

Styringsinformasjon til helsefelleskapene

Del I: Skrøpelige eldre og personer med
flere kroniske sykdommer

Rapport
IS-2997



Innhold

Sammendrag	5
1. Innledning	9
1.1 Formål	10
1.2 Avgrensninger	10
1.3 Leveranser	11
1.4 Eksisterende styringsinformasjon	12
2. Fire prioriterte pasientgrupper	15
2.1 Komplekse definisjoner og avgrensninger	18
3. Personer med flere kroniske sykdommer	21
3.1 Definisjoner av multimorbiditet	22
3.2 Definisjon av "personer med flere kroniske sykdommer"	23
3.3 Samlet vurdering av definisjonene	27
3.4 Omfanget av kompleks multimorbiditet i helsefellesskapene og kommunene	29
3.5 Forskjeller mellom helsefellesskap i bruk av ulike helse- og omsorgstjenester blant personer med kompleks multimorbiditet	31
3.6 Utvalgte figurer for helsefellesskap	36
3.7 Hvilken betydning har langtidsopphold på institusjon for bruk av andre helse- og omsorgstjenester?	39
3.8 Bruk av psykisk helsevern	40
4. Skrøpelige eldre (frail)	41
4.1 Måling av skrøpelighet	43
4.2 Skrøpelighet, funksjonsnivå og styringsinformasjon	44
4.3 Omfanget av eldre med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå	49
4.4 Betydningen av dårlig funksjonsnivå for bruk av helse- og omsorgstjenester	49
4.5 Forskjeller mellom helsefellesskap i omfang av personer med dårlig funksjonsnivå	57
4.6 Forskjeller mellom helsefellesskap i bruk av ulike helse- og omsorgstjenester blant eldre personer med dårlig funksjonsnivå	58
4.7 Utvalgte figurer for helsefellesskap	59
5. Vedlegg	63

Vedleggstabell 1: Kroniske sykdommer som inngår i definisjonen av kompleks multimorbiditet	63
Vedleggstabell 2: Diagnoser i definisjonen av alvorlig kompleks kronisk sykdom og moderat kompleks kronisk sykdom iht National Academy of Medicine	64
Vedleggstabell 3: Antall personer med kompleks multimorbiditet per 1000 innbyggere etter kommuner og alder. Data 2019.	65
Vedleggstabell 4: Antall personer med dårlig og svært dårlig funksjonsnivå per 1000 innbyggere 75 år og eldre etter helsefellesskap og kommune. Data 2019	70
Vedleggstabell 5: Kommuner og helsefellesskap	73

Sammendrag

I 2020 og 2021 har det vært arbeidet med å utarbeide en nærmere definisjon av de fire prioriterte pasientgruppene i NHSP og utvikle styringsinformasjon til helsefelleskapene. Formålet med styringsinformasjonen, er å legge grunnlag for en god og likeverdig dialog som gir rom for lokale tilpasninger og fleksible løsninger. Helsefelleskapene involverer helse- og omsorgstjenester på alle nivå og mange ulike aktører, og det er lagt vekt på å utvikle informasjon om tjenester på tvers av forvaltningsnivåene.

Denne rapporten beskriver definisjoner og bruk av ulike typer helse- og omsorgstjenester for personer med flere kroniske sykdommer og skrøpelige eldre. På et senere tidspunkt, vil det komme en tilsvarende rapport for gruppen med psykiske lidelser samt barn og unge med langvarige behov for helsehjelp.

Å definere pasienter med flere kroniske lidelser og skrøpelige eldre er komplekst. Ulike studier av multimorbiditet og skrøpelighet viser betydelige forskjeller i forekomst (prevalens), og variasjonen skyldes både forskjeller i datagrunnlag og ulike metoder. Det finnes ikke en felles gullstandard for å måle multimorbiditet, og det er få studier som har sammenlignet ulike mål og definisjoner. I denne rapporten diskuterer vi ulike måter å definere multimorbiditet på, og konkluderer med en definisjon som tar utgangspunkt i personer med **kompleks multimorbiditet**, d.v.s. personer som har minst tre kroniske sykdommer i ulike organsystemer registrert på sykehus siste år.

Når det gjelder styringsinformasjonen om **skrøpelige eldre** finner vi at informasjon fra kommunene om funksjonsnedsettelse er særlig verdifull. Definisjonen som vi har valgt å bruke tar utgangspunkt i 10 indikatorer på funksjonsnivå, målt og registrert i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Vi tror at det har en verdi i seg selv at den ene definisjonen tar utgangspunkt i spesialisthelsetjenesten, mens den andre tar utgangspunkt i kommunale helse- og omsorgstjenester ettersom personer med omfattende behov for tjenester i spesialisthelsetjenesten ikke nødvendigvis er de samme personene som har de mest omfattende behovene for kommunale tjenester. På denne måten utfyller definisjonene hverandre, og vi gjenfinner 24 prosent av pasientene med kompleks multimorbiditet blant de skrøpelige eldre.

Med utgangspunkt i definisjonen for **kompleks multimorbiditet** finner vi at dette gjelder 72 271 personer på somatiske sykehus som er 18 år og eldre. Dette tilsvarer 4 prosent av pasientene på sykehusene og 1,7 prosent av befolkningen over 18 år. For aldersgruppen 18-59 år gjelder definisjonen 0,4 prosent av befolkningen, for aldersgruppen 60-79 år gjelder den 3,7 prosent og for aldersgruppen 80 år og eldre inkluderer den 9,6 prosent av befolkningen.

Omfanget av kompleks multimorbiditet varierer mellom helsefelleskapene. Forskjellene mellom helsefelleskapene og kommunene er størst for aldersgruppen over 80 år. For aldersgruppen over 80 år

varierer omfanget av personer med kompleks multimorbiditet fra 7,2 prosent i Akershus universitetssykehus sitt område til 12,4 prosent i Helse Nord-Trøndelag sitt område.

Definisjonen av *personer med redusert funksjonsnivå* (skrøpelige eldre) omfatter totalt 113 060 personer som er 75 år og eldre (tall korrigert for kommuner som ikke leverte data i 2019), hvorav 57 118 personer inngår i kategoriene dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå. Dette tilsvarer 14,3 prosent av befolkningen som er 75 år og eldre. For aldersgruppen 75-79 år inngår 4,9 prosent av befolkningen, og for aldersgruppen 80-89 år inkluderes 14,9 prosent. For eldre som er 90 år og over inngår 48,2 prosent i kategoriene dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå. Generelt sett er det ikke store forskjeller mellom helsefellesskapene i omfanget av pasienter med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå, men forskjellene er størst med hensyn til omfanget av personer med svært dårlig funksjonsnivå hvor omfanget varierer fra 5,5 til 8,4 prosent.

Den viktigste konklusjonen fra denne rapporten, er at det gir verdifull informasjon å se bruk av ulike typer helsetjenester på tvers av de organisatoriske skillene. Det tydeligste mønsteret er at disse pasientgruppene bruker mer og flere tjenester jo eldre og sykere de er, men vi ser også at de aller eldste og skrøpeligste pasientene har færre konsultasjoner hos fastlege, legevakt, og på poliklinikk enn noen yngre pasienter og brukere med noe bedre funksjonsnivå.

For begge pasientgruppene i denne rapporten viser vi effekten av langtidsplass på institusjon for bruk av andre helse- og omsorgstjenester. For personer med kompleks multimorbiditet, finner vi ikke sterk effekt for bruk av sykehustjenester, trolig fordi mange har sykehusopphold i forkant av tildelingen av sykehjemsplass. For personer med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå, finner vi imidlertid at bruken av helse- og omsorgstjenester er betydelig lavere for personer med langtidsplass ettersom disse får dekket mange behov for helsetjenester i sykehjemmet. I mange av figurene er personer med langtidsplass derfor ekskludert.

På noen områder er det betydelige forskjeller mellom helsefellesskapene. Dette gjelder for eksempel andel med registrert legemiddelgjennomgang, andel som er ernæringskartlagt, andel som bruker legevakt eller har mottatt sykebesøk hjemme. Vi finner også betydelige forskjeller i andelen epikriser som er sendt innen 1 dag, antall innleggelses for øyeblikkelig hjelp og i gjennomsnittlig liggetid. Noen av forskjellene kan skyldes alderssammensetningen i kommunene, andre kan skyldes datakvalitet og forskjeller i registreringspraksis, mens andre igjen uttrykker ulik behandlingspraksis¹.

For utvikling av god styringsinformasjon om de fire prioriterte pasientgruppene er det en betydelig utfordring at mange av de tiltakene som skal styrkes, forutsetter informasjon om behandling og tjenester som er dårlig dekket eller mangler i registerdata. Dette er for eksempel brukerstyrte senger, ACT-team, grad av individuelle tilpasninger, sykdomsforverring, forebygging, fengselshelsetjenesten og sikkerhetspsykiatrien. Vi tror likevel at generell kunnskap om pasientgruppenes bruk av ulike typer helse- og omsorgstjenester i eget helsefellesskap kan gi et godt grunnlag og verdifullt bidrag til en felles virkelighetsforståelse av situasjonen for pasientene i eget helsefellesskap. For at helsefellesskapene skal

¹ Riksrevisjonen 2021: Riksrevisjonens undersøkelse av årsaker til variasjon i forbruk av helsetjenester. Del av dokument 3:2 (2019-2020).

kunne lykkes med prioriteringen av disse pasientgruppene, er det viktig å ha god informasjon om det fulle tjenestetilbudet og kunne sammenligne praksis i eget helsefelleskap med andres.

1. Innledning

I tildelingsbrevet til Helsedirektoratet for 2020 fremgår det at:

Helsedirektoratet skal, i samråd med tjenestene, utvikle kvalitetsindikatorer og styringsinformasjon for å understøtte helsefellesskapene.

Dette er et av 23 oppdrag til Helsedirektoratet tilknyttet Nasjonal helse- og sykeplan (Meld St. 7 (2019-2020)). I NHSP fremsettes det ni ulike mål for helse- og omsorgstjenestene i perioden 2020-23, og 12 punkter med beskrivelser av hvordan målene skal oppnås. Et av de viktigste virkemidlene for å oppnå målene i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 er opprettelsen av 19 helsefellesskap.

Regjeringen vil etablere 19 helsefellesskap hvor kommuner og helseforetak utvikler og planlegger tjenestene sammen som likeverdige partnere. Helsefellesskapene bør prioritere utvikling av tjenester til barn og unge, personer med flere kroniske lidelser, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og skrøpelige eldre. Helsefellesskapene skal finne løsninger som passer til lokale behov og forutsetninger, og vil spille inn til neste Nasjonal helse- og sykehusplan.

I beskrivelsen av helsefellesskapene fremgår det at nasjonale myndigheter skal støtte helsefellesskapene gjennom å utvikle bedre styringsinformasjon og fremskrivingsverktøy. Tilrettelagt styringsinformasjon for helsefellesskapene er et virkemiddel for å oppnå en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste, bidra til felles virkelighetsforståelse og understøtte felles planlegging.

Det fremgår også av NHSP at felles planlegging i helsefellesskapene bør basere seg på fremskrivninger og analyser som ser den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten i sammenheng, og at det er behov for styringsinformasjon som går på tvers av forvaltningsnivå, som for eksempel informasjon om forløp, fastlegenes aktivitet og praksis og kvalitetsindikatorer for sentrale samarbeidsprosesser.

I denne rapporten presenteres arbeidet med å definere to av de fire prioriterte pasientgruppene i NHSP. Videre gis det en beskrivelse av omfanget av pasientgruppene i ulike helsefellesskap, samt av gruppens bruk av ulike helse- og omsorgstjenester i både spesialisthelsetjenesten og i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Oppdraget om å utvikle styringsinformasjon for helsefellesskapene er organisert som et internt prosjekt i Helsedirektoratet med fagdirektør for analyse som ansvarlig prosjektleder og deltakere fra avdeling komparativ statistikk og styringsinformasjon og avdeling helseregister. Prosjektet inngår i Helsedirektoratets program for arbeid med Nasjonal helse- og sykehusplan som leverer en årlig samlet vurdering av om utviklingen i tjenesten går i den retningen som er staket ut i NHSP. Rapporteringen for 2020 tok utgangspunkt i det arbeidet som Helsedirektoratet gjør, både i oppdrag direkte gitt i tilknytning

til planen og tilgrensende oppdrag som har betydning for oppnåelse av målene som er skissert i Nasjonal helse- og sykehusplan (Helsedirektoratets rapportering på status og fremgang for Nasjonal helse- og sykehusplan 2020).

1.1 Formål

Målet med å utvikle og tilby styringsinformasjon og kvalitetsindikatorer til helsefelleskapene, er å legge grunnlag for en god og likeverdig dialog i helsefelleskapene som kan bidra til best mulig pasientbehandling og god pasientflyt mellom tjenester og forvaltningsnivåer. En best mulig pasientbehandling innebærer at brukeren av helsetjenesten føler seg ivaretatt og får riktig behandling og oppfølging til riktig tid. En god dialog gir rom for lokale tilpasninger og mulighet for å finne fleksible løsninger som ivaretar behovene til hver enkelt pasient/bruker. Dette gir pasientbehandling av høy kvalitet og god utnyttelse av knappe ressurser.

Det er videre et generelt mål at den styringsinformasjonen som utvikles, oppleves som nyttig for de som skal bruke den og at prosjektet samordnes godt med eksisterende styringsinformasjon og andre oppdrag ifm NHSP.

Helsefelleskapene involverer helse- og omsorgstjenester på alle nivå og mange ulike aktører. Per i dag er det stor ulikhet i aktørenes tilgang til, og kompetanse på bruk av, styringsinformasjon og analyser av pasient- og brukerdata. Utvikling av tilrettelagt og lett tilgjengelig informasjon om de pasientgruppene som skal prioriteres, vurderes derfor som et tiltak for å utbedre denne ubalansen og bidra til større likeverd mellom partnerne.

1.2 Avgrensninger

Det eksisterer allerede mye styringsinformasjon som kan være relevant for helsefelleskapene (se nærmere beskrivelse nedenfor), men tilgang på styringsinformasjon som ser den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten i sammenheng, og gir informasjon om tjenestebruk på tvers av forvaltningsnivå for pasientgrupper som har sammensatte behov, er foreløpig lite utviklet. I dette arbeidet vurderes det derfor som viktig å ta utgangspunkt i de fire pasientgruppene som beskrives i NHSP og frembringe informasjon om disse pasientenes bruk av helse- og omsorgstjenester i både spesialisthelsetjeneste og i kommunale helse- og omsorgstjenester: De fire pasientgruppene er:

- barn og unge
- personer med alvorlige psykiske lidelser
- skrøpelige eldre
- personer med flere kroniske lidelser

Helsedirektoratet er ikke tilført nye ressurser ifm prosjektet, og arbeidet baseres på omprioritering av annet analysearbeid. Dette innebærer at det er nødvendig å ta utgangspunkt i eksisterende data fra registrene (NPR og KPR), FHI og SSB, og at det ikke er ressurser i dette prosjektet til innsamling av nye data på for eksempel brukertilfredshet.

