



Personer med utviklingshemmings bruk av fylkeskommunale og kommunale helse- og omsorgstjenester

Publikasjonens tittel: Personer med utviklingshemnings bruk av fylkeskommunale og kommunale helse- og omsorgstjenester

Utgitt: 04/2017

Bestillingsnummer:

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

Bidragstydere: Linda Haugan (redaktør), avd. statistikk
Julie Kjelvik, avd. statistikk (i 2016)

FORORD

Helsedirektoratet ønsker å stimulere til økt bruk av statistikk og faktagrunnlag for helse- og omsorgssektoren. Temaet for denne rapporten er personer med utviklingshemmings bruk av fylkeskommunale og kommunale helse- og omsorgstjenester.

Helsedirektoratet håper at rapporten kan være til nytte for kommuner, helsemyndigheter og andre som har interesse for kunnskap om personer med utviklingshemmings bruk av fylkeskommunale og kommunale helse- og omsorgstjenester.

INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD	2
INNHALDSFORTEGNELSE	3
INNLEDNING	5
1. DEFINISJON, POPULASJON OG AVGRENSNING	7
1.1 Definisjon	7
1.2 Populasjon	7
1.3 Avgrensning	8
2. TJENESTER	9
2.1 Innledning	9
2.2 Antall tjenestemottakere i IPLOS-registeret	9
2.3 Alders- og kjønnsfordeling	10
2.4 Bistandsbehov	10
2.5 Tjenester	12
2.6 Medvirkning og koordinering av tjenestene	13
2.7 Antall tjenestemottakere med ytterligere lidelser	14
2.8 Kompetanse og organisering	15
2.9 Oppsummering	16

3. AKTIV OMSORG	17
3.1 Innledning	17
3.2 Dagaktivitetstilbudet til personer med utviklingshemming	18
3.3 Støttekontakt	19
3.4 Ønsker og behov for bistand	19
3.5 Oppsummering	20
4. BRUK AV TANNLEGE	21
4.1 Innledning	21
4.2 Bruk av tannhelsetjenester	21
4.3 Vurdert av tannhelsepersonell	22
4.4 Oppsummering	22
5. BRUK AV FASTLEGE	23
5.1 Innledning	23
5.2 Vurdert av lege – IPLOS registeret	23
5.3 Bruk av fastlege – KUHR data	24
5.4 Antall konsultasjoner	25
5.5 Konsultasjonsårsak	26
5.6 Sykebesøk	28
5.7 Årlig undersøkelse - takst 660	29
5.8 Tverrfaglige møter	29
5.9 Oppsummering	30

INNLEDNING

Behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester er økende, og vil fortsette å øke i årene som kommer. Dette skyldes blant annet at det blir flere eldre i Norge. Samtidig øker andelen yngre tjenestemottaker. Denne utviklingen krever god planlegging, prioriteringer og nytenkning i utformingen av fremtidens helse- og omsorgstjenester.

Kommunenes plikt til å yte helse- og omsorgstjenester er forankret i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Loven har flere formål, deriblant å sikre tjenestetilbudets kvalitet og gi et likeverdig tjenestetilbud. Samtidig heter det at loven har som formål å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne.

Mottakerne av kommunale helse- og omsorgstjenester er en sammensatt gruppe med til dels ulike behov. Tjenestene skal tilpasses den enkelte bruker. Samtidig er det vanlig å vurdere behov og tjenester ut fra enkelte brukergrupper. Eksempler på brukergrupper er personer med demens, personer med fysiske begrensninger grunnet funksjonshemming, skade og/eller somatisk sykdom, personer med utviklingshemming, personer med psykiske lidelser/vansker og personer med rusmiddelproblemer. Noen tjenestemottakere vil befinne seg i flere av disse gruppene.

Å ha oversikt over antall og karakteristika ved ulike brukergrupper kan gi nyttig kunnskap for å kunne planlegge og dimensjonere helse- og omsorgstjenester tilpasset de ulike gruppene, som for eksempel behovet for personellkompetanse. I tillegg vil det kunne gi informasjon om forskjeller i tjenestetilbud mellom kommuner og mellom brukergrupper.

Fylkeskommunen har ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten, jf. Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven).

Temaet for denne rapporten er personer med utviklingshemmings bruk av fylkeskommunale og kommunale helse- og omsorgstjenester. Hva vet vi om denne gruppens bruk av tjenestene i dag?

Rapporten inneholder 5 kapitler. I det første kapitlet defineres begrepet utviklingshemming. I tillegg redegjøres det for populasjonsgrunnlaget og for avgrensninger i rapporten. I de fire resterende kapitlene vil det redegjøres for personer med utviklingshemmings bruk av

fylkeskommunale og kommunale helse- og omsorgstjenester, samt for ønsker og behov for bistand knyttet til samfunnsdeltakelse.

1. DEFINISJON, POPULASJON OG AVGRENSNING

1.1 Definisjon

Utviklingshemning, eller psykisk utviklingshemning, er en betegnelse på medfødt eller tidlig ervervet kognitiv svikt.¹

I Norge fastsettes diagnosen psykisk utviklingshemning på bakgrunn av diagnosesystemet ICD-10, som brukes i spesialisthelsetjenesten. Her er det særlig tre forhold som utredes og vurderes; evnenivå, adaptive/sosiale ferdigheter og alder.² Diagnosekodene som brukes for psykisk utviklingshemning er F70-79.

I primærhelsetjenesten brukes ICPC-2 som kodeverk. Diagnosekoden for psykisk utviklingshemning i ICPC-2 er P85.

1.2 Populasjon

Det finnes ingen sikre tall på hvor mange personer som har utviklingshemning i Norge. WHO estimerer at 1-3 prosent av populasjon i den vestlige verden er utviklingshemmede. Det tilsvarer mellom 52 000 og 157 000 personer i Norge.

Alle kommuner som yter særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester til enkeltmottakere kan søke om delvis refusjon av direkte lønnsutgifter knyttet til disse tjenestene. Tilskuddet omfatter psykisk utviklingshemmede 16 år og eldre, og forvaltes av Helsedirektoratet. På bakgrunn av innrapporteringen foreligger det i Grønt hefte, Inntektssystemet for kommunar og fylkeskommunar³, en oversikt over antallet personer som omfattes på kommunenivå. I 2016 var antallet personer på kommunenivå 18 564. Tallet omfatter personer med psykisk utviklingshemning 16 år og eldre per 1. januar 2015 som har vedtak om tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6, under dette også § 3-8 (se rundskriv IS-3/2015 fra Helsedirektoratet for nærmere omtale).

I kriteriedata for fylkeskommunene, som også foreligger i Grønt hefte, foreligger tall for antall psykisk utviklingshemmede 18 år og over. Antallet er i 2016 på 18 305, og bygger på tall fra SSB/KOSTRA 2014.

1.3 Avgrensning

Innholdet i denne rapporten bygger på det som foreligger av datakilder. Enkelte kommunale helse- og omsorgstjenester vil ikke belyses fordi det ikke foreligger datagrunnlag. Det gjelder for eksempel for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Det er et stort fokus på at levekårene for utviklingshemmede skal være likestilt med levekårene i den øvrige befolkningen. På lik linje med alle andre skal personer med utviklingshemming i størst mulig grad få anledning til å styre eget liv, delta i samfunn og lokalmiljø og motta statlige, fylkeskommunale og kommunale tjenester etter behov. Det har i de senere årene blitt utarbeidet flere rapporter og offentlige dokumenter med formål å si noe om levekårene for personer med utviklingshemming, der i blant på helseområdet. En av rapportene på området er Rettighetsutvalgets innstilling NOU 2016:17⁴ som ble lagt fram 3. oktober 2016.

Utredningen fra Rettighetsutvalget tar for seg personer med utviklingshemmings rettigheter, dagens situasjon for disse innenfor blant annet opplæring, arbeid, helse og omsorg, bolig og fritid. Utvalget fremmer også områder hvor arbeidet for å bedre levekårene for personer med utviklingshemming bør løftes.

Utvalgets anbefalinger på helseområdet er:

- At plikten til individuell tilrettelegging av helse- og omsorgstjenestene synliggjøres.
- Å styrke kapasiteten i habiliteringstjenestene til personer med utviklingshemming.
- At det utarbeides veileder for helseoppfølging av personer med utviklingshemming hos fastlegen, og i samarbeid med habilitering- og spesialisthelsetjenestene.
- At alle helseforetakene inngår samarbeidsavtaler med kommunene om habilitering.
- At plikten til å legge vekt på hensynet til barnets beste i alle handlinger som gjelder barn, synliggjøres i lovverket som regulerer helse- og omsorgstjenestene.
- At det innføres systemer for kvalitetssikring av tilbudet i avlastnings- og barneboliger.

