 2014. I 2008 var andelen i aldersgruppen 67-79 år som hadde langtidsplass i institusjon 1,7 prosent. I 2014 var den 1,6 prosent. Andelen 80 år og over som hadde langtidsplass var på henholdsvis 14,2 og 13,7 prosent i samme periode.

Tabell 2: Andel innbyggere med langtidsplass i institusjon etter aldersgrupper. 2008-2014.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
67-79 år	1,7	1,9	1,8	1,7	1,7	1,6	1,6
80 år og eldre	14,2	14,6	14,3	14,1	14,2	13,8	13,7

Kilde: IPLOS-registeret, Statistisk sentralbyrå.

Utvikling av bistandsbehov på langtidsopphold i institusjon

Funksjonsvariablene, slik de er definert i IPLOS-registeret, er et kvantitativt uttrykk for menneskers funksjonsevne relatert til deres mulighet for å ivareta dagliglivets aktiviteter, visse kognitive ferdigheter og eventuell deltagelse i sosialt liv. Variablene tar utgangspunkt i overordnede kategorier basert på ICF (internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse).

Antall plasser i alders- og sykehjemsavdelinger og andelen eldre som bor på langtidsplass i institusjon har holdt seg stabilt de siste årene. Samtidig har det vært en relativt stor økning i bruk av tidsbegrensede opphold i institusjon. Det har vært en jevn økning av beboere på langtidsopphold med omfattende bistandsbehov.

Andelen med omfattende bistandsbehov på langtidsplass på sykehjem, uavhengig av alder, har økt fra 75,8 prosent i 2008 til 81,7 prosent i 2014.

Grunnet manglende rapportering av diagnoser til IPLOS-registeret er det ikke mulig å si om det økte bistandsbehovet kan relateres til endringer i sykdomsbildet. I 2014 ble det

rapportert diagnose for 26,8 prosent av tjenestemottakerne. For å kunne estimere fremtidig behov for tjenester er det viktig å kunne se utvikling i sammensetning av grupper av tjenestemottakere sammen med utvikling i behov. Rapportering av diagnoser til IPLOS-registeret har blitt noe bedre og det arbeides kontinuerlig med å øke innrapporteringen.

1.3 Hjemmebaserte tjenester

De hjemmebaserte tjenestene omfatter mange ulike tjenester som blant annet dagaktivitetstilbud, trygghetsalarm, helsetjenester og praktisk bistand. Her vil helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand omtales.

Med praktisk bistand menes bistand og opplæring til å utføre praktisk gjøremål i hjemmet. Begrepet «helsetjenester i hjemmet» erstattet begrepet «hjemmesykepleie» i lovverket i 2012. Helsetjenester i hjemmet er både det som omtales som tradisjonell «hjemmesykepleie», men omfatter også tjenester ytt av fysioterapeuter og ergoterapeuter. Dette kan også omfatte psykiske helsetjenester og tjenester til rusmiddelmisbrukere.

Tjenestemottakere av både helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand

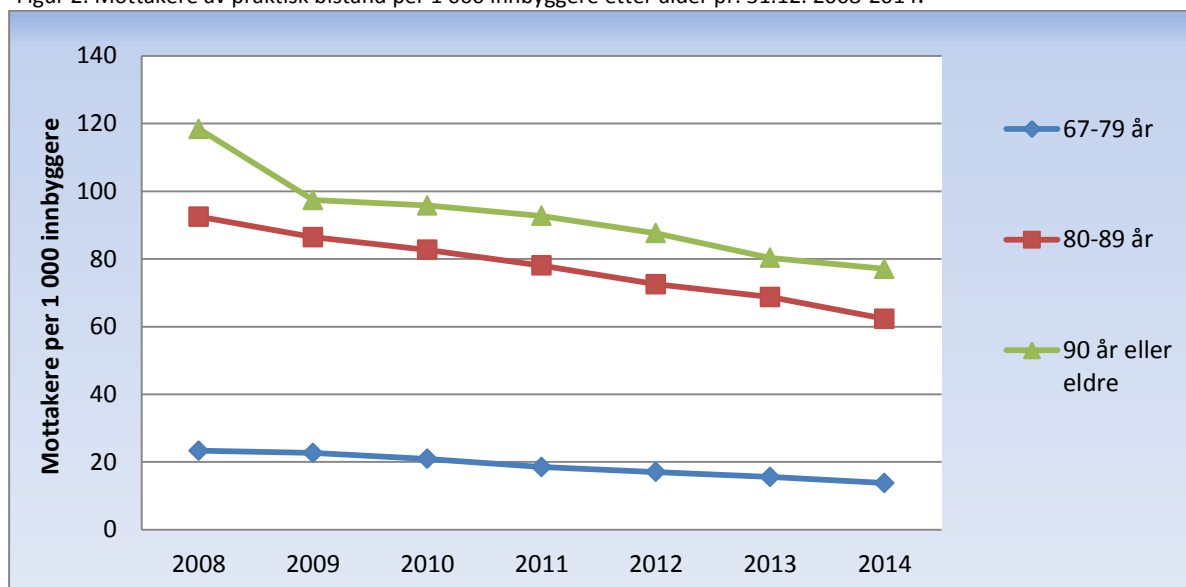
I perioden 2008-2014 vært en liten nedgang i andel mottakere, 67 år og eldre, som har både helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand.

Andelen som har begge tjenestene er høyest i aldersgruppen 90 år og eldre. I 2008 fikk 285,5 per 1 000 innbygger en kombinasjon av disse to tjenestene. I 2014 var antallet 268,8. For aldersgruppen 80-89 år har nedgangen vært på 6,9 prosent, fra 128,9 til 120. I aldersgruppen 67-79 år har det vært en nedgang fra 26,3 til 23,4 per 1 000 innbygger.

Tjenestemottakere av praktisk bistand

Mottakere av kun praktisk bistand per 1 000 innbyggere har sunket for alle eldre over 67 år fra 2008 til 2014. Den største nedgangen er i gruppen eldre fra 67-79 år, fra 23,3 per 1 000 innbygger til 13,8. Det tilsvarer en nedgang på 40,8 prosent. Gruppen 90 år og eldre har hatt en nedgang på 34,9 prosent og mottakere 80-89 år en nedgang på 32,6 prosent.

Figur 2: Mottakere av praktisk bistand per 1 000 innbyggere etter alder pr. 31.12. 2008-2014.*



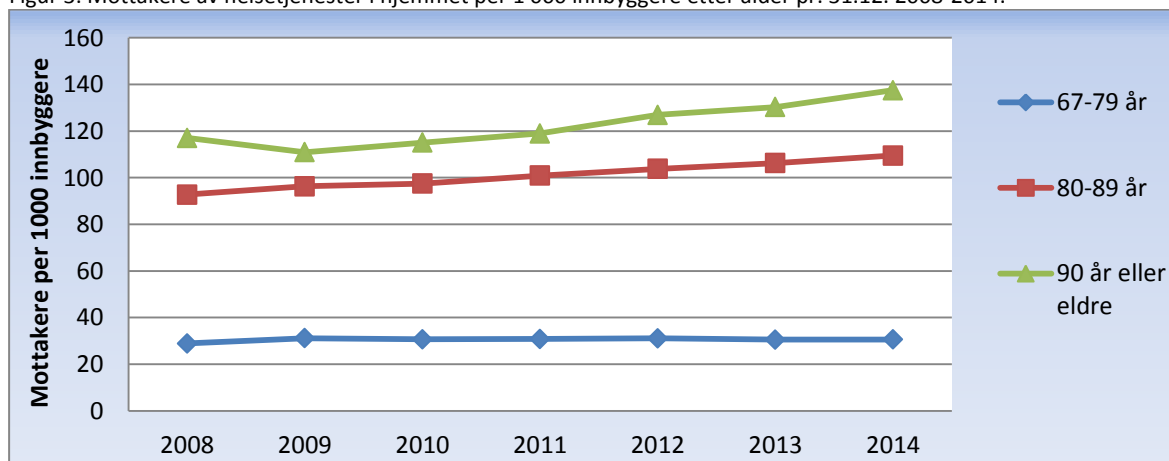
*Inkluderer ikke mottakere som har både praktisk bistand og helsetjenester i hjemmet.

Kilde: IPLOS-registeret, Statistisk sentralbyrå.

Tjenestemottakere av helsetjenester i hjemmet

Ses det på mottakere av helsetjenester i hjemmet per 1000 innbyggere har det vært en økning for alle over 67 år. Økningen for gruppen 67-79 år har vært på seks prosent, fra 28,9 til 30,6 per 1000 innbyggere. For gruppen 80-89 år har økningen vært på 18 prosent, fra 92,7 til 109,5 per 1000 innbyggere. Økningen for gruppen 90 år og eldre har vært på 17 prosent. Mottakere av helsetjenester i hjemmet her inkluderer ikke personer som mottar helsetjenester i hjemmet kombinert med praktisk bistand.

Figur 3: Mottakere av helsetjenester i hjemmet per 1 000 innbyggere etter alder pr. 31.12. 2008-2014.



*Inkluderer ikke mottakere som har både praktisk bistand og helsetjenester i hjemmet.

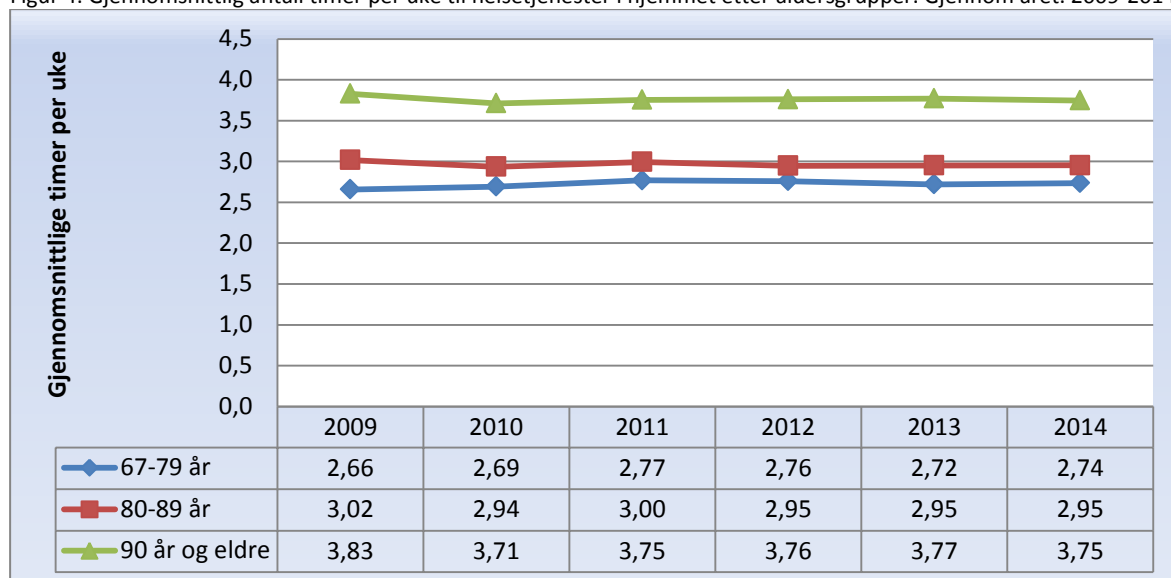
Kilde: IPLOS-registeret, Statistisk sentralbyrå.

Utviklingen i antall timer til helsetjenester i hjemmet

Antall eldre som mottar helsetjenester i hjemmet har gått ned i perioden 2008-2014. Gjennomsnittlige antall timer per uke til helsetjenester i hjemmet for eldre i henhold til vedtak, har holdt seg relativt stabil i perioden 2009-2014. For aldersgruppen 67 til 79 år har

det vært en økning på tre prosent, fra 2,66 timer til 2,74 timer. For de to andre aldersgruppene har det vært en prosentvis nedgang på to prosent.

Figur 4: Gjennomsnittlig antall timer per uke til helsetjenester i hjemmet etter aldersgrupper. Gjennom året. 2009-2014.

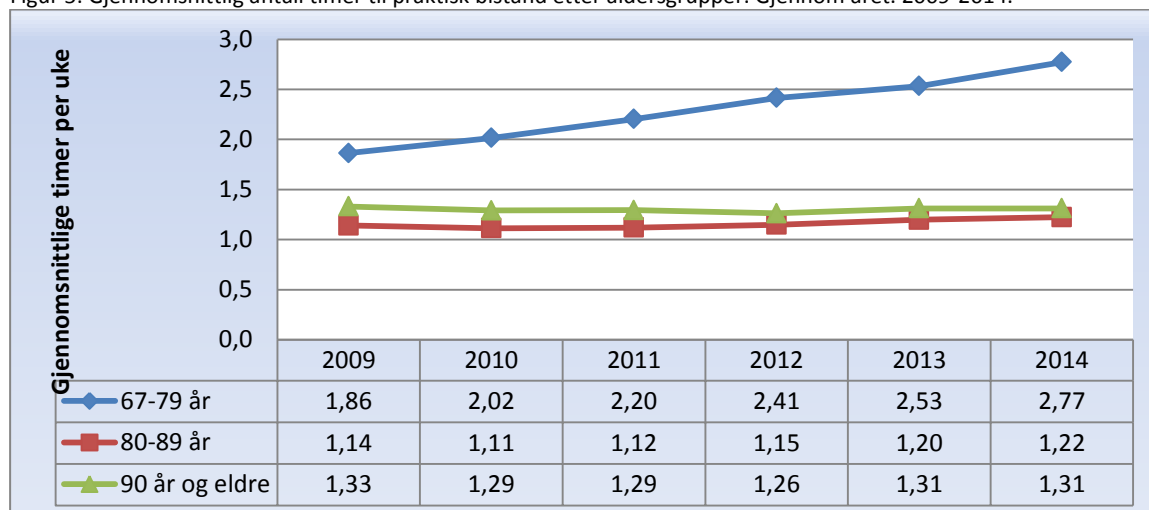


Kilde: IPLOS-registeret, Statistisk sentralbyrå.

Utviklingen i antall timer praktisk bistand

Det har vært en økning i gjennomsnittlig antall timer per uke for praktisk bistand i perioden 2009-2014. Spesielt gjelder dette for aldersgruppen 67-79 år, hvor den prosentvise økningen har vært på 49 prosent. For den eldste gruppen fra 90 år og eldre har det vært en nedgang på 1,5 prosent, mens det for gruppen fra 80-89 år har det vært en økning på syv prosent.

Figur 5: Gjennomsnittlig antall timer til praktisk bistand etter aldersgrupper. Gjennom året. 2009-2014.



Kilde: IPLOS-registeret, Statistisk sentralbyrå.

Veksten i gjennomsnittlige antall timer praktisk bistand per uke til gruppen 67-79 år kan trolig relateres noe til HVPU-reformen. I 1991 fikk kommunene ansvaret for helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming. Omtrent 5 250 personer bodde i

sentralinstitusjoner da reformperioden startet for 24 år siden. Mange tjenestemottakere med utviklingshemming krever kontinuerlig tilsyn og omsorg av kommunale tjenesteytere eller andre nærpersioner. Utviklingshemmede er derfor en ressurskrevende gruppe som mottar et høyere antall timer per uke enn andre tjenestemottakere. Dette viser blant annen rapporten «*Diagnoser i IPLOS-registeret*» (4), som baserer seg på data fra Stange, Hadsel og Harstad.

På grunn av mangler i rapportering av diagnose til IPLOS-registeret er det ikke mulig å verifisere eller avkrefte hypotesen om at det er en sammenheng mellom flere utviklingshemmede tjenestemottakere som har nådd aldersgruppen 67-79 år og den store økningen i gjennomsnittlig timer praktisk bistand til aldersgruppen.

Andre mulig forklaringer til økningen i gjennomsnittlig timer praktisk bistand til de i aldersgruppen 67-79 år, kan være en generell økning i bistandsbehov og effekter av andre reformer og planer. Fokuset i tjenesten er endret noe til i større grad å gi opplæring til egen mestring av daglige gjøremål gjennom ulike prosesser som for eksempel hverdagsrehabilitering. Det skrives mer om dette i kapitlet om sunn og aktiv aldring. Det er mulig at noe av dette gjenspeiles i veksten i tjenesten praktisk bistand.

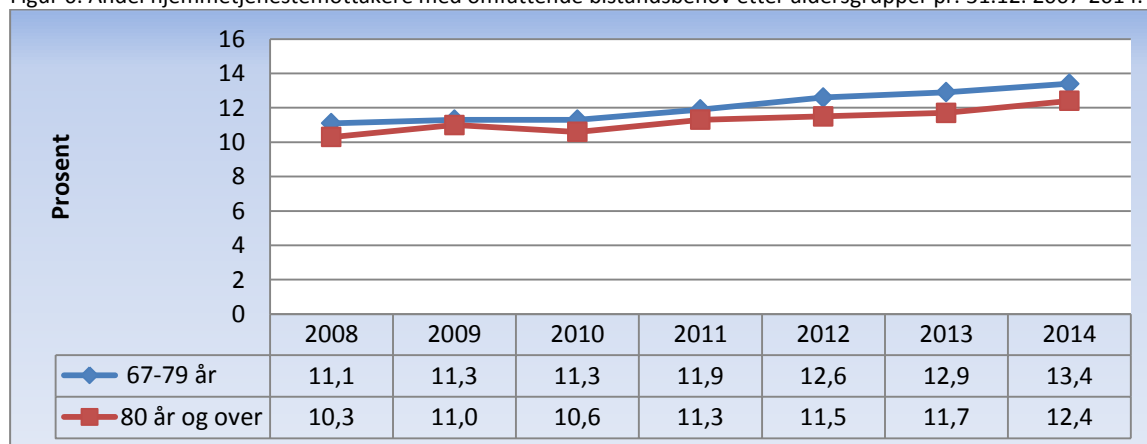
Utviklingen i tjenestemottakernes bistandsbehov

Det kan forventes en økning i bistandsnivået som følger av at kommunene har overtatt ansvaret for flere ressurskrevende grupper.

Tjenestemottakere med omfattende bistandsbehov

Fra 2007 til 2014 har det vært en liten økning i andelen hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov. Det kan bety at terskelen for å motta hjemmetjenester er høyere, eller at kommunale tjenestemottakere har et høyere bistandsnivå nå enn for syv år siden fordi kommunen har overtatt ansvaret for grupper med et omfattende bistandsnivå. Det kan også skyldes at eldre bor hjemme lengre og i større grad mottar tjenester i hjemmet. Gode opplysninger om diagnose kunne bidratt til å nyansere bildet.

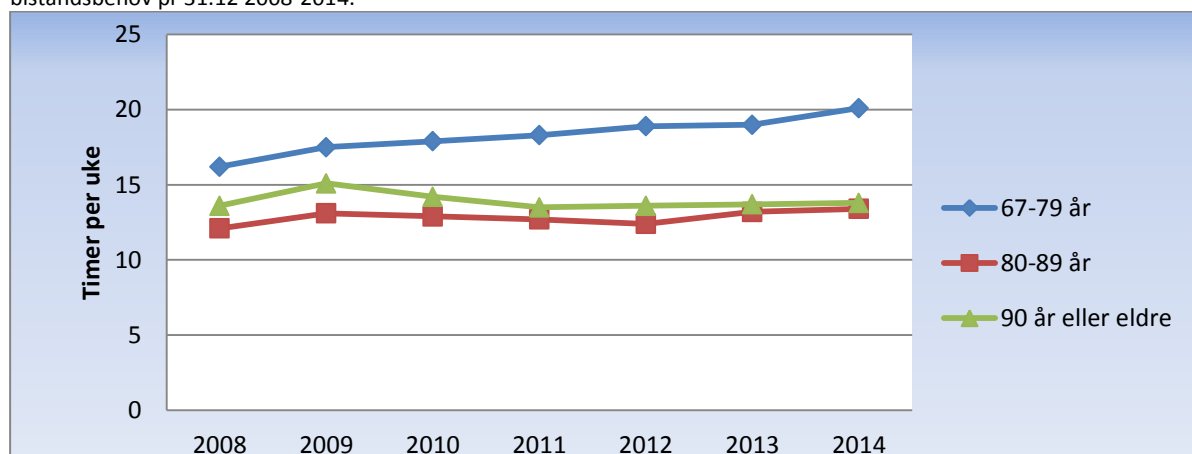
Figur 6: Andel hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov etter aldersgrupper pr. 31.12. 2007-2014.



Kilde: IPLOS-registeret, Statistisk sentralbyrå.

Antall timer til helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand til gruppen med omfattende bistandsbehov har økt. Økningen i gruppen 67-79 år fra 2008 til 2014 var på 24,1 prosent, fra 16,2 timer per uke til 20,1 timer. Økningen til de andre aldersgruppene var på 10,7 prosent til gruppen 80-89 år og 1,5 prosent til gruppen 90 år og eldre.

Figur 7: Gjennomsnittlig antall timer per uke til helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand til mottakere med omfattende bistandsbehov pr 31.12 2008-2014.

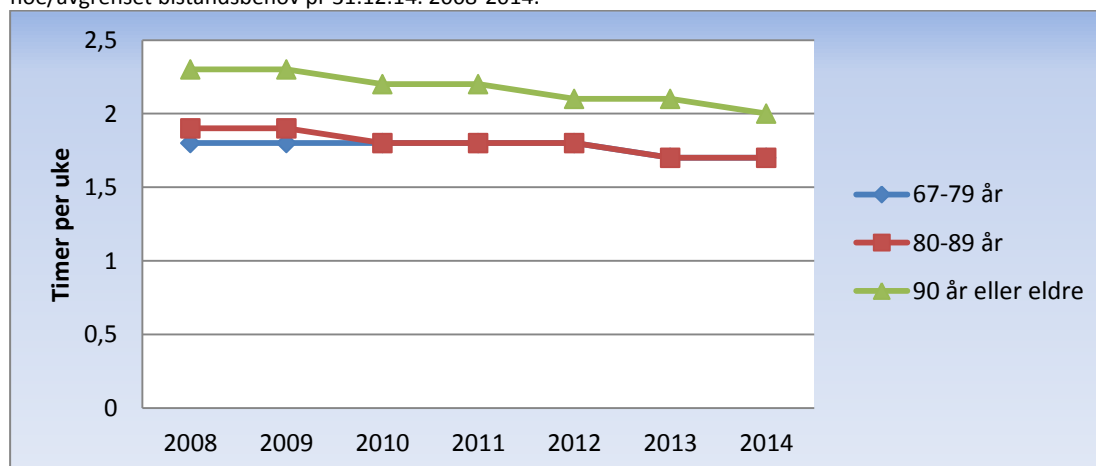


Kilde: IPLOS-registeret, Statistisk sentralbyrå.