1.3 Leveranser

Arbeidet med styringsinformasjon har som mål å:

- Utvikle en definisjon av de fire prioriterte pasientgruppene. Det er et mål at definisjonen skal oppleves som nyttig av helsefelleskapene (kommunehelsetjeneste, allmennlegetjeneste og spesialisthelsetjenesten) og kunne benyttes av sentrale fag- og forskningsmiljø.
- Utarbeide en rapport om de fire prioriterte pasientgruppene, som drøfter ulike definisjoner av pasientgruppene og viser omfanget av gruppene i ulike helsefelleskap, samt pasientgruppenes bruk av ulike helse- og omsorgstjenester, og eventuelle forskjeller mellom helsefelleskapene for utvalgte indikatorer.
- Det skal utvikles en web-side som viser til annen relevant styringsinformasjon fra Helsedirektoratet og FHI.
- Det er ønskelig å utvikle et interaktivt dashboard på web som tilbyr informasjon om de prioriterte pasientgruppene. Dashboardet er et utviklingsprosjekt hvor arbeidet startes med å tilgjengeliggjøre dimensjonen helsefelleskap i eksisterende dashboard for allmennlegetjenesten.

Denne rapporten presenterer arbeidet med definisjon av pasientgruppene og beskriver omfanget av pasientgruppene i ulike helsefelleskap, samt gruppenes bruk av ulike helse- og omsorgstjenester, dvs. punkt 1 og 2. På grunn av forsinkelser i arbeidet, publiserer vi i første omgang en rapport for gruppene med flere kroniske sykdommer og skrøpelige eldre.

1.4 Eksisterende styringsinformasjon

I tabellen nedenfor gjengis lenker til eksisterende styringsinformasjon fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Vi tror at mye av denne informasjonen kan være nyttig for helsefelleskapene.

	Register/prosjekt	Innhold	Lenke:
Helsedirektoratet	Nasjonale kvalitetsindikatorer	Oversikt over alle nasjonale kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten, allmennlegetjenester, og kommunale helse- og omsorgstjenester	Oversikt NKI
	Kommunalt pasient- og brukerregister	<i>Allmennlegetjenester:</i> Data om konsultasjoner hos fastlege, bruk av tidstakst, tverrfaglig samarbeid, e-konsultasjoner, blodtryksmåling, legemiddelgjennomgang, bruk av takst for nødvendig dialog mellom fastlege og lege i spesialisthelsetjenesten	Statistikk om allmennlegetjenester
		<i>Tall for kommunale helse- og omsorgstjenester:</i> Helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand, sykehjemsopphold	Helse- og omsorgstjenester (IPLoS)
	Norsk pasientregister	<i>Oversikt over statistikk fra norsk pasientregister:</i> - Aktivitet i somatiske sykehus - Ventetider og pasientrettigheter - Pakkeforløp psykisk helse og rus - Pakkeforløp kreft - Ttid til tjenestestart m.m.	Oversikt over statistikk fra Norsk pasientregister
		<i>Utvalgte nasjonale mål for spesialisthelsetjenesten:</i> - passert planlagt tid, planleggingshorisont - dagkirurgi - nyhenviste i ortopedi og psykisk helsevern - avviste i ortopedi og psykisk helsevern - kontroller i ortopedi	Nasjonale mål for spesialisthelsetjenesten
	SAMDATA spesialisthelsetjenesten	<i>Somatikk:</i> Bruk av tjenester Aktivitet og profiler Produktivitet <i>Psykisk helsevern:</i> Bruk av tjenester etter instusjonstype Døgnplasser Kapasitet Oppfølging etter utskrivning Poliklinisk og ambulant personell Produktivitet <i>TSB (rusbehandling):</i> Bruk av tjenester Aktivitet og profiler Døgnplasser Produktivitet <i>Kostnader og produktivitet</i> <i>Den gyldne regel</i> <i>Rehabilitering</i> <i>Bruk av tvang</i>	Oversikt over statistikk fra SAMDATA

	Register/prosjekt	Innhold	Lenke:
Folkehelseinstituttet	Pasienters erfaring med døgnopphold i psykisk helsevern.	Kontinuerlige målinger av brukererfaringer med døgnopphold. Data presenteres per sykehus, helseforetak og RHF.	Brukererfaringer i psykisk helsevern
	Pasienters erfaring med døgnopphold i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).	Kontinuerlige målinger av brukererfaringer med døgnopphold. Data presenteres per sykehus, helseforetak og RHF.	Brukererfaringer i TSB
	Folkehelseprofiler	Statistikk og vurdering av temaområdene befolkning, oppvekst og levekår, miljø, skader og ulykker, helserelatert adferd og helsetilstand	Folkehelseprofiler 2020 - FHI
	Oppvekstprofiler	Oppvekstprofilen viser noen av kommunens styrker og utfordringer, og kan benyttes i planarbeidet for barn og unge og deres oppvekstmiljø.	Oppvekstprofiler - FHI
	Reinnleggelser og 30 dagers overlevelse	Reinnleggelser av eldre 67 år og over som har vært innlagt for tilstander tilhørende elleve hoveddiagnosegrupper: astma/kronisk obstruktiv lungesykdom (kols), hjertesvikt, lungebetennelse, hjerne- slag, brudd, dehydrering, forstoppelse, gastroenteritt, urinveisinfeksjon, mangelanemier og gikt. Data presenteres per sykehus, HF og RHF. Inngår også i Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer. 30 dagers overlevelse for pasienter som har vært innlagt med førstegangs hjerteinfarkt, hjerneslag og hoftebrudd. Data presenteres per sykehus, HF og RHF. Inngår også i Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer.	Reinnleggelser og 30-dagers overlevelse - FHI

2. Fire prioriterte pasientgrupper

I NHSP pekes det på sentrale utfordringer for helsetjenesten i Norge. De største utfordringene er knyttet til demografisk utvikling, til vekst i kostnader til nye metoder og teknologi, til økte forventninger fra pasienter og pårørende, samt at flere trenger behandling over lengre tid. NHSP påpeker også en rekke ulike muligheter som gir et godt utgangspunkt for å kunne håndtere utfordringene; pasientene har mange ressuser som kan mobiliseres, vi kan prioritere bedre og vi kan samhandle bedre. Under overskriften "*En sammenhengende helse- og omsorgstjeneste*" beskrives mål og tiltak som skal bidra til at pasienter og pårørende opplever en helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjeneste der pasienten er aktiv deltager i egen helse og behandling.

Helsefelleskapene skal prioritere fire pasientgrupper: Pasienter med psykiske lidelser, pasienter med flere kroniske sykdommer, barn og unge samt skrøpelige eldre. Planen setter opp mange mål for de fire gruppene og disse er forsøkt sammenfattet i figurene nedenfor.

Det som kjennetegner de fire pasientgruppene som omtales særskilt i NHSP er at:

- De har mange diagnoser eller en helsesituasjon som må forstås i et helhetlig perspektiv.
- De har behov for helse- og omsorgstjenester fra både kommuner og spesialisthelsetjeneste
- De har særskilt høyt behov for god samhandling både innad i tjenestene og på tvers av nivåene
- Hver enkelt diagnose kan skjule store variasjoner i hjelpebehov, både mellom ulike pasienter og mellom ulike stadier i sykdomsforløpet.

Å prioritere disse fire pasientgruppene kan være utfordrende i praksis. I styringsdokumentene til de regionale helseforetakene har den gyldne regel om større vekst i psykisk helsevern og TSB enn i somatikk vært et helsepolitisk mål gjennom mange år, men har vist seg vanskelig å både gjennomføre og måle.

I en rapport til Helse Nord beskriver Finn Henry Hansen² prioritering av de fire pasientgruppene som omtales i NHSP som et viktig, men krevende motstrøms-prosjekt og påpeker at pasientgrupper med kroniske og sammensatte sykdommer ofte har tapt i ressurskonkurransen med mer prestisjegivende pasientgrupper med enkeltdiagnoser. Han diskuterer ulike årsaker til dette, som at medisinsk forskning ofte har tatt utgangspunkt i enkeltdiagnoser og har fokusert lite på de kumulative samspillseffektene som følger av multimorbiditet. Han påpeker også at den faglige generalistkompetansen i sykehus er svekket, men understreker at nedprioriteringen av disse gruppene nok ikke skyldes bevisste, planlagte eller koordinerte handlinger med intensjon om å svekke tilbudet til disse pasientgruppene, men at en rekke fragmenterte prosesser mellom fagmiljøer og pasientgrupper med ulik innflytelse, samt

² Finn Henry Hansen 2020: Hvordan effektivere oppdraget i NHSP om prioritering av fire spesifiserte pasientgrupper. Notat til Helse Nord.

administrative institusjoner og politikere likevel har resultert i at pasienter med sammensatte behov ikke har fått tilstrekkelig oppmerksomhet og prioritet.

Helsesystemenes utfordringer knyttet til behandling av personer med sammensatte behov er diskutert av flere forskere. Barnett m. fl. hevdet i 2012³ at kroniske sykdommer og multimorbiditet er den største utfordringen for helsesystemene i verden i dag, og at dagens helsesystemer utfordres av at forskning og utdanning, og systemene i seg selv, i hovedsak er tilpasset behandling av personer med en enkelt sykdom. I en ny artikkel skriver Sturmberg m. fl. (2021)⁴ at multimorbiditet utfordrer det medisinske paradigmat og evidens-basert medisin sitt dominerende fokus på enkeltsykdommer. De sier at pasientenes heterogene kliniske utfordringer ikke passer inn i tradisjonelle klassifiseringsystemer, og at optimal behandling ikke kan deduseres fra kliniske retningslinjer. Grimsmo m.fl (2018)⁵ påpeker at mer enn 90 prosent av eldre pasienter som blir utskrevet til kommunene, har ulike kombinasjoner av multimorbiditet og diskuterer motsetningen mellom de kliniske retningslinjene som ofte tar utgangspunkt i enkeltsykdommer, og pasientenes komplekse medisinske behov, samt behovene for samordning av praktiske og sosiale forhold som primærhelsetjenesten må ivareta.

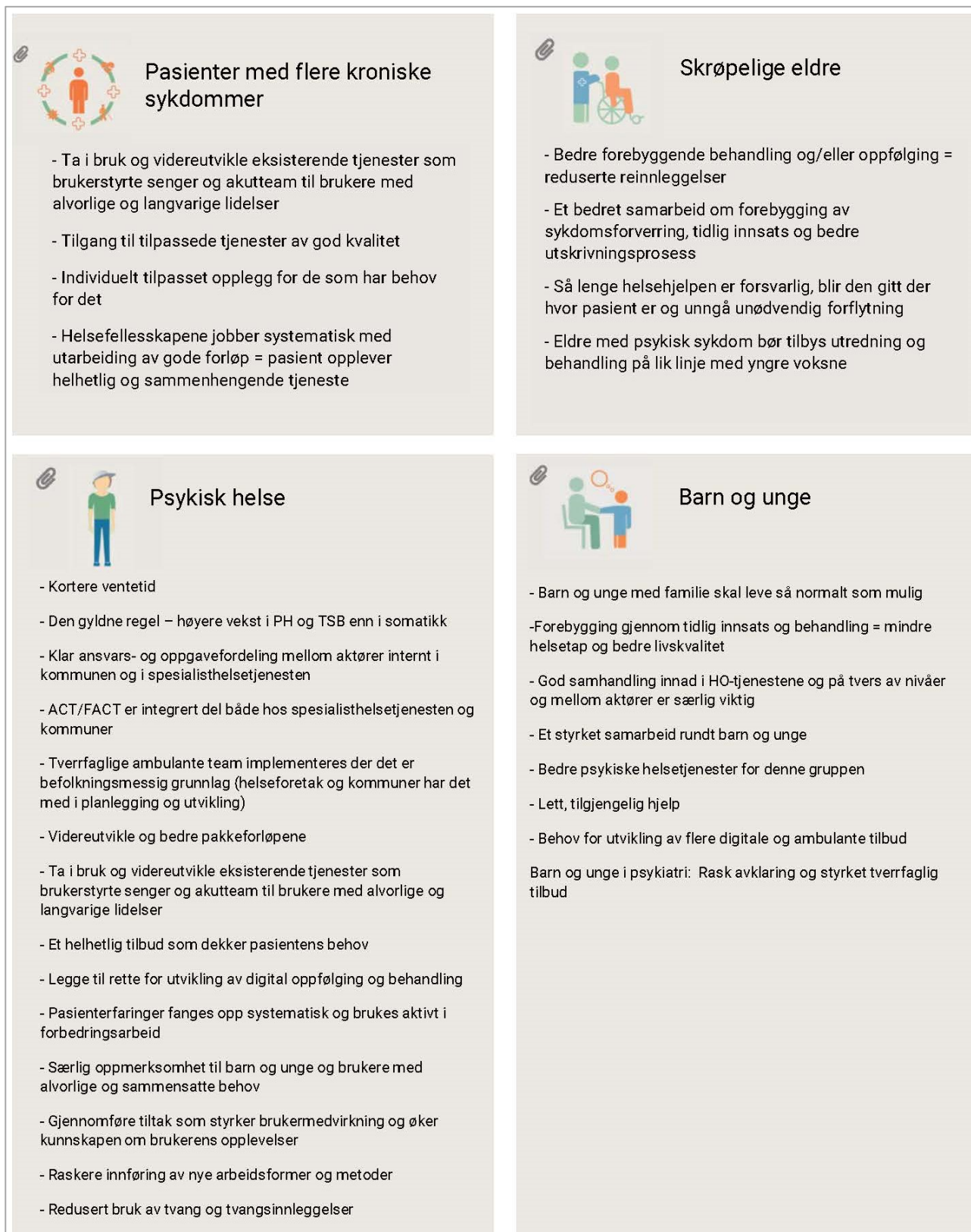
I NHSP forsøker man å adressere den utfordringen som disse fire pasientgruppene representerer, og løfte frem pasienter som har særskilt behov for god samhandling og helhetlig forståelse. NHSP setter opp mange mål for de fire prioriterte pasientgruppene. Disse er forsøkt sammenfattet i figur 2.1. For utvikling av god styringsinformasjon om disse fire pasientgruppene er det en betydelig utfordring at mange av de tiltakene som skal styrkes, forutsetter spesifikk informasjon om behandling og tjenester som er dårlig dekket eller mangler i registerdata. Dette er for eksempel brukerstyrte senger, ACT-team, grad av individuelle tilpasninger, sykdomsforverring, forebygging, fengselshelsetjenesten og sikkerhetspsykiatrien. Vi tror likevel at generell kunnskap om pasientgruppenes bruk av ulike typer helse- og omsorgstjenester i eget helsefellesskap kan gi et godt grunnlag og verdifullt bidrag til en felles virkelighetsforståelse av situasjonen for pasientene i eget helsefellesskap. For at helsefellesskapene skal kunne lykkes med prioriteringen av disse pasientgruppene, er det viktig å ha god informasjon bruken av ulike typer helse- og omsorgstjenester og å kunne sammenligne praksis i eget helsefellesskap med andres.

³ Barnett, K., Mercer, S.W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., Guthrie, B. (2012): Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study, *Lancet* 2012; 380: 37–43.

⁴ Sturmberg, J.P., Getz, L.O., Stange, K.C., Upshur, R.E.G. Mercer, S.W. (2021): Beyond multimorbidity: What can we learn from complexity science? *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2021: Vol 27. <https://doi.org/10.1111/jep.13521>.

⁵ Grimsmo, A., Løhre, A., Røsstad, T., Gjerde, I., Heiberg, I. og Steinsbekk, A. (2018): Disease-specific clinical pathways – are they feasible in primary care? A mixed-methods study. *Scand J Prim Health Care*. 2018;36:1-9.