I denne rapporten vil det ikke tas stilling til hvorvidt de fylkeskommunale og kommunale helse- og omsorgstilbudene som personer med utviklingshemming får et tilstrekkelig, eller sikrer et likeverdig tilbud, til denne gruppen. Formålet med tallene i rapporten er å gi et deskriptivt bilde av bruken av tjenestene.

2. TJENESTER

Mange personer med utviklingshemming har store behov for hjelp fra kommunen. Nær to av tre er registrert med omfattende bistandsbehov, og behovene er størst når det gjelder hjelp til husholdsfunksjoner og å ivareta egen helsetilstand. Støttekontakt, helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand til daglige gjøremål er de kommunale omsorgstjenestene som er vanligst. 41 prosent er registrert med individuell plan.

2.1 Innledning

Målet er at personer med utviklingshemming skal ha muligheter for liv og levekår på lik linje med andre, og å få helse- og omsorgstjenester etter behov. Dette kapitlet gir noen tall fra blant annet IPLOS-registeret. Tallene sier noe om hva som beskriver personer med utviklingshemming, hvilke bistandsbehov de har og hvilke omsorgstjenester de mottar, hvorvidt de har individuell plan, samt hvilke andre diagnoser de er registrert med.

Avslutningsvis vises det til en kartlegging som blant annet sier noe om organisering av hjemmetjenestetilbudet.

2.2 Antall tjenestemottakere i IPLOS-registeret

IPLOS-registeret inneholder både personer som har søkt om og mottatt/mottar tjenester. Diagnoseopplysninger er fortsatt under rapportert til registeret, men Helsedirektoratet har de siste tre årene iverksatt tiltak som gjør at kommunenes registrering og rapportering av diagnoser øker.⁵ Både ICPC-2-koder fra allmennleger og ICD-10-koder fra spesialisthelsetjenesten rapporteres inn.

Om datagrunnlaget

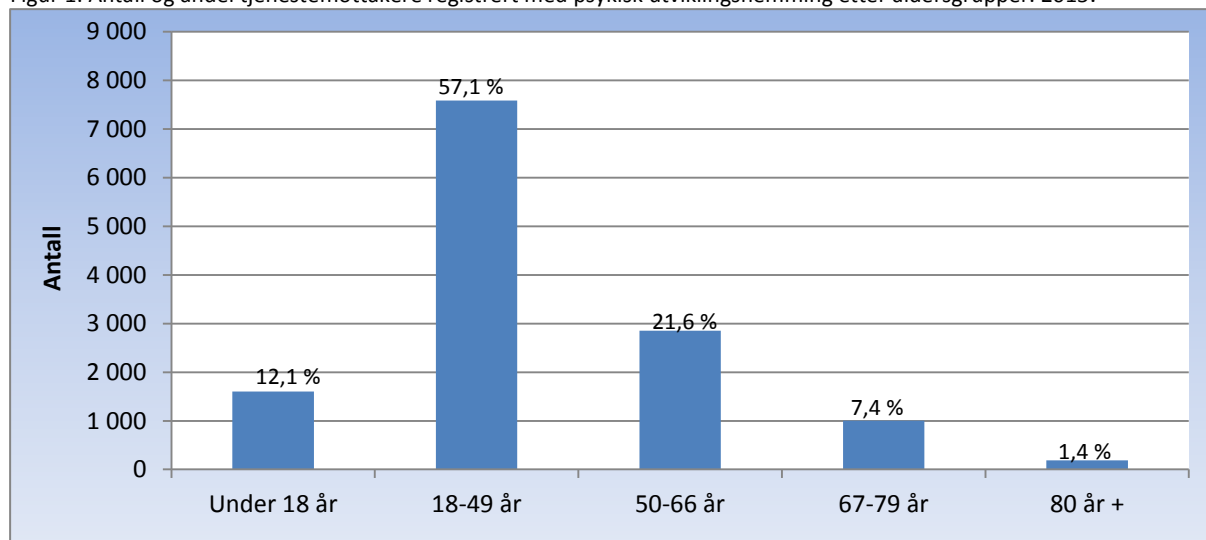
På landsnivå ble det i 2015 i IPLOS-registeret innrapportert til sammen 13 227 personer med diagnosen psykisk utviklingshemming. I statistikk som presenteres i dette kapitlet er diagnosekodeverk for både allmennleger (ICPC-2) og spesialisthelsetjenesten (ICD-10) brukt for å identifisere personer med psykisk utviklingshemming.* Tall i kapitlet er registreringer gjennom året 2015, dersom annet ikke er angitt.

* Fra ICPC-2: P85. Fra ICD-10: F70-F79.

2.3 Alders- og kjønnsfordeling

Blant tjenestemottakerne registrert med psykisk utviklingshemming i IPLOS-registeret er 57,1 prosent i aldersintervallet 18-49 år. 12,1 prosent er under 18 år, mens 1,4 prosent er 80 år eller eldre.

Figur 1: Antall og andel tjenestemottakere registrert med psykisk utviklingshemming etter aldersgrupper. 2015.



Kilde: IPLOS-registeret. Helsedirektoratet.

I alt er 56 prosent menn og 44 prosent kvinner. Andelen menn er høyest for de under 18 år (62 prosent), men synker med økende alder og for de over 80 år er kvinner i flertall (56 prosent).

Tabell 1: Tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming, etter aldersgrupper og kjønn. 2015.

	Kvinner	Menn
Under 18 år	38 %	62 %
18-49 år	44 %	56 %
50-66 år	47 %	53 %
67-79 år	47 %	53 %
80-år og eldre	56 %	44 %
I alt	44 %	56 %

Kilde: IPLOS-registeret. Helsedirektoratet.

2.4 Bistandsbehov

Tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming har høy grad av bistandsbehov. 58 prosent av alle mottakerne registrert med diagnosen psykisk utviklingshemming hadde omfattende bistandsbehov i 2015. Andel for alle tjenestemottakere, uavhengig av diagnose, er på 23 prosent.⁶

Generelt øker bistandsbehovet med økende alder, med unntak av for aldersgruppen 0-17 år. En høyere andel av personer under 18 år er registrert med omfattende bistandsbehov enn for aldersgruppen 18-49 år.

Tabell 2: Prosentfordeling av bistandsbehovet blant tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming, etter alder. 2015.

	Antall	Noe/avgrenset bistandsbehov	Middels til stort bistandsbehov	Omfattende bistandsbehov
Under 18 år	1 590	8 %	32 %	59 %
18-49 år	7 565	10 %	37 %	53 %
50-66 år	2 846	7 %	29 %	64 %
67-79 år	1 006	4 %	24 %	72 %
80-år og eldre	186	:	:	76 %

: = Tall kan ikke offentliggjøres.

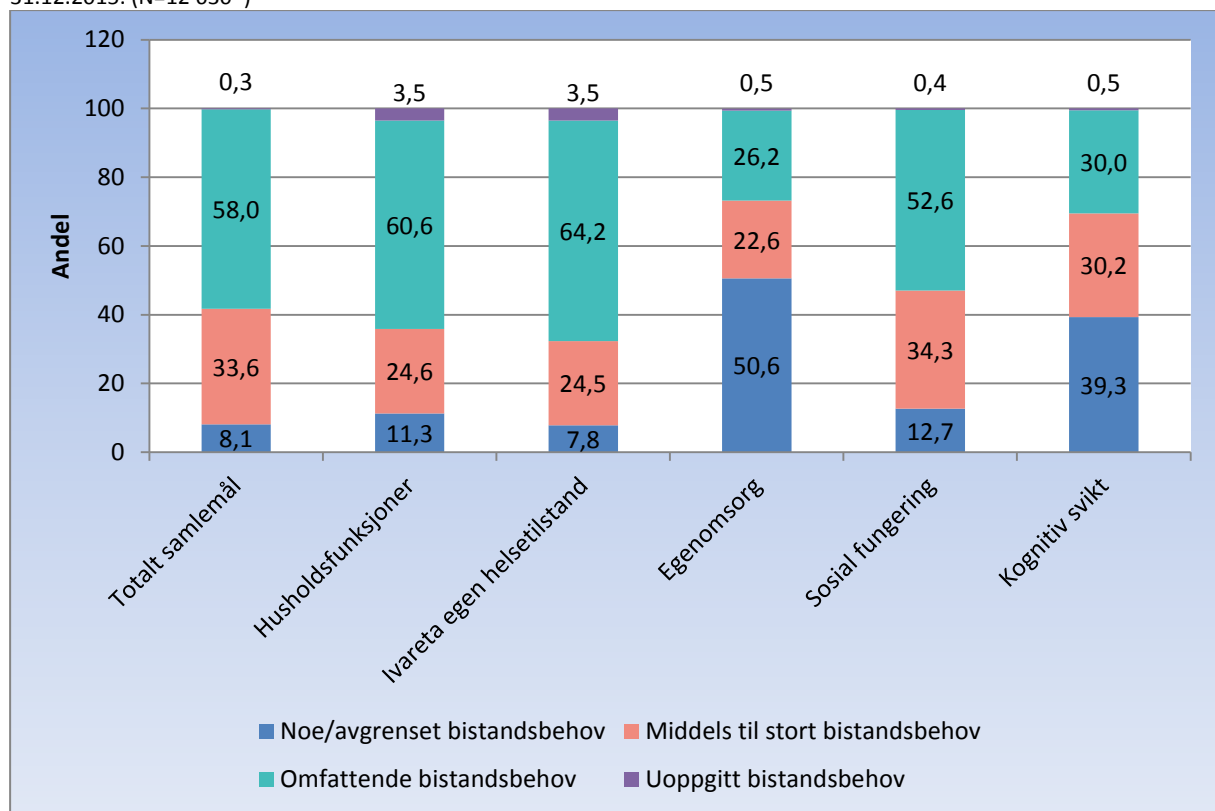
Kilde: IPLOS-registeret. Helsedirektoratet.