Tjenestemottakere med noe/avgrenset bistandsbehov

Gjennomsnittlig antall timer per uke til alle tjenestemottakere av helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand for gruppen over 67 år med noe/avgrenset bistandsbehov har sunket fra 2008 til 2014. For tjenestemottakere over 90 år har det vært en nedgang på 13 prosent, fra 2,3 timer til 2,0 timer. Tjenestemottakere i aldersgruppen 80-89 år har en nedgang på 10,5 prosent fra 1,9 timer til 1,7 timer. For gruppen 67-79 år er nedgangen fra 1,8 timer til 1,7 timer, det vil si 5,6 prosent.

Figur 8: Gjennomsnittlig antall timer per uke til helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand til mottakere med noe/avgrenset bistandsbehov pr 31.12.14. 2008-2014.

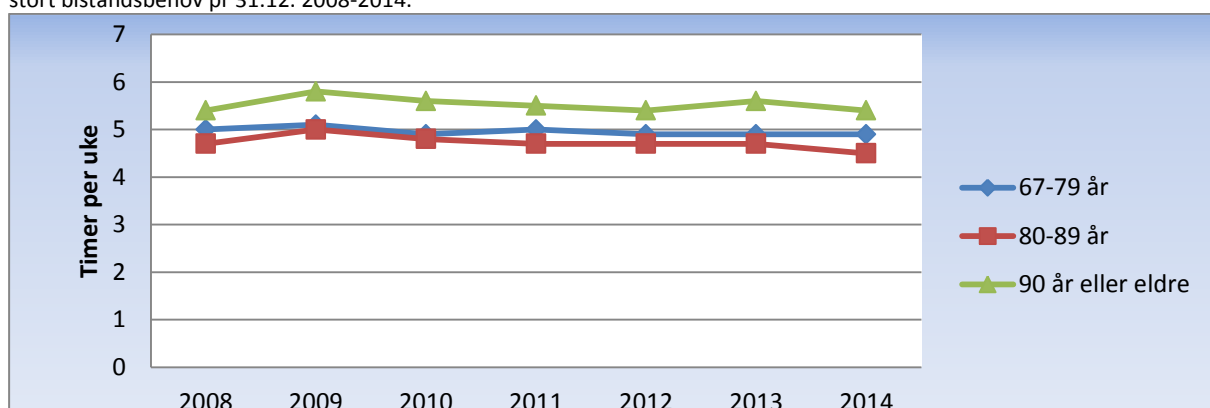


Kilde: IPLOS-registeret, Statistisk sentralbyrå.

Tjenestemottakere med middels til stort bistandsbehov

Gjennomsnittlig antall timer til helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand per uke for eldre tjenestemottakere med middels til stort bistandsnivå har vært stabil fra 2008-2014. Tjenestemottakere i aldersgruppen 90 år og eldre mottok i snitt 5,4 timer per uke i 2014. Det gjorde de også i 2008. Mottakere i aldersgruppen 80-89 år har hatt en økning i antall timer på 4,3 prosent og mottakere i aldersgruppen 67-79 år en økning på to prosent.

Figur 9: Gjennomsnittlig antall timer per uke til helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand til mottakere med middels til stort bistandsbehov pr 31.12. 2008-2014.



Kilde: IPLOS-registeret, Statistisk sentralbyrå.

1.4 Oppsummering

En forventet økning i antall eldre i Norge vil medføre et økt behov for kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er derfor viktig å følge med på utviklingen i bruk av tjenestene for å kunne estimere og planlegge for fremtidig behov.

I dette kapitlet er utviklingen i eldres bruk av de mest nødvendige omsorgstjenestene belyst; helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand og opphold i institusjon.

Andelen av befolkningen i institusjon har holdt seg stabil fra 2007 til i dag. I samme periode har det skjedd en endring i bruken av institusjonsplassene til mer bruk av tidsbegrensede opphold. Denne omleggingen er i tråd med samhandlingsreformens intensjoner og kommunenes ansvar for pasienter med behov for helse- og omsorgstjenester i kommunen etter utskrivning fra sykehus.

Andelen med omfattende bistandsbehov på langtidsplass i sykehjem har økt med 8,1 prosent fra 2007 til 2014. Denne utviklingen er i tråd med nasjonale føringer om at befolkningen skal få bo hjemme lengst mulig.

Det gjennomsnittlige antall timer hjemmetjenester (praktisk bistand og helsetjenester), har sunket noe til eldre fra 80 år og oppover. For mottakere i aldersgruppen 67-79 år med omfattende bistandsbehov har antall timer økt. Økningen kan være et resultat av en generell

økning i bistandsbehovet på grunn av flere reformer og endringer i tjenestetilbudet. Flere med omfattende bistandsbehov bor hjemme nå enn tidligere, for eksempel er utviklingshemmede som flyttet fra sentralinstitusjon til kommunen under HVPU-reformen kommet i denne aldersgruppen. Uten tilstrekkelig gode diagnoseopplysninger i IPLOS-registeret er det vanskelig å si noe mer om årsaken til den store økningen i antall timer hjemmetjenester til gruppen 67-69 år.

Flere over 67 år mottar helsetjenester i hjemmet. Økningen for gruppen 67-79 år har vært på seks prosent, fra på 28,9 til 30,6 per 1 000 innbyggere fra 2008 til 2014. For gruppen 80-89 år har økningen vært på 18 prosent og for gruppen 90 år og eldre har den vært på 17 prosent.

Mottakere med et omfattende bistandsbehov har flest timer med hjemmetjenester, og antall timer til denne gruppen har økt fra 2008 til 2014. Tjenestemottakere med noe/avgrenset bistandsbehov mottar færre timer hjemmetjenester i 2014 enn i 2008.

2. BRUK AV FASTLEGE OG LEGEVAKT

Sentrale og lokale myndigheter har behov for å estimere og planlegge behovet for fremtidige kommunale legetjenester. I dette kapitlet vil eldres bruk av fastlegetjenester og legevaktstjenester beskrives for å gi grunnlag for planlegging.

2.1 Innledning

En rekke forhold virker inn på fremtidens behov for fastlegetjenester og legevaktstjenester. For eksempel vil antallet og andelen eldre i befolkningen, omfanget av innvandring, sykdomsbildet, resultater av satsning på forebygging, organisering av tjenestene, tilgang på arbeidskraft, forventninger og økonomi spille inn.

I kapitlet vil det redegjøres for:

- hvordan eldres forbruksmønster av disse tjenestene er sammenliknet med resten av befolkningens
- om det er forskjeller i eldres bruk av tjenesten avhengig av aldersgruppe og etnisitet
- hva eldre oppsøker fastlegen og legevakten for

Der det foreligger sammenliknbare data bakover i tid redegjøres det for hvordan utviklingen har vært.

Eldre som bor på sykehjem får legetjenester på sykehjemmet og inngår i liten grad i data fra fastlegen. Avslutningsvis vil det derfor kort redegjøres for utviklingen av legetimer i sykehjem.

Dataene i kapitlet er i hovedsak hentet og sammenstilt fra Statistisk sentralbyrås statistikkbank.

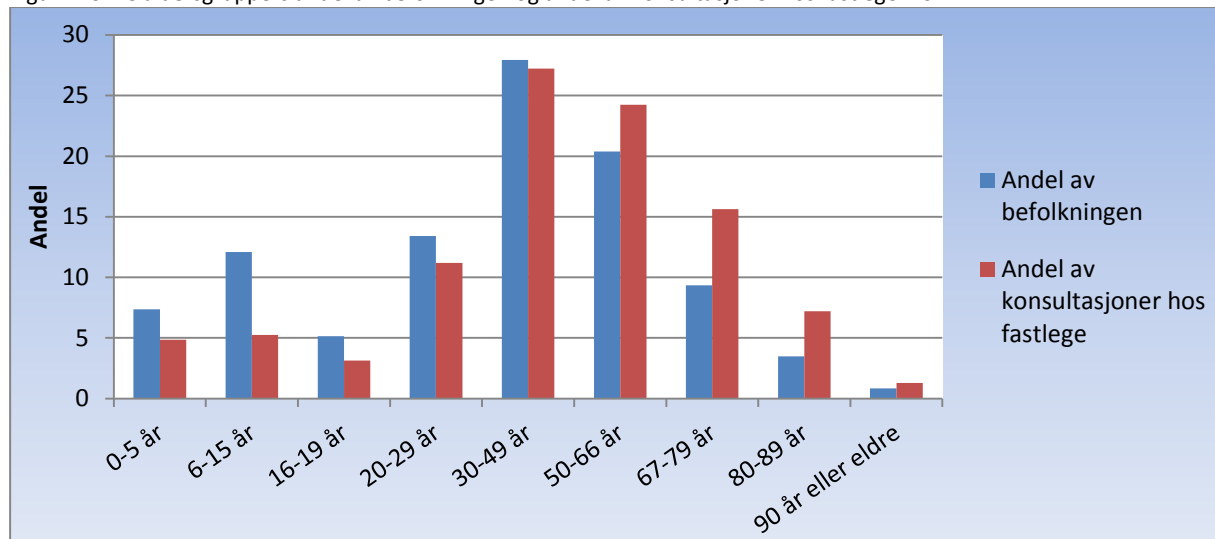
2.2 Bruk av fastlegen

I 2014 var det i overkant av 13,8 millioner konsultasjoner¹ hos fastlegen. Eldre bruker fastlegen mer enn yngre. For eksempel utgjorde eldre i aldersgruppen 67-79 år i overkant av

¹ Statistisk sentralbyrås definisjon av konsultasjon: «En konsultasjon innebærer et fysisk møte mellom lege og pasient og at legen foretar en utredning» (5). Det vil si at enkle pasientkontakter hos fastlege, inkludert enkle forespørsler og rådgivning ved personlig fremmøte, brev eller telefon, skriving av resepter og sykemeldinger uten konsultasjon, prøvetaking uten konsultasjon og hjemmebesøk er holdt utenfor.

ni prosent av befolkningen i 2014, mens deres andel av konsultasjoner hos fastlegen utgjorde i overkant av 15 prosent.

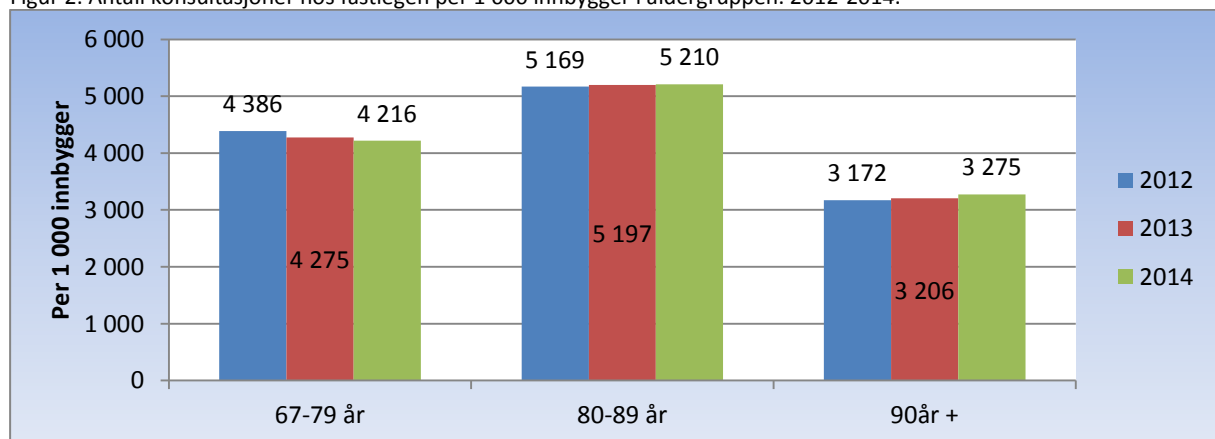
Figur 1: Ulike aldersgruppers andel av befolkningen og andel av konsultasjoner hos fastlege. 2014.



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Målt i antall konsultasjoner per 1 000 innbygger er det ikke store variasjoner de siste tre årene. Det har vært en liten nedgang i aldersgruppen 67-79 år og en liten økning for aldersgruppen 90 år og eldre. Antallet konsultasjoner per 1 000 innbygger for aldersgruppen 80-89 år holdt seg relativt konstant.

Figur 2: Antall konsultasjoner hos fastlegen per 1 000 innbygger i aldersgruppen. 2012-2014.



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

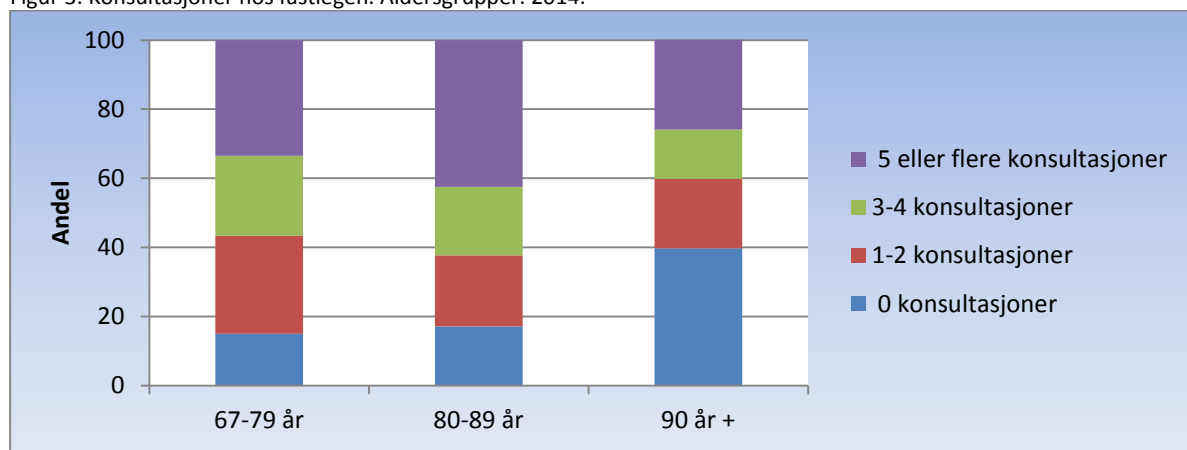
2.2.1 Omfanget av konsultasjoner hos fastlegen

Rundt en tredjedel av befolkningen hadde ingen konsultasjoner hos fastlegen i 2014. Omtrent en av tre hadde 1-2 konsultasjoner. Om lag 19 prosent hadde fem eller flere konsultasjoner. Bildet er noe annerledes dersom man utelukkende ser på den eldre delen av befolkningen.

I aldersgruppene 67-79 år og 80-89 år var det henholdsvis rundt 15 og 17 prosent, som ikke hadde noen konsultasjoner. Andelen 90 år og eldre som ikke hadde noen konsultasjoner var i underkant av 40 prosent. Dette henger trolig sammen med at mange i denne aldersgruppen er på sykehjem og får legetilsyn der. De går altså ikke til fastlegen.

I overkant av 4 av 10 eldre i aldersgruppen 80-89 år hadde i 2014 fem eller flere konsultasjoner hos fastlegen. Andelen i aldersgruppen 90 år og over var rundt en av fire. For begge gruppene har denne andelen steget litt i perioden fra 2010 til 2014.

Figur 3: Konsultasjoner hos fastlegen. Aldersgrupper. 2014.



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Konsultasjoner versus kontakter

En konsultasjon er et fysisk møte mellom lege og pasient, mens en kontakt også kan skje for eksempel via telefon, brev eller e-post.

I underkant av 437 000 personer som er 67 år og eldre hadde konsultasjoner hos fastlegen i 2014. Rundt 682 000 i samme aldersgruppe hadde kontakt med fastlegen. I tallene for kontakt inngår også konsultasjoner.

Rundt 90 prosent av de eldre i aldersgruppen 67-79 år hadde mellom 1 og 10 konsultasjoner hos fastlegen i 2014. Om lag åtte prosent hadde mellom 11-20. Legges antall kontakter til grunn øker andelen som har mellom 11 og 20 kontakter til rundt 23 prosent.

Omtrent 10 prosent av eldre i aldersgruppen 80-89 år hadde mellom 21 og 30 kontakter. Ca. fire prosent hadde mellom 31-50 kontakter. De som har mange kontakter har ofte kroniske sykdommer som medfører behov for hyppig kontakt.

Tabell 1: Konsultasjoner og kontakter hos fastlegen. Aldersgrupper. Andeler. 2014.

Antall	67-79 år		80-89 år		90 år +	
	Konsultasjoner	Kontakter og konsultasjoner	Konsultasjoner	Kontakter og konsultasjoner	Konsultasjoner	Kontakter og konsultasjoner
1-10	90,31	68,39	83,02	55,45	86,70	61,86
11-20	8,34	23,07	14,38	29,98	11,39	26,49
21-30	1,09	5,98	2,15	9,94	1,60	8,25
31-50	0,24	2,22	0,42	4,08	0,29	3,02
51-100	0,02	0,34	0,03	0,54	0,01	0,37
Over 100	0	0,01	0	0,01	0	0,01

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

2.2.2 Kulturelle forskjeller i bruk av fastlegen

Innvandrere² bruker fastlegen noe mindre enn den øvrige befolkningen. Innvandrere i aldersgruppen 67-79 år hadde i gjennomsnitt 3,8 konsultasjoner hos fastlegen i 2014. Gjennomsnittet i den øvrige befolkningen i samme aldersgruppe var på 4,2 konsultasjoner.

Det var minst forskjeller i gjennomsnittlig antall konsultasjoner hos fastlegen mellom innvandrere og den øvrige befolkningen i aldersgruppen over 90 år. I denne aldersgruppen bruket innvandrere i gjennomsnitt fastlegen i 2,9 ganger, mens gjennomsnittet i den øvrige befolkningen var på 3,3.

Gjennomsnittlig antallet konsultasjoner har stort sett økt for alle aldersgrupper og grupperinger fra 2010 til 2014.

Tabell 2: Gjennomsnittlig antall konsultasjoner hos fastlegen i løpet av et år. Aldersgrupper og innvandrere og øvrig befolkning. 2010-2014.

År	67-79 år		80-89 år		90 år +	
	Innvandrere	Øvrig befolkning	Innvandrere	Øvrig befolkning	Innvandrere	Øvrig befolkning
2010	3,5	4,3	3,8	4,8	2,3	2,9
2011	3,8	4,4	4,5	5,0	2,9	3,0
2012	3,9	4,4	4,6	5,2	3,0	3,2
2013	3,8	4,3	4,7	5,2	2,9	3,2
2014	3,8	4,2	4,6	5,2	2,9	3,3

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Innvandrerens bruk av fastlegene varierer avhengig av landbakgrunn. Skillet er særlig fremtredende i aldersgruppen over 80 år. I denne aldersgruppen er gjennomsnittlig konsultasjon per person på 5,2 hos innvandrere med bakgrunn fra USA, Canada, Australia og New Zealand, mens den er på 2,9 for de med bakgrunn fra Europa utenom EU-/EØS-området.

² «Innvandrere»: bosatt i Norge, men født i utlandet av to utenlandske foreldre og har fire utlandsfødte besteforeldre.
«Øvrig befolkning»: personer uten innvandrerbakgrunn, det vil si at de verken er innvandret eller norskfødt av to innvandrere. Jf. definisjon fra SSB (6).

Tabell 3: Innvandrerbefolkningens fastlegekonsultasjoner, etter alder gruppe og landbakgrunn. 2014.

	Konsultasjoner per person	
	67-79 år	80 år+
Alle land, unntatt Norge	3,8	4,4
Norden utenom Norge	4	4,7
EU/EØS-området utenom Norden	3,8	4,5
Europa utenom EU-/EØS-området	3,3	2,9
Asia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania utenom Australia og New Zealand	3,9	3,5
USA, Canada, Australia og New Zealand	3,7	5,2

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

2.2.3 Konsultasjonsårsak hos fastlegen

De hyppigste konsultasjonsårsakene³ hos fastlegen blant de på 67 år og eldre var i 2014 hjertesykdom og høyt blodtrykk. Rundt en av fire konsultasjoner blant eldre over 90 år, og rundt en av fem konsultasjoner hos eldre i aldersgruppen 80-89 år, knytter seg til hjertesykdom.

Tabell 4: Kontaktårsak for konsultasjon hos fastlege. Andel og aldergrupper. 2014.