Figur 2.1. Oppsummering av mål for de fire prioriterte pasientgruppene i NHSP



2.1 Komplekse definisjoner og avgrensninger

Å definere pasienter med flere kroniske lidelser, skrøpelige eldre, alvorlige psykiske lidelser og barn og unge med langvarige behov for helsehjelp er komplekst. En fastlege som kjenner sine pasienter godt, vil ofte kunne fortelle hvilke pasienter som tilhører de prioriterte pasientgruppene ettersom disse pasientgruppene gjerne har hyppig kontakt med fastlegen sin. Når vi skal utvikle løpende styringsinformasjon, må vi imidlertid basere oss på bruk av ulike kodeverk og tilgjengelig informasjon i eksisterende registerdata.

I spesialisthelsetjenesten kan en pasientgruppe vanligvis defineres gjennom kodeverkene for diagnoser (ICD-10) eller behandling (NCMP-NCSP-NCRP), eventuelt også gjennom relativt ressursbruk (DRG). Behandling og diagnostisering i spesialisthelsetjenesten er vanligvis basert på en enkelt- eller et fåtall av diagnoser og/eller prosedyrer, mens det som kjennetegner disse fire pasientgruppene er at de har mange diagnoser eller en helsesituasjon som må sees i et mer helhetlig perspektiv. Det gjør utplukket av pasienter basert på diagnose- eller prosedyrekoder komplekst og muligens utilstrekkelig.

For kommunale helse- og omsorgstjenester er diagnosesetting ofte mindre relevant, og behovene for tjenester vurderes på bakgrunn av en helhetlig livssituasjon der boforhold, funksjonsnivå og mestring er sentrale element. Fastlegene benytter diagnoser i rapporteringen av pasientbehandlingen, men baserer seg på kodeverket ICPC-2 som har noe færre detaljer enn ICD-10. I fastlegenes diagnosesetting kan det for eksempel være mest relevant å bruke generelle diagnoser eller samlebetegnelser (IKA-koder). Bruk av koder i ICPC-2 kan både medføre at utvalget av pasienter blir for omfattende og lite treffsikkert, samt at det kan utelate personer som burde vært inkludert.

For å definere disse pasientgruppene har vi behov for informasjon om både diagnoser og funksjonsnivå. Det er interessant i seg selv å få informasjon om hvilke kommunale tjenester pasienter med gitte diagnoser og behov for behandling i spesialisthelsetjenesten får fra kommunene og allmennlegetjenestene. For barn- og unge med langvarige helsetjenestebehov er det også interessant å vite hvilken oppfølging som gis fra spesialisthelsetjenesten og forskjeller i dette mellom ulike helseforetak.

I det styringsmessige behovet for informasjon om disse pasientgruppene er det viktig at gruppene ikke defineres for vidt, slik at informasjonen blir lite treffsikker og vanskelig å håndtere. Det er samtidig viktig at de som har behov for god samhandling blir inkludert.

Målet med definisjonene er:

1. At de er treffsikre og valide, slik at de er brede nok til å inkludere de personene som har særlig stort behov for god samhandling både innad og mellom tjenestenivå, men samtidig smale nok til å ekskludere personer som ikke inngår i målgruppen.
2. At de er relativt enkle å benytte i både klinisk praksis, i evalueringer av omsorg- og tjenestebehov og ved utarbeiding av styringsinformasjon.
3. At de er nyttige i implementering av helsepolitiske prioriteringer.
4. At de ikke er i konflikt med medisinskfaglig praksis og skjønn.

Det er ønskelig å oppnå bred enighet rundt nytten av de definisjonene som tas i bruk, slik at den styringsinformasjonen som utvikles kan representere et felles grunnlag for diskusjon og situasjonsforståelse. I denne rapporten presenterer vi derfor ulike tilnærminger til definisjon av pasientgruppene, og viser styrker og svakheter med den definisjonen som velges.

3. Personer med flere kroniske sykdommer



Utfordringsbildet for helsetilstanden i Norge og mange andre vestlige land, dreier mot sykdommer vi lever med. Folkehelseinstituttet leder sykdomsbyrdeprosjektet som viser at ikke-dødelig helsetap utgjør en stor og økende andel av sykdomsbyrden i den norske befolkningen. En analyse fra 2016 viser at ikke-smittsomme sykdommer, som hjerte- og karsykdom, kreft, KOLS og demens var viktige årsaker til tapte leveår hos begge kjønn i Norge i 2016⁶. Ikke-dødelig helsetap utgjorde 52 prosent av sykdomsbyrden målt i helsetapsjusterte leveår. Spesielt muskel- og skjelettsykdommer, psykiske lidelser og ruslidelser var viktige. De siste ti årene har sykdomsbyrden sunket for mange tilstander som medfører tapte leveår, men ikke for tilstander som gir ikke-dødelig helsetap.

På tross av at vi lever lenger og blir friskere, bruker vi stadig flere helsetjenester. For sykdommer vi lever med, har bistand fra helsetjenesten stor betydning for livskvaliteten. Noen personer med flere kroniske sykdommer har behov for store ressurser fra helse- og omsorgstjenestene, mens andre har god effekt fra legemidler som holder sykdommen(e) i sjakk. Behovet for kontakt og behandling i spesialisthelsetjenesten vil variere med diagnose og individuelt, men de fleste personer med flere

⁶ Tidsskr Nor Legeforen 2018:15

kroniske sykdommer vil trolig ha tett kontakt med fastlege, hyppige kontakter med spesialisthelsetjenesten og mange mottar også helsetjenester i hjemmet eller andre omsorgstjenester.

3.1 Definisjoner av multimorbiditet

Ulike studier av multimorbiditet (Maregoni m.fl. 2011)⁷ viser betydelige forskjeller i beregnet forekomst (prevalens) av kronisk multimorbiditet. Variasjonen skyldes både bruk av ulike metoder (operasjonaliseringer) og forskjeller i datagrunnlag. Det er flere studier som tar utgangspunkt i data fra spesialisthelsetjenesten enn fra allmennlegetjenesten, men det finnes også brede studier basert på pasienter hos allmennleger (Uijen og van de Lisdonk 2009⁸, Glynn m.fl. 2011⁹).

Robertson m. fl. (2019)¹⁰ påpeker at det ikke finnes en felles gullstandard for å måle multimorbiditet, og at det er få studier som har sammenlignet ulike mål og definisjoner. De sammenligner to ulike mål på multimorbiditet (Charlston¹¹ og Tonelli¹²) med utgangspunkt i pasientadministrative data fra Skottland for perioden 2009-2016. I begge definisjonene er multimorbiditet definert som to eller flere kroniske sykdommer. Robertson finner at begge definisjonene identifiserer høy-risiko-pasienter med hensyn til liggetid, reinnleggelse og mortalitet, men definisjonene varierer når det gjelder prevalensen av multimorbiditet. Tonellis definisjon viste en prevalens på 27 prosent, mens Charlstons definisjon viste 15 prosent.

I forarbeidet til NHSP tok Helse Sør-Øst utgangspunkt i en definisjon som ble utviklet av National Academy of Medicine (Long m.fl 2017)¹³ som skiller mellom gruppene *alvorlig kompleks kronisk sykdom* og *moderat kompleks kronisk sykdom*. Definisjonene knyttes til en liste over kroniske sykdommer der noen sykdommer defineres som komplekse (akutt hjerteinfarkt, iskemisk hjertesykdom, kronisk nyresykdom, diabetes, demens, kroniske sykdommer i nedre luftveier, hjertearytmi, hjernekar sykdommer, samt psykiske lidelser), mens andre kroniske sykdommer defineres som ikke-komplekse (se vedleggstabell 2). *Alvorlig kompleks kronisk sykdom* defineres som minst to komplekse lidelser eller seks eller flere mindre komplekse lidelser, mens *moderat kompleks kronisk sykdom* defineres som en kompleks kronisk sykdom og/eller en til fem ikke-komplekse kroniske sykdommer. Grunnlaget for å definere noen kroniske sykdommer som komplekse og andre som ikke-komplekse var knyttet til

⁷ Maregoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A., Meinow, B., Fratiglioni, L.: Aging with multimorbidity (2011): A systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews* 2011: Vol 10:44:430-439. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.03.003>.

⁸ Uijen, A. A., van de Lisdonk, E. H. (2009): Multimorbidity in primary care: Prevalence and trend over the last 20 years, *The European Journal of General Practice*, 14:sup1: 28-32.

⁹ Glynn, L.G., Valderas, J.M., Healy, P., Burke, E., Newell, J., Gillespie, P. og Murphy, A. W. (2011): The prevalence of multimorbidity in primary care and its effect on health care utilization and cost. *Family Practice* 2011; 28:516–523. doi:10.1093/fampra/cmr013

¹⁰ Robertson, L*, Ayansina, D, Johnston, M1, Marks, A, and Black, C (2019): Measuring multimorbidity in hospitalised patients using linked hospital episode data: comparison of two measures, *International Journal of Population Data Science* (2019) 4:1:02

¹¹ Charlson ME m.fl.: A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987;40(5):373-383.

¹² Tonelli M. m.fl.: Methods for identifying 30 chronic conditions: application to administrative data. *BMC Med Inform Decis Mak* 2015 Apr 17;15:31-015-0155-5.

¹³ Long, P., M. Abrams, A. Milstein, G. Anderson, K. Lewis Apton, M. Lund Dahlberg, and D. Whicher, Editors. 2017. *Effective Care for High-Need Patients: Opportunities for Improving Outcomes, Value, and Health*. Washington, DC: National Academy of Medicine.

ressursbruk og sykkelighet. Helse Sør-Øst oversatte definisjonen til norske koder og viste at pasienter med alvorlig kompleks kronisk sykdom hadde et gjennomsnitt på 3 døgnopphold og 16 liggedøgn per pasient. 17-18 prosent av de som ble klassifisert i gruppen døde samme år.

Flere forskere som har tatt utgangspunkt i HUNT-data^{14,15,16}, har benyttet en definisjon av kompleks multimorbiditet som baseres på tre eller flere kroniske sykdommer i ulike organsystem. Storeng med flere finner at kompleks multimorbiditet gjelder 48 prosent av personer i alderen 60-69 år i HUNT 2 (1995-97), og Vinjerui med flere finner at totalt 54 prosent av deltakerne over 25 år i HUNT 3 (2006-08) kan klassifiseres med kompleks multimorbiditet. Vinjeruis analyser viser at andelen øker med alder og varierer med sosio-økonomisk status, særlig blant de yngre. Blant kvinner over 75 år er andelen med kompleks multimorbiditet 86 prosent.

En studie fra Australia (Harrison m.fl 2014)¹⁷ konkluderer også med at begrepet kompleks multimorbiditet, definert som tre eller flere kroniske sykdommer i ulike organsystem, er nyttig for å identifisere personer med omfattende bruk av helse- og omsorgstjenester. I en nyere analyse (Harrison m.fl 2016)¹⁸ estimeres omfanget av kompleks multimorbiditet til å gjelde 17 prosent av befolkningen og 27 prosent av pasientene hos fastlege i Australia.

Storengs og Vinjeruis analyser er basert på selvrappert helseinformasjon, og omfanget kan være lavere når datagrunnlaget baseres på pasient-administrative data fra helseregistrene. Fortin med flere¹⁹ har sammenlignet prevalensen av multimorbiditet basert på selvrappert informasjon og data fra helseregistre for unike pasienter og finner at prevalensen av multimorbiditet var betydelig høyere i selvrapperte data enn i registerdata.

3.2 Definisjon av "personer med flere kroniske sykdommer"

I dette prosjektet har vi sammenlignet ulike definisjoner av multimorbiditet, og analysert hvilken effekt de ulike definisjonene har for (i) omfanget av pasienter og (ii) bruk av helse- og omsorgstjenester.

¹⁴ Vinjerui KH, Boeckxstaens P, Douglas KA, m.fl. Prevalence of multimorbidity with frailty and associations with socioeconomic position in an adult population: findings from the cross-sectional HUNT Study in Norway. *BMJ Open* 2020;10: e035070. doi:10.1136/bmjopen-2019-035070

¹⁵ Vinjerui KH, Bjerkeset O, Bjørngaard JH, m.fl. Socioeconomic inequalities in the prevalence of complex multimorbidity in a Norwegian population: findings from the cross-sectional HUNT Study. *BMJ Open* 2020;10:e036851. doi:10.1136/bmjopen-2020-036851

¹⁶ Storeng m.fl. *BMC Geriatrics* (2020) 20:21 <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1425-3>

¹⁷ Harrison C, Britt H, Miller G, et al (2014): Examining different measures of multimorbidity, using a large prospective cross-sectional study in Australian general practice. *BMJ Open* 2014;4. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004694

¹⁸ Harrison C, Henderson J, Miller G, m.fl. (2016) The prevalence of complex multimorbidity in Australia. *Aust N Z J Public Health* 2016;40:239–44.0

¹⁹ Fortin M, Haggerty J, Sanche S, et al. Self-Reported versus health administrative data: implications for assessing chronic illness burden in populations. A cross-sectional study. *CMAJ Open* 2017;5:E729–33.

Vi har tatt utgangspunkt i en lang liste med ulike kroniske sykdommer (se vedleggstabell 1) og analysert tjenestebruk blant personer med 1, 2 og 3 eller flere av disse kroniske sykdommene. Når man skal telle kroniske sykdommer, vil det ha betydning hvordan listen av kroniske sykdommer er konstruert og hvor findelt tellingen gjøres. For Inflammatoriske leddlidelser vil det eksempelvis ha betydning om ICD-10-kodene M05-M14 telles som 10 uavhengige sykdommer, eller som én kronisk sykdom. I våre analyser inngår også kodene for systemiske bindevevssykdommer (M30-M36), og dette vil samlet sett kunne telles som én kronisk sykdom (inflammatoriske leddlidelser og bindevevssykdommer), som to kroniske lidelser (M05-M14 og M30-M36) eller som 17 ulike kroniske sykdommer. Definisjonen for *kompleks multimorbiditet*, som tar utgangspunkt i 3 eller flere kroniske sykdommer i ulike organsystem tar høyde for ulike måter å telle på, og håndterer alle sykdommer i samme organkapittel som én kronisk sykdom. I tillegg til den mer generelle listingen av kroniske sykdommer, har vi også kodet *alvorlig kompleks kronisk sykdom* og *moderat kompleks kronisk sykdom* i henhold til definisjonen som er publisert av National Academy of Medicine og operasjonaliseringer fra Helse Sør-Øst. Tabellene 3.1-3.3 viser omfang og tjenestebruk for ulike definsjoner av kronisk sykdom.

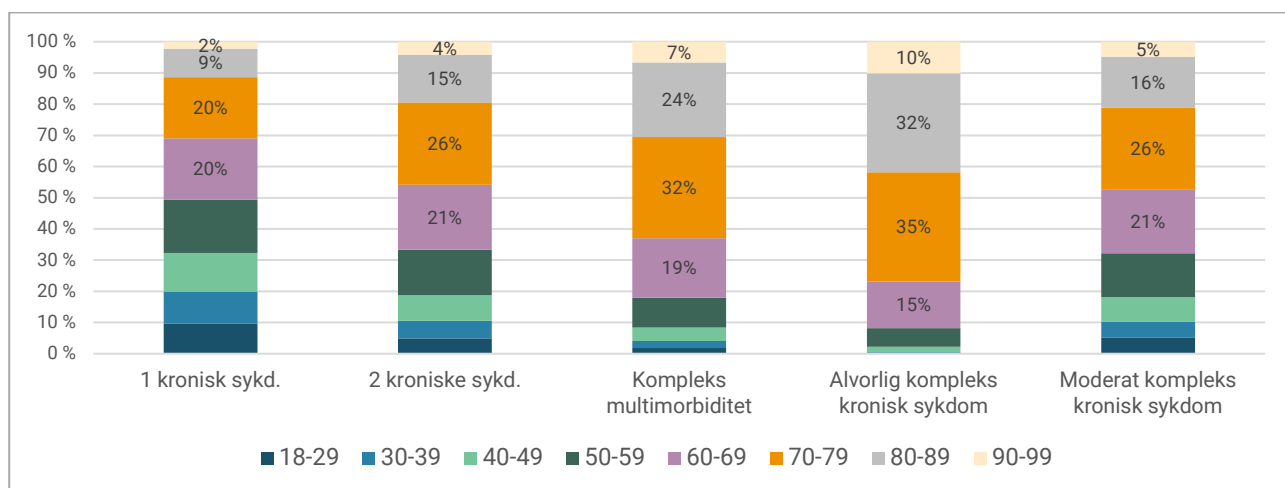
Tabell 3.1: Antall pasienter på somatiske sykehus 2019 etter ulike definisjoner av kronisk sykdom og alder. Andel av pasienter på somatiske sykehus totalt.