For personer som søker eller mottar omsorgstjenester kartlegges bistandsbehov på områdene *kognitiv svikt, sosial fungering, egenomsorg, husholdsfunksjoner* og *å ivareta egen helsetilstand*. 15 av 17 variabler i behovskartleggingen regnes inn i samlemålet som i statistikken blir brukt til å uttrykke samlet bistandsbehov for tjenester.⁷

En oppdeling av bistandsbehovet i de fem delmålene viser imidlertid at personer registrert med diagnosen psykisk utviklingshemming har store variasjoner på de ulike delmålene. Drøyt 60 prosent har behov for mye hjelp når det gjelder husholdsfunksjoner. Dette inkluderer hjelp til vanlig husarbeid, å skaffe seg varer og å lage mat. 64 prosent har omfattende bistandsbehov for å ivareta egen helse. Her vurderes den enkeltes evne til blant annet å håndtere medisiner selv og evne til å kontakte helsepersonell for sykdom og skade.

Funksjonsmålet *egenomsorg* omfatter seks målepunkter som gjelder mobilitet, personlig hygiene, påkledning og spising. Halvparten trenger lite hjelp til slike aktiviteter.

Figur 2: Tjenestemottakere registrert med diagnosen psykisk utviklingshemming, etter funksjonsmål og behov. Per 31.12.2015. (N=12 630*)



* Antallet tjenestemottakere per 31.12.2015 var 12 630.

Kilde: IPLOS-registeret. Helsedirektoratet.

2.5 Tjenester

Tjenestemottakere registrert med diagnosen psykisk utviklingshemming er i hovedsak hjemmeboende, enten i eget hjem eller i tildelt kommunal omsorgsbolig. Støttekontakt og helsetjenester i hjemmet er de mest brukte omsorgstjenestene. I 2015 har 47 prosent hatt disse tjenestene. Praktisk bistand til daglige gjøremål er også vanlig med 44 prosent. Dagaktivitetstilbud mottas av hver tredje tjenestemottaker i denne brukergruppen.

Institusjonstjenester brukes i svært liten grad til tjenestemottakere registrert med diagnosen psykisk utviklingshemming. Dette gjelder både tidsbegrensede opphold og langtidsopphold.

Tabell 3: Andel av alle tjenestemottakere registrert med diagnosen psykisk utviklingshemming, etter type tjeneste.* 2015.

Type tjenester	Andel av alle tjenestemottakere
Hjemmebaserte tjenester	
Helsetjenester i hjemmet	47 %
Støttekontakt	47 %
Praktisk bistand - daglige gjøremål	44 %
Praktisk bistand - opplæring - daglige gjøremål	44 %
Dagaktivitetstilbud	31 %
Avlastning - utenfor institusjon	14 %
Matombringing	10 %
Trygghetsalarm	4 %
Praktisk bistand - brukerstyrt - personlig assistanse	2 %
Institusjonstjenester	
Avlastning i institusjon	9 %
Langtidsopphold i institusjon	3 %
Tidsbegrenset opphold - utredning/behandling	1 %
Tidsbegrenset opphold - habilitering/rehabilitering	0 %
Tidsbegrenset opphold - annet	1 %

* En bruker kan motta flere typer tjenester.

Kilde: IPLOS-registeret. Helsedirektoratet.

2.6 Medvirkning og koordinering av tjenestene

I Meld. St. 26, «Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet»⁸, 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 kapittel 7 heter det at kommunen skal utarbeide en IP og tilby en koordinator til pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester.⁹ 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.

I sin rapport fra 2013 viser BufDir til en kartlegging som viser at det fortsatt var mange med rett til IP som ikke fikk IP. Ifølge kartleggingen var koordinatorene som regel ansatt i psykiske helsetjenester, helsestasjon, koordinerende enhet eller skole/utdanning. Kartleggingen sa ikke noe om brukergrupper eller behov.¹⁰

Tall fra IPLOS viser at 41 prosent av tjenestemottakerne med registrert utviklingshemming har individuell plan. Denne andelen er vesentlig høyere enn for alle tjenestemottakere uavhengig av diagnose hvor andelen er på ni prosent.¹¹ Rundt tre prosent av tjenestemottakerne med psykisk utviklingshemming ønsker ikke IP og for tre prosent er det ikke relevante med IP. Over halvparten har ikke individuell plan.

Tabell 4: Andel med individuell plan blant personer registrert med psykisk utviklingshemming. 2015.

	Andel
Har IP	41 %
Har ikke IP	52 %
Ønsker ikke IP	3 %
Ikke relevant	3 %
Uoppgitt	1 %

Kilde: IPLOS-registeret. Helsedirektoratet.

2.7 Antall tjenestemottakere med ytterligere lidelser

I IPLOS-registeret skal relevante diagnoser registreres, og det registreres ikke hoved- og bidiagnoser. 19 prosent av tjenestemottakerne som er registrert med diagnosen psykisk utviklingshemming (P85) er i tillegg registrert med psykiske lidelser og like mange med en eller flere nevrologiske lidelser.

Tabell 5: Tjenestemottakere registrert med diagnosen psykisk utviklingshemming, etter utvalgte andre diagnosegrupper*. 2015.

	Andel
Psykiske lidelser	19 %
Nevrologiske lidelser	19 %
Hjerte- og kar	5 %
Diabetes	3 %
Muskel- og skjelettlidelser	3 %

* For beskrivelse av diagnosegruppene, se <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/diagnosestatistikk-for-kommunale-helse-og-omsorgstjenester-data-fra-iplos-registeret>

Kilde: IPLOS-registeret. Helsedirektoratet.

Nasjonalt kompetansesenter om utviklingshemming (NAKU) har på oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet en rapport med fokus på psykiske lidelser- og/eller ruslidelser blant utviklingshemmede.¹² I rapporten pekes det på at internasjonal forskning indikerer at 1-6 prosent av utviklingshemmede utvikler ruslidelser, og at det antas en forekomst på 2-6 prosent tilpasset norske forhold. I rapporten gis ikke et anslag på omfanget av utviklingshemmede som har psykiske lidelser, men det vises til at både norsk og internasjonal forskning viser at utviklingshemmede har like høy eller høyere forekomst av psykiske lidelser som resten av befolkningen.

2.8 Kompetanse og organisering

Riktig og tilstrekkelig kompetanse i tjenesten må ses opp mot behovet hos tjenestemottakerne. Ulike tjenestemottakere kan ha ulike behov for kompetanse hos personalet. Per i dag er det ikke mulig å koble kompetansenivå/yrkeskategori hos tjenesteyterne til tjenestemottakernes diagnose/målgruppe. Dette er data det er ønskelig å fremskaffe.

Det er også ønskelig å styrke kunnskapen rundt hvordan tjenestene er organisert. Er det forskjeller i organiseringen av tjenestene avhengig av målgruppe?

Statistisk sentralbyrå (SSB) gjennomførte i 2015 en kartlegging av hjemmetjenestens målgrupper og organisering.¹³ Formålet med kartleggingen var blant annet å belyse hvilke målgrupper virksomhetene i hjemmetjenesten er rettet mot og hvordan tjenesten er organisert. Personer med utviklingshemming var en av de åtte målgruppene som ble kartlagt.