	67-79 år		80-89 år		90 år +	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Luftveisinfeksjoner, inkl. ørebetennelse	3,9	4,7	3,2	3,3	3,2	2,9
Lokale smerter og betennelser	5,5	6,7	3,6	5,1	3,1	4,3
Ryggproblemer	2,0	2,6	1,5	2,4	1,3	1,8
Generelle smerter og muskelplager	0,5	1,1	0,3	0,8	0,2	0,5
Ledd- og gikt sykdommer	2,3	4,6	1,9	3,8	1,3	2,5
Psykisk sykdom eller lidelse	3,2	5,6	3,4	5,7	3,2	5,3
Atopi, astma, allergi eller eksem	1,7	2,2	1,6	1,8	1,6	1,7
Høyt blodtrykk	9,3	10,2	5,9	9,3	5,0	8,8
Hjertesykdom	16,8	8,1	24,6	17,1	26,9	21,9
Diabetes	6,3	4,3	4,0	3,5	2,6	2,3
Kreft	4,2	2,3	5,4	1,9	5,2	1,8
Underlivsplager hos kvinner	0,0	1,0	0,0	0,6	0,0	0,5
Funksjonelle mage-tarmplager	2,4	3,8	2,2	3,0	2,2	2,4
Hudinfeksjoner	1,4	1,4	1,3	1,2	1,3	1,4
Ulykker og skader	2,4	2,5	2,3	2,8	2,9	3,4
Medfødt sykdom eller feil	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Frykt for sykdom	0,4	0,5	0,2	0,3	0,2	0,3
Administrativ kontakt	2,9	2,1	3,5	2,4	3,0	2,3
Forebyggende kontakt	1,6	2,6	1,4	1,5	1,3	1,4
Andre diagnoser	33,0	33,4	33,5	33,2	35,5	34,3
Antall (N)	1 007 259	1 153 368	416 264	577 463	60 426	116 259

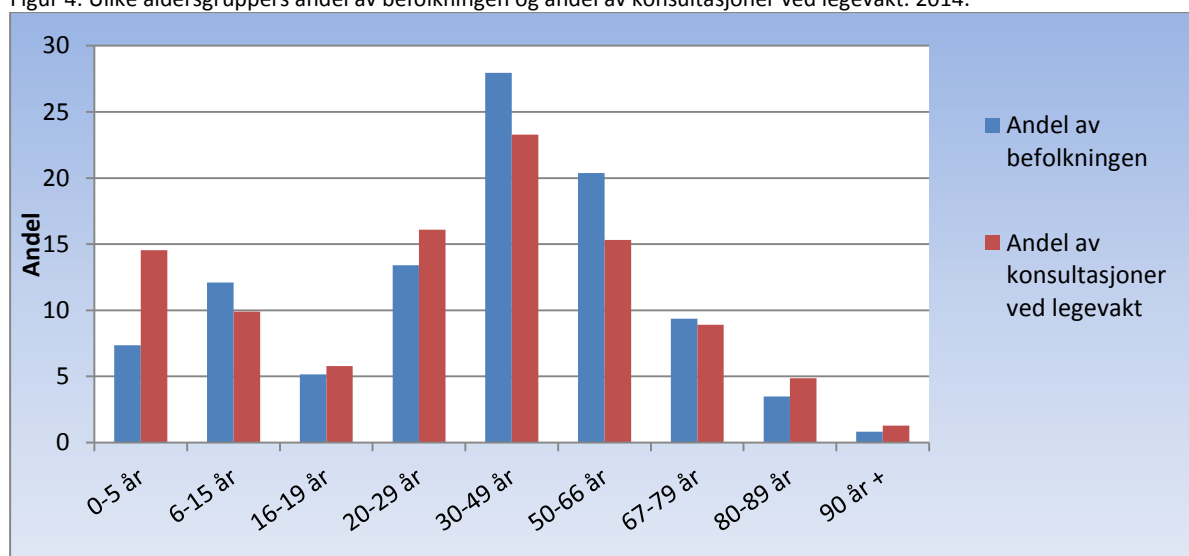
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

³ Statistikken er basert på hoveddiagnose, det vil si det som anses som den viktigste årsaken til legebesøket. Bidiagnoser er ikke med i statistikkgrunnlaget.

2.3 Bruk av legevakt

I 2014 var det om lag 1,36 millioner konsultasjoner på legevakten. Om lag en av seks var innom legevakten i løpet av 2014. Barn under 6 år hadde flest konsultasjoner hos legevakten, etterfulgt av de over 80 år. Eldre i aldersgruppen 67-79 år brukte legevakten litt mindre enn deres andel av befolkningen tilsier, mens eldre i aldersgruppene 80-89 år og 90 år og eldre brukte legevakten litt mer enn deres andel av befolkningen tilsier.

Figur 4: Ulike aldersgruppers andel av befolkningen og andel av konsultasjoner ved legevakt. 2014.



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Antall konsultasjoner ved legevakt per person var 0,26. Personer i aldersgruppen 67-79 lå under det samlede snittet, mens snittet var noe høyere for de to eldste aldersgruppene. I de to eldste aldersgruppene var antallet konsultasjoner per person litt høyere blant menn enn blant kvinner. For eksempel var antall konsultasjoner per person blant menn 90 år og eldre på 0,45, mens andelen for kvinner var 0,33.

Tabell 5: Legevakts konsultasjoner etter antall, kjønn og aldersgruppe. Andel og konsultasjoner per person. 2014.

		0 konsultasjoner	1 konsultasjon	2 konsultasjoner	3 eller flere konsultasjoner	Konsultasjoner per person
67-79 år	Menn	84,5	11,4	2,6	1,5	0,23
	Kvinner	83,9	11,8	2,8	1,5	0,24
80-89 år	Menn	77,3	15,2	4,4	3,1	0,38
	Kvinner	78,3	15	4,3	2,4	0,34
90 år +	Menn	74,4	16,9	5,3	3,4	0,45
	Kvinner	79,1	14,8	4,1	2	0,33

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

2.3.1 Kulturelle forskjeller i bruk av legevakt

Innvandrere 67 år og eldre brukte legevakten noe mindre enn den øvrige befolkningen i 2014, med 0,24 konsultasjoner per person opp mot 0,28 konsultasjoner.

Tabell 6: Konsultasjoner ved legevakt. 67 år + og innvandringskategori. Andel og konsultasjoner per person. 2014.

	0 konsultasjoner	1 konsultasjon	2 konsultasjoner	3 konsultasjoner	Konsultasjoner per person
Innvandrere	84,4	11,4	2,7	1,4	0,24
Norskfødte med innvandrerforeldre	86,6	11,6	0,9	0,9	0,19
Øvrig befolkning	82,1	12,8	3,3	1,9	0,28
Befolkningen i alt	82,2	12,7	3,3	1,9	0,28

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Gjennomsnittlig konsultasjon per person over 67 år fordelt på landbakgrunn ligger mellom 0,20 og 0,26. Personer fra EU/EØS-området utenom Norden ligger lavest og personer fra Asia, Afrika m. fl. ligger høyest.

Tabell 7: Konsultasjoner ved legevakt. 67 år + og landbakgrunn. Andel og konsultasjoner per person. 2014.

	0 konsultasjoner	1 konsultasjon	2 konsultasjoner	3 konsultasjoner	Konsultasjoner per person
Alle land, unntatt Norge	84,5	11,3	2,7	1,4	0,23
Norden utenom Norge	84	11,6	2,8	1,5	0,25
EU/EØS-området utenom Norden	85,9	10,7	2,3	1,2	0,2
Europa utenom EU-/EØS-området	85,8	10,7	2,2	1,3	0,22
Asia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania utenom Australia og New Zealand	83,4	11,8	3,1	1,7	0,26
USA, Canada, Australia og New Zealand	84,1	12,0	2,6	1,4	0,25

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

2.3.2 Konsultasjonsårsak ved legevakt

De hyppigste konsultasjonsårsakene hos legevakt blant befolkningen 67 år og eldre var i 2014 skader og ulykker, samt luftveisinfeksjoner, med henholdsvis 21 964 og 18 391 tilfeller. I overkant av en av ti konsultasjoner ved legevakten blant disse var relatert til skader og ulykker, og andelen var økende med økende alder.

13,3 prosent av konsultasjonene blant kvinner 90 år og eldre skyldes skader og ulykker, mens andelen for menn var 9,5 prosent. Forskjellen mellom kjønnene er likevel ikke stor hvis man ser på antallet skader og ulykker per 1 000 innbygger. Antallet var 44 per 1 000 innbygger for kvinner og 43 for menn.

Tabell 8: Kontaktårsak for konsultasjon ved legevakt.* Andel. Kjønn og aldergrupper. 2014.

	67-79 år		80-89 år		90 år +	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Luftveisinfeksjoner, inkl. ørebetennelse	8,9	9,9	9,0	7,9	9,2	7,9
Lokale smerter og betennelser	7,2	9,2	5,9	9,0	6,0	9,4
Ryggproblemer	2,3	2,9	1,8	3,2	1,8	2,7
Generelle smerter og muskelpager	0,6	0,9	0,4	0,8	0,2	0,7
Ledd- og giktsykdommer	0,4	0,5	0,3	0,5	0,3	0,3
Psykisk sykdom eller lidelse	2,7	2,6	2,5	2,5	2,2	2,3
Atopi, astma, allergi eller eksem	3,0	3,5	3,5	3,5	3,5	3,7
Høyt blodtrykk	0,7	1,3	0,5	1,3	0,2	1,1
Hjertesykdom	3,9	2,7	4,3	4,0	4,0	4,9
Diabetes	0,5	0,3	0,4	0,3	0,2	0,2
Kreft	1,3	0,7	1,2	0,5	0,8	0,4
Underlivsplager hos kvinner	0,0	0,6	0,0	0,5	0,0	0,3
Funksjonelle mage-tarmplager	6,6	7,8	6,6	7,8	6,1	6,6
Hudinfeksjoner	3,3	2,9	2,3	2,4	1,9	2,1
Ulykker og skader	11,4	10,5	8,8	11,0	9,5	13,3
Medfødt sykdom eller feil	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Frykt for sykdom	0,3	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2
Administrativ kontakt	0,5	0,5	0,7	0,6	0,7	0,7
Forebyggende kontakt	2,2	2,2	2,5	2,6	3,3	2,8
Andre diagnoser	44,3	40,6	48,8	41,3	49,9	40,4
Antall (N)	57 003	64 002	28 212	37 929	5 968	11 628

*Konsultasjoner registrert under «svangerskap, fødsel, prevensjon» er utelatt.

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

2.4 Legetimer på sykehjem

Kun sykehjem og andre boformer som har heldøgns omsorg og pleie krever organisert legetjeneste.⁴ Det foreligger ikke noen nasjonal norm eller sentralt mål krav for legedekning, det vil si at den enkelte kommune selv fastsetter normen.

I Helsedirektoratets rapport IS-1293 *”Normering av legetjenester i sykehjem”* (7) vises det til at sykehjemmene i 2005 i gjennomsnitt har 0,27 legetimer til rådighet pr beboer pr uke. Tallet varierte mellom 0,19 og 0,39. I 2014 var landsgjennomsnittet økt til 0,49 og variasjonen mellom kommunene var fra 0,05 til 2,04. Dataene kan tyde på at mange kommuner har arbeidet aktivt for høyere legedekning på sykehjem de senere årene og at sykehjemmene i økende grad driver med medisinsk behandling på korttidsplasser og øyeblikkelig hjelp plasser. Samtidig har variasjonen mellom kommunene økt.

⁴ Boliger for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for særlig omsorg, herunder avlastningsboliger regnes ikke med.

Tabell 9: Legetimer per beboer på sykehjem. 2009-2014.

2009	2010	2011	2012	2013	2014
0,34	0,37	0,39	0,43	0,46	0,49

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Hva som er forsvarlig antall legetimer i sykehjem vil variere etter pasientenes behov, hvilke oppgaver sykehjemmet skal dekke (f. eks spesialiserte skjermede enheter for pasienter med aldersdemens, for pasienter med psykiske lidelser og pasienter i palliativ omsorg) og hvordan tjenestetilbudet i kommunen for øvrig er organisert og dimensjonert. Forholdet mellom antall boliger der det ytes heldøgns tjenester og antall langtidsplasser på sykehjem og omfang og sammensetning av kompetansen vil blant annet være avgjørende for behovet for legetjenester i sykehjem.

Legetimer per beboer på sykehjem er valgt som nasjonal kvalitetsindikator ut fra målene for den nasjonale kvalitetsstrategien (8).

2.5 Oppsummering

I kapitelet belyses dagens forbruk av kommunale fastleger og fastlegetjenester. For å estimere fremtidens behov disse tjenestene er dagens bruk et godt utgangspunkt. En rekke faktorer påvirker fremtidens behov for kommunale fastleger og legevaktstjenester. For eksempel antallet og andelen eldre i befolkningen, omfanget av innvandring, sykdomsbildet, resultater av satsning på forebygging, organisering av tjenestene, tilgang på arbeidskraft, forventninger og økonomi.

Eldre bruker fastlegen mer enn yngre. Særlig aldersgruppen mellom 67-79 år har flere konsultasjoner hos fastlegen enn deres andel av befolkningen tilsier. Denne aldersgruppen har samtidig færre konsultasjoner ved legevakta enn deres andel av befolkningen tilsier. Innvandrere over 67 år bruker både fastlegen og legevakt noe mindre enn den øvrige befolkningen.

Blant de som er 67 år og eldre er hjertesykdom og høyt blodtrykk de hyppigste konsultasjonsårsakene for fastlegen.

Ved fylte 90 år går bruken av fastlegen ned. Dette henger trolig sammen med at mange i denne aldersgruppen bor på institusjon og får tilsyn av lege der. De senere årene har andelen legetimer på sykehjem hatt en jevn økning. Fra 0,27 legetimer per beboer per uke i 2005 til 0,49 timer i 2014. Det er imidlertid store forskjeller mellom kommunene. Forskjellen har økt fra 2005 til 2014.

Eldre 80 år og over har flere konsultasjoner på legevakten enn deres andel av befolkningen tilsier. Hyppigste kontaktårsak hos legevakta blant de 67 år og eldre er ulykker og skader, og utgjør om lag en av ti konsultasjoner.

De senere årene har det er relativt små endringer i eldres bruk av kommunale legetjenester.

3. SKADER OG ULYKKER BLANT ELDRE

Å forebygge og redusere skader og ulykker vil gi store gevinster i form av helsegevinster for den enkelte og kostnadmessig for samfunnet. I 2009 la regjeringen frem en nasjonal strategi for forebygging av skader og ulykker. Et av målene i strategien var å bedre kunnskapsgrunnlaget for skader og ulykker slik at man på sikt kan måle effekter av ulike tiltak.

3.1 Innledning

I dette kapitlet vil det redegjøres for datagrunnlaget om skader og ulykker, og hva det forteller oss om skader og ulykker blant eldre. I de rapportene som benyttes som kilde her er eldre definert som de som er 80 år +.

Skader og ulykker blant eldre relateres ofte til fall. Det er derfor startet et omfattende arbeid knyttet opp mot fallforebygging. Kapitlet vil derfor avsluttes med å belyse noe av det pågående arbeidet rundt fallforebygging.

3.2 Datagrunnlag

Personskader registreres i dag i flere ulike registre. Dette gjør det vanskelig å gi et helhetlig og komplett bilde av omfanget av skader og ulykker. For eksempel rapporteres noe til Arbeidstilsynet, noe til politiet og noe til helsemyndighetene. I tillegg kan Dødsårsaksregisteret (DÅR) gi opplysninger om skader og/eller ulykker som medfører dødsfall. Det er også utfordringer knyttet til datakvaliteten i de ulike registrene. For eksempel til hvor komplette de er.

Alle personskadetilfeller som behandles i spesialisthelsetjenesten og ved utvalgte kommunale legevakter⁵ skal registres, og opplysningene skal rapporteres til Norsk pasientregister (NPR). Dataene som rapporteres gir informasjon om blant annet skadested, aktivitet ved skadetidspunkt og type skade (vold, villet egenskade, ulykkesskade m.m.).

Data om skader og ulykker som blir behandlet i primærhelsetjenesten kan til dels hentes ut fra KUHR, Kontroll og utbetalinger av helserefusjoner. I KURH finnes antallet pasienter som er behandlet for skader av lege, fysioterapeuter og kiropraktorer. KUHR gir imidlertid ikke

⁵ Trondheim, Oslo og Bergen.

opplysninger utover at det er en skade. Opplysninger om hvor skaden har skjedd og hvilken type skade det er (vold, villet egenskade, ulykkesskade osv.) blir ikke registrert. KUHR er således ikke en dekkende kilde for å kartlegge skader og ulykker i primærhelsetjenesten.

3.3 Forekomst av skader behandlet i spesialisthelsetjenesten

Skader forekommer hyppigst blant ungdom og unge voksne, samt i den eldre delen av befolkningen og da særlig etter 80 år (9). Ni prosent av de totale skadene skjer blant de som er 80 år og eldre. Det er skader i hofte og lår som oftest rammer denne delen av befolkningen. Befolkningen 80 år og eldre sto for nesten halvparten av alle hofte-lårskader som ble behandlet av spesialisthelsetjeneste i perioden 2009-2011 (9).

I nesten alle tilfeller hvor eldre fylt 80 år var i kontakt med spesialisthelsetjenesten på grunn av en skade eller ulykke i 2014, skyldes det en ulykkesskade. I om lag fire prosent av tilfellene var kontaktårsaken ukjent. I 0,2 prosent var kontaktårsaken vold/overfall og i 0,4 prosent villet egenskade.

Tabell 1: Kontaktårsak for eldre 80 år+, som har fått behandling i spesialisthelsetjenesten for skader. N=7 118. 2014.

	Andel
Ulykkesskade	95,4
Vold, overfall	0,2
Villet egenskade	0,4
Ukjent kontaktårsak	4,1

Kilde: Rapport IS-2235. Personskadedata. Norsk pasientregister/Helsedirektoratet (10).

Tall fra 2014 viser at skader blant eldre fylt 80 år, i nærmere 6 av 10 tilfeller skjedde i bolig eller i boligområde, mens rundt 18 prosent skjedde i helseinstitusjoner. I overkant av 1 av 10 tilfeller skjedde ulykken på vei/gate eller liknende.

Tabell 2: Skadested for eldre 80 år+, som har fått behandling i spesialisthelsetjenesten. N=7 118. 2014.

	Andel
Bolig, boligområde	57,7
Vei, gate, fortau, gang-, sykkelvei	11,1
Sports-, idrettsområde	0,3
Skole, høyskole, universitet, barnehage, SFO	0,1
Fri natur, hav, sjø og vann	2,1
Institusjon, sykehus, syke-, aldershjem, offentlig kontor	17,6
Annet transportområde	1,0
Lekeplass	<0,1
Jordbruksbedrift, skogbruk	0,3
Annet skadested	5,8
Ukjent skadested	4,0

Kilde: Rapport IS-2235. Personskadedata. Norsk pasientregister/Helsedirektoratet (10).

81 prosent av alle skader og ulykker blant eldre er relatert til fall.

Tabell 3: Skademekanisme for eldre 80 år+, som har fått behandling i spesialisthelsetjenesten. N=7 118. 2014.

	Andel
Slag, støt på grunn av fall	81,0
Slag, støt på grunn av kontakt med gjenstand, menneske, dyr	5,8
Kutt, bitt, stikk, skutt	3,4
Akutt overbelastning	2,0
Klemt, fanget, knust	0,8
Forbrenning, røykskader, forfrysning, nedkjøling	0,4
Fremmedlegeme	0,4
Forgiftning, etsning	0,1
Annen skademekanisme	1,5
Ukjent skademekanisme	4,7

Kilde: Rapport IS-2235. Personskadedata. Norsk pasientregister/Helsedirektoratet (10).

I tilfeller hvor skaden/ulykken blant eldre over 80 år skyldes fall så er skadestedet i rundt 60 prosent av tilfellene i bolig eller boligområde, 11 prosent på vei/gate eller tilsvarende og rundt 19 prosent i helseinstitusjoner.

Tabell 4: Skadested for eldre 80 år+ med skademekanisme «slag, støt på grunn av fall». N = 5 764. 2014.

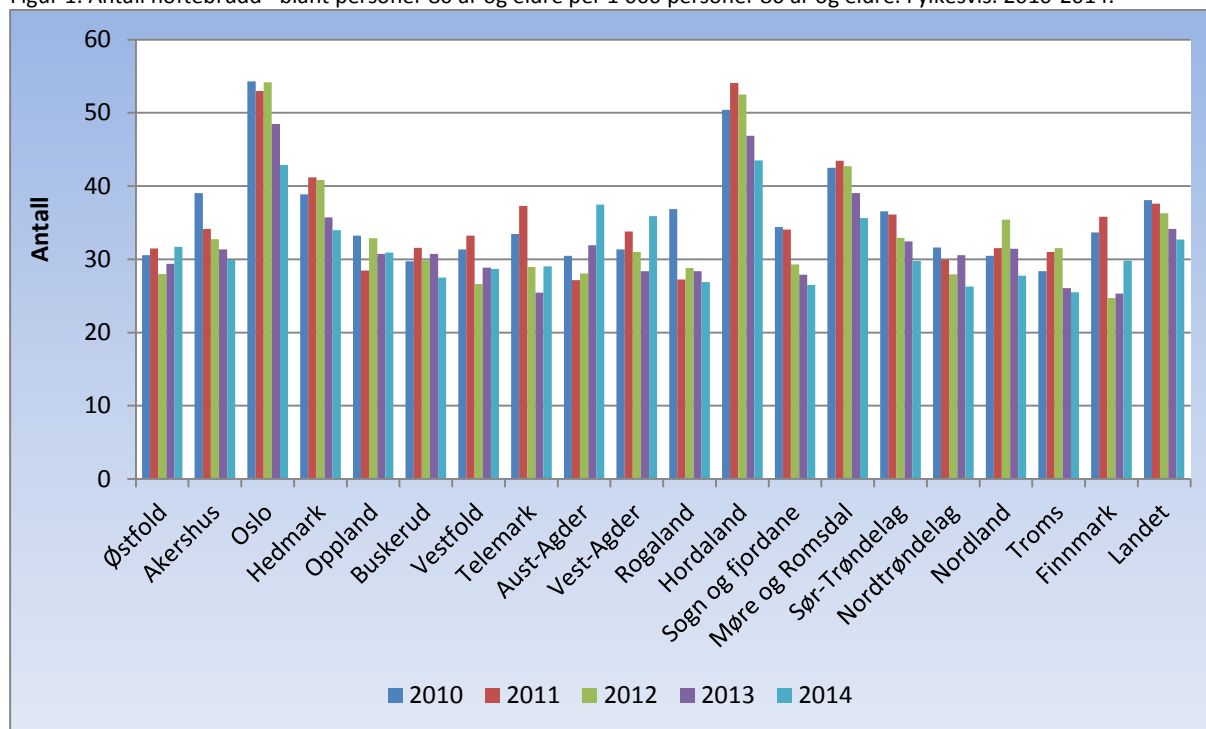
	Andel
Bolig, boligområde	59,9
Vei, gate, fortau, gang-, sykkelvei	11,0
Sports-, idrettsområde	0,3
Skole, høyskole, universitet, barnehage, SFO	0,2
Fri natur, hav, sjø og vann	1,9
Institusjon, sykehus, syke-, aldershjem, offentlig kontor	18,8
Annet transportområde	0,8
Jordbruksbedrift, skogbruk	0,2
Annet skadested	5,3
Ukjent skadested	1,6

Kilde: Rapport IS-2235. Personskadedata. Norsk pasientregister/Helsedirektoratet (10).

Forskjeller mellom fylkene

Fra 2010 til 2014 har antall hoftebrudd per 1 000 innbyggere 80 år og eldre gått ned fra 38 til 33 per 1 000 innbygger i den aldersgruppen. Det er relativt store fylkesvise variasjoner. Det er flest hoftebrudd per 1 000 innbygger i Oslo og Hordaland.