	Total 18 år+	%	18-59 år	%	60-79 år	%	80 år+	%
Pasienter uten disse kroniske sykdommene	941 209	56%	678 213	68%	216 638	41%	46 358	29%
Pasienter med 1 av disse kroniske sykdommene	494 442	29%	248 204	25%	190 918	36%	55 320	35%
Pasienter med 2 kroniske sykdommer	138 698	8%	46 147	5%	65 600	12%	26 951	17%
Kompleks multimorbiditet*	72 271	4%	12 970	1%	37 255	7%	22 046	14%
Alvorlig kompleks kronisk sykdom**	23 463	1%	1 911	0%	11 753	2%	9 799	6%
Moderat kompleks kronisk sykdom**	270 332	16%	93 011	9%	122 274	23%	55 047	24%
Pasienter somatiske sykehus totalt	1 676 840	100	991 352	100	525 590	100	159 898	100

* 3 eller flere kroniske sykdommer i ulike organsystem

** Def. iht National Academy of Medicine 2017

Figur 3.1: Aldersfordeling for ulike definisjoner av kronisk sykdom.



De ulike definisjonene av kronisk sykdom viser betydelige forskjeller i det totale omfanget av pasienter. Definisjonene gir også betydelige forskjeller med hensyn til aldersfordeling. I definisjonen av kompleks multimorbiditet (3 eller flere kroniske sykdommer i ulike organsystem) er 63 prosent av pasientene 70 år eller eldre, mens tilsvarende for alvorlig kompleks kronisk sykdom er 77 prosent. I sistnevnte definisjon er hele 42 prosent av pasientene 80 år og eldre.

Tabell 3.2: Bruk av somatiske spesialisthelsetjenester 2019 etter ulike definisjoner av kronisk sykdom.

	Pasienter uten disse kroniske sykd.	Pasienter med 1 av disse kroniske sykd.	Pasienter med 2 kroniske sykd.	Kompleks multi-morbiditet *	Alvorlig kompleks kronisk sykdom**	Moderat kompleks kronisk sykdom**
Andel innlagte pasienter	17 %	24 %	53 %	85 %	93 %	51 %
Andel pasienter innlagt for øhjelp	12 %	16 %	40 %	72 %	85 %	41 %
Antall innleggelse per innlagte pasient	1,2	1,4	1,7	2,8	2,9	1,8
Antall øhjelps-opphold per innlagte pasient	0,8	0,9	1,1	2,0	2,3	1,3
Antall polikliniske konsultasjoner per pasient	2,3	4,1	6,7	10,9	9,4	5,6
DRG-vekt (NPK) per pasient	0,4	0,7	1,8	4,7	5,1	1,7
Liggedøgn per innlagte pasient	3,4	5,2	7,6	16,7	17,5	8,7
Andel av innlagte pasienter som er meldt til kommunen som UKP	1 %	4 %	14 %	39 %	45 %	15 %
Andel innlagte pasienter med lgd som utskrivningsklar	0 %	1 %	3 %	10 %	12 %	3 %
Andel av innlagte pasienter som er reinnlagt innen 30 dgr	9 %	10 %	23 %	53 %	55 %	22 %

* 3 eller flere kroniske sykdommer i ulike organsystem

** Def. iht National Academy of Medicine 2017

Tabell 3.3: Bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester 2019 etter ulike definisjoner av kronisk sykdom.

	Pasienter med 1 av disse kroniske sykd.	Pasienter med 2 kroniske sykd.	Kompleks multi-morbiditet *	Alvorlig kompleks kronisk sykdom**	Moderat kompleks kronisk sykdom**
Mottar kommunale helse- og omsorgstjenester ¹⁾	14 %	30 %	57 %	63 %	31 %
Mottar helsetjenester i hjemmet	11 %	23 %	49 %	54 %	24 %
Mottaker av korttidsopphold på institusjon ²⁾	3 %	10 %	27 %	32 %	11 %
Mottaker av langtidsopphold på institusjon	1 %	3 %	7 %	9 %	4 %
IADL - Andel med middels, dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå ³⁾	25 %	30 %	31 %	33 %	32 %
Andel med konsultasjon hos fastlege	88 %	91 %	90 %	90 %	90 %
Antall konsultasjoner per pasient hos fastlege	5,3	6,6	8,1	8,8	6,5
Andel som har mottatt sykebesøk fra fastlege eller legevakt	3 %	9 %	20 %	25 %	9 %
Andel pasienter hvor fastlegen har benyttet takst for tverrfaglig samarbeid	17 %	30 %	52 %	58 %	30 %
Andel pasienter med konsultasjon hos legevakt	24 %	33 %	46 %	49 %	33 %

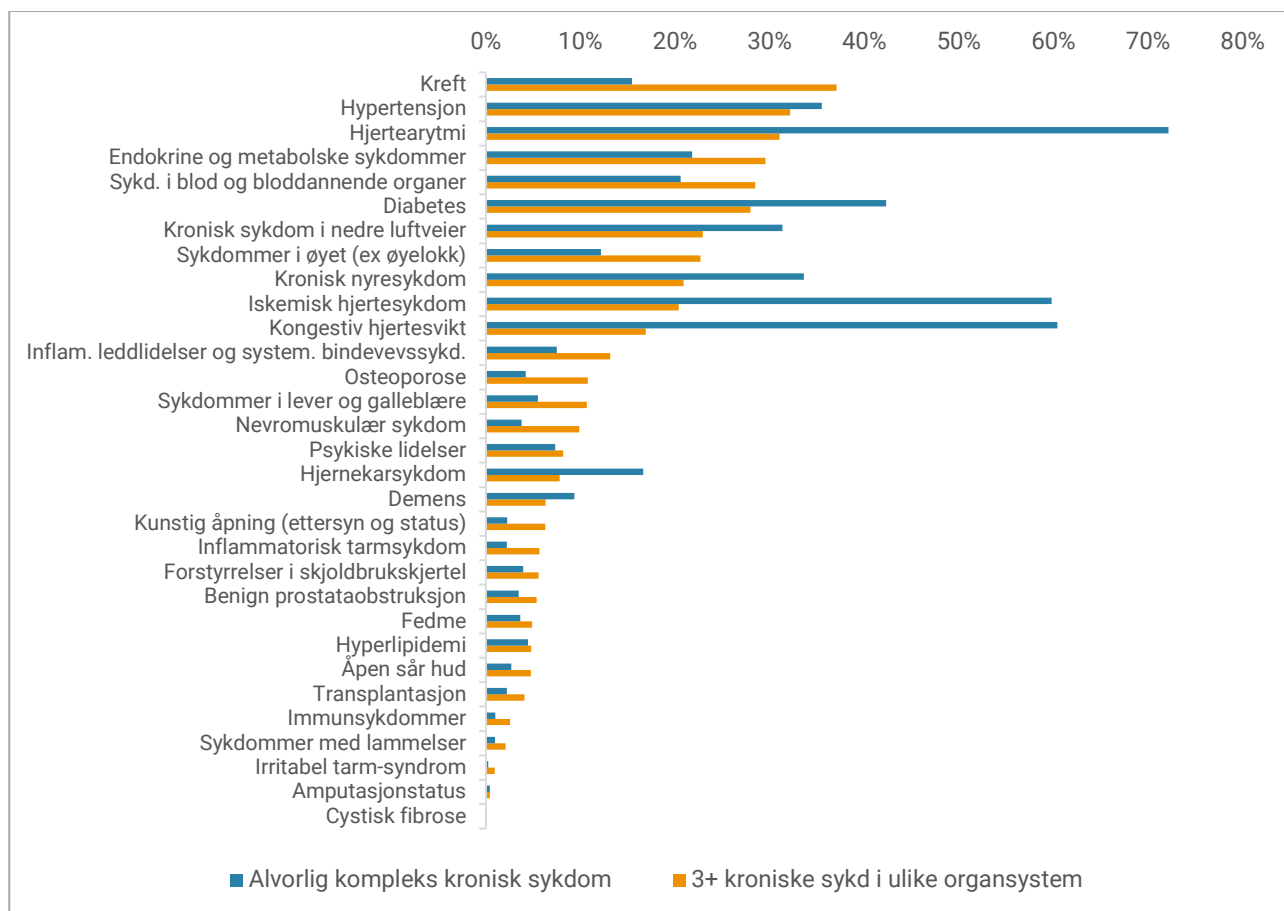
* 3 eller flere kroniske sykdommer i ulike organsystem ** Def. iht National Academy of Medicine 2017

¹⁾ Mottar en eller flere av følgende tjenester: Praktisk bistand, dagaktivitetstilbud, matombringing, trygghetsalarm, avlastning i/utenfor institusjon, helsetjenester i hjemmet, dagopphold eller tidsbegrenset opphold i institusjon, langtidsopphold i institusjon, nattopphold i institusjon eller bolig som kommunen disponerer for helse- og omsorgsformål

²⁾ Korttidsopphold: Avlastning i institusjon, dagopphold eller tidsbegrenset opphold i institusjon, nattopphold i institusjon eller kommunalt døgnopphold for øyeblikkelig hjelp

³⁾ IADL – Indeks for følgende funksjoner: Skaffe seg varer og tjenester, ivareta egen helse, alminnelig husarbeid, lage mat, bevege seg utendørs, hukommelse, styre adferd, ivareta egen økonomi

Figur 3.2: Diagnosefordeling for to ulike definisjoner av personer med flere kroniske sykdommer



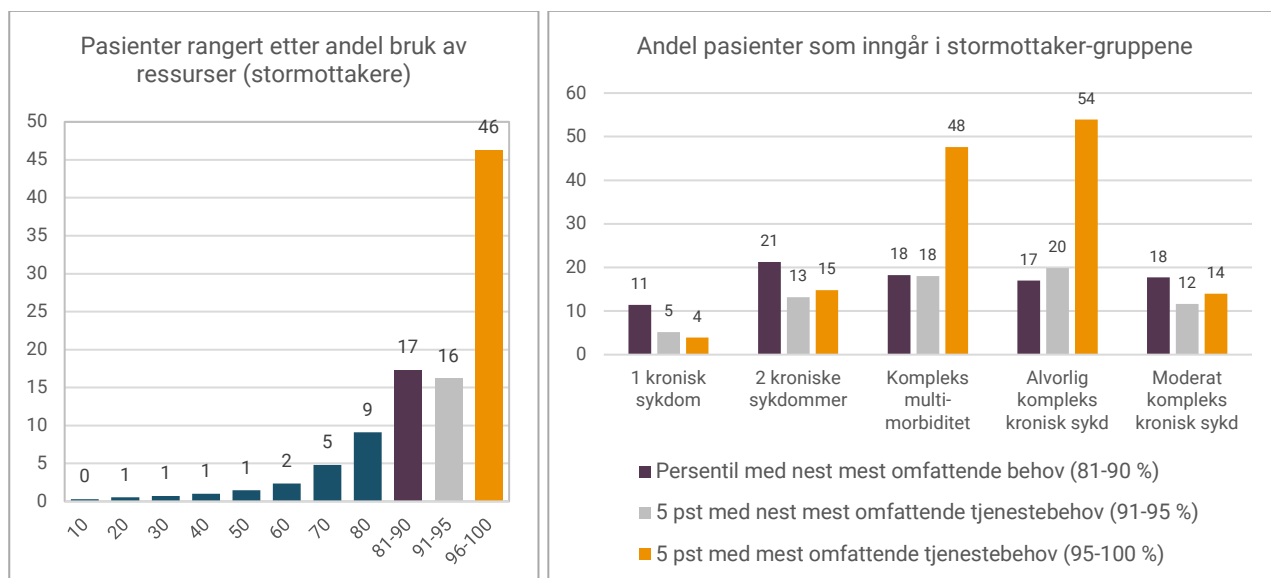
3.3 Samlet vurdering av definisjonene

De ulike definisjonene av kronisk sykdom viser betydelige forskjeller i omfanget av pasienter, i aldersfordelingen av pasientene og i bruk av både sykehustjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester.

Generelt sett finner vi at definisjonen av *alvorlig kompleks kronisk sykdom* gir størst utslag på bruk av helse- og omsorgstjenester. En større andel av de pasientene som inngår i denne definisjonen er eldre enn pasienter i de andre definisjonene og de er oftere innlagt på sykehus, har noe lengre gjennomsnittlig liggetid, er noe oftere reinnlagt og det blir oftere sendt melding til kommunen om at disse pasientene er utskrivningsklare. De mottar også oftere ulike kommunale helse- og omsorgstjenester, har flere konsultasjoner hos fastlegen og bruker oftere legevakt enn pasienter som inngår i de andre definisjonene av kronisk sykdom.

Definisjonen av *alvorlig kompleks kronisk sykdom* tar utgangspunkt i hvilke diagnosegrupper som bruker flest ressurser i spesialisthelsetjenesten. Dette bekreftes også gjennom analyser av norske data. 54 prosent av de personene som er definert med *alvorlig kompleks kronisk sykdom*²⁰ er blant de 5 prosent av pasientene som står for størst ressursbruk i somatisk spesialisthelsetjeneste (5 prosent av pasientene bruker rundt 50 prosent av ressursene). Ytterligere 20 prosent av pasientene med *alvorlig kompleks kronisk sykdom* inngår i de neste 5 prosentene av pasientene som bruker mest ressurser. 10 prosent av pasientene i somatisk spesialisthelsetjenestene står for mer enn 60 prosent av ressursene og 74 prosent av pasientene som defineres med *alvorlig kompleks kronisk sykdom* inngår i denne gruppen. Med utgangspunkt i definisjonen *kompleks multimorbiditet* inngår 66 prosent av pasientene i den persentilen som har mest omfattende bruk av somatiske sykehustjenester.

Figur 3.3 Andel av pasientene med kronisk sykdom som inngår i pasientgrupper med omfattende tjenestebehov



Omfanget av pasienter (antall) som inngår i *alvorlig kompleks kronisk sykdom* er imidlertid betydelig lavere enn omfanget av pasienter med kompleks multimorbiditet. Gruppen utgjør kun 1 prosent av

²⁰ Ref. definisjon iht National Academy of Medicine.

pasienter over 18 år på somatiske sykehus, mens gruppen med kompleks multimorbiditet er vel tre ganger større. Forskjellene i tjenestebruk mellom gruppen med *alvorlig kompleks kronisk sykdom* og kompleks multimorbiditet er ofte liten, og dette innebærer at mange av de pasientene som inngår i gruppen for kompleks multimorbiditet også har omfattende behov for helse- og omsorgstjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester. Dersom pasientgruppen begrenses til pasienter som inngår i *alvorlig kompleks kronisk sykdom*, vil definisjonen ikke være bred nok til å favne alle personer med flere kroniske sykdommer som har særskilte behov for god samhandling.