Årsverk i virksomheter, som i hovedsak er rettet mot kun en målgruppe, gir muligheter for å si noe om kompetanse opp mot målgruppe. Siden flere virksomheter yter tilbud til flere målgrupper vil det ikke være mulig å gi en fullstendig oversikt over årsverk knyttet til hver målgruppe. Selv om det foreligger noen begrensninger, vil imidlertid dataene fra SSBs undersøkelse kunne gi informasjon om kompetansen hos tjenesteytere for ulike målgrupper. Det vil jobbes videre med å fremskaffe denne type data.

Om lag 33 prosent av alle hjemmetjenestevirksomheter har utviklingshemmede som eneste målgruppe. Inkluderes virksomheter med to målgrupper, hvor utviklingshemmede er den ene, øker andelen til 45 prosent. Det er i hovedsak enten målgruppen fysiske begrensninger 0-66 år eller personer med psykiske lidelser som er i samme virksomhet som personer med utviklingshemming.

Personer med utviklingshemming utgjør hovedandelen av tjenestemottakerne i boliger. I 52 prosent av boligene er kun utviklingshemmede målgruppe. I 64,8 prosent av boligene bor utviklingshemmede sammen med en annen målgruppe. 78,1 prosent av boligene for utviklingshemmede oppgis å ha bemanning hele døgnet. Andelen øker til 79,8 prosent dersom boligen kun har bemanning når tjenestemottakeren er tilsted.

Kartleggingen viser at kommunens størrelse i innbyggertall ser ut til å ha innvirkning på hvordan organiseringen og spesialisering av tjenestetilbudet er i kommunene. Andelen boliger med kun utviklingshemmede som målgrupper øker jo større kommunene er. Kommuner med under 5 000 innbygger skiller seg markant fra kommuner med over 5 000 innbyggere. Mens rundt 36 prosent av boligene i de minste kommunene har personer med utviklingshemming som eneste målgruppe, er andelen rundt 50 prosent i større kommuner. Andelen i de ti største kommunene er på 62 prosent. Andelen på landsbasis er 52 prosent.

Tabell 6: Antall og andel boliger med kun én målgruppe etter kommunestørrelse.

	Antall virksomheter som er kun boliger	Andel boliger i gruppen med kun...			
		en målgruppe	fysisk begrensning 67 +	utviklingshemming	psykiske lidelser
Ti største kommuner (ASSS) (N=10)	419	88,3	5,7	61,8	16,2
Over 20 000 innbyggere (N=45)	425	72,9	5,4	51,1	7,5
10 000 -20 000 innbyggere (N=59)	241	71,8	7,1	50,2	6,2
5 000 - 10 000 innbyggere (N=89)	149	67,8	8,7	49	4,7
Mindre enn 5 000 innbyggere (N=225)	177	63,3	14,1	36,2	5,1
Alle kommuner	1 411	75,5	7,2	52	9,3

Kilde: Hjemmetjenestens målgruppe og organisering. 2016/13. Statistisk sentralbyrå.

2.9 Oppsummering

Tallene fra IPLOS-registeret viser at de 13 227 personene som er registrert med diagnosen psykisk utviklingshemming er i alle aldre. Oppsummert har kapitlet vist at:

- De fleste er i aldersgruppen 18-49 år og det er noen flere menn enn kvinner.
- Personer med utviklingshemming har høy grad av bistandsbehov, og andelen som er registrert med omfattende bistandsbehov øker med alderen. Unntaket er barn og unge under 18 år.
- Størst behov for hjelp har de på områdene husholdsfunksjoner og å ivareta egen helsetilstand, hvor mer enn 60 prosent er registrert med omfattende bistandsbehov.
- Støttekontakt, helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand til daglige gjøremål er de kommunale omsorgstjenestene som er vanligst.
- 41 prosent er registrert med individuell plan.
- Hver femte person med utviklingshemming er i tillegg registret med en psykisk lidelse og hver femte er registrert med en nevrologisk lidelse.

Det jobbes med å fremskaffe statistikk som kan gi opplysninger om kompetansen til personell som yter tjenester til personer med utviklingshemming. Kommunestørrelser ser ut til å ha innvirkning på organisering av tilbudet til denne målgruppen. Andelen boliger kun for personer med utviklingshemming øker jo større kommunene er.

3. AKTIV OMSORG

Helse- og omsorgsdepartementet viser i rundskriv I-5/2007 Aktiv omsorg til at kultur, aktiviteter og trivsel er sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud. Kommunen skal yte praktisk eller personlig hjelp slik at de som trenger det i så stor grad som mulig skal kunne ta del i hverdagslivets aktiviteter og opplevelser. Tall fra IPLOS-registeret gir et uttrykt for at ønske/behov for bistand blant personer med utviklingshemming er høyere enn mottatt bistand.

3.1 Innledning

Kommunen skal etter sosialtjenesteloven § 4-3 yte et egnet tjenestetilbud til «*de som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp til å greie dagliglivets gjøremål...*». Begrepet dagliglivets gjøremål må i denne sammenheng forstås som mer enn rene omsorgsoppgaver. Dette gjelder også muligheten til i så stor grad som mulig å ta del i hverdagslivets opplevelser og aktiviteter, opprettholde kontakt med familie og sosialt nettverk, være i fysisk aktivitet, holde seg orientert og være aktiv med utgangspunkt i egne engasjement og interesser.¹⁴

Ulike tilbud gis for å sikre at de som har et omsorgstilbud får en aktiv omsorg. For eksempel kan dagaktivitetstilbud bidra til å skape meningsfulle opplevelser og en aktiv hverdag for den enkelte bruker. Dagaktivitetstilbud vil kunne stimulere til og bygge opp under egenmestring tilpasset den enkeltes funksjonsevne.

Støttekontakt er et annet tilbud som gis for å yte en aktiv omsorg.

IPLOS-registeret inneholder opplysninger om søkers/tjenestemottakers ønsker og behov for praktisk bistand til å delta i arbeid, utdanning, livssyns-, kultur og fritidsaktiviteter og organisasjonsarbeid. Ønsker og behov kan ses opp mot hvorvidt de har et tilbud og om de har et udekket behov.

I dette kapitlet vil omfanget av dagaktivitetstilbud, støttekontakt, ønsker og behov for bistand blant personer med utviklingshemming belyses.

3.2 Dagaktivitetstilbudet til personer med utviklingshemming

Dagaktivitetstilbud er en tjeneste beregnet for hjemmeboende. Aktivitetene i tilbudet kan bidra til å vedlikeholde dagliglivets funksjoner og øke trivsel og livskvalitet.

Kommunen har ikke en lovpålagt plikt til å tilby dagaktivitetstilbud. Dersom de har et tilbud står de også fritt til selv å velge hvordan det skal innrettes og innholdet i tjenestene vil kunne variere ut fra lokale forhold og behov.

Tall fra KOSTRA

I dag rapporterer kommunene gjennom KOSTRA om de har dagaktivitetstilbud for ulike typer brukergrupper. I tillegg rapporterer kommunene hvordan en eventuell tjeneste er drevet, for eksempel av egen kommune, interkommunalt eller av private. Det rapporteres imidlertid ikke om hvor mange plasser tilbudet omfatter.

I 2015 rapporterte 419 av 428 kommuner via KOSTRA om de hadde et dagaktivitetstilbud til personer med utviklingshemming. 317 av de 419 kommunene som rapporterte oppga at de har et dagaktivitetstilbud til personer med utviklingshemming. Det tilsvarer 76 prosent.

Av kommunene som har et tilbud til personer med utviklingshemming oppga 90 prosent at de har et eget kommunalt tilbud. Seks prosent av kommunene oppga å ha kun et privat tilbud.

Vedtak om dagaktivitetstilbud

Data fra IPLOS-registeret viser at 31 prosent av alle tjenestemottakere registrert med diagnosen utviklingshemming har et vedtak om dagaktivitetstilbud i 2015.

Tall fra nasjonal kartlegging

På oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomførte Statistisk sentralbyrå (SSB) høsten 2015 en landsomfattende kartlegging av dagaktivitetstilbudet i norske kommuner.¹⁵ I kartleggingen skulle antall plasser fordeles på brukergrupper, herunder personer med utviklingshemming.

SSB fant 789 virksomheter i 308 kommuner med enkeltvedtak om dagaktivitetstilbud. Undersøkelsen gir ikke et fullstendig bilde av dagaktivitetstilbudet i alle kommuner, men må først og fremst ses på som en beskrivelse av virksomheter der brukerne har enkeltvedtak om tjenester. I undersøkelsen poengteres det at kommuner kan ha et tjenestetilbud selv om de ikke omfattes av undersøkelsen. Dersom tjenesten kun er et lavterskeltilbud eller ikke er organisert med en næringskode som indikerer dagaktivitetstilbud i Enhetsregisteret, vil det falle utenfor kartleggingen. Det kan for eksempel skyldes at tjenesten ytes i en virksomhet som er integrert med andre tjenester og/eller har ingen eller under fem ansatte.