Figur 1: Antall hoftebrudd* blant personer 80 år og eldre per 1 000 personer 80 år og eldre. Fylkesvis. 2010-2014.



* Antall sykehusopphold med registrert hovedtilstand (ICD-19) S72.0 - Brudd i lårhals, S72.1 - Pertrokantært brudd eller S72.2 - Subtrokantært brudd.

Kilde: Norsk pasientregister/Helsedirektoratet og Statistisksentralbyrå.

3.4 Fall og fallforebygging

Fall blant eldre en velkjent helseutfordring. Med fall knytter det seg ofte brudd, som for eksempel hoftebrudd. For mange eldre kan restituering etter brudd være vanskelig og helsen kan bli varig svekket. Noen ganger kan fall være utløsende dødsårsak.

Dødelighetsraten etter fall er høyest for aldersgruppen over 80 år. Den årlige raten for kvinner er 125 per 100 000 personer og for menn 154 per 100 000 personer. Dødsfall på grunn av fall blant eldre over 80 år ser ut til å ha gått ned fra begynnelsen av 1990-tallet og frem til i dag. Det knytter seg imidlertid en viss usikkerhet rundt tallene, fordi det i perioden har skjedd endringer i kodingen i Dødsårsaksregisteret (9).

Fall kan ha mange negative konsekvenser for eldre mennesker. Mellom 10 og 20 prosent av fallene i sykehjem gir alvorlig skade. I tillegg til brudd og hodeskader kan problemer som varig uførhet, frykt for å falle igjen og tap av selvstendighet være følgetilstander.

Helsedirektoratet utga i 2013 en rapport om fallforebygging i kommunen (11). Hensikten med rapporten er å gi kommunene et grunnlag for å satse på aktiv aldring, med fallforebygging som et mål. I rapporten vises det til kunnskap, prosjekterfaringer og anbefalinger om fallforebygging blant eldre. Aktiv jobbing med fallforebygging krever et tverrsektorielt samarbeid.

Mange kommuner har, og har hatt, egne fallforebyggingsprosjekter. Noen av disse er vist som eksempler i rapporten fra Helsedirektoratet fra 2013.

3.4.1 Forebygging av fall i pasientsikkerhetsprogrammet

Pasientsikkerhetsprogrammet «*I trygge hender 24-7*» er en videreføring av den treårige nasjonale pasientsikkerhetskampanjen som startet i 2011. Pasientsikkerhetsprogrammets mål er å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Et av tiltakene for å nå målet er å innføre konkrete forbedringstiltak på utvalgte innsatsområder. Siden fall er den vanligste årsaken til at eldre skader seg, både i og utenfor helseinstitusjoner, er forebygging av fall valgt ut som ett av disse innsatsområdene.

Tiltakene for forebygging av fall i pasientsikkerhetsprogrammet retter seg mot pasienter over 65 år og andre voksne med nevrologiske eller kognitive sykdomstilstander eller betydelige synshemninger ved sykehus og sykehjem (12).

Formålet med tiltakene for fallforebygging er å redusere fall i helseinstitusjoner. Kommunenes deltakelse i programmet er frivillig, mens helseforetakene er pålagt å innføre tiltakene. Det er imidlertid et mål at kommunene implementerer alle relevante innsatsområder og tiltak innen utgangen av 2018.

De fem tiltakene for fallforebygging i pasientsikkerhetsprogrammet er:

- Risikovurdering.
- Standardtiltak for alle pasienter med forhøyet fallrisiko (*legemiddelgjennomgang, huskeliste for pasientrom, tilsyn ved behov, pasient- og pårørendeinformasjon, opprettholde aktivitet og trening*).
- Tverrfaglig utredning.
- Individuelt tilpassede tiltak.
- Overføring av informasjon om risikovurdering og tiltak.

For å måle resultatene av tiltakspakkene er det definert fem indikatorer. To resultatindikatorer er obligatoriske, resten er frivillige målinger (13). Indikatorene er:

- Antall dager mellom hvert fall (resultatindikator)
- Antall dager mellom hvert fall med skade (resultatindikator)
- Andel pasienter som er vurdert for fallrisiko (prosessindikator)
- Andel pasienter med forhøyet fallrisiko hvor en legemiddelgjennomgang er gjennomført (prosessindikator)
- Andel pasienter med forhøyet fallrisiko hvor en tverrfaglig utredning er vurdert (prosessindikator)

Ved å måle resultatene på disse fem indikatorene kan enhetene i helseinstitusjonene følge med på egen utvikling og om tiltakene gir ønskede resultater. Dataene som registreres samles kun inn til lokal bruk og er ikke egnet for nasjonal aggregering.

3.5 Oppsummering

Det vil gi store gevinster, både helsemessig for den enkelte og kostnadmessig for samfunnet, å forebygge og redusere skader og ulykker. Blant eldre er det særlig etter fylte 80 år at skader og ulykker forekommer. Fokuset i dette kapitlet er derfor rettet mot denne aldergruppen.

Kunnskapsgrunnlaget om skader og ulykker er ikke godt nok. I 2009 la regjeringen frem en nasjonal strategi for forebygging av skader og ulykker (14). Et av målene i strategien var å bedre kunnskapsgrunnlaget for skader og ulykker slik at man på sikt kan måle effekter av ulike tiltak.

Befolkningen 80 år og eldre sto for nesten halvparten av alle hofte-lårskader som ble behandlet av spesialisthelsetjeneste i perioden 2009-2011 (9).

Skader blant eldre over 80 år, skjedde i nærmere 6 av 10 tilfeller i bolig eller i boligområde, mens nesten 2 av 10 skjedde i helseinstitusjoner. I overkant av 1 av 10 tilfeller skjedde ulykken på vei/gate eller liknende. Dette basert på 2014-tall.

Siden fall er den vanligste årsaken til at eldre skader seg i og utenfor helseinstitusjoner er forebygging av fall i helseinstitusjoner ett av innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet. Kommunenenes deltakelse i programmet er frivillig, mens helseforetakene er pålagt å innføre tiltakene. Det er utarbeidet indikatorer for å måle om tiltakene har effekt. Det foreligger ikke nasjonale data om resultatene basert på arbeidet i pasientsikkerhetsprogrammet.

4. DØDSÅRSAKER OG BRUK AV LEGEMIDLER

Vi lever lengre og andelen eldre i befolkningen øker og vil kommer til å fortsette å øke i tiden fremover. Samtidig som den eldre delen av befolkningen er friskere og rapporterer bedre helse enn tidligere, øker forekomsten av kroniske sykdommer i gruppen. Omfattende bruk av legemidler er vanlig hos eldre og legemiddelbruken øker med alderen.

4.1 Innledning

I dette kapitlet belyses utviklingen i dødsårsaker blant eldre og eldres bruk av utvalgte legemidler.

En økende legemiddelbruk, samt at mange eldre står på flere legemidler er utfordrende. Fokuset vil her rettes mot legemidler som hyppig benyttes blant eldre. Det vil si antidepressiva, sovemidler, medikamenter mot demens og antibiotika. Dette er medikamenter som ikke skal brukes over lang tid. Bruken av disse legemidlene skal også begrenses på grunn av bivirkninger. Det gjelder spesielt dersom de brukes sammen med mange andre legemidler.

4.2 Datagrunnlaget

Dataene i kapitlet er hentet og sammenstilt fra Reseptregisteret (15) og Dødsårsaksregistret (16).

Legemiddelbruk på sykehus og sykehjem er ikke tilgjengelig i Reseptregisteret. Dette medfører for lave tall for antall brukere av et legemiddel, spesielt i de eldste aldersgruppene hvor mange bor på sykehjem. På sykehjem blir legemidlene til beboerne fordelt fra et sentralt legemiddellager som ikke inngår i tallene fra Reseptregisteret. Forordningen av legemidler skjer vanligvis av sykehjemslegen i en kardex (journal). Legemidlene oppbevares av ansvarlig sykepleier og gis til beboeren på angitt tidspunkt, eller ansvarlig sykepleier gir ukens medisiner i en dosett som oppbevares på avdelingen.

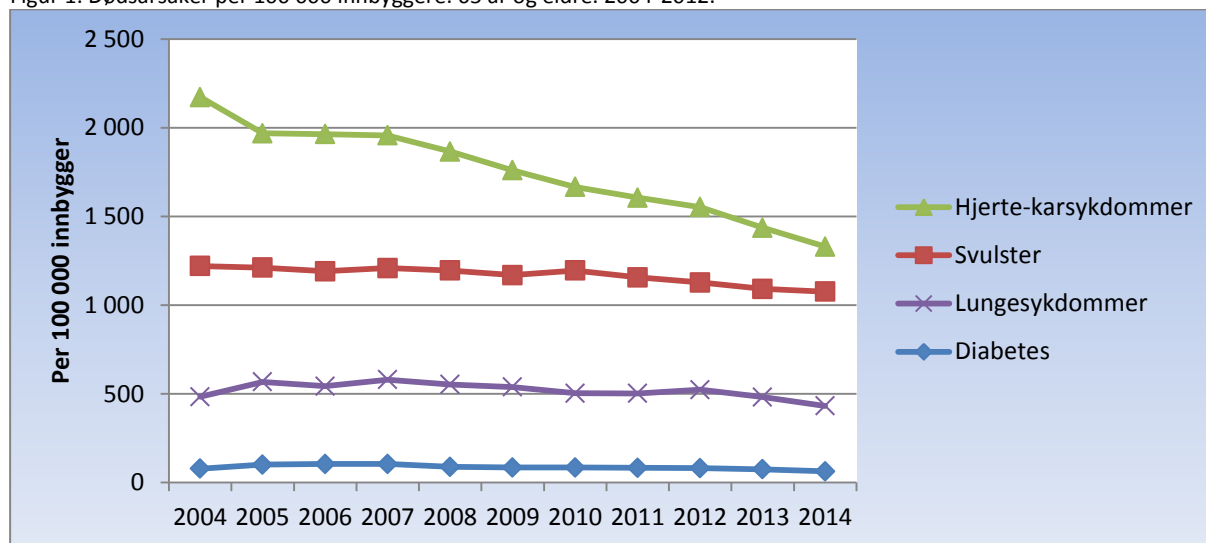
4.3 Dødsårsaker blant eldre

Generelt øker forekomsten av sykdom med alderen. Med økt levealder vil derfor en økende andel oppleve sykdommer i løpet av livet. Hos voksne er de ikke-smittsomme sykdommene, det vil si hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft, årsak til omtrent 3 av 4 dødsfall

på verdensbasis. I Norge er hjerte- og karsykdom en av de dominerende dødsårsakene blant de som er 60 år eller eldre (17).

Andelen per 100 000 som dør av hjerte- og karsykdommer blant de som er 65 år og eldre, har vært nedadgående fra 2004 til 2012. Andelen dødsfall som følge av lungesykdommer og diabetes holdt seg relativt stabilt siden 2004.

Figur 1: Dødsårsaker per 100 000 innbyggere. 65 år og eldre. 2004-2012.



Kilde: Statistisk sentralbyrå/Dødsårsaksregisteret.

4.4 Legemiddelbruk blant eldre

I Legemiddelmeldingen (44) vises det til Folkehelseinstituttets undersøkelser om eldres omfattende legemiddelbruk. I 2014 fikk 92 prosent av befolkningen over 65 år minst et legemiddel på resept. Personer over 65 år bruker nesten halvparten av alle legemidler målt i døgndoser, men utgjør kun 15 prosent av befolkningen. En studie viser at beboere på sykehjem bruker i gjennomsnitt sju legemidler. I meldingen vises det til at ca. 10 prosent av alle innleggelser av eldre i medisinsk avdeling i sykehus er på grunn av legemiddelrelaterte problemer.

Andelen som bruker legemidler er høyest blant de fra 80 år og oppover. Eldre bruker også ofte flere legemidler og større kvantum av legemidler enn yngre, målt i definert døgndose (DDD). Mens 21 prosent av legemiddelbrukerne er over 65 år bruker disse 47 prosent av legemidlene som blir utlevert på resept (i DDD). Av de over 65 år mottok 57 prosent mer enn fem legemidler, og 21 prosent mottok over ti ulike legemidler i løpet av et år. Andelen som mottok mer enn fem legemidler er under 20 prosent for de under 65 år. Dette betyr at mange eldre må forholde seg til mange forskjellige legemidler, noe som øker risikoen for feilbruk (18).

Det mest brukte legemidlet på resept hos eldre over 65 år er forebyggende midler mot blodpropp, som brukes av 1 av 3 over 65 år (18).

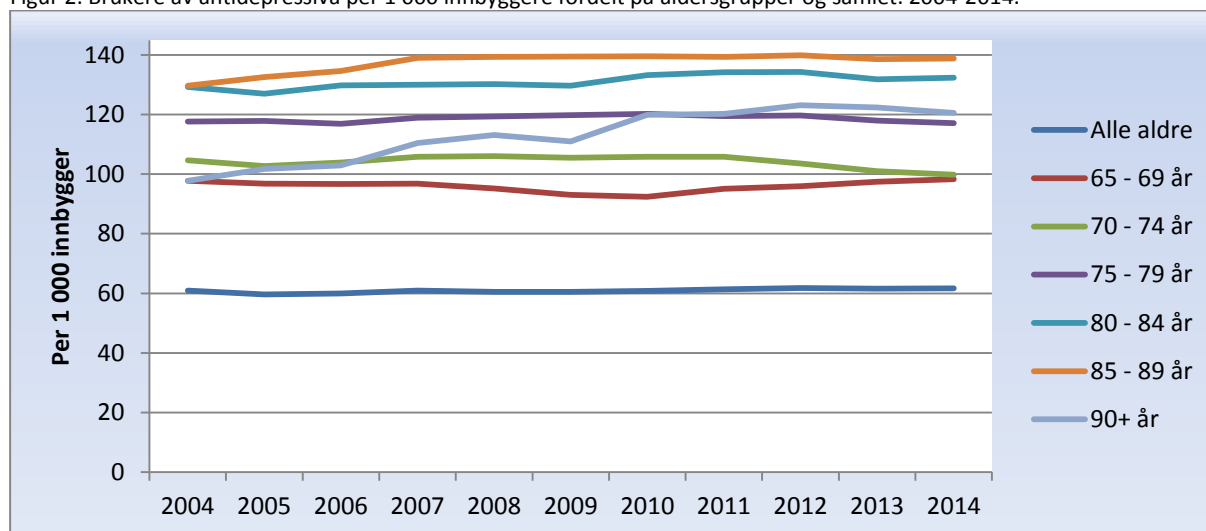
4.4.1 Bruk av antidepressiva

En amerikansk undersøkelse viser at depresjon er den vanligste psykiatriske diagnosen hos eldre. Prevalens er på 12 prosent av geriatrike pasienter, mot tre prosent i den øvrige befolkningen (19). Undersøkelsen viser også at eldre selv mener at redusert forekomst av depresjon i dagliglivet er noe av det viktigste for en god alderdom.

Forskning viser at 80 prosent av eldre pasienter med depresjon har minst én indremedisinsk diagnose. 48 prosent har tre eller flere andre sykdommer. Depresjon kan i tillegg være en risikofaktor for utvikling av nye somatiske og psykiatriske sykdommer (20).

Bruk av antidepressiva blant eldre er generelt høyere enn i den øvrige befolkningen, og den er økende med høyere alder hvis man ser bort fra gruppen 90 år+. Andel brukere av antidepressiva per 1 000 innbyggere i hele befolkningen (alle aldre) har holdt seg relativt stabilt fra 2004 til 2014.

Figur 2: Brukere av antidepressiva per 1 000 innbyggere fordelt på aldersgrupper og samlet. 2004-2014.



Kilde: Reseptregisteret, Folkehelseinstituttet.

4.4.2 Bruk av sovemidler

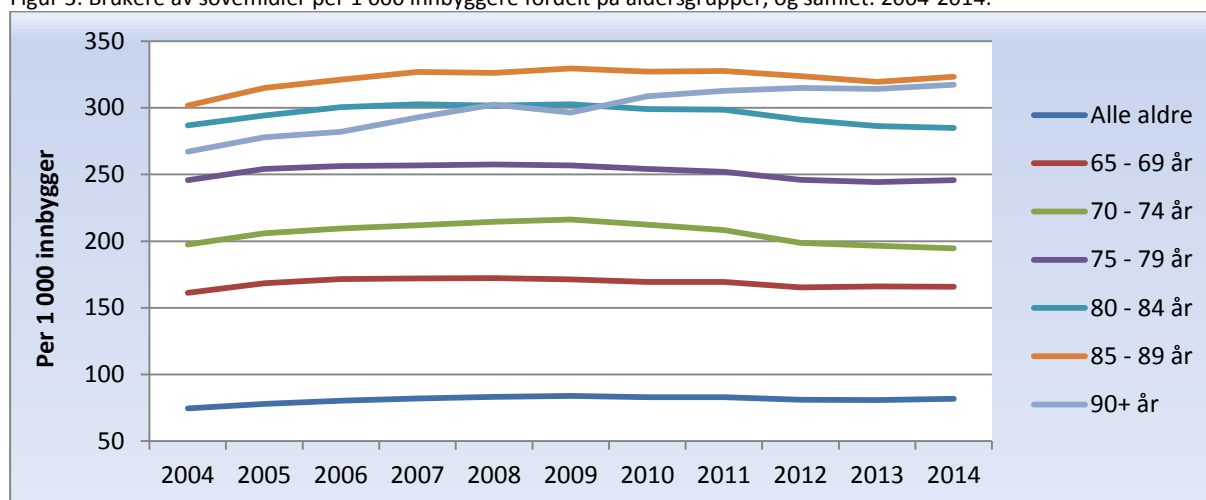
Søvnproblemer øker med alderen. Gode ikke-medikamentelle råd virker ikke alltid, og mange eldre behandles derfor med legemidler. Det anbefales at sovemedisiner kun skal benyttes over kortere perioder. Dette er spesielt viktig hos eldre brukere da de kan stå på flere medikamenter som kan ha interaksjoner med sovemiddelet, samt gi økt følsomhet for legemidler.

Totalt fikk 32 prosent av befolkningen i aldersgruppen 65 år og over utlevert sovemidler i 2011, andelen øker i de høyere aldersgruppene. I alle aldersgruppene er andelen kvinner en høyere enn andelen menn (18).

Bruken av sovemidler øker i hovedsak med økende alder. Bruken av sovemidler i aldersgruppene mellom 65 og 84 år er på om lag samme nivå i 2014 som de var i 2004. For

aldersgruppene 85-89 år har det imidlertid vært en gradvis økning, med unntak av en liten nedgang mellom 2011 og 2013. I aldersgruppen 90 år + bruker omtrent 317 per 1 000 innbyggere sovemidler, til sammenligning er andelen blant de i aldersgruppen 65-69 år på omtrent 165 per 1 000 innbyggere.

Figur 3: Brukere av sovemidler per 1 000 innbyggere fordelt på aldersgrupper, og samlet. 2004-2014.



Kilde: Reseptregisteret, Folkehelseinstituttet.

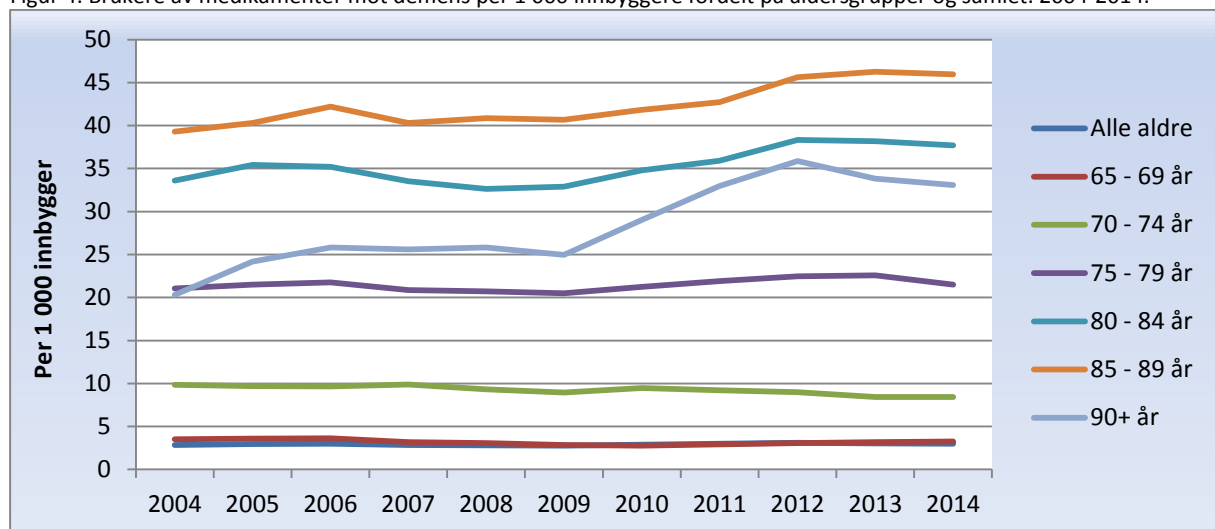
4.4.3 Bruk av medikamenter mot demens

Befolkningen i Norge blir eldre og en konsekvens av dette er at flere utvikler demens. Det er anslått at omkring 70 000 personer i Norge har en demenssykdom. Demens gir svekket hukommelse, vanskeligheter med å tenke abstrakt, samt dårlig følelseskontroll (21). Rundt 60 prosent av pasienter med demens har Alzheimers sykdom, som er den vanligste formen for aldersdemens, mens 20 prosent har en demens som er et resultat av hjerte- og kar sykdom. Det er fire legemidler som er godkjent for bruk mot Alzheimers sykdom. Disse legemidlene har noe begrenset effekt og kan ikke stoppe utviklingen av sykdommen, bare bedre noen av symptomene. Effekten er varierende fra person til person, og det er derfor krav om dokumentasjon for resultat hver 6. måned for å få refusjon.

I aldersgruppen 65-69 år har bruken av medikamenter mot demens holdt seg stabilt fra 2004 til 2014. Høyest bruk er naturlig nok i de eldste aldersgruppene fra 80 år og oppover. Det er en økning i bruken av medikamenter mot demens fra 2010. Dette kan være delvis fordi et nytt medikament (Memantin) ble lagt inn under refusjonsordningen.