Informasjonen om diagnosefordelingen til pasientene viser at pasienter med *alvorlig kompleks kronisk sykdom* ofte har hjertesykdom (iskemisk hjertesykdom, kongestiv hjertesvikt eller hjertearytmi). Vi finner at hele 93 prosent av alle DRG-poeng for denne pasientgruppen er knyttet til pasienter med en av disse tre sykdommene, mens for definisjonen av *kompleks multimorbiditet* er 51 prosent av DRG-poengene knyttet til disse sykdommene. For pasienter med kompleks multimorbiditet er 44 prosent av ressursene (DRG-poengene) knyttet til pasienter med *kreft*, mens dette gjelder 21 prosent av pasientene med alvorlig kompleks kronisk sykdom.

Definisjonen av *alvorlig kompleks kronisk sykdom* tar utgangspunkt i at noen kroniske sykdommer er *komplekse* (akutt hjerteinfarkt, iskemisk hjertesykdom, kronisk nyresykdom, diabetes, demens, kroniske sykdommer i nedre luftveier, hjertearytmi, hjernekar sykdommer, samt psykiske lidelser), mens andre kroniske sykdommer defineres som ikke-komplekse (f.eks kreft, nevromuskulær sykdom, transplantasjoner, sykdommer med lammelser immun sykdommer m.m.). Grunnlaget for å definere noen kroniske sykdommer som komplekse og andre som ikke-komplekse er i stor grad knyttet til ressursbruk. For mange vil denne inndelingen stride mot medisinsk skjønn. Den vil også være vanskelig å bruke i praksis, ettersom skillet mellom komplekse og ikke-komplekse sykdommer er teknisk, og ikke medisinsk definert.

Vår helhetsvurdering er at definisjonen av *kompleks multimorbiditet* (3 eller flere kroniske sykdommer i ulike organsystemer) er den definisjonen som i størst grad fyller formålet for utvikling av styringsinformasjon for personer med flere kroniske sykdommer. Definisjonen er bred nok til å omfatte mange med flere kroniske sykdommer med brede behov for helse- og omsorgstjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunene, den likevel smal nok til å kun gjelde de med størst behov for samhandling og den er lett tilgjengelig (basert på ICD-10) og lett å forstå.

Personer med "flere kroniske sykdommer" defineres som kompleks multimorbiditet, d.v.s. personer med 3 eller flere kroniske sykdommer i ulike organsystem, f.eks i sirkulasjonssystemet (hjertesykdom), i muskel- og skjelettsystemet (leddlidelser) og i nervesystemet.

En mulig svakhet ved definisjonen, kan være at den kun tar utgangspunkt i pasienter fra somatiske sykehus. En bredere definisjon kunne også benyttet informasjon fra de pasientadministrative systemene

hos fastleger og legevakt (ICPC-2). Per i dag er imidlertid de pasientadministrative systemene for kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten ikke rutinemessig sammenkoblet. Informasjon fra fastlegene (utover informasjon fra henvisning eller kjernejournal) er generelt ikke tilgjengelig for spesialisthelsetjenesten og vice versa. Dette innebærer at dersom definisjonen av multimorbiditet baseres på noen opplysninger fra spesialisthelsetjenesten og noen opplysninger fra kommunale helse- og omsorgstjenester, vil pasientgruppen bare kunne defineres av Helseregistrene eller av forskere med særskilt tillatelse. For at definisjonen skal være lett å benytte i mange analysesmiljø, vurderer vi det derfor som hensiktsmessig at selve definisjonen tar utgangspunkt i kun ett av de pasientadministrative systemene, men det må samtidig utvikles analyser og styringsinformasjon for disse pasientgruppene som analyserer bruk av helse- og omsorgstjenester på tvers av tjenestenivåene.

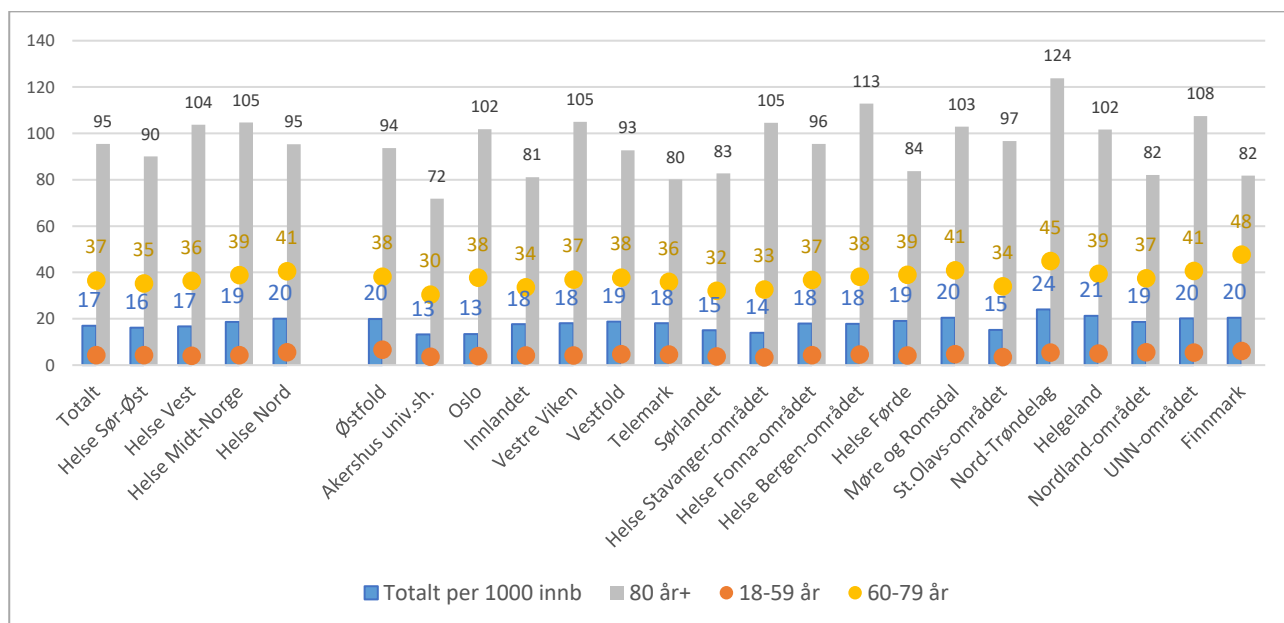
3.4 Omfanget av kompleks multimorbiditet i helsefelleskapene og kommunene

Omfanget av personer med kompleks multimorbiditet varierer etter alder og geografisk område. Gitt den definisjonen som er benyttet her, er det totalt 17 personer per 1000 innbyggere 18 år og eldre med kompleks multimorbiditet, og 37 personer per 1000 innbyggere i alderen 60-79 år. I alderen 80 år og eldre inngår 95 personer per 1000 innbyggere (9,5 prosent) i gruppen med kompleks multimorbiditet.

Disse tallene viser et betydelig lavere omfang av kompleks multimorbiditt enn tidligere analyser av data fra HUNT har indikert. Dette skyldes trolig flere forhold, blant annet at data baseres her på medisinsk registrerte koder fra spesialisthelsetjenesten (i motsetning til selvrapporterte sykdommer), og data fra kun ett år.

Vi finner visse geografiske forskjeller i omfanget av personer med kompleks multimorbiditet mellom helseregionene, og større forskjeller mellom helsefelleskapene. Forskjellene mellom helsefelleskapene og kommunene er størst for aldersgruppen over 80 år. For aldersgruppen over 80 år varierer omfanget av personer med kompleks multimorbiditet fra 7,2 prosent i Akershus universitetssykehus sitt område til 12,4 prosent i Helse Nord-Trøndelag sitt område.

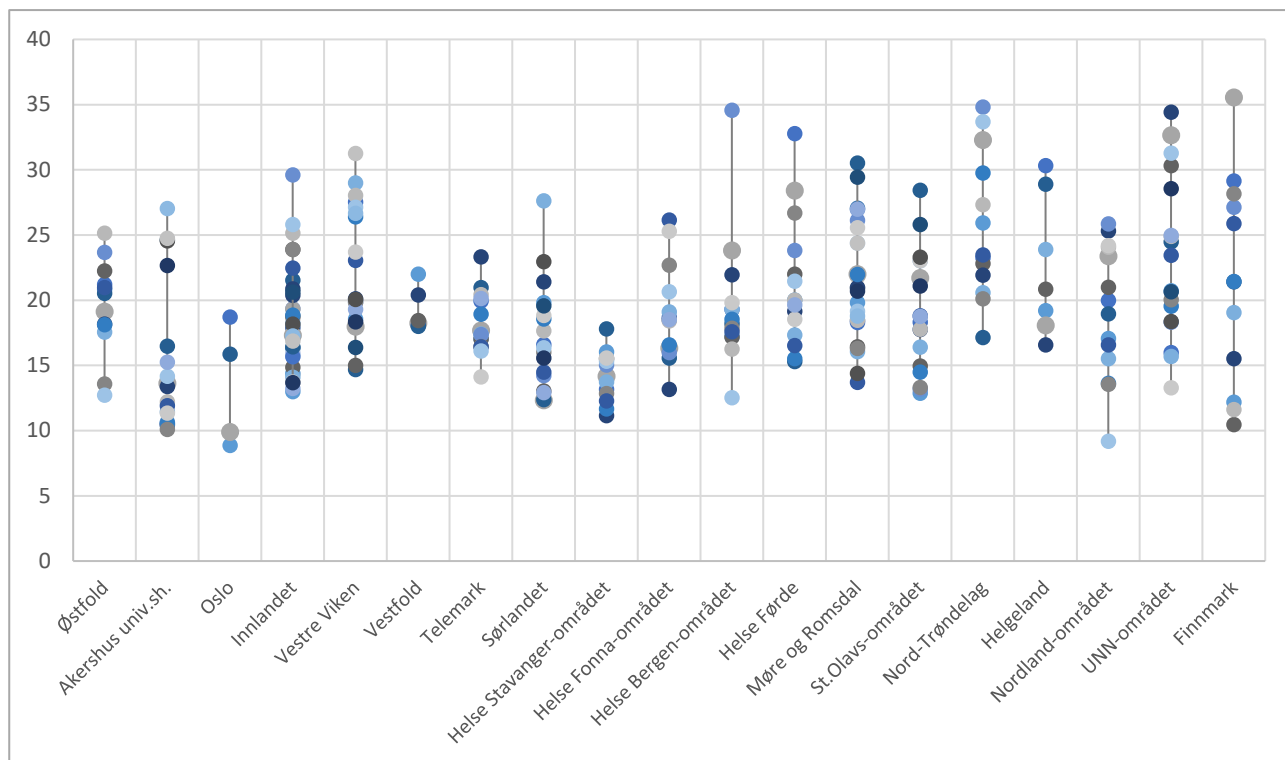
Figur 3.4 Antall personer per 1000 innbyggere med kompleks multimorbiditet etter alder og helsefelleskap i 2019.



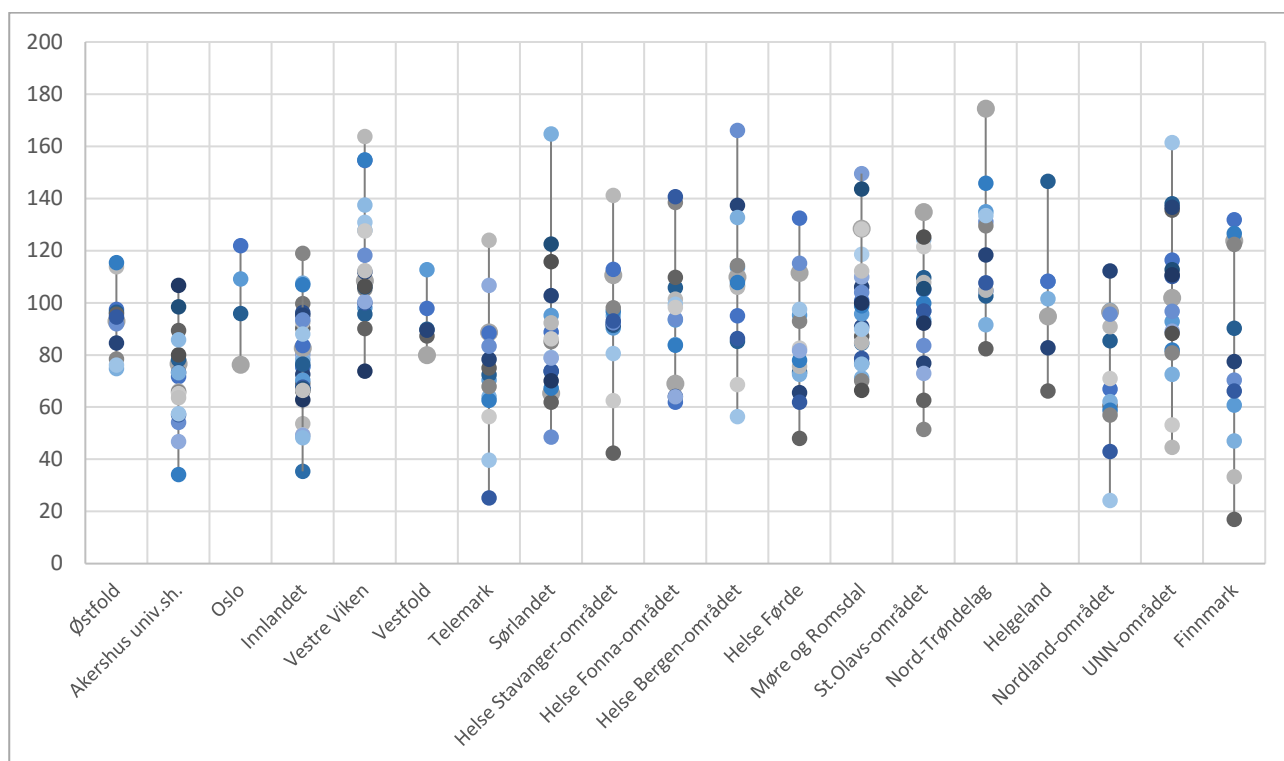
Mens omfanget av personer som er 80 år og eldre med kompleks multimorbiditet varierer fra 7,2 til 12,4 prosent i helsefellesskapene, finner vi at variasjonen mellom kommunene går fra 1,7 prosent (Kautokeino) til 17,4 prosent (Namsos). Figurene 3.5 og 3.6 viser forskjeller mellom kommuner innad i helsefellesskapene for antall personer med kompleks multimorbiditet totalt (personer 18 år og over) og for personer 80 år og eldre. Tallene for kommunene er gjengitt i vedleggstabell 3, men kommuner med under 2000 innbyggere er slått sammen innad i hvert helsefellesskap på grunn av anonymitetshensyn. For Oslo er det tatt utgangspunkt i bydeler tilhørende ulike helseforetak.

Figurene visene til dels betydelige forskjeller mellom kommunene, og spredningen kan ofte skyldes at en av kommunene i helsefellesskapet har et større (eller mindre) omfang enn andre. De forskjellene som fremkommer for gruppen med kompleks multimorbiditet forklares i hovedsak av rater for aldersgruppen 60-79 år.

Figur 3.5 Forskjeller mellom kommuner innad i helsefellesskapene i antall personer per 1000 innbyggere 18 år og over med kompleks multimorbiditet 2019.



Figur 3.6 Forskjeller mellom kommuner innad i helsefellesskapene i antall personer per 1000 innbyggere 80 år og over med kompleks multimorbiditet 2019.