Kartleggingen viser at personer med utviklingshemming er den største brukergruppen med totalt 23 373 dagplasser per uke. Omregnet i «hele plasser» utgjør dette 4 675 plasser fem

dager i uken. 66 prosent av kommunene (203 av 308) som inngikk i undersøkelsen hadde plasser til personer med utviklingshemming.

3.3 Støttekontakt

En støttekontakt hjelper en annen person gjennom sosialt samvær og ulike aktiviteter. Det skal hjelpe ham/henne til å bli mer trygg på seg selv, kunne takle ulike livssituasjoner bedre og i større grad omgås andre mennesker. Formålet med å ha en støttekontakt er å gi en mer meningsfull fritid for vedkommende. Alle kommuner har en plikt til å ha støttekontaktordning. For å få støttekontakt må man ha et behov som er av en slik art at den det gjelder har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen.

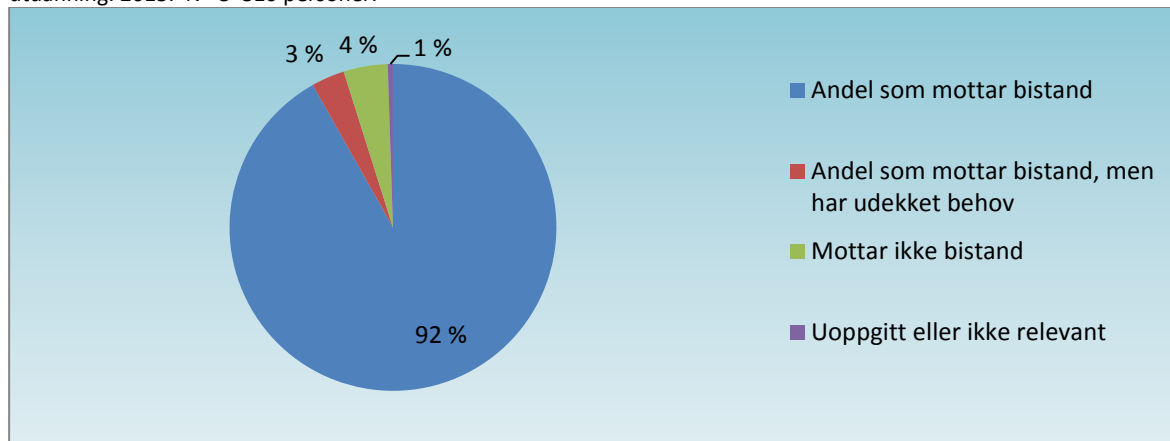
47 prosent av tjenestemottakerne som i IPLOS-registeret er registrert med diagnosen psykisk utviklingshemming (P85) har støttekontakt i 2015.

3.4 Ønsker og behov for bistand

Bistand for å delta i arbeid eller utdanning

Av de med diagnosen psykisk utviklingshemming i IPLOS-registeret er 8 810 personer registrert med behov for bistand til arbeid og utdanning. Tre prosent av disse har et udekket behov for bistand, og fire prosent mottar ikke bistand selv om de har et identifisert behov.

Figur 1: Andel de med diagnosen psykisk utviklingshemming i IPLOS-registeret som har behov for bistand til arbeid og utdanning. 2015. N = 8 810 personer.

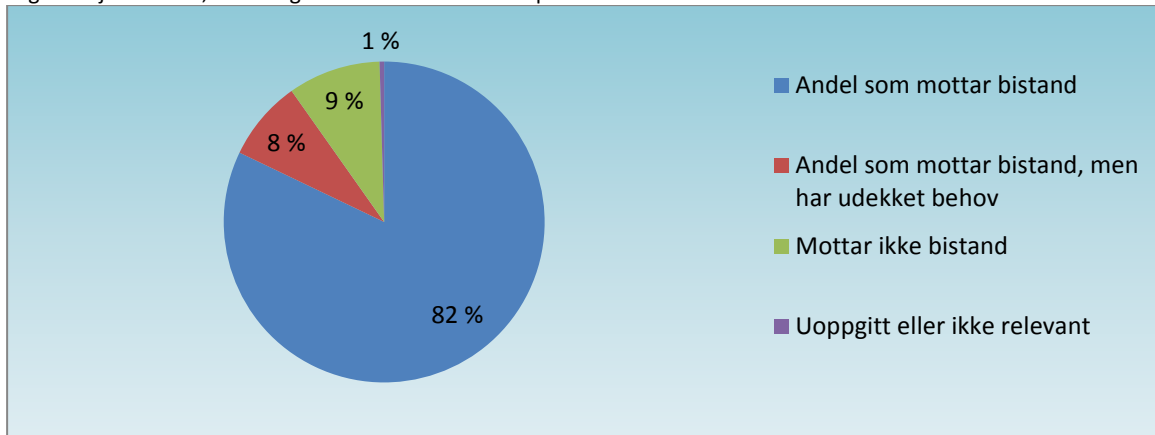


Kilde: IPLOS-registeret. Helsedirektoratet.

Bistand for å delta i organisasjonsarbeid, kultur og fritid

Av de med diagnosen psykisk utviklingshemming i IPLOS-registeret er 10 460 personer registrert med behov for bistand til organisasjonsarbeid, kultur og fritid. Åtte prosent av disse har et udekket behov for bistand, og ni prosent mottar ikke bistand selv om de har et identifisert behov.

Figur 2: Andel de med diagnosen psykisk utviklingshemming i IPLOS-registeret som har behov for bistand til organisasjonsarbeid, kultur og fritid. 2015. N = 10 460 personer.



Kilde: IPLOS-registeret. Helsedirektoratet.

3.5 Oppsummering

Kommunen skal yte praktisk eller personlig hjelp slik at de som trenger det i så stor grad som mulig skal kunne ta del i hverdagslivets aktiviteter og opplevelser. Oppsummert har kapitlet vist:

- 19 prosent av kommunene har ikke et dagaktivitetstilbud til personer med utviklingshemming.
- 47 prosent av tjenestemottakerne, som i IPLOS-registeret er registrert med diagnosen psykisk utviklingshemming (P85), har støttekontakt. 31 prosent har et vedtak om dagaktivitetstilbud.
- Av de med diagnosen psykisk utviklingshemming i IPLOS-registeret er 8 810 personer registrert med behov for bistand til arbeid og utdanning. Tre prosent av disse har et udekket behov for bistand, og fire prosent mottar ikke bistand selv om de har et identifisert behov.
- Av de med diagnosen psykisk utviklingshemming i IPLOS-registeret er 10 460 personer registrert med behov for bistand til organisasjonsarbeid, kultur og fritid. Åtte prosent av disse har et udekket behov for bistand, og ni prosent mottar ikke bistand selv om de har et identifisert behov.

4. BRUK AV TANNLEGE

Fylkeskommunen har ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten og er lovpålagt å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon uavhengig av alder. I 2015 ble om lag 80 prosent av utviklingshemmede over 18 år undersøkt/behandlet av tannhelsetjenesten.

4.1 Innledning

Det er lite kunnskap om kvaliteten på tannhelsetjenestetilbudet som gis til personer med utviklingshemming. I tannhelsetjenesten finnes det ingen komplett oversikt over hvem som befinner seg i gruppen og det er usikkerhet om kriteriene for hvem som har rettigheter. Det er mange med lettere utviklingshemming som ikke fremkommer i kommunenes oversikter.⁴

Per i dag foreligger det to datakilder som kan gi noen opplysninger om bruk av tannhelsetjenester blant personer med utviklingshemming, KOSTRA og IPLOS-registeret. Under presenteres data basert på disse to kildene.