De som bruker medikamenter mot demens bruker ofte også mange andre legemidler. I 2011 sto 30 prosent av de som fikk demensmidler på over ti legemidler. Noe av de vanligste å ta i tillegg til demensmidler er antipsykotikum, midler mot angst, sovemidler og/eller antidepressiva. Andelen som mottok dette i tillegg til midler mot demens er høyere enn i resten av eldre populasjonen. Dette er en gruppe med mye angst, depresjon og uro. Det er likevel viktig med en diskusjon om bruken av dempende medikamenter hos demente for å unngå overmedisinering (18).

Figur 4: Brukere av medikamenter mot demens per 1 000 innbyggere fordelt på aldersgrupper og samlet. 2004-2014.



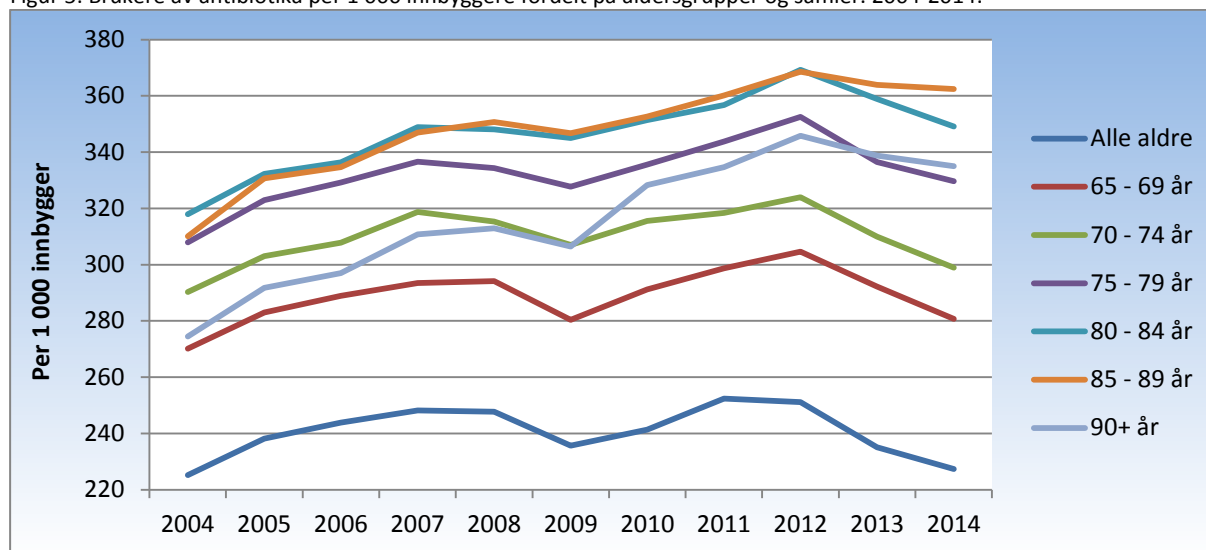
Kilde: Reseptregisteret, Folkehelseinstituttet.

4.4.4 Bruk av antibiotika

Effektiv antibiotika er en forutsetning for moderne medisinsk behandling. Parallelt med økende bruk av antibiotika øker farens for resistens. Både i Norge og på verdensbasis er antibiotika resistens et økende problem. Antibiotika resistens bekjempes i hovedsak ved å begrense anvendelse av antibiotika til et nødvendig minimum, samt å stanse spredningen av resistente mikroorganismer. Det er en nasjonal målsetning at forekomsten av antibiotika resistens i Norge ikke skal øke og at totalkonsumet av antibiotika reduseres.

Antibiotika bruken generelt har økt i perioden 2004 til 2012. Deretter har det vært en liten nedgang frem mot 2014. Andelen brukere av antibiotika er markant høyere i aldersgruppene over 65 år enn andelen for befolkningen samlet. I 2014 var gjennomsnittlig antall brukere av antibiotika over 65 år på rundt 326 per 1 000 innbyggere, mens antallet for alle var på om lag 227 per 1 000 innbyggere. Bruken er høyest i aldersgruppen 85-89 år med rundt 362 brukere per 1 000 innbyggere. Dette kan ha sammenheng med at flere i aldersgruppen 90 år + bor på sykehjem og således ikke inngår i tallgrunnlaget. Hvis man ser bort fra den eldste aldersgruppen er bruken av antibiotika økende med økt alder.

Figur 5: Brukere av antibiotika per 1 000 innbyggere fordelt på aldersgrupper og samler. 2004-2014.



Kilde: Reseptregisteret, Folkehelseinstituttet.

Eldre har høyere risiko for å utvikle infeksjoner som krever antibiotika enn den øvrige befolkningen. Dette skyldes blant annet at immunforsvar svekkes med økende alder. I tillegg står eldre oftere ovenfor kronisk sykdommer og mangelfull ernæring, som igjen kan bidra til å svekke immunforsvaret ytterligere.

Det er grunn til å anta at forbruket av antibiotika er høyere blant eldre i sykehjem enn blant eldre som bor hjemme, da de som er på sykehjem stort sett har en dårligere helsetilstand. Manglende datagrunnlag om forbruk av antibiotika ved sykehjem gjør det imidlertid vanskelig å måle hvor stor denne forskjellen eventuelt er. Folkehelseinstituttet gjennomførte imidlertid, for første gang våren 2015, en prevalensundersøkelse over bruken av antibiotika ved sykehjem (22). I undersøkelsen ble det registeret hvor mange beboere som fikk antibiotika på undersøkelsesdagen, hvilke antibiotika de fikk, samt hva som var årsaken til medikamentbruken. I undersøkelsen skilles det imidlertid ikke på alder, slik at også beboere under 65 år inngår i datamaterialet.

Av de 19 448 beboerne som ble registeret i undersøkelsen fikk 7,6 prosent antibiotika. 65,3 prosent av forskrivningene knyttet seg til urinveisinfeksjoner, 15,6 prosent til nedre luftveisinfeksjoner og 8,9 prosent til hud- og bløtdelsinfeksjoner.

4.5 Oppsummering

I dette kapitlet er det redegjort for dødsårsaker blant eldre og utviklingen i bruk av utvalgte legemidler.

Eldre utgjør en stadig større andel av befolkningen, men samtidig som befolkningen blir eldre, blir den også friskere. En aldrende befolkning vil føre til flere kronisk syke, og de ikke-smittsomme sykdommene står nå for 3 av 4 av alle dødsfall blant befolkningen over 65 år. Den hyppigste dødsårsaken blant de over 65 år er hjerte- og kar sykdommer. Andelen har

dog vært nedadgående siden 2004. Andelen dødsfall blant eldre som kan relateres til lungesykdommer og diabetes har holdt seg stabilt i samme periode.

Tall fra Reseptregisteret viser at i aldersgruppen 65 og eldre har 91 prosent fått minst ett legemiddel på resept utlevert i 2011, til sammenligning er tilsvarende tall for totalbefolkningen 69 prosent. Andelen som bruker legemidler er høyest i de eldre aldersgruppene, og de eldre bruker også ofte flere legemidler enn den øvrige befolkningen.

En økende legemiddelbruk, samt at mange eldre står på flere legemidler er utfordrende. 57 prosent av de over 65 år sto på flere enn fem legemidler. Dette innebærer at mange eldre må forholde seg til mange forskjellige legemidler, og det øker risikoen for feilbruk.

De mest brukte legemidlene på resept hos eldre er legemidler som brukes forebyggende mot blodpropp, et kolesterolsenkende legemiddel, samt en betablokk til behandling av hjertesykdommer.

5. ELDRE TJENESTEMOTTAKERE I OMSORGSTRAPPA

Omsorgstrappa er et begrep som beskriver det kommunale tilbudet av tjenester som en tiltakskjede. Tjenestemottakeres vei innom ulike tjenestetyper kan gjennom registerdata studeres som pasientforløp. Dette kapitlet beskriver omsorgstrappa gjennom bruk av data fra IPLOS-registeret.

5.1 Innledning

Kommunene tilbyr ulike typer helse- og omsorgstjenester. Mange kommuner bruker begrepet omsorgstrapp for å plassere de ulike tjenestene i tiltakskjeden. Dette kapitlet beskriver hva omsorgstrappa er, hvordan den brukes av kommunene og hvilke tjenester som inngår. Ved bruk av data fra IPLOS-registeret⁶ ønsker vi å si noe om hvordan tjenestemottakerne beveger seg i omsorgstrappa. Går de trappa fra første til siste trinn eller er hopper de frem og tilbake? Vi sier også noe om hvor lange de enkelte trinnene er, det vil si hvor lenge det er vanlig å ha en tjeneste før behovet endres. Kommunenes tjenesteyting og omsorgstrappa er uavhengig av alder, men det legges her spesiell vekt på eldre tjenestemottakere.

5.2 Omsorgstrappa – hva er det?

Omsorgstrappas tankegang er *LEON-prinsippet* (laveste effektive omsorgsnivå) som har vært et grunnprinsipp i norsk helsevesen siden 1970-tallet (23). Det prinsippet innebærer at helsetjenester skal ytes på laveste effektive omsorgsnivå i helsevesenet. Primærhelsetjenesten, eller kommunehelsetjenesten, skal behandle den overveiende del av befolkningens helseproblemer og være basis for helsetjenestens øvrige ledd. Primærhelsetjenesten skal også være bindeleddet mellom befolkningen i en kommune og de spesialiserte helsetjenestene.

Omsorgstrappa, også kalt tiltakskjeden, beskriver de kommunale helse- og omsorgstjenester. Tankegangen bak trappebegrepet er at disse tjenestene kan plasseres eller rangeres på ulike nivå. Det er minst tre kriterier for hvor i trappa tjenestene skal plasseres:

⁶ IPLOS er et lovbestemt helseregister som danner grunnlag for nasjonal statistikk for deler av helse- og omsorgssektoren i kommunene.

1. **Spesialiserte tjenester:** I noen tilfeller er det graden av spesialiserte tjenester som tilsier hvor i trappa tjenesten er plassert. I starten av trappa ligger ofte kommunal bistand som støtter innbyggernes egenomsorg. For eksempel aktivitetstilbud, fritidssentra og hjelpemidler. På de øverste trappetrinnene kan tilbudene i spesialisthelsetjenesten ligge. I andre varianter av omsorgstrappa er spesialisthelsetjenesten utelatt fra kommunenes framstillinger og kommunenes tilbud av kommunale spesialiserte tilbud er plassert på de øverste trinnene.
2. **Bistandsbehov:** Omsorgstrappa reflekterer brukernes sykелighet og funksjonsnedsettelser og dermed graden av behov for tjenester. Kommunenes innbyggere som har mindre bistandsbehov tildeles og gis tjenester på de første trinnene i trappa. Ved økte bistandsbehov og/eller mer behov for spesialiserte helsetjenester ytes tjenester på de høyere trinnene i trappa. Omsorgstrappen betegner at tjenestetilbudet strekker seg fra et lite hjelpebehov (lavterskeltilbud) og til et omfattende hjelpebehov.
3. **Ressursinnsats:** En siste dimensjon, som til dels følger av graden av bistandsbehov og spesialiserte tjenester, er omfanget av ressursinnsats som er nødvendig per bruker. I tilfeller med større behov for hjelp til hverdagslige gjøremål, eller i tilfeller med økt «sykelighet», vil det være nødvendig å øke volumet av eksisterende tjeneste (på samme trinn), eller å vurdere tjenester på høyere trinn.

5.3 Hvordan bruker kommunene omsorgstrappa?

Kommunale omsorgstjenester kan være langvarige, varer ofte livet ut, og er rettet mot hele mennesket – i motsetning til kortvarig sykehusbehandling som er mer direkte rettet mot spesifikk sykdom og skade. For å ivareta brukernes sammensatte behov er omsorgstrappa ett av flere verktøy kommunene kan ta i bruk. Omsorgstrappa er, som Gjevjon og Romøren (24) sier det, en illustrasjon på kommunenes tjenestetilbud på ulike nivåer, og er fagfolkernes og saksbehandlernes rettesnor.

En del kommuner har informasjon om omsorgstrappa på kommunens nettsider for å informere kommunens innbyggere om hvilke tjenester kommunen kan tilby. Omsorgstrappa fungerer dermed som en tjenestemeny. De fleste av kommunenes tjenester er lovpålagte i henhold til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, men det finnes også tjenestetilbud i kommunene utover det som er lovpålagt.

Eksemplet i figur 1 viser omsorgstrappa for Åfjord kommune, som ble vedtatt av kommunestyret 19. mars 2015 sammen med følgende erklæring:

Verdiplattform og målsetting med tjenestetilbudet:

Hver person er unik og tjenestene skal bidra til at befolkningen opplever selvstendighet, mestring, vekst og livskvalitet også ved sykdom, funksjonsnedsettelse og høy alder.

Tjenestene understøtter at borgere kan oppleve trygghet ved å bo i eget hjem lengst mulig. Helse og omsorgstjenestene skal skape trygghet ved å sikre nødvendige tjenester.

Figur 1: Omsorgstrappa i Åfjord kommune



Et annet eksempel er fra Drammen kommune.

Figur 2: Omsorgstrappa i Drammen kommune

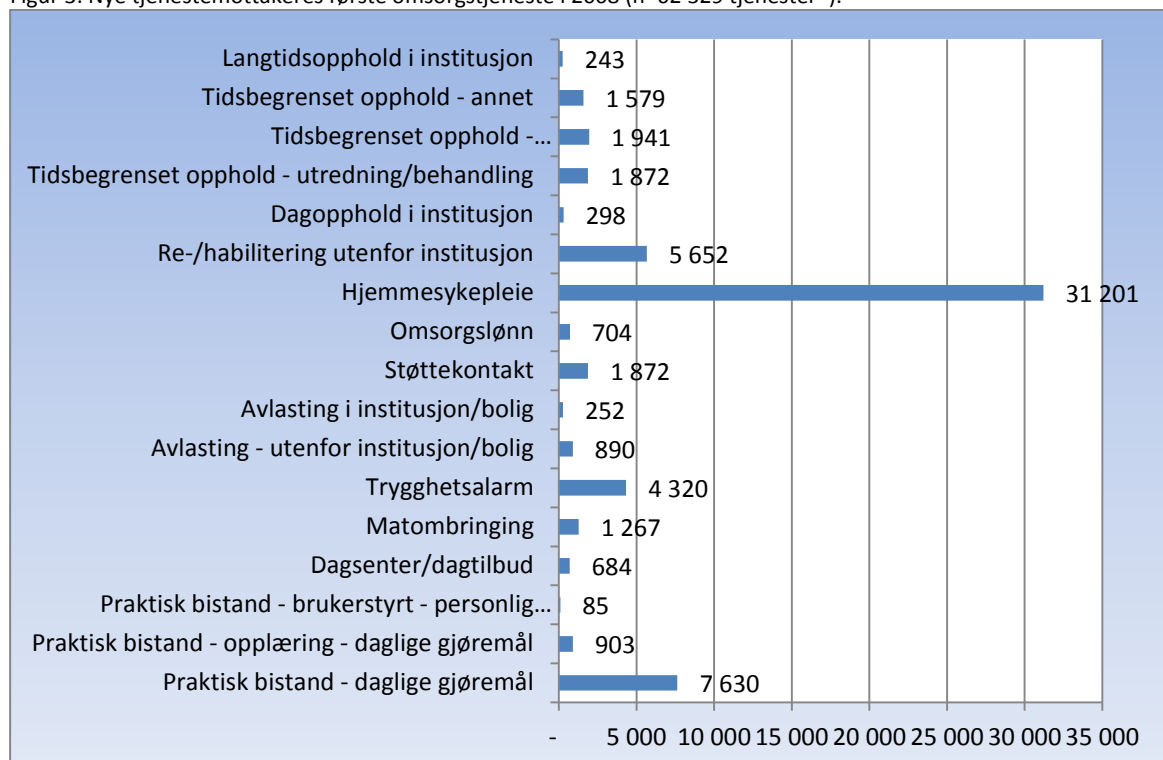


5.4 Hvilken tjeneste er den typiske introduksjon til omsorgstjenestene?

Vi har fulgt nye tjenestemottakere i perioden fra 2008 til 2013 i lys av omsorgstrappa. I 2008 var det i alt 60 543 nye mottakere av omsorgstjenester i Norge. Det vil si mottakere som ikke hadde tjenester i 2007. Mottakerne kan få vedtak om flere tjenester, og de nye mottakerne hadde 62 329 vedtak. Av disse var halvparten hjemmesykepleie (31 201 personer). Dette tyder på at inngangsporten til omsorgstjenester som regel ikke er på de laveste trinnene i omsorgstrappa, men starter med et medisinsk behov for helsehjelp i hjemmet. Dette kan for eksempel være bistand til sårskift og setting av sprøyter.

Inngangen til omsorgstjenestene kan også være tjenester som ikke registreres i IPLOS. Ser vi dette opp mot modellen for omsorgstrappa i Åfjord kommune vil nye tjenestemottakere med hjemmesykepleie motta tjenester fra trinn 1, tjenester for hjemmeboende med behov for støtte i hverdagen. Dette er det andre nivået i trappa siden Åfjord har trinn 0 for egenomsorg som inkluderer tjenester som ikke sendes inn til IPLOS-registeret. For Drammen vil hjemmesykepleie komme et godt stykke opp i trappa, etter blant annet trygghetsalarm, hjemmehjelp (praktisk bistand) og omsorgslønn.

Figur 3: Nye tjenestemottakeres første omsorgstjeneste i 2008 (n=62 329 tjenester*).



* Boliger med uoppgitt personell er ikke tatt med, n=936.

Kilde: IPLOS-registeret, Statistisk sentralbyrå.

Forløpsdata i IPLOS

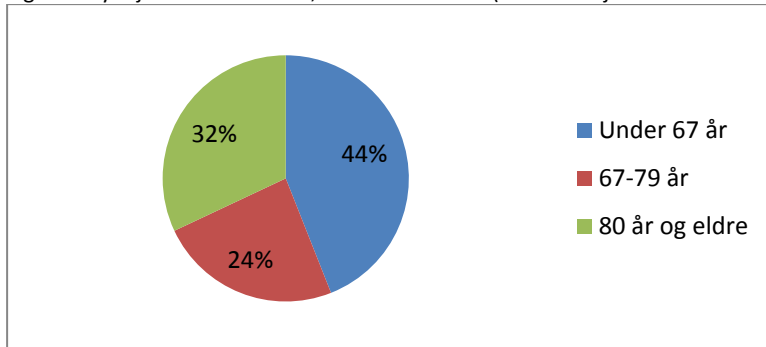
IPLOS-registeret skal ha start- og sluttdato for alle tjenester som iverksettes. Dermed skal det være mulig å følge individer over tid for å kunne se hvilken av tjenestene som ble tildelt i første omgang, hvor lenge de beholdt den, og om de fikk andre tjenester i tillegg. Det å følge individers utvikling over tid defineres her som forløpsanalyse.

Analysen kan være prospektiv. Formålet kan være å gi kunnskap om hvordan det går med personer som har fått en type tiltak, for eksempel et korttidsopphold i sykehjem. Eller den kan være retrospektiv, når formålet er å studere hvilke tjenester en person har mottatt *før* han eller hun får en gitt tjeneste, for eksempel et langtidsopphold i institusjon. Et konkret eksempel på en retrospektiv analyse er analyse over tjenester mottatt de siste årene før død (25).

I en ideell situasjon forutsetter forløpsanalyse tilgang på data som tilfredsstillende krav til fullstendighet og konsistens i kjennetegn og dateringer av alle endringer, og til organiseringen av dataene. IPLOS-registeret per i dag oppfyller ikke disse kravene fullt ut. Gitt visse forutsetninger kan IPLOS likevel brukes til å illustrere hvordan bruken av tjenester utvikler seg med tiden og hvordan enkeltindivider beveger seg mellom de ulike tjenestenivåene i omsorgstrappa.

Drøyt halvparten av de nye tjenestemottakerne var over 67 år (56 prosent). Den vanligste tjenesten for eldre den første perioden er hjemmesykepleie. Dernext kommer praktisk bistand til daglige gjøremål og trygghetsalarm.

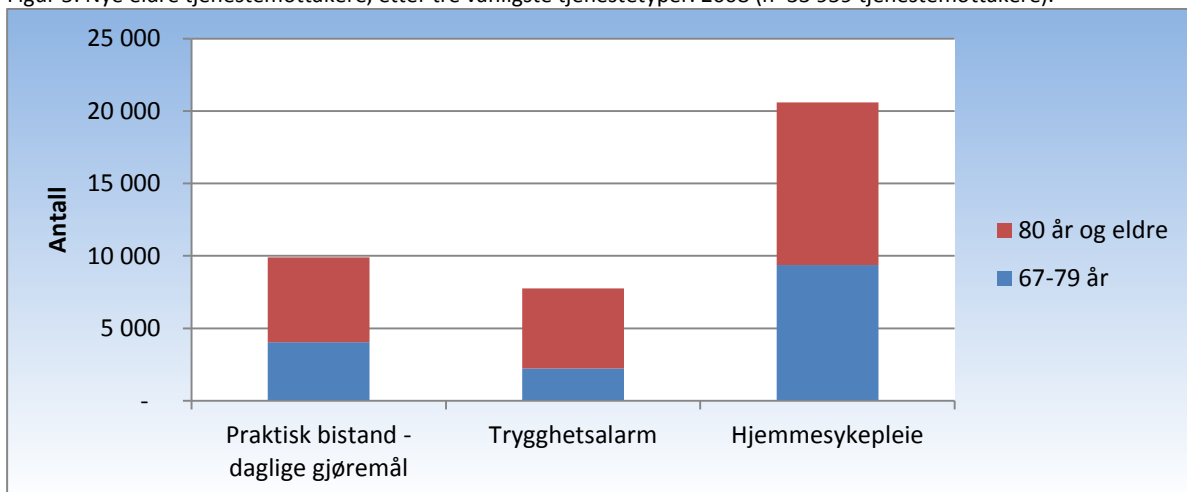
Figur 4: Nye tjenestemottakere, etter alder. 2008 (n=60 543 tjenestemottakere).