3.5 Forskjeller mellom helsefellesskap i bruk av ulike helse- og omsorgstjenester blant personer med kompleks multimorbiditet

Vi har utarbeidet et vedlegg til rapporten med en omfattende mengde informasjon om personer med kompleks multimorbiditet sin bruk av ulike helse- og omsorgstjenester etter helsefellesskap og alder. I denne rapporten gjengir vi et lite utvalg av disse figurene.

Figurene for kompleks multimorbiditet viser grå søyler for aldersgruppen 80 år og eldre. Det er ofte den eldste aldersgruppen som har de mest omfattende tjenestebehovene. Tallene for pasientgruppen totalt er gjengitt med blå punkter (og blå dataetiketter), mens verdiene for aldersgruppene 18-59 år og 60-79 år er gjengitt som henholdsvis oransje og gule punkter.

Det er jevnt over små forskjeller mellom helsefellesskapene i hvor stor andel av de eldste pasientene med kompleks multimorbiditet som har vært innlagt på sykehus siste år, eller innlagt for øyeblikkelig hjelp, men noe større forskjeller i hvor ofte pasientene har vært innlagt. Det er en svært høy andel (mer enn 50 prosent av de innlagte pasientene (i alle aldre) som har vært reinnlagt innen 30 dager, men dette gjelder for alle helsefellesskap. De største forskjellene mellom helsefellesskapene i bruk av spesialisthelsetjenester, finner vi for andelen av de innlagte pasientene som har hatt liggedøgn som utskrivningsklar pasient. I disse analysene har vi ikke analysert antall liggedøgn for utskrivningsklare, men angitt andelen som ikke ble tatt imot av kommunen samme dag som de ble meldt ferdig behandlet. Det er også forskjeller i hvor stor andel av pasientene hvor epikrisen ble sendt innen 1 dag.

Med hensyn til kommunale helse- og omsorgstjenester finner vi små forskjeller i andelen pasienter som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester totalt eller mottar helsetjenester i hjemmet, men vi har i

denne omgang ikke sett på forskjellene i antallet timer per pasient, hvor vi forventer at det kan være større forskjeller. I våre analyser finner vi visse forskjeller mellom helsefellesskapene i andel med kompleks multimorbiditet som mottar praktisk bistand, og dette knyttes trolig til forskjeller i bruken av private tilbydere. For mottakere av korttidsopphold og langtidsopphold på institusjon, finner vi betydelige forskjeller mellom helsefellesskapene og det er også tydelige forskjeller i registrert funksjonsnivå for de eldste pasientene med kompleks multimorbiditet. De største forskjellene finner vi for andel med registrert legemiddelgjennomgang, ernæringskartlegging og ernæringsplan. Det er mulig at disse forskjellene i noen grad er knyttet til ulik registreringspraksis.

For bruk av fastlege og legevakt, finner vi kun små forskjeller i andelen pasienter med konsultasjon hos fastlege. Denne andelen er høy i alle helsefellesskap, men det er visse forskjeller i hvor ofte de eldste pasientene har en konsultasjon hos fastlege (gjennomsnitt fra 7,3 til 8,3 konsultasjoner per pasient). For andelen av de eldste pasientene som har hatt sykebesøk finner vi betydelige forskjeller, og vi finner også forskjeller i andelen pasienter med konsultasjon hos legevakt.

Noen eksempler på gjennomgang av tallene

For helsefellesskapene i Oslo, Førde, Nord-Trøndelag og Finnmark har vi gitt eksempler på en kortfattet gjennomgang av tallene. Tolkningene tar utgangspunkt i tallene for aldersgruppen 80 år og eldre dersom annen aldersgruppe ikke er spesifisert. Dette skyldes at det er denne aldersgruppen som har størst bruk av helse- og omsorgstjenester, men vi ser også at personer med kompleks multimorbiditet under 60 år har flere innleggelser per pasient enn personer som er 80 år og eldre.

Oslo helsefellesskap

Beskrivelsen gjelder for aldersgruppen 80 år og eldre dersom annet ikke er spesifisert.

I helsefellesskapet for Oslo er omfanget av pasienter med kompleks multimorbiditet som er 80 år og eldre noe høyere (10,2 prosent) enn landsgjennomsnittet (9,5 prosent). Det er forskjeller mellom bydelene som tilhører ulike helseforetak, og bydelene som tilhører OUS har høyere nivå av pasienter med kompleks multimorbiditet (12,2 prosent) enn bydeler tilhørende Diakonhjemmet (7,6 prosent).

Pasientene med kompleks multimorbiditet i Oslo, har omtrent samme nivå som resten av landet i andel innlagt på sykehus eller innlagt for øyeblikkelig hjelp, men vi ser at pasientene i Oslo har noe flere innleggelser for øyeblikkelig hjelp per pasient (2,1) enn landsgjennomsnittet (1,9). 31 prosent av pasienter 80 år og eldre i Oslo hadde 3 eller flere innleggelser for øyeblikkelig hjelp. For aldersgruppen mellom 60 og 79 år, finner vi også at antallet polikliniske konsultasjoner per pasient er høyere (24) enn for andre helsefellesskap (landsgjennomsnitt på 19). I likhet med andre helsefellesskap finner vi at en svært høy andel av de innlagte pasientene med kompleks multimorbiditet har blitt reinnlagt innen 30 dager (57 prosent). Gjennomsnittlig liggetid for de eldste pasientene er 16 dager, mens landsgjennomsnittet er 14. Gjennomsnittlig ressursbruk per pasient (DRG-vekt) er på linje med landsgjennomsnittet.

Andelen av innlagte pasienter hvor utskrivningsklar status er meldt til kommunen er høyere (78 prosent) enn for andre helsefellesskap (landsgjennomsnitt på 67 prosent), men andelen pasienter med liggedøgn som utskrivningsklar pasient er på linje med landsgjennomsnittet. I likhet med mange andre

helsefellesskap, er det et forbedringspotensiale i andelen pasienter med utsendt epikrise innen 1 dag (56 prosent).

89 prosent av pasientene som er 80 år og eldre med kompleks multimorbiditet i Oslo, mottar en eller flere kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette er noe høyere enn landsgjennomsnittet (84 prosent), og det er også en noe høyere andel som mottar helsetjenester i hjemmet (76 prosent) enn i andre helsefellesskap (72 prosent). Andelen mottakere av langtidsplass i institusjon er 19 prosent i Oslo, mens landsgjennomsnittet er 15 prosent. Andelen med registrert legemiddelgjennomgang, som er ernæringskartlagt og med ernæringsplan er også høyere enn i andre helsefellesskap.

I Oslo er det en noe lavere bruk av fastlege blant eldre pasienter med kompleks multimorbiditet, enn i landet forøvrig (80 prosent med konsultasjon i Oslo mot 87 prosent i landet totalt). Det er færre med mange konsultasjoner per pasient (10 eller flere), og færre med registrert takst for samhandling. Det er også færre som er registrert med konsultasjon hos legevakt (35 prosent) enn ellers i landet. Det er derimot flere som mottar sykebesøk av enten fastlege eller legevakt (40 prosent) enn ellers i landet (31 prosent).

Førde helsefellesskap

Beskrivelsen gjelder for aldersgruppen 80 år og eldre dersom annet ikke er spesifisert.

Helsefellesskapet i Førde har et noe lavere omfang av eldre personer med kompleks multimorbiditet (8,4 prosent) enn det som landsgjennomsnittet viser (9,5 prosent). Vi finner likevel store variasjoner mellom kommunene, fra Stad kommune med 6,2 prosent til Vik kommune med 13,2 prosent. Lærdal har det aller laveste nivået av eldre personer med kompleks multimorbiditet, (4,8 prosent), men har et noe høyere nivå av kompleks multimorbiditet enn landsgjennomsnittet for personer i alderen 60-79 år.

Bruken av somatiske spesialisthelsetjenester for eldre personer med kompleks multimorbiditet i Førde helsefellesskap, er på nivå med landsgjennomsnittet. Både andel innlagte og andel innlagte for øhjelp er rundt landsgjennomsnittet. Antallet innleggelser og øhjelpsinnleggelser per pasient er imidlertid noe høyere enn for landet totalt, og andel pasienter med 3 eller flere øhjelpsinnleggelser per pasient er høyere enn i mange andre helsefellesskap. Sum liggedøgn per pasient (16) og totalt ressursbruk (DRG-poeng) er også noe høyere enn landsgjennomsnittet (14 liggedøgn). I Førde er det betydelig færre pasienter med liggedøgn som utskrivningsklar pasient (4 prosent) enn i andre helsefellesskap (19 prosent), og andelen pasienter med epikrise utsendt innen 1 dag, er høyere enn i andre helsefellesskap (56 prosent). I likhet med mange andre helsefellesskap, er det en høy andel av de eldre pasientene som har opplevd reinnleggelse innen 30 dager (57 prosent).

Bruken av kommunale helse- og omsorgstjenester for disse pasientene er like under landsgjennomsnittet for mottakere totalt og for mottakere av helsetjenester i hjemmet. Det er noe høyere andel enn landsgjennomsnittet som mottar praktisk bistand (46 prosent mot 36 nasjonalt), og et middels nivå av mottakere av korttidsopphold eller langtidsopphold på institusjon (korttid 47 prosent mot 49 nasjonalt, og 16 prosent med langtidsopphold mot 15 prosent nasjonalt). Funksjonsnivået for instrumentelle daglige aktiviteter til de eldste personene er som i landet for øvrig. Andelen med registrert

legemiddelgjennomgang er høyere (45 prosent) enn for mange andre helsefelleskap (39 prosent). Det er imidlertid en noe lavere andel eldre med kompleks multimorbiditet i Førde helsefelleskap som har registrert ernæringskartlegging (38 prosent mot et landsgjennomsnitt på 45 prosent) og som har en ernæringsplan (10 prosent mot landsgjennomsnitt på 15 prosent).

Andelen med konsultasjon hos fastlege siste år er like høy som landsgjennomsnittet, men antallet konsultasjoner per pasient er noe lavere (7,1) enn landsgjennomsnittet (7,9). Helsefelleskapet i Førde har en høyere andel med sykebesøk enn ellers i landet (42 prosent mot 31 prosent ellers i landet) og noe flere sykebesøk per pasient (2,8) enn ellers i landet (2,5). Bruken av legevakt er derimot noe lavere (43 prosent mot 50 prosent ellers i landet).

Nord-Trøndelag helsefelleskap

Beskrivelsen gjelder for aldersgruppen 80 år og eldre dersom annet ikke er spesifisert.

Helsefelleskapet i Nord-Trøndelag har det høyeste nivået av eldre pasienter med kompleks multimorbiditet (12,4 prosent mot 9,5 prosent i landet totalt). Det er betydelige forskjeller internt i helsefelleskapet fra Frosta kommune med 8,2 prosent til Namsos kommune med 17,4 prosent. Overhalla, Steinkjer og Grong kommuner har også 13 - 14,5 prosent blant eldre 80 år og over.

Bruken av somatiske spesialisthelsetjenester for personer med kompleks multimorbiditet i Helse Nord-Trøndelag, er på nivå med landsgjennomsnittet. Både andel innlagte og andel innlagte for øhjelp er rundt landsgjennomsnittet, og lavere enn i St.Olavs sitt helsefelleskapsområde. Antallet øhjelpsinnlegelser per pasient er noe lavere enn for landet totalt, og andel pasienter med 3 eller flere øhjelpsinnlegelser per pasient er lavere enn i de fleste andre helsefelleskap. Sum liggedøgn per pasient (12) og totalt ressursbruk (DRG-poeng) er også noe lavere enn landsgjennomsnittet (14 liggedøgn). Det er også betydelig færre pasienter med liggedøgn som utskrivningsklar pasient (10 prosent), enn i mange andre helsefelleskap (19 prosent). I likhet med mange andre helsefelleskap, er det imidlertid en høy andel av de eldre pasientene som har opplevd reinnleggelse innen 30 dager (51 prosent) og for kun halvparten av pasientene ble det sendt ut epikrise innen 1 dag.

Bruken av kommunale helse- og omsorgstjenester for disse pasientene er på landsgjennomsnittet for mottakere totalt og for mottakere av helsetjenester i hjemmet. Det er en noe høyere andel enn landsgjennomsnittet som mottar praktisk bistand (40 prosent mot 36 nasjonalt), og en noe lavere andel som mottar korttidsopphold eller har langtidsopphold på institusjon (korttid 41 prosent mot 49 prosent nasjonalt, og 13 prosent med langtidsopphold mot 15 prosent nasjonalt). Funksjonsnivået for instrumentelle daglige aktiviteter til de eldste personene er som i landet for øvrig, og andelen med registrert legemiddelgjennomgang er like lavt som i mange andre helsefelleskap (hhv. 41 og 39 prosent). Det er imidlertid betydelig færre eldre med kompleks multimorbiditet i Nord-Trøndelag helsefelleskap som har registrert med ernæringskartlegging (31 prosent mot landsgjennomsnitt på 45 prosent) og som har en ernæringsplan (5 prosent mot landsgjennomsnitt på 15 prosent).

Andelen med konsultasjon hos fastlege siste år er like høy som landsgjennomsnittet, og antallet konsultasjoner per pasient er noe lavere (7,5) enn landsgjennomsnittet (7,9). Helsefelleskapet i Nord-Trøndelag har imidlertid en lavere andel med sykebesøk enn ellers i landet (24 prosent mot 31 prosent

ellers i landet) og en høyere andel som har oppsøkt legevakt (61 prosent mot 50 prosent ellers i landet). Det er også noe flere personer med 2 eller flere konsultasjoner hos legevakt enn ellers i landet.

Finnmark helsefellesskap:

I helsefellesskapet for Finnmark er omfanget av pasienter med kompleks multimorbiditet som er 80 år og eldre, noe lavere (8,2 prosent) enn landsgjennomsnittet (9,5 prosent). I aldersgruppen 60-79 år er derimot omfanget av pasienter med kompleks multimorbiditet høyere (4,8 prosent) enn ellers i landet (3,65 prosent). Dette kan muligens skyldes at levealderen i Finnmark er noe lavere enn ellers i landet og at økt sykkelighet kan komme i noe yngre aldersgrupper. Det er også mulig at de som har oppnådd å bli 80 år og eldre, har god helse relativt sett.