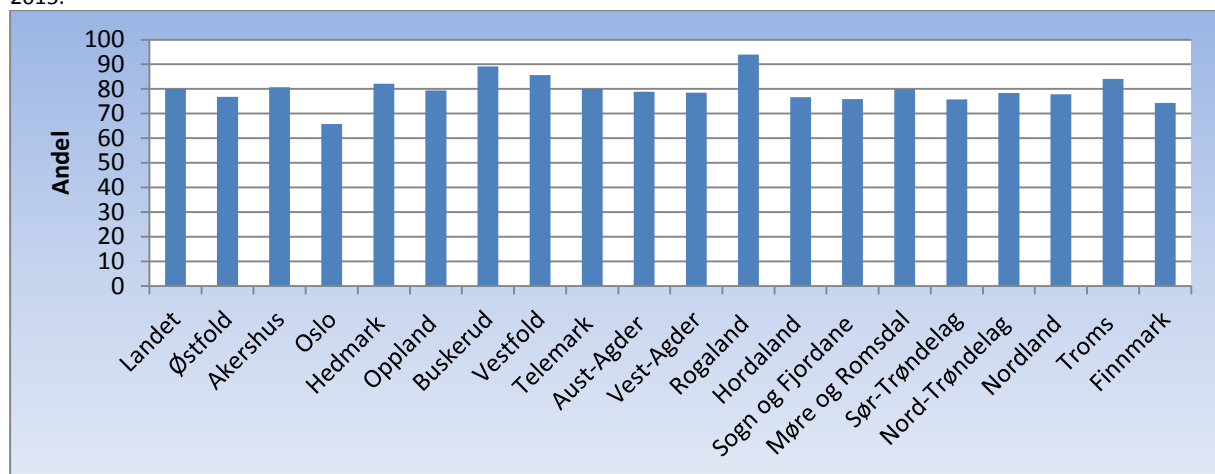
4.2 Bruk av tannhelsetjenester

Gjennom KOSTRA-skjema 43 rapporterer fylkeskommunene inn en rekke data om tannhelsetjenesten til Statistisk sentralbyrå (SSB). Noen av dataene gjelder tannhelsetjenesten til psykisk utviklingshemmede over 18 år. Disse dataene publiseres i SSBs statistikkbank.

SSB publiserer blant annet data for antall utviklingshemmede over 18 år som er under offentlig tilsyn, hvor mange som er undersøkt/behandlet, antall som har takket nei til tilbudet, antallet som er innkalt og ikke har møtt og antallet som er planlagt ikke innkalt.

I 2015 ble om lag 80 prosent av personer med utviklingshemming over 18 år undersøkt/behandlet av tannhelsetjenesten på landsbasis. Andelen var lavest i Oslo med rundt 65 prosent og høyest i Rogaland med 92 prosent.

Figur 1: Andel personer med utviklingshemming over 18 år undersøkt/behandlet av tannhelsetjenesten. Landet og fylker. 2015.



Kilde: Statistikkbanken, Statistisk sentralbyrå.

4.3 Vurdert av tannhelsepersonell

I IPLOS skal det registreres om søker/tjenestemottaker er vurdert av tannhelsepersonell i løpet av de siste 12 måneder og tidspunkt for når denne registreringen er foretatt. Der det er kjent skal tidspunkt for siste vurdering av tannhelsepersonell registreres, også når det er mer enn 12 måneder siden siste undersøkelse.

For alle søkere/tjenestemottakere med diagnosen psykisk utviklingshemming i IPLOS-registeret, mangler registrert dato for sist vurdering av tannhelsepersonell for 47 prosent. For alle med datoregistrering har 44 prosent blitt vurdert av tannhelsepersonell i løpet av de siste 12 måneder. For en del søkere/tjenestemottakere er registrert dato for sist vurdering av tannhelsepersonell relativt gammel, 16 prosent er fra 2010 eller eldre, slik at det er grunn til å tro at registrerte datoer ikke alltid er oppdaterte.

4.4 Oppsummering

I 2015 ble om lag 80 prosent av personer med utviklingshemming over 18 år undersøkt/behandlet av tannhelsetjenesten på landsbasis. Andelen var lavest i Oslo med rundt 65 prosent og høyest i Rogaland med 92 prosent.

44 prosent av de med diagnosen psykisk utviklingshemming (P85) i IPLOS-registeret ble vurdert av tannhelsepersonell i løpet av de siste 12 måneder.

5. BRUK AV FASTLEGE

Rettighetsutvalget skriver i sin rapport⁴ at personer med utviklingshemming ikke har lik tilgang til helsetjenester av god kvalitet som resten av befolkningen. Utvalget påpeker at det i liten grad er etablert systemer som sikrer denne gruppen tilgang til fastlegetjenester. Data fra KUHR viser at personer med utviklingshemming i 2015 i gjennomsnitt hadde flere konsultasjoner per innbygger enn gjennomsnittet av befolkningen.

5.1 Innledning

Kommunene tilbyr legetjenester til sine innbyggere gjennom fastlegeordningen. Legene har ansvar for allmennlegetjenesten til de som står på sine lister. Det foreligger imidlertid ingen datakilder som gir god informasjon om tilgjengeligheten og kvaliteten på de fastlegetjenester som ytes, hverken til personer med utviklingshemming eller til befolkningen for øvrig.

Det foreligger imidlertid noen opplysninger i IPLOS-registeret og i KUHR som kan si noe om personer med utviklingshemmings bruk av fastlegen. I dette kapitlet redegjøres det for disse opplysningene. Der det er naturlig sammenliknes personer med utviklingshemmings bruk av fastlegen med befolkningen for øvrig. Bruker personer med utviklingshemming fastlege i samme grad som resten av befolkningen og går de til lege for de samme kontaktårsaker? Svarene på disse spørsmålene vil ikke avkrefte eller bekrefte funnene i Rettighetsutvalgets innstilling, de gir kun et bilde på bruken av fastlege.

5.2 Vurdert av lege – IPLOS registeret

I IPLOS skal det registreres om søker/tjenestemottaker er vurdert av lege i løpet av de siste 12 måneder. Det anbefales å registrere tidspunkt for siste undersøkelse selv om det er mer enn 12 mnd. siden.

I IPLOS-registeret mangler det registrert dato for sist vurdering av lege for 41 prosent av søkerne/tjenestemottakerne med diagnosen psykisk utviklingshemming (P85). Når det foreligger registrering har 48 prosent i denne gruppen blitt vurdert av lege i løpet av de siste 12 måneder.

5.3 Bruk av fastlege – KUHR data

KUHR (Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon) er et fagsystem (database) som er hjemlet i folketrygdloven og inneholder data om refusjonskrav blant annet fra fastlegen. Alle regningskort som sendes inn til HELFO (Helseøkonomi forvaltningen)/KUHR inneholder en diagnosekode basert på diagnosekodesystemet ICPC-2. Diagnosesystemet er bygget opp med kapitler angitt med bokstav som viser sykdomsgruppe/organ. Videre er det en tosifret kode som angir symptomer/plager eller en mer spesifikk diagnose. Det er usikkert hvor stor presisjonen er i fastlegers diagnosebruk. I mangel av bedre statistikk brukes likevel oppgitte diagnoser som en målestokk på hvor omfattende et temaområde er innen fastlegenes praksis. Med et stort antall regningskort er det sannsynlig at feilbruk vil sprike i ulike retninger og det er ingen grunn til å tro at det er en systematisk feilrapportering. Dette støttes ved at data fra legers regningskort viser at frekvenser av ulike sykdomsgrupper er stabil over år.¹⁶ Pasienter kan ha flere sykdommer, og i en legekonsultasjon vil det ofte være flere tema som tas opp. Det er ikke nødvendigvis det viktigste som noteres øverst og rapporteres til HELFO.

Populasjon

Det foreligger ikke noe register over antall og hvem personer med utviklingshemming er. Det gjør det utfordrende når man skal si noe om denne gruppens bruk av fastleger. I dette kapitlet er populasjon av personer med utviklingshemming estimert ut fra data i KUHR. Personer med utviklingshemming er definert som alle personer som i løpet av de fem siste årene (2011-2015), en eller flere ganger, er registrert med P 85 - Psykisk utviklingshemming som konsultasjonsårsak hos fastlegen i KUHR. Uttrekket er basert både på hoved- og bidiagnoser. Data uttrekket viser at dette omfatter 19 577 personer. Disse utgjør populasjonen i de videre beregningene. Dette antallet vil nok være litt for høyt, da det antas at noen har falt fra.

Menn utgjør den største andelen personer med utviklingshemming i alle aldersgrupper fram til 79 år. Dette bildet er i tråd med kjønnsfordelingen basert på data fra IPLOS-registeret, se kapittel 2.3.

Tabell 1: Antall og andel kvinner og menn med oppgjørsmenningen psykisk utviklingshemming (P85) i perioden 2011-2015. Alder per 2015.

	Kvinner		Menn	
	Antall	Andel	Menn	Andel
0-9 år	221	38,4	355	61,6
10-19 år	1 319	42,6	1 779	57,4
20-29 år	2 124	44,6	2 639	55,4
30-39 år	1 259	48,4	1 343	51,6
40-49 år	1 243	46,0	1 457	54,0
50-59 år	1 158	45,4	1 392	54,6
60-69 år	932	47,0	1 053	53,0
70-79 år	437	46,0	513	54,0
80-89 år	152	52,4	138	47,6
90-99 år	32	52,5	29	47,5
100 år +	1	50,0	1	50,0
Totalt (N)	8 878	45,3	10 699	54,7

Kilde: KUHR.