Kilde: IPLOS-registeret, Statistisk sentralbyrå

Ser vi nærmere på de eldste tjenestemottakerne er det tjenestene hjemmesykepleie, praktisk bistand til daglige gjøremål og trygghetsalarm som er de vanligste for eldre å debutere med.

Figur 5: Nye eldre tjenestemottakere, etter tre vanligste tjenestetyper. 2008 (n=33 959 tjenestemottakere).



Kilde: IPLOS-registeret, Statistisk sentralbyrå.

5.5 Hvordan endres mottakernes tjenestebruk seg over tid?

Av de drøyt 60 000 nye brukerne i 2008 er det mer enn en tredjedel som ikke har tjenester året etter. Denne andelen holder seg stabil de følgende årene. Tjenestemottakerne kan deles i følgende brukergrupper:

1. Personer med midlertidig behov

Brukergruppen med kortvarige behov fikk omsorgstjenester for første gang i 2008 og hadde da behov for tjenester i en midlertidig periode. Ved utgangen av samme år hadde 27 prosent

ingen registrert tjeneste. Ved utgangen av året etter var det mer enn en tredjedel av de nye mottakerne fra 2008 som ikke hadde tjenester. Andelen uten tjenester er relativt stabil de fem årene etter første tjeneste. Personer med midlertidige behov kan være pasienter utskrevet fra sykehus som trenger hjemmesykepleie i en overgangsperiode eller som trenger opptrening eller rehabiliteringsopphold i institusjon i kommunal regi.

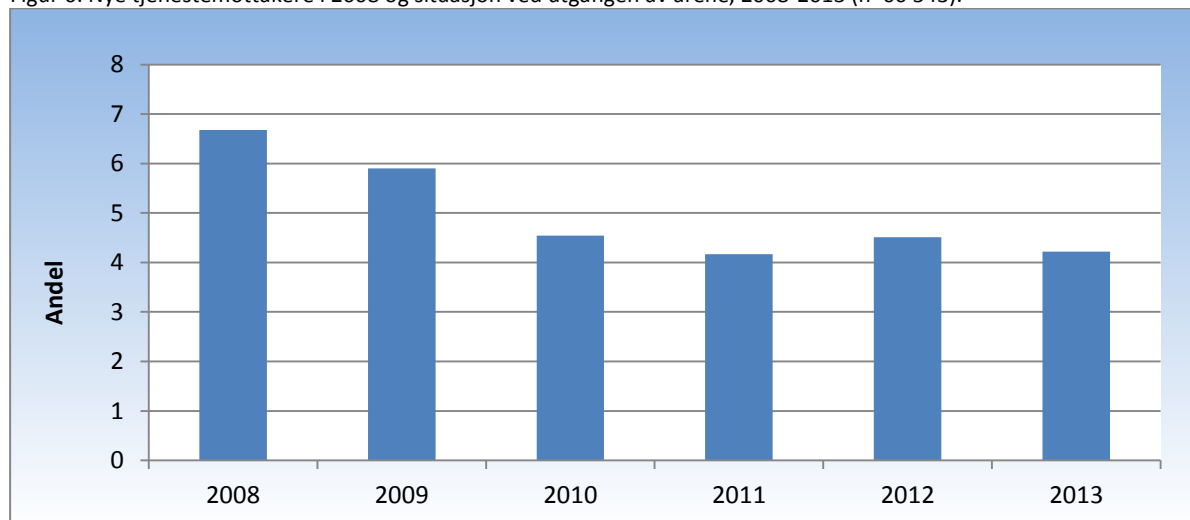
2. Personer med langvarig permanent behov for bistand

Fem år etter første tjeneste i 2008 hadde en tredjedel fortsatt tjenester. Brukergrupper med langvarige behov kan være hjemmeboende eldre med hjemmesykepleie og praktisk bistand over flere år, unge funksjonshemmede som bor i kommunale omsorgsboliger med heldøgns personell eller beboere i langtidsopphold i institusjon.

3. Personer som dør de første årene etter første tjeneste

I tillegg faller brukere fra på grunn av død – etter fem år er 30 prosent av de drøyt 60 000 nye brukerne fra 2008 døde. Tidligere analyser har vist at de fleste har institusjonsopphold (sykehjem o.l.) i løpet av siste leveår – 40 prosent mottar hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand de siste årene før død, mens det siste året er det 70 prosent som har hatt kort- eller langtidsopphold i institusjon (25).

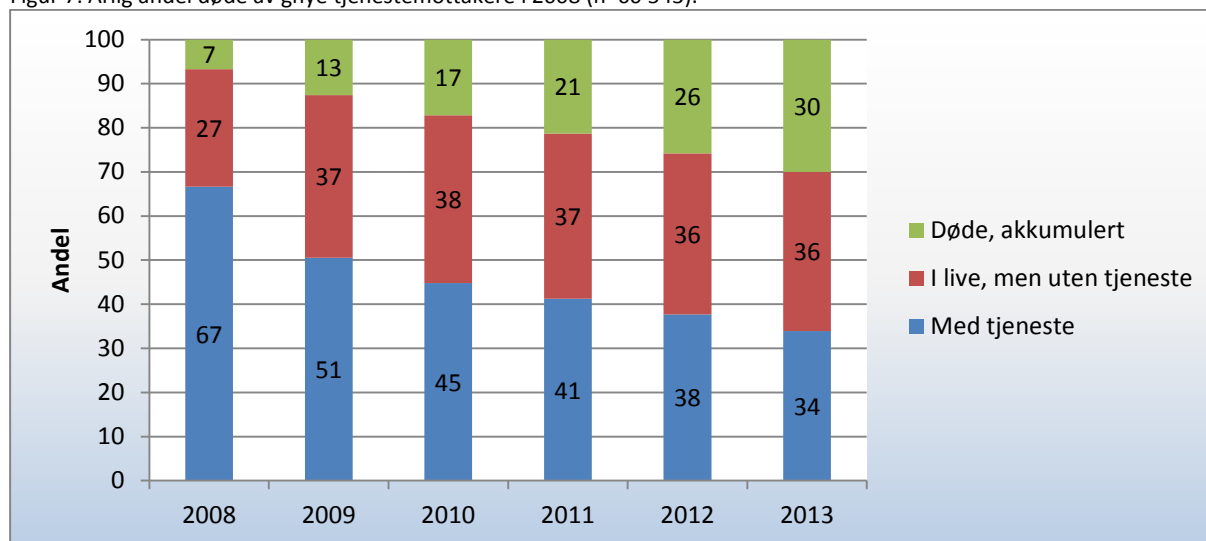
Figur 6: Nye tjenestemottakere i 2008 og situasjon ved utgangen av årene, 2008-2013 (n=60 543).



Kilde: IPLOS-registeret, Statistisk sentralbyrå.

I antall er det likevel flest tjenestemottakere som dør de to første årene etter første tjeneste. 13 prosent av de nye tjenestemottakerne var døde i løpet av de to første årene. Deretter døde fire prosent hvert år.

Figur 7: Årlig andel døde av nye tjenestemottakere i 2008 (n=60 543).



Kilde: IPLOS-registeret, Statistisk sentralbyrå.

5.6 Hvor lenge gis hver tjeneste?

Omtrent en tredjedel av førstegangs mottakere har altså midlertidige behov. De resterende har behov for tjenester til livets slutt. IPLOS-data fra 2007 til 2014 gjør det mulig å beregne hvor lenge brukerne mottar en type tjeneste før behovet endres og brukerne blir tildelt nye tjenester.

En intervjubasert studie om sykehjemsbeboere viser at fasen med hjelp fra den kommunale hjemmetjenesten i kombinasjon med hjelp av familien varte i to til tre år før prosessen med vurdering av sykehjems plass startet (24). Denne fasen inkluderer ikke bare søknad, vedtak og til slutt tildeling av plass, men er også beskrevet som en modningsprosess for pasient og pårørende hvor partene skal over en «terskel» før det søkes om sykehjems plass. Fasen fra søknad til vedtak varte i to til tre måneder. Deretter tok det kun en ukes tid fra vedtak til innflytting.

For korttidsopphold i institusjon er gjennomsnittlig liggetid 15 dager. Liggetiden er redusert de siste årene (26). I Larviksundersøkelsen som ble gjennomført blant 434 sykehjemsbeboere var varigheten på midlertidige opphold beregnet til 46 dager, inklusive avlastningsopphold og rehabiliteringsopphold (27).

Basert på data fra IPLOS-registeret er det gjort beregninger på varigheten av langtidsopphold i institusjon. Gabrielsen (25) finner at beboere som døde på sykehjem i gjennomsnitt hadde vært innskrevet på langtidsopphold i knappe to år, men at enkelte personer med svært lange opphold var med på å trekke opp gjennomsnittet (opphold mer enn 10 år var da holdt utenfor). Varighet ble også beregnet i Larviksundersøkelsen, da spesifikt for sykehjem (27). Det ble der funnet en gjennomsnittlig varighet på 3,2 år for permanente opphold i sykehjem.

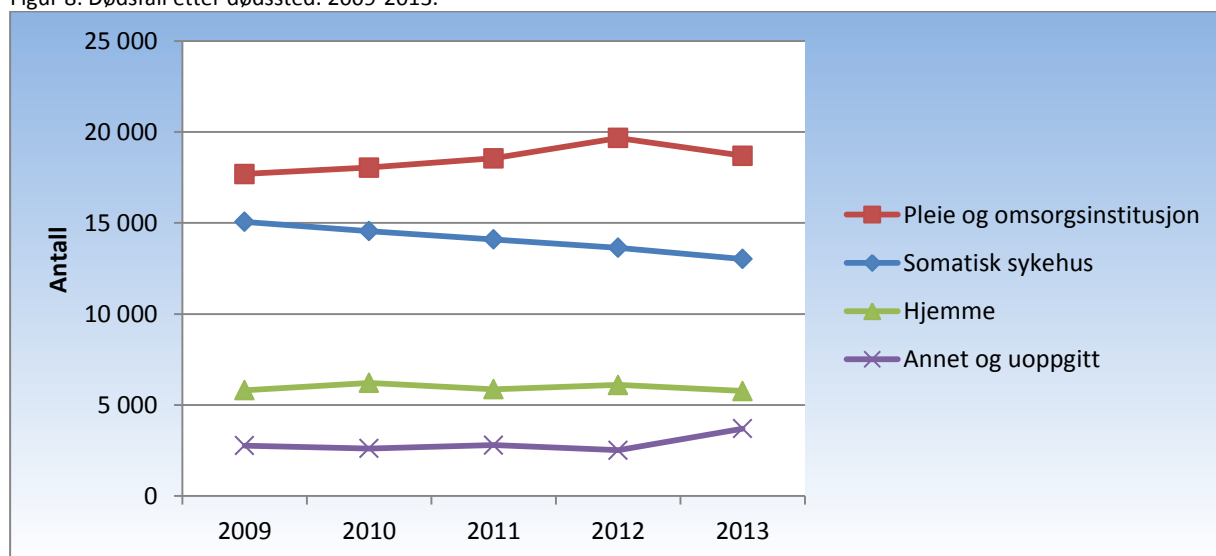
5.7 Spesialisthelsetjenesten i omsorgstrappa

Behandlinger i spesialisthelsetjenesten utgjør det øverste trinnet i omsorgstrappa. Dette er trinnet med de mest spesialiserte tjenestene som krever størst ressursinnsats. Ikke alle kommuner inkluderer spesialisthelsetjenesten i omsorgstrappa. De viser kun de kommunale ansvarsområdene i de grafiske framstillingene.

En intervjuundersøkelse av pårørende til 12 sykehjemsbeboere beskriver veien inn i sykehjemmet. Hovedbudskapet er at ingen omsorgsforløp er like (28). Felles for alle var at de hadde et sykehusopphold nokså umiddelbart før innleggelse i sykehjem.

Dette viser at selv om spesialiserte helsetjenester er det øverste trinnet i omsorgstrappa er det for de fleste ikke det siste trinnet i et pasientforløp. Livets siste stopp er i økende grad i institusjoner i pleie- og omsorgstjenesten. Frem til 2005 skjedde de fleste dødsfall i somatiske sykehus. I 2014 skjedde 47 prosent av alle 40 300 registrerte dødsfall i landet i pleie- og omsorgsinstitusjoner, mens andelen i sykehus var 32 prosent.

Figur 8: Dødsfall etter dødssted. 2009-2013.



Kilde: Dødsårsaksregisteret, Folkehelseinstituttet.

5.8 Oppsummering

Kapitlet har vist at hjemmesykepleie er den vanligste første tjenesten fra de kommunale omsorgstjenestene og at nær halvparten av alle dødsfall skjer i en kommunal omsorgsinstitusjon. Men forløpet mellom tjenestestart og tjenesteslutt er høyst individuelt, og bærer preg av sprang mellom trinnene i omsorgstrappa, både opp og ned.

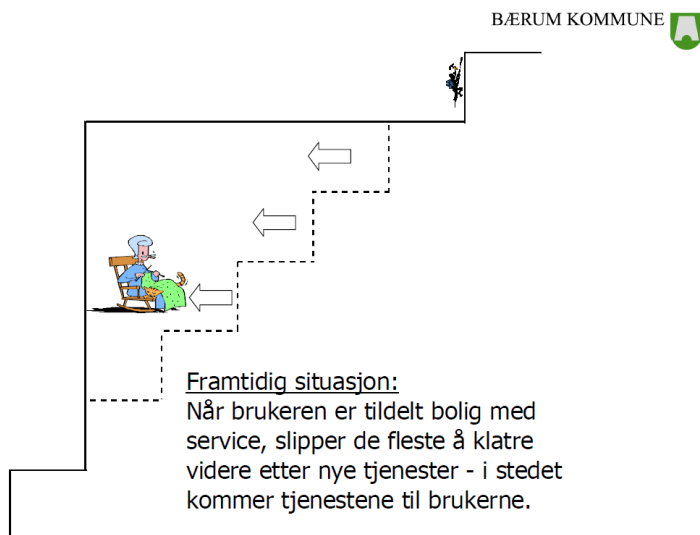
At helse- og omsorgstjenestene vil stå foran utfordringer som knyttes til flere eldre og lengre levealder i årene som kommer er vel dokumentert (29-31). Dette vil trolig påvirke omsorgstjenestenes innhold og volum, og dermed vil pasientens plassering i omsorgstrappa

også endres. På hvilken måte er vanskelig å si. Økt bevissthet om utfordringene og langsiktig planlegging i kommunene er derfor viktig.

I resultatevalueringen av Omsorgsplan 2015 kom det fram at 41 prosent av alle kommunene hadde utviklet lokale delplaner for pleie- og omsorgstjenestene per mars 2013. Delplaner skal være en del av det helhetlige planarbeidet i kommunene (32). Fraværet av omsorgsplaner var størst i de minste kommunene. Legges de kommunene som hadde spesifisert hovedsatsningene fra Omsorgsplan 2015 inn i planstrategi eller handlingsplaner til, var det drøyt halvparten av norske kommuner som hadde satt de framtidige omsorgsutfordringene på dagsorden i kommunal planlegging.

I beskrivelser av de nåværende og framtidige tjenester som til eldre 67 år, må også kommunenes botilbud inn i bildet. Kommunale botilbud som er alternativer til personenes egne hjem er vanligvis omsorgsboliger og sykehjem og det varierer mellom kommunene hva de satser på. Aldringen kommer til å treffe kommunene ulikt og blant et utvalg kommuner tar de fleste store kommuner sikte på å kombinere omsorgsboliger med hjemmetjenester i framtiden (33).

I Bærum kommune har tiltakskontoret laget følgende fremtidsvisjon for bruk av bolig i omsorgstjenestene (34).



6. SUNN OG AKTIV ALDRING

Aktive og sosiale liv er essensielle faktorer for god helse uavhengig av alder. Samtidig som befolkningen blir eldre blir den også friskere. Selv om mange vil ha god helse i alderdommen vil mange også leve lengre med kroniske sykdommer som vil kunne påvirker både livskvaliteten og funksjonsevnen.

6.1 Innledning

Det er en politisk målsetning å styrke det forebyggende helsearbeidet. Forebyggende helsearbeid innebærer ikke bare å forebygge sykdom, men også å mestre livet med sykdom og funksjonstap. Regjeringen la i 2014 frem *Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter* (21) hvor det blant annet redegjøres for innsatsområder i folkehelsepolitikken. I meldingen redegjøres det for tiltak rettet mot både mot barn og unge, voksne og eldre.

I dette kapitlet vil aktivitetsutviklingen i bruk av individuell plan (IP), samfunnsdeltakelse, støttekontakt, dagaktivitetstilbud og fysisk aktivitet belyses.

I kapitlet vil det også redegjøres for utfordringsbildet og tiltak knyttet til ernæring og legemiddelbruk blant eldre. Dette er to områder som kan ha stor betydning for eldres livskvalitet.

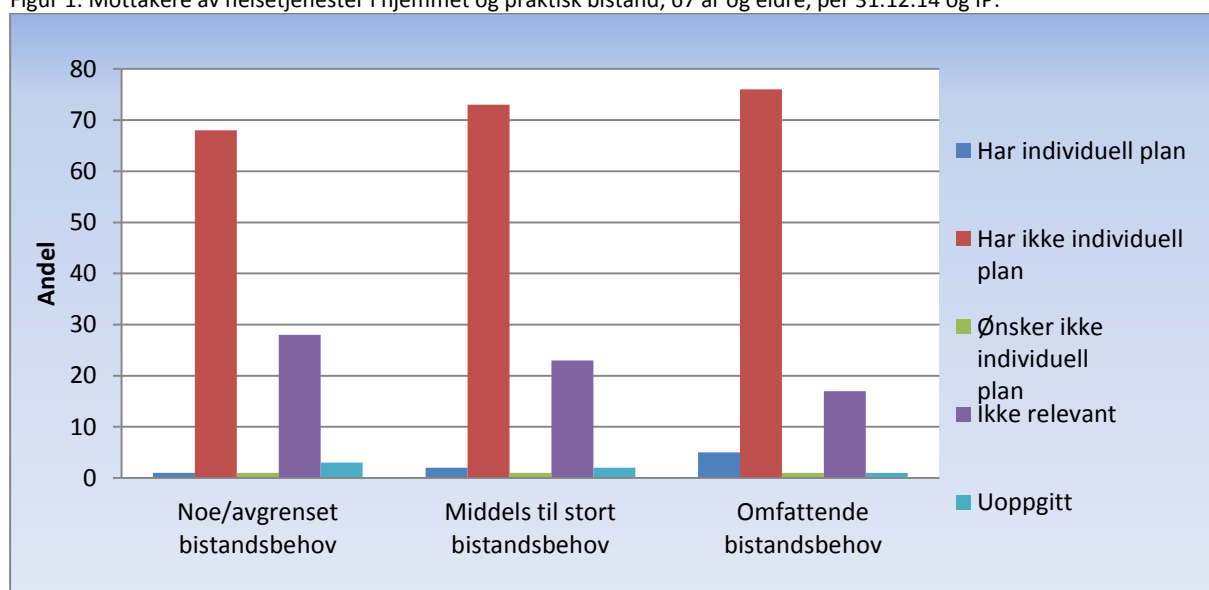
6.2 Medvirkning og koordinering av tjenestene

I Meld. St. 26, «*Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet*» (35), vises det til at brukerne mener at de største utfordringene i primærhelsetjenesten er: kvaliteten på tjenestene, at tjenestene oppleves som fragmenterte og søyleorganiserte, at tjenestene er for dårlig koordinert, at fastlegene er for lite integrert i resten av den kommunale helse- og omsorgstjenesten og at det er for lite brukerinvolvering.

Et tiltak for å forbedre tjenestene er bruk av individuell plan (IP). I Helse- og omsorgstjenestelovens kapitel syv heter det at kommunen skal utarbeide en IP og tilby en koordinator til pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester (36). Formålet med IP er at de ulike tjenestene, sammen med bruker, skal lage en plan med mål for tjenestene, tidsrammer og med klar ansvarsfordeling mellom de ulike aktørene. Fastlegen og de ulike tjenestenivåene skal alle delta i dette arbeidet. I Stortingsmelding 26 påpekes det at ordningene med koordinator og IP i dag ikke fungerer som de skal.

Én prosent av tjenestemottakerne, 67 år og eldre, med noe/avgrenset bistandsbehov⁷ som mottok helsetjenester i hjemmet og/eller praktisk bistand, hadde IP i 2014. Andelen blant tjenestemottakere med middels til stort bistandsbehov med IP var på to prosent. Fem prosent av tjenestemottakerne med omfattende bistandsbehov hadde IP. For 17 prosent av mottakerne oppgis det og ikke være relevant med en individuell plan og én prosent av mottakerne ønsket ikke en plan. 76 prosent av mottakerne med omfattende bistandsbehov oppgis og ikke ha IP.

Figur 1: Mottakere av helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand, 67 år og eldre, per 31.12.14 og IP.



Kilde. IPLOS-registeret, Statistisk sentralbyrå.

6.3 Habilitering og rehabilitering

Habilitering og rehabilitering beskrives i «*Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*» (37) som nødvendige helsetjenester med spesiell vekt på forebygging og tidlig intervensjon.