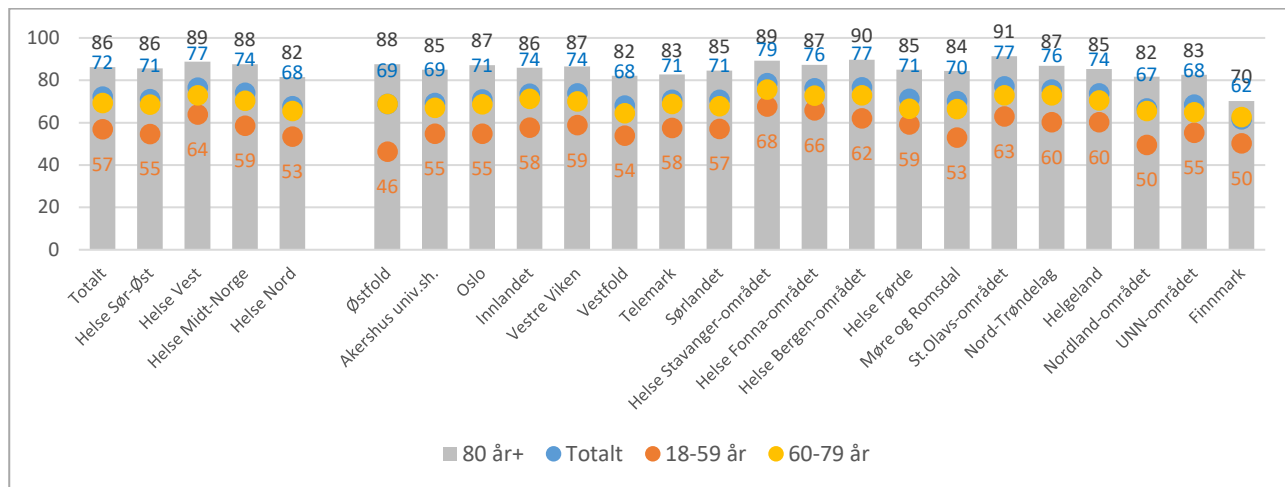
Mange av indikatorene på bruk av ulike helse- og omsorgstjenester, viser at noe færre av pasientene med kompleks multimorbiditet i dette helsefellesskapet enn ellers i landet, bruker eller mottar ulike helse- og omsorgstjenester. Det er en lavere andel av pasientene med kompleks multimorbiditet over 80 år i Finnmark som er innlagt totalt, og innlagt for øyeblikkelig hjelp, enn ellers i landet. Omfanget av polikliniske konsultasjoner per pasient er også lavere enn for resten av landet, og andelen som mottar ulike kommunale helse- og omsorgstjenester er også lavere enn for resten av landet. Dette gjelder både mottakere av kommunale helsetjenester totalt, andel som mottar helsetjenester i hjemmet, korttidsopphold på institusjon, samt langtidsopphold på institusjon (9 prosent i Finnmark mot 15 prosent i landsgjennomsnitt). Våre tall inkluderer ikke data fra sykestuene i Finnmark. Tidligere analyser viser at bruken av sykestuene i Finnmark er omfattende og kan bidra til redusert bruk av andre helsetjenester.

Det er derimot en høyere andel av eldre i Finnmark som mottar praktisk bistand enn ellers i landet. Det er også flere som mottar sykebesøk i hjemmet, og som benytter legevakt (66 prosent i Finnmark og landsgjennomsnitt på 50 prosent).

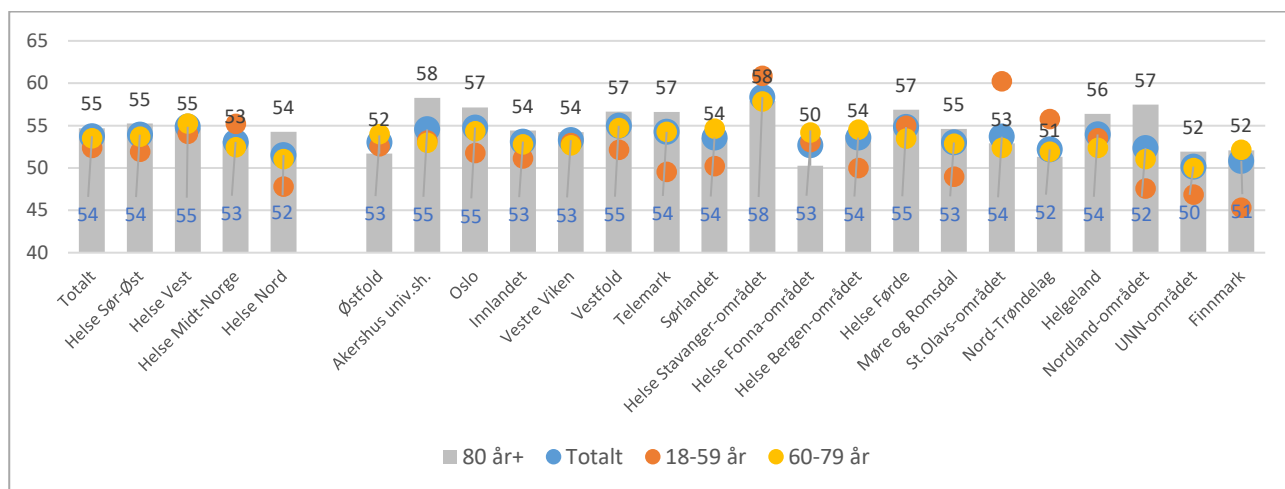
Det kan også bemerkes at andelen med registrert legemiddelgjennomgang er noe lavere (36 prosent) enn landsgjennomsnittet (39 prosent) og at andelen som er ernæringskartlagt er betydelig lavere (17 prosent) enn landsgjennomsnittet (45 prosent). 3 prosent av pasientene som er 80 år og eldre med kompleks multimorbiditet har en ernæringsplan, mot 15 prosent i landet totalt. I likhet med mange andre helseforetak, er det også forbedringspotensiale når det gjelder andelen av pasienter som har fått epikrise innen 1 døgn etter utskrivning (59 prosent).

3.6 Utvalgte figurer for helsefelleskap

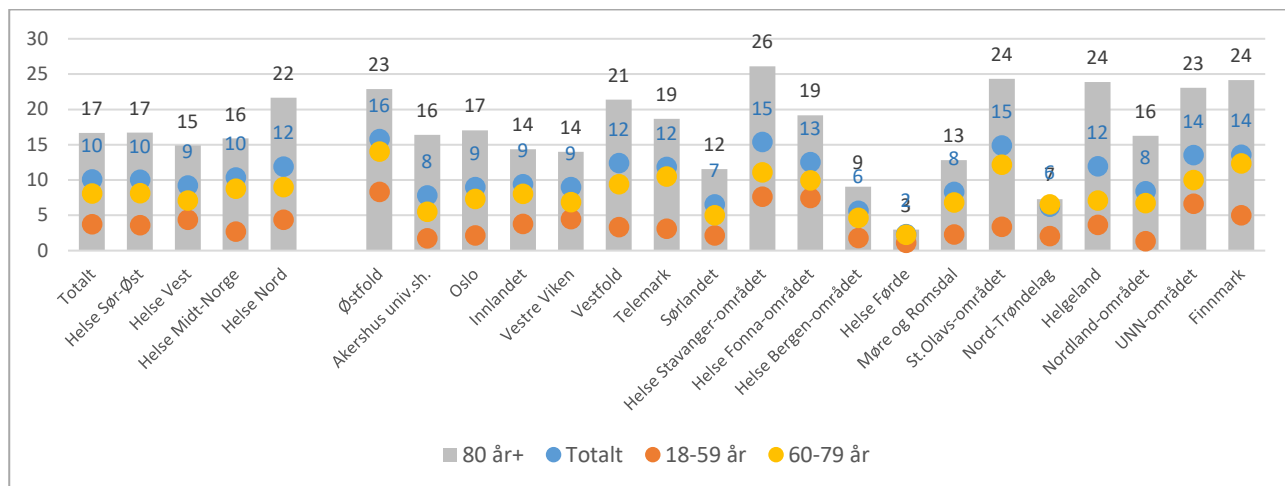
Figur 3.7 Andel pasienter med kompleks multimorbiditet innlagt for øyeblikkelig hjelp. Data fra 2019 etter alder og helsefelleskap.



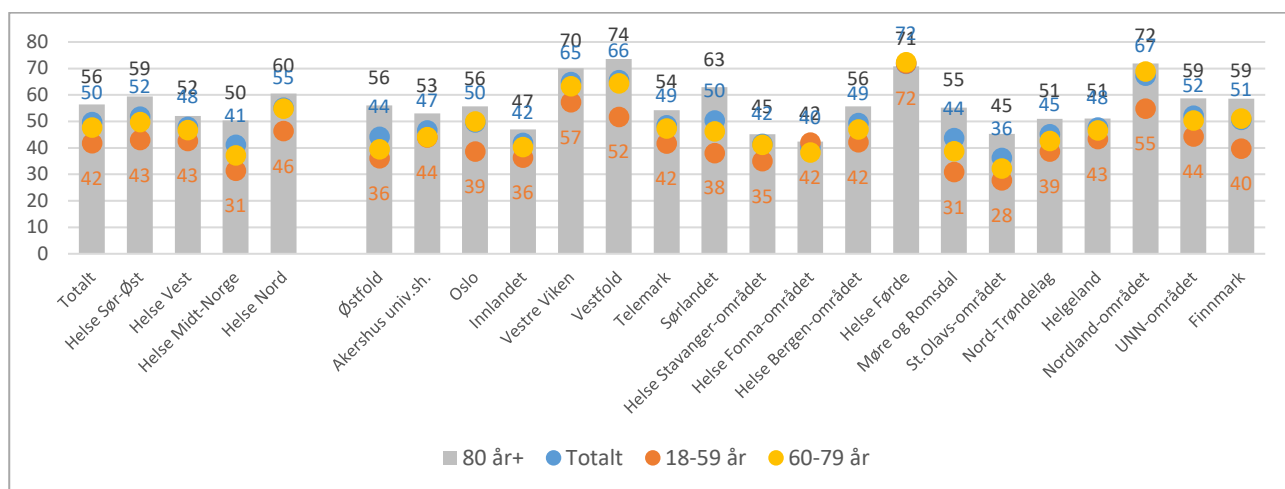
Figur 3.8 Andel pasienter med kompleks multimorbiditet som ble reinnlagt innen 30 dager (andel av innlagte pasienter). Data fra 2019 etter alder og helsefelleskap.



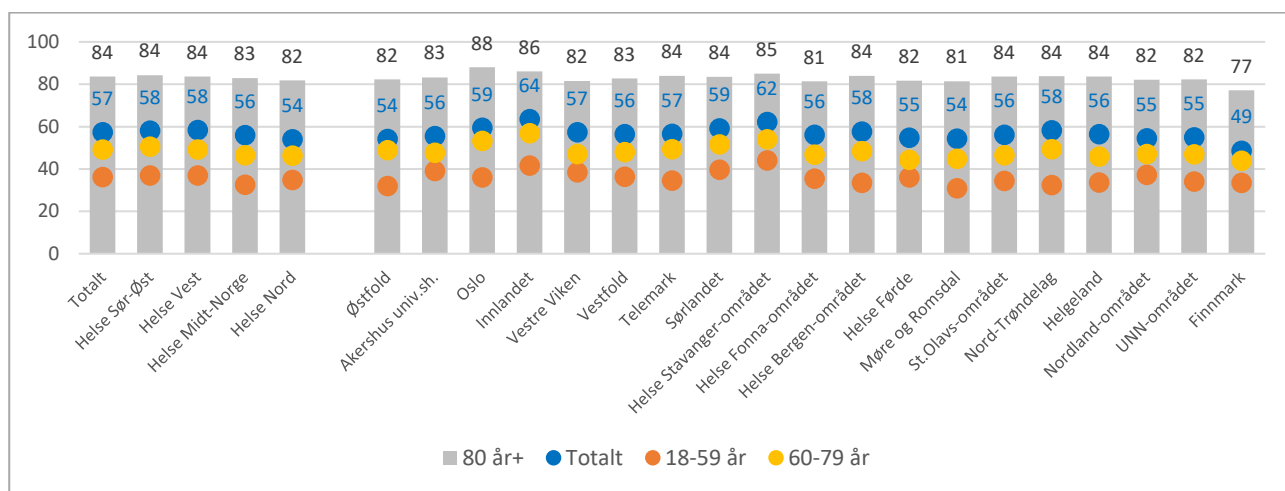
Figur 3.9 Andel av pasienter med kompleks multimorbiditet som hadde liggedøgn som utskrivningsklar pasient. Data fra 2019 etter alder og helsefelleskap.



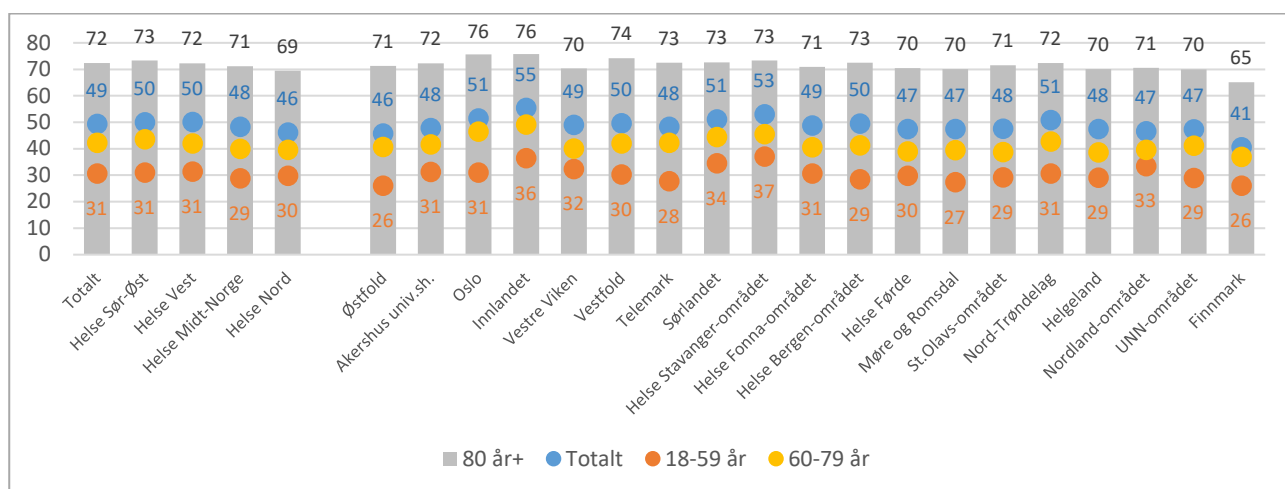
Figur 3.10 Andel av innlagte pasienter med kompleks multimorbiditet hvor epikrisen ble sendt innen 1 dag. Data fra 2019 etter alder og helsefelleskap.



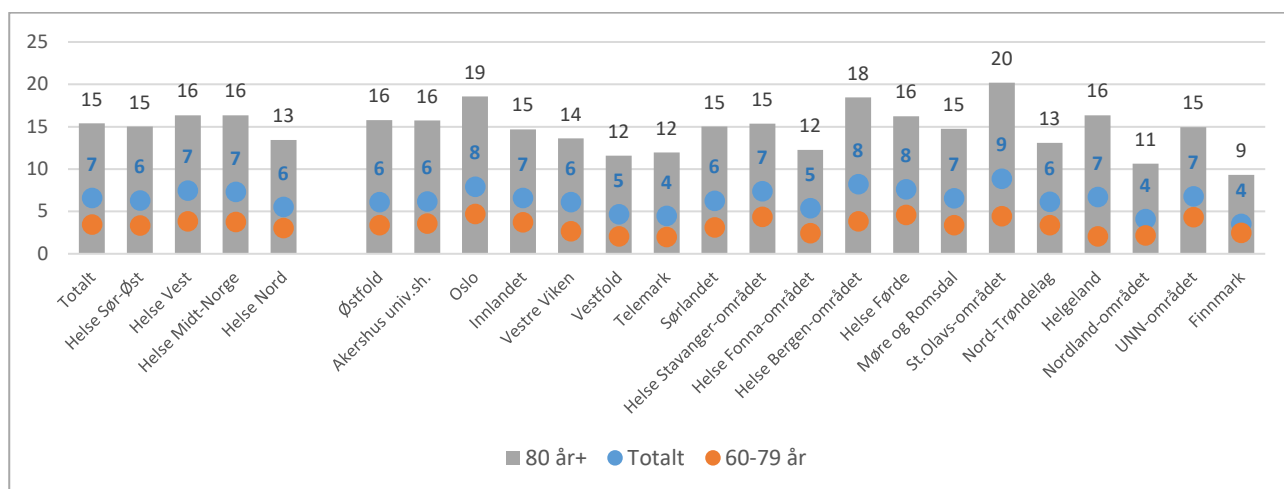
Figur 3.11 Andel pasienter med kompleks multimorbiditet som mottar en eller flere kommunale helse- og omsorgstjenester. Data fra 2019 etter alder og helsefelleskap.