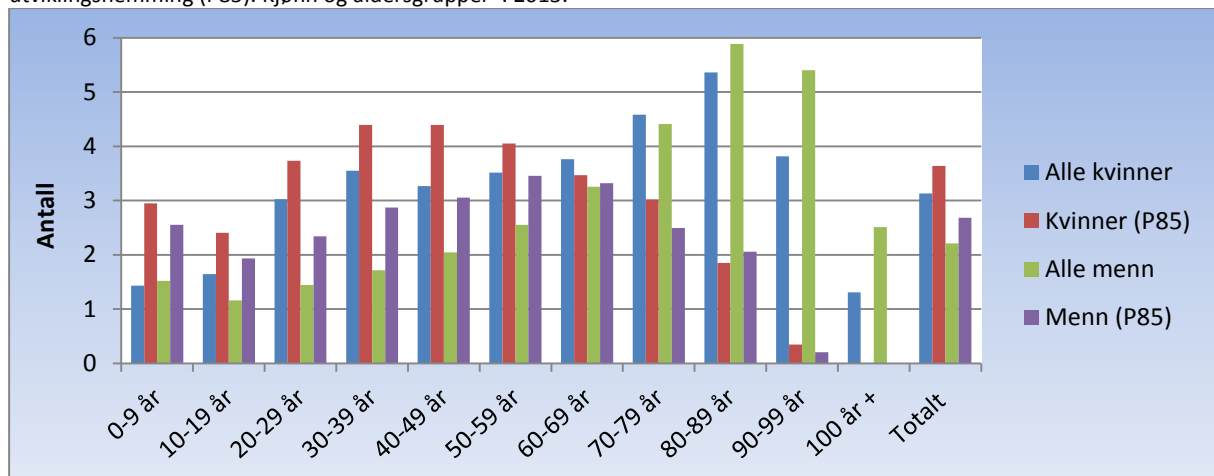
5.4 Antall konsultasjoner

«En konsultasjon innebærer et fysisk møte mellom lege og pasient og at legen foretar en utredning». 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.

Uavhengig av alder hadde hver kvinne i gjennomsnitt 3,1 konsultasjoner med fastlege i 2015. Gjennomsnittet blant kvinner med utviklingshemming var 3,6 konsultasjoner. I aldersgruppene frem til 79 år hadde kvinner med utviklingshemming i gjennomsnitt flere kontakter med fastlegen enn gjennomsnittet. Etter 80 år er gjennomsnittlig bruk av fastlegen høyere i den kvinnelige befolkningen generelt enn blant kvinner med utviklingshemming.

I gjennomsnitt hadde menn 2,2 konsultasjoner med fastlegen i 2015. Gjennomsnittet for menn med utviklingshemming var 2,7 konsultasjoner. Menn med utviklingshemming hadde i gjennomsnitt flere kontakter med fastlege enn gjennomsnittet blant menn frem til og med 59 år. I aldersgruppen 60-69 år var gjennomsnittlig antall konsultasjoner lik i de to gruppene. Etter 70 år er gjennomsnittlig bruk av fastlegen høyere i den mannlige befolkningen generelt enn blant menn med utviklingshemming. En hypotese her, både for menn og kvinner, kan være at eldre personer med utviklingshemming får tidligere langtidsopphold på institusjon enn resten av befolkningen, og dermed får dekket sitt behov for lege på institusjon.

Figur 1: Gjennomsnittlig antall konsultasjoner hos fastlegen. Hele befolkningen og personer med oppgjørsmessig psykisk utviklingshemming (P85). Kjønn og aldersgrupper*. 2015.



* Det finnes ingen personer med utviklingshemming i aldersgruppen 100 år+.

Kilde: KUHR.

Tabell 2 viser andel pasienter som har et gitt antall konsultasjoner. Det er relativt små forskjeller i omfang av antall konsultasjoner mellom befolkningen generelt og personer med utviklingshemming. Av alle pasienter hadde 48,9 prosent 1-2 konsultasjoner hos fastlegen i 2015. Andel blant personer med utviklingshemming var 46 prosent. Rundt 3 av 10 hadde mellom 3-5 konsultasjoner, dette i begge grupper.

Tabell 2: Gruppert antall og andel konsultasjoner hos fastlegen. Hele befolkningen og personer med oppgjørsmessig psykisk utviklingshemming (P85). 2015.

Antall konsultasjoner	Alle pasienter		Pasienter P85	
	Antall	Andel	Antall	Andel
1	1 052 904	28,6	3 817	25,8
2	748 145	20,3	2 986	20,2
3-5	1 130 048	30,7	4 779	32,3
6-10	541 634	14,7	2 266	15,3
11-20	183 840	5,0	780	5,3
21-30	17 164	0,5	129	0,9
31-50	3 762	0,1	38	0,3
51-100	488	0,0	12	0,1
100+	41	0,0	0	0,0
Totalt	3 678 026	100	14 807	100

Kilde: KUHR.

5.5 Konsultasjonsårsak

De tre hyppigste konsultasjonsårsakene hos personer med utviklingshemming er de samme for menn og kvinner. Disse er psykisk utviklingshemming (P85), diabetes - ikke insulinavhengig (T90) og epilepsi (N88). I tillegg var sykdom i nervesystemet - IKA (Ikke klassifisert annet sted), (N99), psykiske lidelser - IKA (P99) og administrativ

kontakt/undersøkelse (A97) felles på listen over de ti hyppigste konsultasjonsårsaker for begge kjønn.

2 av de 10 hyppigste diagnosekodene er å finne både på listen blant alle menn og på listen for menn med utviklingshemming. De to diagnosekodene er diabetes (ikke insulinavhengig) og akutt øvre luftveisinfeksjon.

Tabell 3: Ti hyppigste konsultasjonsdiagnosekoder brukt hos fastlegen blant menn. Alle menn og menn med oppgjørsmenningen P 85 psykisk utviklingshemming. 2015.

Alle menn		Menn P85	
10 hyppigst brukte diagnoser	Antall konsultasjoner	10 hyppigst brukte diagnoser	Antall konsultasjoner
K86 Hypertensjon ukomplisert	317 275	P85 Psykisk utviklingshemning	7 202
K78 Atrieflimmer/flutter	243 899	T90 Diabetes ikke-insulinavhengig	1 401
T90 Diabetes ikke-insulinavhengig	236 033	N88 Epilepsi	1 342
R74 Akutt øvre luftveisinfeksjon	176 925	P99 Psykisk lidelse IKA	1 015
A97 Administrativ kontakt/undersøkelse	174 970	A97 Administrativ kontakt/undersøkelse	860
F76 Fremmedlegeme øye	147 479	P81 Hyperkinetisk forstyrrelse	800
L15 Kne symptomer/plager	93 567	K86 Hypertensjon ukomplisert	785
R05 Hoste	92 444	N99 Sykdom i nervesystemet IKA	694
L86 Ryggsyndrom med smerteutstråling	84 961	A90 Medfødt feil IKA/multiple feil	605
D01 Abdominalsmerte/krampe generell	79 035	R74 Akutt øvre luftveisinfeksjon	579

Kilde: KUHR.

Ses det bort fra konsultasjoner knyttet til svangerskapskontroll (W781) og psykisk utviklingshemming (P85) er 5 av de resterende 8 hyppigste konsultasjonsdiagnosene de samme for kvinner med utviklingshemming og den kvinnelige befolkningen for øvrig.

Tabell 4: Ti hyppigste konsultasjonsdiagnosekoder brukt hos fastlegen blant kvinner. Alle kvinner og kvinner med oppgjørdsdiagnosen P 85 psykisk utviklingshemming. 2015.

Alle kvinner		Kvinner P85	
10 hyppigst brukte diagnoser	Antall konsultasjoner	10 hyppigst brukte diagnoser	Antall konsultasjoner
K86 Hypertensjon ukomplisert	352 691	P85 Psykisk utviklingshemning	6 964
F76 Fremmedlegeme øye	269 326	T90 Diabetes ikke-insulinavhengig	1 363
R74 Akutt øvre luftveisinfeksjon	228 328	N88 Epilepsi	1 217
W781 Svangerskapskontroll	225 432	F76 Fremmedlegeme øye	895
A04 Slapphet/tretthet	187 082	A97 Administrativ kontakt/undersøkelse	817
T90 Diabetes ikke-insulinavhengig	178 342	R74 Akutt øvre luftveisinfeksjon	810
U71 Cystitt/urinveisinfeksjon IKA	177 546	U71 Cystitt/urinveisinfeksjon IKA	703
K78 Atrieflimmer/flutter	173 718	D01 Abdominalsmerte/krampe generell	685
A97 Administrativ kontakt/undersøkelse	156 476	N99 Sykdom i nervesystemet IKA	656
L18 Utbredte muskelsmerter/fibromyalgi	149 288	P99 Psykisk lidelse IKA	584

Kilde: KUHR.