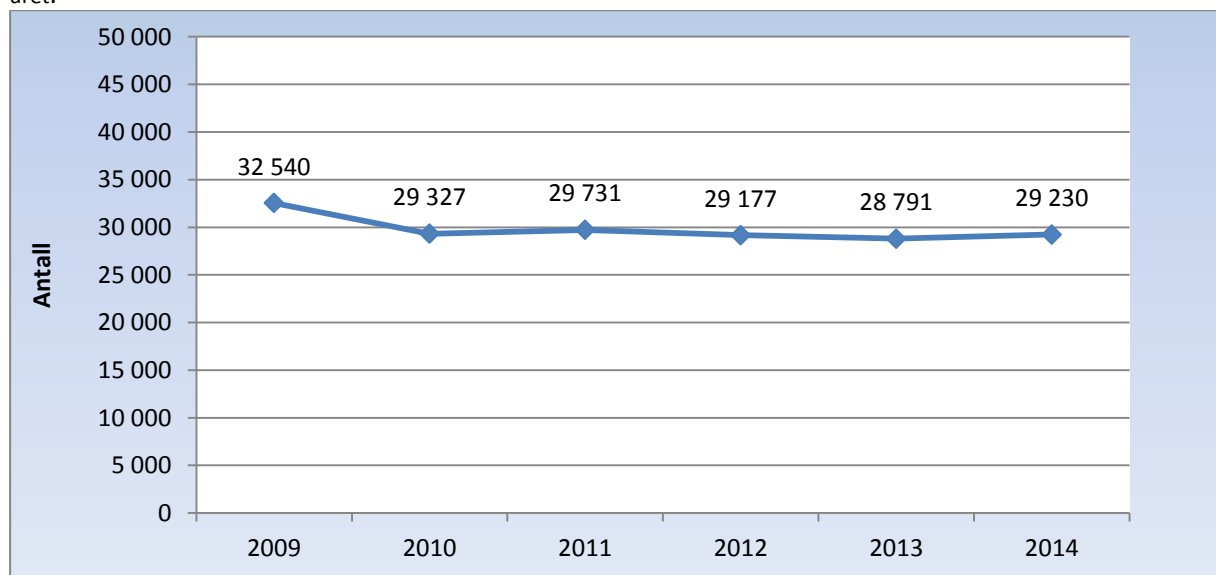
Formålet med en styrking av habilitering og rehabilitering er å bidra til en dreining av tjenester fra kompenserende tjenestene til mer tidlig intervensjon og forebyggende tjenester. Kompenserende tjenester er tjenester som iverksettes for å kompensere for funksjonstap eller funksjonsnedsettelse hos individet. Hva man oppnår med en habiliterings- og rehabiliteringsprosess er avhengig av hvor tidlig behovet identifiseres og tiltak blir iverksatt. Riktig tidspunkt for oppstart av tiltak kan gi god effekt og ressursutnyttelse, samt å bidra til å forebygge og redusere behovet for tjenester senere (37).

⁷ Bistandsbehov består opprinnelig av 17 variabler med vurdering 1-5, men er regnet om til et samlemål med kategoriene noe/avgrenset, middels og omfattende bistandsbehov. Dette gjøres ved å dele opp i fem grupper med variabler, finne gjennomsnittet i disse gruppene, for så å finne gjennomsnittet for de fem gruppene.

Med samhandlingsreformen legges det opp til at rehabilitering og habilitering i spesialisthelsetjenesten skal reduseres og at tjenesten i større grad skal tilbys i kommunene (1). Mens det har vært en reduksjon av rehabilitering- og habiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten så viser ikke tallene en tilsvarende oppbygging for rehabilitering og habilitering utenfor institusjon i kommunene. Dette til tross for tilskuddsordninger med formål å øke bruk av rehabilitering og habilitering i hjemmet. I perioden 2010 til 2014 har antallet mottakere av rehabilitering og habilitering utenfor institusjon vært tilnærmet stabil på rundt 29 000.

Det er grunn til å tro at kommunene underreporterer tjenesten rehabilitering og habiliteringstjenester. I 2013 rapporterte 209 kommuner at de ikke hadde noen mottakere av tjenesten. Helsedirektoratet har iverksatt tiltak for å øke rapporteringen av denne tjenesten fra kommunene. Det er f. eks. sendt brev til alle rådmenn om mulig mangelfull rapportering, og alle kommunene har fått informasjon i et nyhetsbrev.

Figur 2: Totalt antall mottakere av rehabilitering og habilitering utenfor institusjon uavhengig av alder. 2009-2013, gjennom året.



Kilde: IPLOS-registeret, Statistisk sentralbyrå.

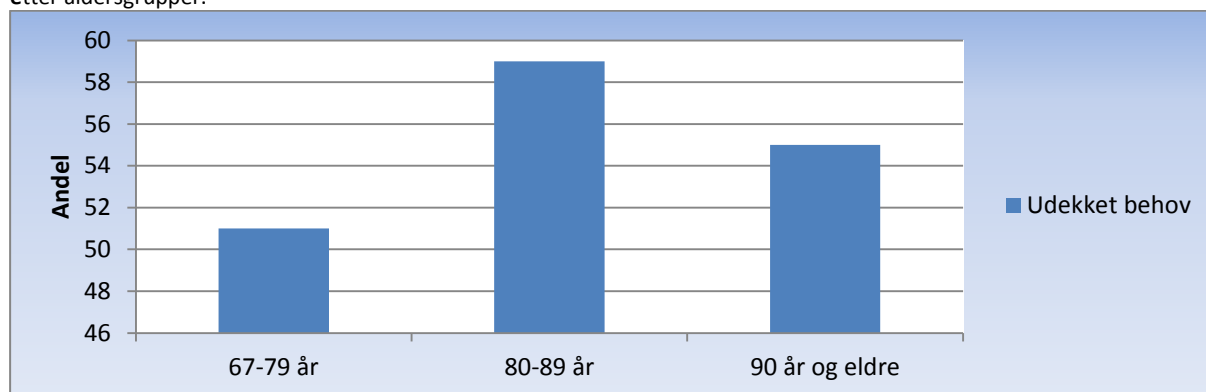
Regjeringen tar sikte på å legge frem en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering i 2016.

6.4 Samfunnsdeltakelse

I helse- og omsorgstjenestelovens § 1-1 nr.3 heter det at det er et formål med loven å *"sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre"* (38). Gjennom IPLOS kartlegges søker/tjenestemottakers egendefinerte ønsker og behov for praktisk bistand og assistanse til å delta i kultur og fritidsaktiviteter og organisasjonsarbeid.

I 2014 hadde 51 prosent av søkere/tjenestemottakere, både de som mottar tjenester om bistand og de som ikke mottar slike tjenester, i gruppen 67-79 år et udekket behov for bistand til organisasjonsarbeid, fritid og kultur. Andelen i aldersgruppen 80-89 år var 59 prosent, mens andelen var 55 prosent blant de over 90 år.

Figur 3: Andel tjenestemottakere med et udekket behov for bistand til organisasjonsarbeid, kultur og fritid pr. 31.12.2014 etter aldersgrupper.



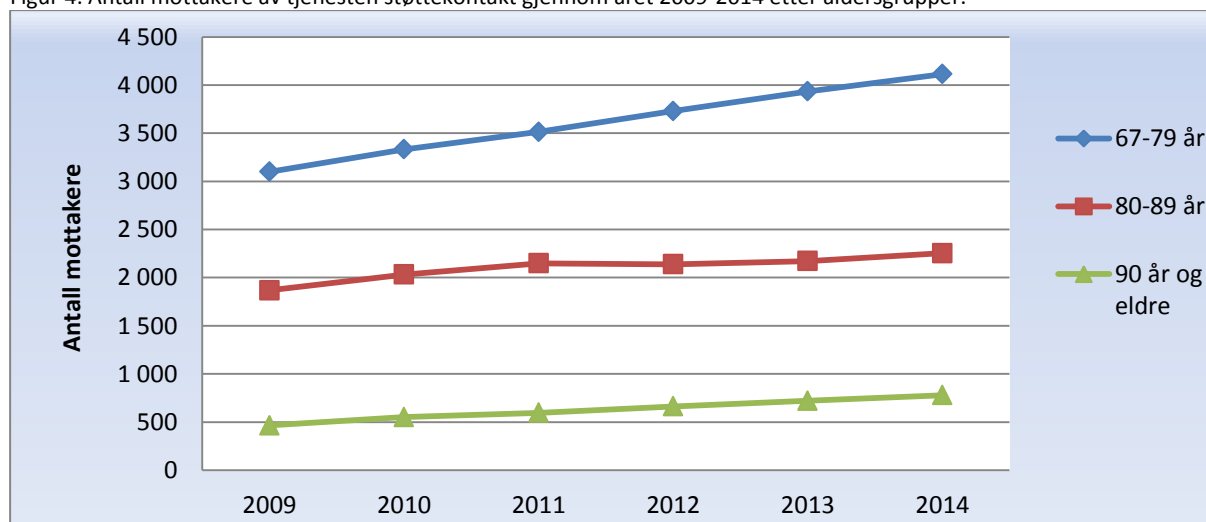
Kilde: IPLOS-registret, Statistisk sentralbyrå.

6.5 Støttekontakt

Antall mottakere av tjenesten støttekontakt for tjenestemottakere over 67 år har økt i perioden 2009-2014. Dette gjelder det spesielt for gruppen 67-79 år, hvor antallet har økt fra 3 100 til 4 114. Den prosentvise økningen er imidlertid størst for aldersgruppen 90 år og eldre, hvor antallet har økt med 67,7 prosent fra 464 til 778.

Ses økningen opp mot befolkningsveksten i samme periode så har økningen av mottakere av tjenesten støttekontakt vært høyere enn befolkningsveksten for alle over 67 år, spesielt for gruppen fra 90 år og eldre der befolkningsveksten har vært på 22 prosent mens veksten i antall mottakere av støttekontakt har vært på 67,7 prosent.

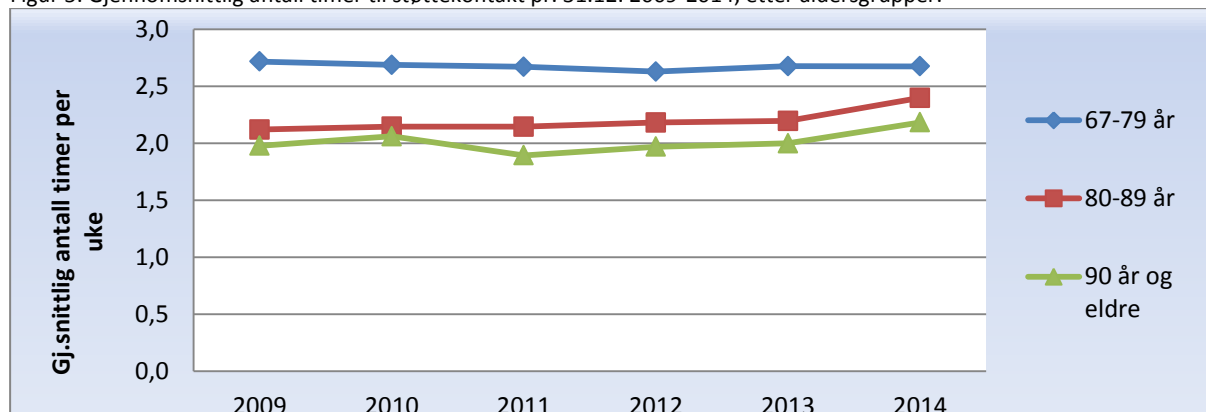
Figur 4: Antall mottakere av tjenesten støttekontakt gjennom året 2009-2014 etter aldersgrupper.



Kilde: IPLOS-registret, Statistisk sentralbyrå.

Antall timer de eldre tjenestemottakerne har fått i gjennomsnitt per uke, har imidlertid holdt seg relativt stabilt i perioden 2009-2014. Det har imidlertid vært en liten økning for de to eldste gruppene det siste året.

Figur 5: Gjennomsnittlig antall timer til støttekontakt pr. 31.12. 2009-2014, etter aldersgrupper.



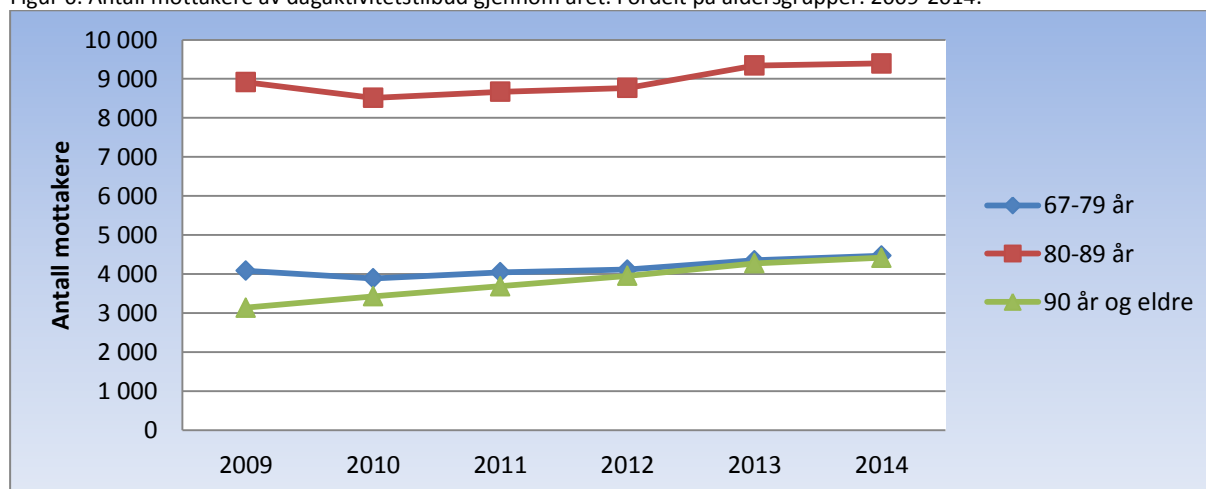
Kilde: IPLOS-registret, Statistisk sentralbyrå.

6.6 Dagaktivitetstilbud

Dagaktivitetstilbud anses å være et stimulerende tilbud som aktiviserer deltakerne og gir dem gode opplevelser og meningsfulle hverdager. Et vedtak eller beslutning om dagaktivitetstilbud kan gis til hjemmeboende personer med ulike behov, diagnoser og ulik alder. Dagaktivitetstilbudet kan for eksempel være organisert som en egen enhet eller være samlokalisert med et sykehjem eller et bofellesskap.

I 2014 fikk 18 284 personer 67 år og eldre dagaktivitetstilbud. Det er en liten økning fra i 2009, da antallet var 16 141. Økningen i antall mottakere har ikke vært like høy som befolkningsveksten i samme periode.

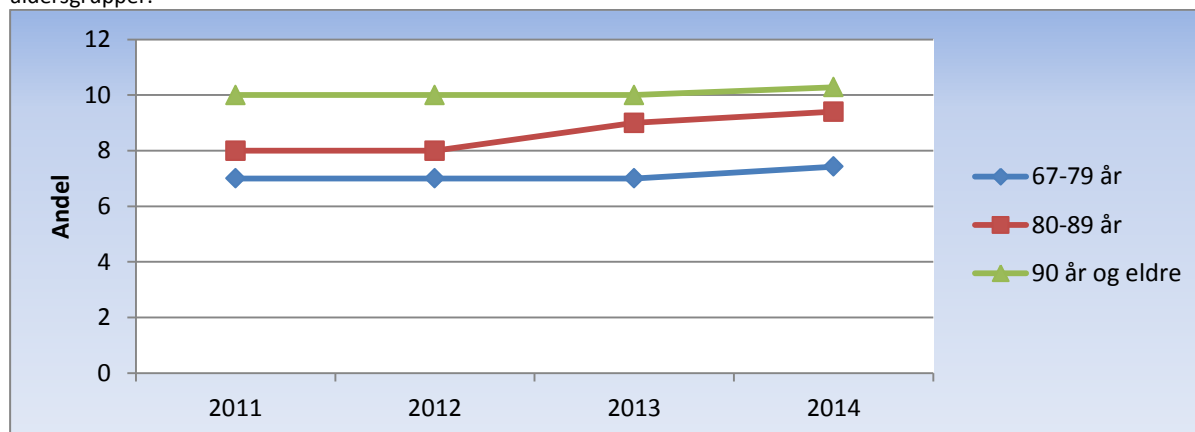
Figur 6: Antall mottakere av dagaktivitetstilbud gjennom året. Fordelt på aldersgrupper. 2009-2014.



Kilde: IPLOS-registret, Statistisk sentralbyrå.

Andel hjemmetjenestemottakere som mottar tjenesten dagaktivitetstilbud holdt seg relativt stabil fra 2011 til 2014, med en liten økning for alle de tre aldersgruppene fra 2012 og 2013. Dette er en tjeneste der tjenestemottakeren får en individuell tildeling av tjenesten. Kommunene tilbyr gjerne også andre lavterskeltilbud som eldresentre der det ikke nødvendigvis er en individuell tildeling av tjenesten.

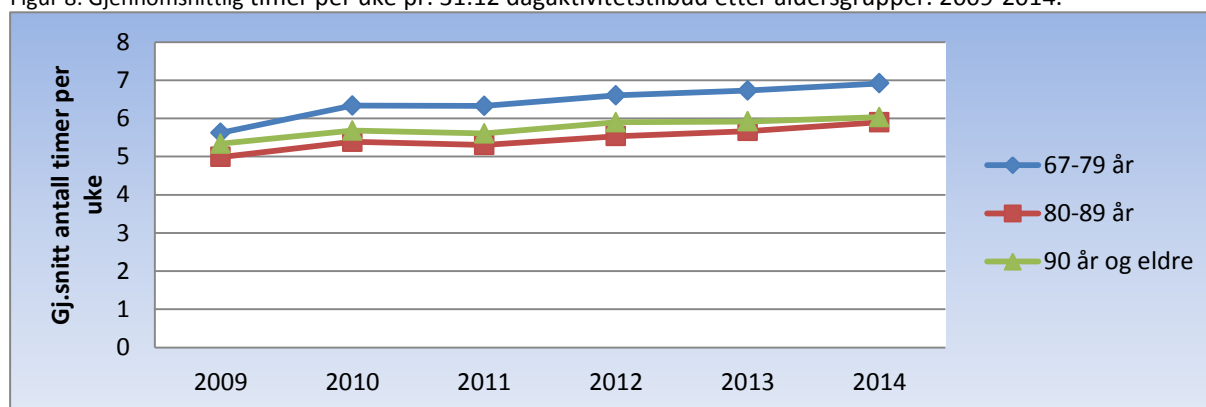
Figur 7: Andel hjemmeboende tjenestemottakere som mottar tjenesten dagaktivitetstilbud pr. 31.12 2011-2014 etter aldersgrupper.



Kilde: IPLOS-registeret, Statistiks sentralbyrå.

Data fra IPLOS-registeret viser utviklingen i gjennomsnittlig antall timer dagaktivitetstilbud fordelt på aldersgrupper. Gjennomsnittlig antall timer dagaktivitetstilbud har økt fra 2009 til 2014 for alle aldersgruppene. Aldersgruppen 67-79 år har høyest gjennomsnittlig timer med rundt syv timer, og aldersgruppen 80-89 år lavest med i underkant av seks timer.

Figur 8: Gjennomsnittlig timer per uke pr. 31.12 dagaktivitetstilbud etter aldersgrupper. 2009-2014.



Kilde: IPLOS-registeret, Statistiks sentralbyrå.

6.6.1 Dagaktivitetstilbud til personer med demens

Det satses særskilt på å bygge opp et dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens. Det for blant annet å bidra til at de som ønsker det kan bo hjemme så lenge som mulig, samtidig som det er et tiltak for å avlaste eventuelle pårørende. Målsetningen i Demensplan 2015, som startet opp i 2007, er at alle kommuner bør kunne tilby dagaktivitetstilbud til personer med demens innen 2015 (39).

Helsedirektoratet har sammen med Nasjonalt kompetansetjeneste – Aldring og helse, gjennomført en nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens per 1. oktober 2014 (40). Undersøkelsen er den sjette i en serie kartlegginger, den første ble gjennomført ved årsskiftet 1996-97. Fokuset og spørsmålene i undersøkelsene har variert i perioden.

Antallet kommuner med øremerkede dagaktivitetstilbud til personer med demens har økt jevnt. Ved første kartlegging i 1996-97 hadde 18,2 prosent av kommunene et slikt tilbud og antallet brukere som fikk tilbudet var 671. I 2014 var antallet kommuner som har tilbudet økt til 71,3 prosent og antallet brukere har økt til 6 318 (40).

Tabell 1: Tilrettelagte dagaktivitetsplasser for personer med demens.

	1996-97	2000-2001	2004-2005	2007	2010-2011	2014
Andel kommuner med dagaktivitetstilbud	18,2 %	23,0 %	24,0 %	30,2 %	43,7 %	71,3 %
Antall kommuner med dagaktivitetstilbud	79	100	104	130	18	305
Antall brukere totalt	671*	1 377*	1 540*	2 351**	3 257***	6 318

* Tallene er beheftet med noe usikkerhet, spesielt er rapporteringen fra de store byene usikre.

** Tallene er beheftet med noe sikkerhet, mangelfull informasjon fra 11 kommuner.

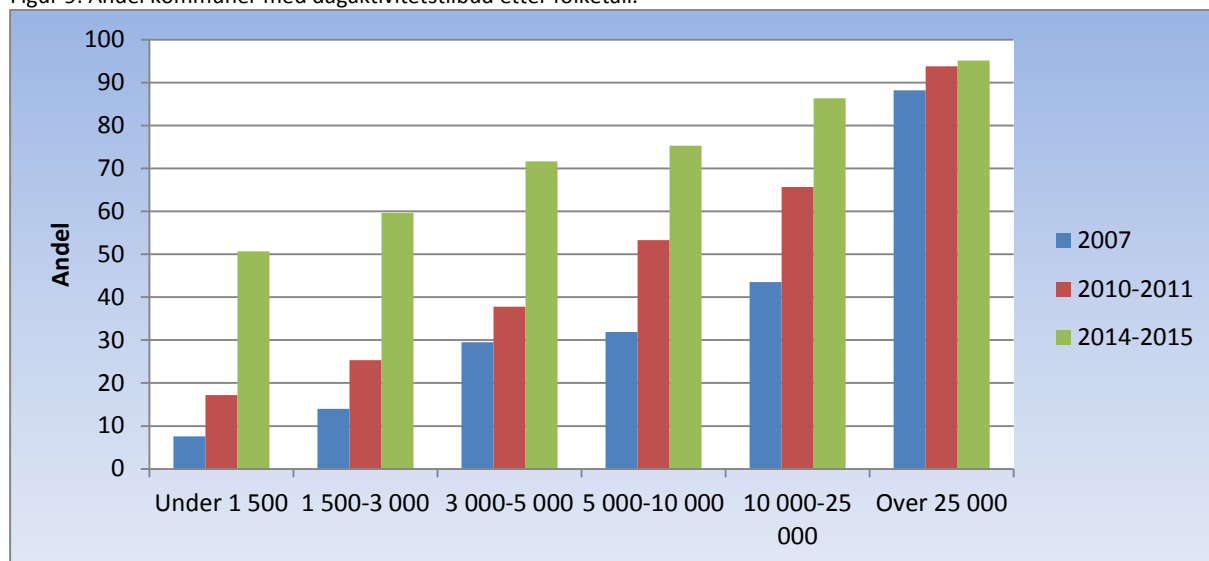
*** Tallene fra Oslo er beheftet med noe usikkerhet.