5.6 Sykebesøk

Andelen personer med utviklingshemming som har hatt sykebesøk av fastlegen i 2015 er markant høyere enn for befolkningen generelt. Dette gjelder i alle aldersgrupper med unntak av for gruppen 90-99 år.

Tabell 5: Antall sykebesøk av fastlegen, og andel av populasjon som har hatt sykebesøk. Hele befolkningen og personer med oppgjørdsdiagnosen P 85 psykisk utviklingshemming. Aldersgrupper. 2015.

	Hele befolkningen		P 85 psykisk utviklingshemmede	
	Antall	Andel av populasjon	Antall	Andel av populasjon
0-9 år	942	0,2	14	2,4
10-19 år	1 437	0,2	48	1,5
20-29 år	1 891	0,3	267	5,6
30-39 år	2 230	0,3	162	6,2
40-49 år	3 966	0,5	370	13,7
50-59 år	6 377	1,0	603	23,6
60-69 år	11 152	2,0	606	30,5
70-79 år	16 430	4,6	236	24,8
80-89 år	28 245	16,0	91	31,4
90-99 år	16 306	37,9	10	16,4
100 år +	578	61,4	0	0,0
Totalt (N)	89 554	1,7	2 407	12,3

Kilde: KUHR.

5.7 Årlig undersøkelse - takst 660

I Normaltariffen har fastleger egen takst for utviklingshemming mv., takst 660: «Merarbeid ved årlig, fullstendig undersøkelse av utviklingshemmede, demente og pasienter med kroniske psykoser som behandles med psykofarmika med behov for tverrfaglig oppfølging. Undersøkelsen skal omfatte forhold av sosial, kognitiv og sansemessig karakter. Taksten kan brukes inntil én gang per år.»

I gjennomsnitt 10,4 prosent av personer med utviklingshemming utløste en takst for årlig undersøkelse i 2015. Andelen ligger noe høyere i aldersgruppene 40-49 år, 50-59 år, 60-69 år og 70-79 år.

Tabell 6: Antall og andel bruk av takst konsultasjon 660 for personer med oppgjørsmåling P 85 psykisk utviklingshemming. Aldersgrupper. 2015.

Alder	Antall	Andel av populasjon*
0-9 år	19	3,3
10-19 år	111	3,6
20-29 år	295	6,2
30-39 år	280	10,8
40-49 år	375	13,9
50-59 år	435	17,1
60-69 år	351	17,7
70-79 år	148	15,6
80-89 år	20	6,9
90-99 år	1	1,6
100 år +	0	0,0
Totalt (N)	2 035	10,4

* Populasjon i tallmateriale er N=19 577, jf. tabell 9.

Kilde: KUHR.

5.8 Tverrfaglige møter

I Normaltariffen har fastleger egen takst for tverrfaglige møter, takst 14.

Takst 14: «Møtegodtgjørelse med reisetid når legen deltar i tverrfaglige samarbeidsmøter (herunder telefonmøter med mer enn 2 deltagere og videokonferanse) med helse- og/eller sosialfaglig personell som et ledd i behandlingsopplegg for enkeltpasienter, herunder i basisteam, ved møte i ansvarsgruppe i forbindelse med legemiddelassistert rehabilitering og i møte om individuell plan. Taksten kan ikke benyttes i forbindelse med samarbeid internt i tverrfaglige medisinske sentra og lignende. Taksten kan ikke benyttes som godtgjørelse for fast oppsatte samarbeidsmøter, med mindre det gjelder samarbeid om konkrete pasienter. Beregnes for arbeid i inntil en halv time og repeteres deretter per påbegynt halvtime. Taksten dekker også praksisutgifter. Taksten beregnes for den samlede møte-/reisetid, ikke per pasient. Legen må på anmodning opplyse hvem det har vært holdt møte med.»

Andelen tverrfaglige møter per innbygger er lav både blant personer med utviklingshemming og blant befolkningen for øvrig. For alle aldersgrupper er andelen imidlertid høyere blant personer med utviklingshemming.

Tabell 7: Antall tverrfaglige møter (takst 14) gjennomført av fastlegen, og andel tverrfaglige møter per innbygger i populasjon. Hele befolkningen og personer med oppgjørsmåten P 85 psykisk utviklingshemming. Aldersgrupper. 2015.

Alder	Hele befolkningen		P 85 psykisk utviklingshemmede	
	Antall	Andel	Antall	Andel
0-9 år	4 137	0,007	187	0,325
10-19 år	12 173	0,019	1 075	0,347
20-29 år	20 110	0,029	1 974	0,414
30-39 år	21 978	0,032	1 114	0,428
40-49 år	24 748	0,033	1 176	0,436
50-59 år	20 358	0,031	977	0,383
60-69 år	12 427	0,022	598	0,301
70-79 år	9 374	0,026	222	0,234
80-89 år	12 402	0,070	86	0,297
90-99 år	5 261	0,122	0	0,000
100 år +	142	0,151	0	0,000
Totalt (N)	143 110	0,027	7 409	0,378

Kilde: KUHR.

5.9 Oppsummering

I IPLOS-registeret mangler det registrert dato for sist vurdering av lege for 41 prosent av søkerne/tjenestemottakerne med diagnosen psykisk utviklingshemming (P85). Av søkerne/tjenestemottakerne hvor det foreligger datoregistrering har 48 prosent blitt vurdert av lege i løpet av de siste 12 måneder.

Data basert på refusjonskrav innsendt fra fastlegene til KUHR viser:

- Personer med utviklingshemming har i gjennomsnitt flere konsultasjoner hos fastlegen enn gjennomsnittet for befolkningen. Dette gjelder både for menn og kvinner. I de aller eldste aldersgruppene snur imidlertid bildet seg.
- Fordeles omfanget av konsultasjoner inn i intervaller er det ikke markante forskjeller mellom andelen personer med utviklingshemming og den øvrige befolkningen i de ulike intervallene. Rundt 80 prosent av pasientene, i begge gruppene, har mellom 1-5 konsultasjoner.
- Det er stort sammenfall i de hyppigste konsultasjonsdiagnosene blant alle kvinner og blant kvinner med utviklingshemming. Blant menn er de i mindre grad sammenfall i de hyppigste konsultasjonsdiagnosene.
- Andelen personer med utviklingshemming som har hatt sykebesøk av fastlegen i

2015 er markant høyere blant personer med utviklingshemming enn blant befolkningen generelt. Dette gjelder i alle aldersgrupper med unntak av for gruppen 90-99 år.

- Rundt en av ti personer med utviklingshemming utløste en takst for årlig undersøkelse (takst 660).
- Andelen tverrfaglige møter per innbygger er lav både blant personer med utviklingshemming og blant befolkningen for øvrig. For alle aldersgrupper er andelen imidlertid høyere blant personer med utviklingshemming.

Litteraturliste

- ¹ <http://www.nfunorge.org/no/Om-utviklingshemning/>
- ² Helseoppfølging av personer med utviklingshemming. Desember 2007. NAKU.
- ³ Inntektssystemet for kommunar og fylkeskommunar 2016. Grønt hefte. Beregningsteknisk dokumentasjon til Prop. 1 S (2015–2016). Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/744de1ad6f0f4df09311c33edd01ae99/trykk_gront-hefte.pdf
- ⁴ På lik linje. Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming. NOU 2016:17. Barne- og likestillingsdepartementet.
- ⁵ <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/diagnosestatistikk-for-kommunale-helse-og-omsorgstjenester-data-fra-iplos-registeret>
- ⁶ <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2014>
- ⁷ Vedlegg A: <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2014>.
- ⁸ Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet. Meld. St. 26 (2014-2015). Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
- ⁹ 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
- ¹⁰ Slik har jeg det i dag. Rapport om levekår for mennesker med utviklingshemming. Rapport 1-2013. Bufdir.
- ¹¹ Kommunale helse- og omsorgstjenester 2015. Rapport 2016/26. Statistisk sentralbyrå.
- ¹² Psykiske lidelser- og/eller ruslidelser blant utviklingshemmede. 2016. Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU).
- ¹³ Hjemmetjenestens målgruppe og organisering. 2016/13. Statistisk sentralbyrå.
- ¹⁴ I-5/2007 - Aktiv omsorg – sentral del av et helhetlig omsorgstilbud. Helse- og omsorgsdepartementet.
- ¹⁵ Dagaktivitetstilbud i omsorgstjenesten. Målgrupper og innhold. Rapport 2016/43 Statistisk sentralbyrå.
- ¹⁶ Allmennlegetjenestens tilgjengelighet – med spesiell vekt på området psykisk helse. Mars 2012. Øystein Hetlevik.