Kilde: «Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens 2014. Rapport.» Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

Prevalenstillene som er benyttet i Demensplan 2015 tilsier at antall personer med demens over 65 år vil være over 72 000 ved utgangen av 2014 (39). Dersom det legges til grunn at 50 prosent av disse bor i eget hjem så har i overkant av 17 prosent et dagaktivitetstilbud (40). Så selv om det er en positiv utvikling i tilbudet til personer med demens er det fortsatt behov for en betydelig satsing i årene fremover.

Dersom utviklingen i dagaktivitetstilbud ses opp mot kommunestørrelse så viser kartleggingene at det har vært en økning i alle gruppene siden oppstarten av Demensplan i 2007. Andelen kommuner som har et tilbud er likevel økende med økende folketall.

Figur 9: Andel kommuner med dagaktivitetstilbud etter folketall.



Kilde: «Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens 2014. Rapport.» Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

Kartleggingen i 2014 viser at i overkant av 50 prosent av dagaktivitetstilbudene er lokalisert i tilknytning til sykehjem, rundt 19 prosent er lokalisert til bokollektiv og omsorgsboliger og fem prosent til eldresenter.

Tabell 2: Lokalisering av dagaktivitetstilbudet til demente (n=451).

Sted	Antall (%)
Sykehjem	229 (50,8)*
Bokollektiv/omsorgsbolig	85 (18,8)
Inn på tunet/grønn omsorg	40 (8,9)
Eldre senter	23 (5,0)
Dagaktivitetstilbud i eget hjem	4 (0,9)
Annet	70 (15,5)

Kilde: «Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens 2014. Rapport.» Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

6.7 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er en kilde til helse og livskvalitet. Det er viktig for eldre å være fysisk aktiv for å opprettholde god funksjonsevne.

Dataene som foreligger om fysisk aktivitet blant eldre innhentes gjennom Statistisk sentralbyrås (SSB) levekårsundersøkelser. SSB utga i 2015 en rapport om fritidsaktiviteter 1997-2014 (41). Rapporten belyser blant annet fysisk aktivitet blant eldre.

Blant eldre i alderen 67-79 år er det et synkende antall som oppgir at de aldri trener. Mens andelen som oppga at de ikke trener var 32 prosent i 2001, var den 10 prosent i 2013. I 2013 oppga en av fire at de trener omtrent daglig.

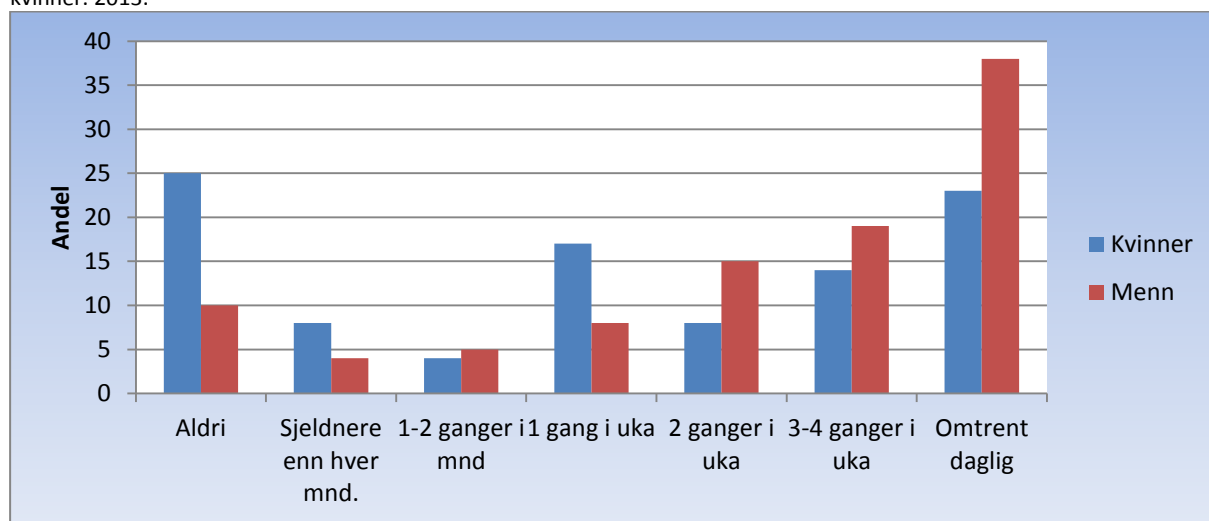
Tabell 3: Hvor ofte man driver med fysisk aktivitet på fritiden for å trene eller mosjonere. Aldersgruppen 67-79 år. Andeler. 2001, 2004, 2007 og 2013.

	Aldri	Sjeldnere enn hver mnd.	1-2 ganger i mnd	1 gang i uka	2 ganger i uka	3-4 ganger i uka	Omtrent daglig
2001	32	7	4	15	11	15	16
2004	18	6	6	12	16	20	20
2007	17	6	7	10	18	18	24
2013	10	5	5	10	20	25	25

Kilde: SSB rapport 2015/25, Levekårsundersøkelsene.

I tidligere levekårsundersøkelser har det vært få respondenter over 80 år, samtidig har svarprosenten vært lav for denne gruppe. Først i datamaterialet for 2013-undersøkelsen har utvalget og svarprosenten vært så høy at data kan presenteres. Dataene viser at andelen over 80 år som aldri trener er 18 prosent. Det er imidlertid relativt markante kjønnsforskjeller. Mens 25 prosent av kvinnene ikke trener er andelen blant menn 10 prosent. Nærmere 4 av 10 menn i denne aldersgruppen trener daglig. I overkant av 2 av 10 kvinner trener daglig.

Figur 10: Hvor ofte man driver med fysisk aktivitet på fritiden for å trene eller mosjonere. Aldersgruppen 80-89 år, menn og kvinner. 2013.



Kilde: SSB rapport 2015/25, Levekårsundersøkelsen.

6.8 Ernæring

Utfordringsbildet

Underernæring er en stor trussel for eldres helse, og kan på flere måter redusere livskvaliteten og øke risikoen for helsemessige komplikasjoner. Mennesker som lider av underernæring kan få redusert motstand mot infeksjoner. Tilstanden kan forverre den fysiske og mentale funksjonen. Underernæring kan forsinke rekonvalesens og gi økt dødelighet.

Tiltak

Kartlegging av ernæringsstatus, vurdering ernæringsmessig risiko og planlegging av tiltak er vesentlig i arbeidet med å forebygge og behandle underernæring blant mottakere av helse- og omsorgstjenester. Informasjon om tjenestemottakers ernæringsstatus og eventuelle igangsatte tiltak skal dokumenteres på en forsvarlig måte og være en del av informasjonen ved overføring fra et omsorgsledd til et annet. Dette er god praksis i henhold til Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, IS-1580 (42).

I følge IS-1580 (42) skal alle beboere i sykehjem/institusjon og personer innskrevet i hjemmesykepleien (helsetjenester til hjemmeboende) vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg. Det er forankret i helsepersonellovens § 4.

Per i dag foreligger det ingen verktøy for å monitorere hvorvidt kravet om ernæringskartlegging følges opp. Det legges imidlertid opp til at dette skal gjøres fra 2016. Fra 2016 skal følgende dokumenteres i pasientenes journal, og dataene rapporteres til IPLOS-registeret:

- Hvorvidt søker/tjenestemottakers ernæringsstatus er kartlagt?
- Hvorvidt søker/tjenestemottaker er i ernæringsmessig risiko/underernæring?
- Hvorvidt det er utarbeidet en ernæringsplan som en del av tjenestemottakers tiltaksplan?

Disse opplysningene vil kunne gi en indikasjon på kvaliteten i tjenestene, samt danne grunnlag for lokalt kvalitetsforbedringsarbeid.

6.9 Legemidler

Utfordringsbildet

Rapporten fra Forprosjekt innen kvalitetsindikatorer for ernæring og legemiddelgjennomgang (43), påpeker at legemiddelrelaterte problemer særlig sees hos personer med høy alder og skrøpelighet.

Mange eldre bruker flere legemidler samtidig (polyfarmasi), se kapittel 4 om Legemiddelbruk blant eldre, noe som øker sjansen for unødvendig bruk og uheldige kombinasjoner.

Helsedirektoratet publiserte i 2012 rapporten: «*Kostnader ved hoftebrudd hos eldre*» (46). Det estimeres at et av tre fall og fallrelaterte ulykker hos eldre kan unngås eller utsettes. I rapporten fremheves det at fall og ulykker er ofte komplekse og det er vanskelig å knytte dette direkte opp til enkeltårsaker. Legemiddelbruk og underernæring trekkes likevel frem som årsaker til fall og fallrelaterte ulykker.

Tiltak

I Stortingsmelding 28 Legemiddelmeldingen, *Riktig bruk-bedre helse* (44), påpekes det at god kvalitet ved behandling av legemidler forutsetter at pasientsikkerheten er ivaretatt på en måte som sikrer at pasienten ikke blir unødvendig skadet ved bruk av legemidler.

I Veileder om legemiddelgjennomganger (LMG) (47) heter det LMG er «*en systematisk fremgangsmåte for å kvalitetssikre den enkelte pasients legemiddelbruk for å ivareta effekt og sikkerhet. LMG kan gjøres av behandlende lege alene eller i tverrfaglige team der behandlende lege er en del av teamet. LMG skal baseres på en samstemt legemiddelliste fra aktuelle behandlingsnivå, samt relevante kliniske opplysninger.*» Målet med en LMG er å sikre at den enkelte pasient oppnår god effekt av legemidlene, samtidig som risiko for uheldige virkninger minimaliseres og håndteres.

Fastlegeforskriftens (45) § 25 omtaler fastlegens ansvar for å gjennomføre en legemiddelgjennomgang for pasienter som bruker fire legemidler eller mer der det anses som nødvendig ut fra en medisinsk vurdering. Behandlende lege er den sentrale aktøren i legemiddelgjennomgangen, og er ansvarlig for den endelige legemiddelforskrivningen og beslutningene som fattes rundt legemiddelbehandling av pasienten.

Fra 2016 vil kommunene rapportere om legemiddelgjennomgang er gjennomført til IPLOS-registeret for mottakere av nærmere definerte helse- og omsorgstjenester som helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand, opphold i institusjon osv. Opplysningene i registeret vil gi grunnlag for kommunal, nasjonal statistikk. Kvalitetsforbedring og for nasjonale kvalitetsindikatorer på dette området.

6.10 Oppsummering

Samtidig som befolkningen blir eldre har fokuset på en aktiv alderdom økt. I tillegg til å ha god helse er det en målsetning at eldre skal kunne bidra i samfunnet. Aktivitet og deltakelse skal tilpasses den enkeltes behov og ønsker.

I dette kapitlet er aktivitetsutviklingen knyttet til bruk av individuell plan, samfunnsdeltakelse, støttekontakt, dagaktivitetstilbud og fysisk aktivitet belyst.

Bruken av individuell plan for tjenestemottakerne med behov for langvarige og koordinerte tjenester må bli bedre. I 2014 hadde fem prosent av tjenestemottakere over 67 år med et omfattende bistandsbehov individuell plan.

Det er et ønske om en dreining av tjenestene fra kompenserende tjenester til tidlig intervensjon og rehabiliterende og habiliterende tjenester. Denne dreiningen gjenspeiles ikke i tjenestene kommunen rapporterer at de yter til den eldre delen av befolkningen.

Utviklingen viser at det er en stor andel eldre som opplever at de har et udekket behov for bistand til organisasjonsarbeid, fritid og kulturaktiviteter. For eksempel er andelen 59 prosent i gruppen 80-89 år.

Siden 2009 har det vært en økning i antall mottakere av støttekontakt til den eldre delen av befolkningen.

Andelen eldre hjemmeboende tjenestemottakere som mottar dagaktivitetstilbud har økt noe frem til i dag og lå i 2014 på rundt 8-10 prosent. I overkant av 17 prosent av hjemmeboende personer med diagnosen demens mottar dagaktivitetstilbud.

Fysisk aktivitet er en kilde til god helse og livskvalitet. I aldersgruppen 67-79 år har andelen som oppgir at de aldri trener gått ned.

Underernæring og omfattende legemiddelbruk kan være utfordrende for mange eldres livskvalitet. Dette er derfor fokusområder som det satses på å drive forebyggende arbeid. Fra 2016 vil kommunene, for tjenestemottakere av enkelte typer tjenester, rapportere på om legemiddelgjennomgang er gjennomført og/eller ernæringsstatus er kartlagt.

Litteraturliste

1. Samhandlingsreformen i kortversjon [nettdokument]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet [oppdatert 3. mars 2014; lest 11. november 2015]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/>
2. Mørk E. Kommunale helse- og omsorgstjenester 2014: statistikk om tjenester og tjenestemottakere. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2015. Rapporter 2015/42. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/242516?ts=150606744c0>
3. Sosial- og helsedepartementet. Handlingsplan for eldreomsorgen: trygghet - respekt - kvalitet. St. meld. nr. 50 (1996-97).
4. Diagnoser i IPLOS-registeret: et forprosjekt med kommunene Harstad, Stange og Sandefjord. Oslo: Helsedirektoratet; 2014. IS-0427. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/4/Diagnoser-i-iplos-registeret-et-forprosjekt-med-kommunene-harstad-stange-og-sandefjord-IS-0427.pdf>
5. Allmennlegetjenesten, 2014: Om statistikken: Definisjoner [nettdokument]. Oslo: Statistisk sentralbyrå [oppdatert 12. juni 2015; lest 27. oktober 2015]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/statistikker/fastlegetj/aar/2015-06-12?fane=om#content>
6. Østby L. Hvor i landet betyr EU-innvandringen mest? Samfunnsspeilet 2013;27(5):20-6.
7. Sosial- og helsedirektoratet. Normering av legetjenester i sykehjem: rapport til Helse- og omsorgsdepartementet om kriterier for en mulig minstenorm for legedekningen ved norske sykehjem og andre aktuelle tiltak for å bedre kvaliteten på det medisinske tilbudet i sykehjemmene, oktober 2005. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005. IS-1293. Tilgjengelig fra: http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2012050405091
8. Oversikt over kvalitetsindikatorer [nettside]. Oslo: helsenorge.no [oppdatert 2015; lest 26. oktober 2015]. Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/kvalitetsindikatorer>
9. Myklestad I, Alver K, Madsen C, Ohm E, Hesselberg Ø, Bævre K, et al. Skadebildet i Norge: hovedvekt på personskader i sentrale registre. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2014. Rapport 2014:2. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/8558040d0a.pdf>
10. Personskadedata 2014. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. IS-2335. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/958/Personskadedata2014.pdf>
11. Fallforebygging i kommunen: kunnskap og anbefalinger. Oslo: Helsedirektoratet; 2013. IS-2114. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/98/Fallforebygging-i-kommunen-kunnskap-og-anbefalinger-IS-2114.pdf>

12. Forebygging av fall i helseinstitusjoner [nettdokument]. Oslo: Pasientsikkerhetsprogrammet [oppdatert 10. juni 2015; lest 26. oktober 2015]. Tilgjengelig fra: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/Forebygging+av+fall+i+helseinstitusjoner.453.cms>
13. Forebygging av fall: målinger fra tiltakspakken fra 2013. Oslo: Pasientsikkerhetsprogrammet. Tilgjengelig fra: http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/_attachement/3187?ts=14bdae21566
14. Ulykker i Norge: nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade. Oslo: Departementene; 2009. Nasjonal strategi. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-fha/i-1146-ulykker-i-norge.pdf>
15. Reseptregisteret [database]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert mars 2015; lest 26. oktober 2015]. Tilgjengelig fra: <http://www.reseptregisteret.no/>
16. Dødsårsaksregistret. Norgeshelsa statistikkbank [database]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 12. mai 2015; lest 26. oktober 2015]. Tilgjengelig fra: <http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/>
17. Nylenna M, Stoltenberg C. Dødsårsaker. Store medisinske leksikon [database]. s.l.: Foreningen SNL [oppdatert 23. april 2013; lest 26. oktober 2015]. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/d%C3%B8ds%C3%A5rsaker>
18. Rønning M, red., Berg C, Blix HS, Devold HM, Litleskare I, Mahic M, et al. Reseptregisteret 2007–2011: Tema: Legemidler og eldre. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2012. Legemiddelstatistikk 2012:2. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/c100a19d8c.PDF>
19. Jeste DV, Savla GN, Thompson WK, Vahia IV, Glorioso DK, Martin AS, et al. Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression. *Am J Psychiatry* 2013;170(2):188-96.
20. Cohen CI, red. Schizophrenia into later life: treatment, research and policy. Washington, D.C.; London: American Psychiatric Pub.; 2003.
21. Helse- og omsorgsdepartementet. Folkehelsemeldingen: mestring og muligheter. Meld. St. 19 (2014-2015) Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>
22. Prevalensundersøkelser av helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk i sykehjem, NOIS-PIAH [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 06. november 2015; lest 11. november 2015]. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=63093>

23. Sosialdepartementet. Sykehusutbygging m.v. i et regionalt helsevesen : tilråding. St. meld. nr. 9 (1974-75).
24. Gjevjon ER, Romøren TI. Vedtak om sykehjemsplass - hvor høye er tersklene? Gjøvik: Senter for omsorgsforskning; 2010. Høgskolen i Gjøviks rapportserie 2010 nr. 10. Tilgjengelig fra: <http://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/144272>
25. Gabrielsen B. Omsorgstjenester mot livets slutt. I: Ramm J, red. Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2013. s. 101-7. Statistiske analyser 37. Tilgjengelig fra: http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/125965?_ts=13f8b5b6898
26. Samhandlingsstatistikk 2012-2013. Oslo: Helsedirektoratet; 2014. IS-2245. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/620/Samhandlingsstatistikk-2012-2013-IS-2138.pdf>
27. Romøren TI. Den fjerde alderen : funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år. Oslo: Gyldendal akademisk; 2001.
28. Aksøy H. Inn i sykehjemmet: trinn for trinn eller i store sprang? I: Veenstra M, Daatland SO, red. Bærekraftig omsorg? : familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2012. s. 147-56. NOVA-rapport nr 2/12. Tilgjengelig fra: http://www.nova.no/asset/5390/1/5390_1.pdf
29. Botten G, Hagen TP, Waaler HT. Sprekere eldre, rimeligere eldreomsorg? : utgiftsbehovet i eldreomsorgen i perioden 2000-2030 under ulike forutsetninger om Eldres funksjonsevne. Oslo: Senter for helseadministrasjon, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo; 2000. Skriftserie 2000:6. Tilgjengelig fra: http://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2000/HERO_2000_6.pdf
30. Holmøy E, Kjellvik J, Strøm B. Behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren fremover. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2014. Rapporter 2014/14. Tilgjengelig fra: http://ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/170663?_ts=1452121e668
31. Roksvaag K, Texmon I. Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035 : dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2012. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2012. Rapporter 2012/14. Tilgjengelig fra: https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_201214/rapp_201214.pdf
32. Veenstra M, Havig AK, Gautun H. Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015: kommunal planlegging. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2015. NOVA-rapport 4/15. Tilgjengelig fra: <http://www.hioa.no/content/download/98039/2151945/file/Rapport-4-15-Omsorgsplan-pdf.pdf>
33. Sørvoll J, Martens CT, Daatland SO. Planer for et aldrende samfunn? : bolig og tjenester for eldre i kommunene. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2014. NOVA-rapport 17/14. Tilgjengelig fra: <http://www.hioa.no/content/download/71398/1751601/file/NOVA-Rapp-17-2014-Planer-for-et-aldrende-samfunn.pdf>

34. Eldremelding 2006-2015. Bærum: Bærum kommune; 2006. Tilgjengelig fra:
https://www.baerum.kommune.no/innsyn6_politikere/wfdocument.aspx?journalpostid=2006058585&dokid=251197&versjon=3&variant=A&
35. Helse- og omsorgsdepartementet. Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet. Meld. St. 26 (2014-2015) Tilgjengelig fra:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
36. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30. Kapittel 7. Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet. Tilgjengelig fra:
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_7#KAPITTEL_7
37. Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator: veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator rev. utg. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. Tilgjengelig fra:
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
38. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30. Kapittel 1. Formål og virkeområde. Tilgjengelig fra:
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1
39. Demensplan 2015: "den gode dagen": revidert handlingsprogram for perioden 2012-2015. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011. Delplan til Omsorgsplan 2015. Tilgjengelig fra:
https://www.regjeringen.no/contentassets/80a24704aba7477d946fee1000fcf81f/demensplan_2015.pdf
40. GjØra L, Eek A, Kirkevold Ø. Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens: 2014. TØnsberg: Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse; 2015. Tilgjengelig fra:
<http://aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=7603>
41. Vaage OF. Fritidsaktiviteter 1997-2014: barn og voksne idrettsaktiviteter, friluftsliv og kulturaktiviteter: resultater fra Levekårsundersøkelsene. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2015. Rapporter 2015/25. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/artikler-og-publikasjoner/attachment/229040?ts=14d901926c8>
42. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1580. Tilgjengelig fra:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering-IS-1580.pdf>
43. Forprosjekt innen kvalitetsindikatorer for ernæring og legemiddelgjennomgang. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. IS-2336. Tilgjengelig fra:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/994/Forprosjekt%20innen%20kvalitet%20indikatorer%20for%20ernæring%20og%20legemiddelgjennomgang%20IS-2336.pdf>

44. Helse- og omsorgsdepartementet. Legemiddelmeldingen: riktig bruk - bedre helse. Meld. St. 28 (2014-2015) Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/1e17b19947224def82e509ca5f346357/no/pdfs/stm201420150028000dddpdfs.pdf>
45. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. FOR-2012-08-29-842. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>
46. Hektoen L. Kostnader ved hoftebrudd hos eldre. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus; 2014. HIOA-rapport 2014 nr. 3. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Folkehelsearbeid%20i%20kommunen/Kostnader-ved-hoftebrudd-hos-eldre.pdf>
47. Veileder om legemiddelgjennomganger. 2. utg. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. IS-1998. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/465/Veileder-legemiddelgjennomgang-IS-1998.pdf>



Helsedirektoratet

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

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no