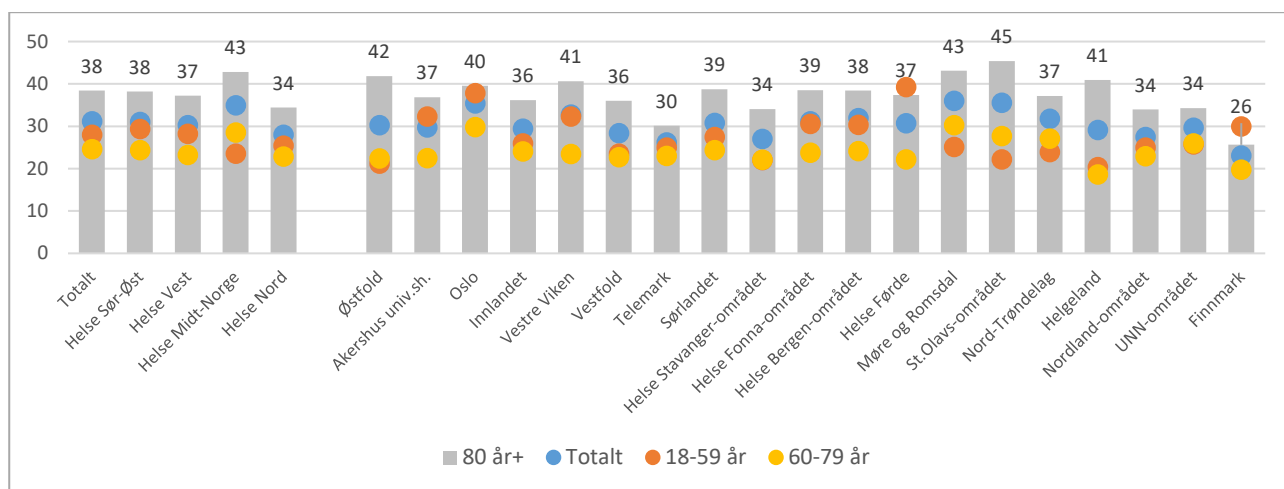
Figur 3.12 Andel pasienter med kompleks multimorbiditet som mottar helsetjenester i hjemmet. Data fra 2019 etter alder og helsefelleskap.



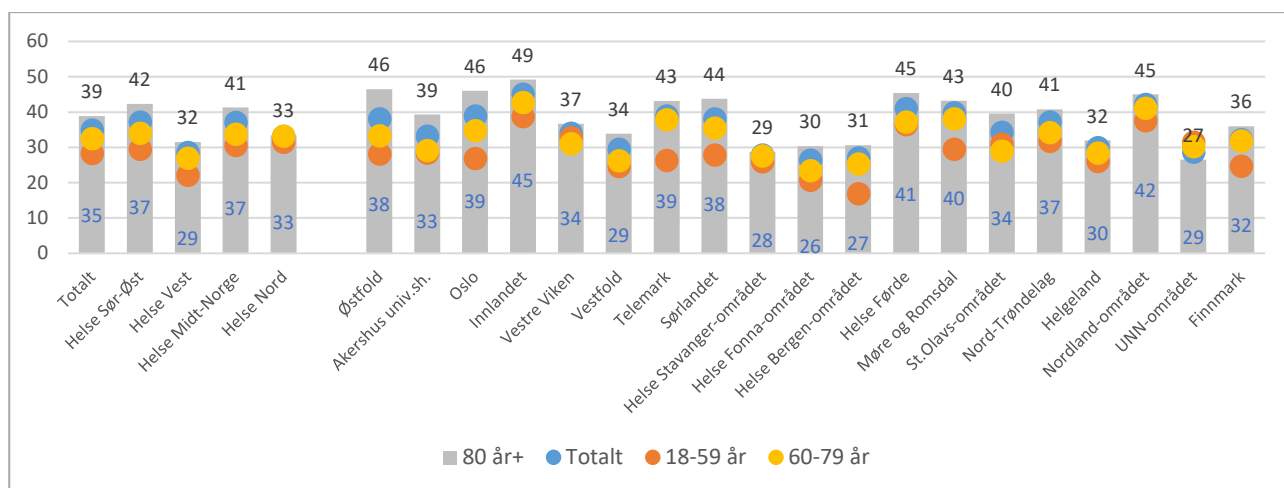
Figur 3.13 Andel pasienter med kompleks multimorbiditet med langtidsopphold på kommunal institusjon. Data fra 2019 etter alder og helsefelleskap.



Figur 3.14 Andel pasienter med kompleks multimorbiditet som har middels, dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå i instrumentelle daglige aktiviteter (IAD): Skaffe seg varer og tjenester, ivareta egen helse, alminnelig husarbeid, lage mat, bevege seg utendørs, hukommelse, styre egen adferd og ivareta egen økonomi. Data fra 2019 etter alder og helsefelleskap.



Figur 3.15 Andel pasienter med kompleks multimorbiditet som er registrert med legemiddelgjennomgang siste år. Data fra 2019 etter alder og helsefelleskap.



3.7 Hvilken betydning har langtidsopphold på institusjon for bruk av andre helse- og omsorgstjenester?

Vi har sett nærmere på hvilken betydning det har for bruk av ulike helse- og omsorgstjenester om pasientene med langtidsopphold inkluderes eller ekskluderes. Generelt sett kan det tenkes, at gode sykehjem bidrar til redusert behov for sykehustjenester, og at disse pasientene derfor ikke bør inngå i datagrunnlaget når vi skal vurdere forskjeller mellom helsefelleskap i bruk av ulike helse- og omsorgstjenester. Tabell 3.3 viser bruk av sykehustjenester og noen kommunale helse- og omsorgstjenester for personer med og uten langtidsopphold på sykehjem.

Tabell 3.3. Bruk av sykehustjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester blant pasienter med kompleks multimorbiditet etter mottak av langtids plass i kommunal institusjon 2019.

	Totalt 18 år+			Personer 80 år+		
	Langtidsopphold på komm. inst.			Langtidsopphold på komm. inst.		
	Nei	Ja	Totalt	Nei	Ja	Totalt
Andel pasienter innlagt på sykehus	84 %	98 %	85 %	92 %	98 %	93 %
Andel pasienter med poliklinisk konsultasjon	93 %	71 %	92 %	86 %	68 %	84 %
Andel pasienter innlagt for øyeblikkelig hjelp	71 %	95 %	72 %	84 %	96 %	86 %
Andel av pasienter som har liggedøgn som utskrivningsklar pasient	8 %	26 %	10 %	16 %	26 %	17 %
Andel av pasienter meldt utskrivningsklar til kommunen	36 %	79 %	39 %	59 %	80 %	62 %
Andel pasienter som ble reinnlagt innen 30 dager	45 %	53 %	45 %	51 %	51 %	51 %
Antall innleggelser per pasient	2,8	2,6	2,8	2,5	2,5	2,5
Antall polikliniske konsultasjoner per pasient	11,2	5,2	10,9	7,4	4,3	7,1
Antall innleggelser for øhjelp per pasient	2,3	2,4	2,3	2,3	2,3	2,3
Gj.snitt liggedøgn på sykehus	16,8	15,9	16,7	14,2	13,5	14,1
Gj.snitt DRG-vekt	4,7	4,4	4,7	4,0	3,9	4,0
Totalt antall pasienter på somatiske sykehus (N=)	67 481	4 688	72 169	18 694	3 332	22 026
Mottar kommunale helse- og omsorgstjenester	98 %	100 %	98 %	99 %	100 %	99 %
Andel som mottar praktisk bistand	36 %	37 %	36 %	43 %	39 %	42 %
Andel som mottar helsetj i hjemmet	87 %	66 %	85 %	90 %	68 %	86 %
Andel med korttidsopphold på inst.	44 %	67 %	47 %	56 %	68 %	58 %
Totalt antall pasienter med kommunale tjenester (N=)	36 652	4 688	41 340	14 909	3 332	18 241
Andel pasienter med konsultasjon hos fastlege	94 %	57 %	92 %	94 %	58 %	88 %
Gj.snitt antall konsultasjoner hos fastlege per pasient	8,2	4,1	8,0	8,3	4,0	7,9
Totalt antall pasienter med kontakt med fastlege (N=)	65 047	4 242	69 289	18 508	3 037	21 545

Tabell 3.3 viser at en høyere andel av pasientene som mottar av langtids plass i kommunal institusjon, er innlagt for øyeblikkelig hjelp og registrert som utskrivningsklar pasient, enn pasienter som ikke er registrert som mottaker av langtids plass i kommunal institusjon. Antallet innleggelser per pasient, og sum liggedøgn på sykehus er imidlertid lite påvirket av hvorvidt pasientene har langtids plass. Det er færre med langtids plass som mottar helsetjenester i hjemmet, men tallene viser at det også er mange som har mottatt helsetjenester i hjemmet og/eller praktisk bistand. Tabell 3.3 viser også at personer med kommunalt langtidsopphold er registrert med færre konsultasjoner hos fastlege enn andre ettersom de mottar helsehjelp fra sykehjemslegene i stedet.

I våre data har vi ikke tatt hensyn til hvorvidt de personene som mottar langtidsopphold på sykehjem, har hatt opphold i hele eller kun deler av året, og personer som mottar sykehjemsplass har ofte hatt et sykehusopphold i forkant av tildelingen av sykehjemsplass. Ettersom antallet mottakere av langtidsplass i dette pasientutvalget er ganske lavt (7 prosent), påvirkes totaltallene i liten grad av om personer med langtidsplass inkluderes eller ekskluderes i data. Unntaket er omfanget av polikliniske konsultasjoner, der personer med langtidsplass i kommunal institusjon har betydelig færre konsultasjoner per pasient (5,2) enn personer uten langtidsplass (11,2), samt antall konsultasjoner hos fastlege.

3.8 Bruk av psykisk helsevern

Av de 72 169 personene som inngår i definisjonen for kompleks multimorbiditet, gjenfinner vi 4 050 personer (5,6 prosent) i psykisk helsevern (PHV). 1 378 av de 4 050 personene som har vært i kontakt med psykisk helsevern var innlagt i psykisk helsevern en eller flere ganger (34 prosent av PHV-pasientene), og de hadde i gjennomsnitt 41 oppholdsdøgn per pasient. 93 prosent av pasientene i PHV hadde en eller flere polikliniske konsultasjoner, og gjennomsnittet viste 11 polikliniske konsultasjoner i PHV per pasient. For 20 prosent av de innlagte pasientene i PHV ble det sendt melding til kommunen om utskrivningsklar status.

Ettersom omfanget av pasienter med kompleks multimorbiditet er lavt i psykisk helsevern, har vi ikke inkludert figurer for bruk av PHV for personer med kompleks multimorbiditet.

4. Skrøpelige eldre (frail)



Skrøpelige pasienter beskrives som kjennetegnet av redusert muskelstyrke, utilsiktet vekttap og redusert motstandskraft mot sykdom. I NHSP påpekes det at disse pasientene som regel har et tilbud fra kommunal pleie- og omsorgstjeneste og at de legges hyppig inn på sykehus for øyeblikkelig hjelp for ulike tilstander. Blant de vanligste årsakene for innleggelse er fall, influensa og lungebetennelse, samt lidelser i sirkulasjonssystemet.

Selve begrepet skrøpelighet er noe omdiskutert. Barstad (2020)²¹ mener at begrepet «skrøpelige eldre» kan virke stigmatiserende og diskriminerende. Han argumenterer blant annet for at en funksjonsnedsettelse er noe man har, og ikke er, og foreslår i stedet å bruke betegnelsen *redusert individuell motstandskraft*. Bruun Wyller og Hem (2020)²² er enige i at begrepet skrøpelig ikke er optimalt, men viser samtidig til at det er vanskelig å finne en bedre oversettelse av det engelske begrepet *frail*, og at begrepet skrøpelig har bred anvendelse blant geriatere. De foreslår at skrøpelig fortsatt brukes som et av flere delvis synonyme oversettelser av det engelske *frail*, men at man er omhyggelig med hvordan ordet benyttes, begrunnes og forklares, og at det gjerne kan vises til at når man bruker det norske ordet skrøpelighet, så henviser dette til det engelske begrepet *frail*.

²¹ Barstad, S. (2020): De skrøpelige. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 2020:01.

²² Wyller, T.B., Hem, E. (2020): Kommentar: De skrøpelige. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 2020:01.

Det er bred enighet om at klassifisering av skrøpeligheit har stor nytteverdi ved kliniske vurderinger, både i allmenmedisin, geriatri og intensivmedisin, samt i tilrettelegging og vurdering av behov for tilpassede helse- og omsorgstjenester. Krogseth m. fl. (2021)²³ dokumenterer at 76 prosent av pasientene med hjemmepleie i Sandefjord kunne klassifiseres med moderat eller alvorlig grad av skrøpeligheit og at denne hadde signifikant effekt på sannsynligheten for innleggelse og tidspunkt for død. Forskerne viser også til tidlige forskning (Hoogendijk m.fl. 2019)²⁴ som dokumenterer at graden av skrøpeligheit gir prognostisk informasjon om forventet gjenstående levetid, risiko for komplikasjoner ved kirurgi, legemiddelbivirkningar, ytterligere funksjonstap, institusjonalisering og død. Dejgaard og Rostoft (2021)²⁵ påpeker at klassifisering av skrøpeligheit er verdifull i covid-19- pandemien og viser til en anbefaling fra Norsk forening for geriatri om å klassifisere eldre pasienter med covid-19 iht en skala for skrøpeligheit (Clinical Frailty Scale (CFS)). De viser også til at National Institute for Health and Care Excellence i Storbritannia anbefaler i sine hasteretningslinjer for covid-19, at alle pasienter over 65 år med covid-19 skal klassifiseres ved hjelp av en skrøpeligheitsskala.

Noen forskere fremhever at måling av skrøpeligheit også kan gi verdifull kunnskap på populasjonsnivå. Rockwood m.fl (2005)²⁶ påpeker at måling av skrøpeligheit også er nyttig i et helsepolitisk perspektiv og kan hjelpe planleggere med å identifisere nødvendig omfang og tilbud av tjenester. Gilbert m.fl (2018)²⁷ trekker frem den betydningen som skrøpeligheit har for ressursbruk på både individuelt, lokalt og nasjonalt nivå, og hevder at det derfor er viktig å følge med på omfanget av skrøpeligheit i et populasjonsperspektiv. For planlegging av kapasitet og tjenester kan informasjon om omfanget av skrøpeligheit og eventuelle forskjeller i dette mellom kommuner og helsefelleskap være relevant og gi betydingfull informasjon.

Deigaard og Rostoft (ibid) poengterer at skrøpeligheit øker med alderen, men at alle eldre ikke er skrøpelige. De sier at forskjellene i fysiologiske reserver mellom individer er større ved økende alder og viser til forskning som finner at ¼ av alle personer over 85 år er skrøpelige.

Krogseth m.fl. (ibid) understreker at *multimorbiditet* er assosiert med grad av skrøpeligheit, men at skrøpeligheit likevel anses som et selvstendig fenomen. Både Krogseth m.fl., samt Dejgaard og Rostoft (ibid) påpeker at multimorbiditet er en av flere risikofaktorer for skrøpeligheit sammen med medikamentbruk, ernæringsstatus, enkelte blodprøver samt fysisk, emosjonelt og kognitivt funksjonsnivå. Krogseth m. fl. sier at skrøpeligheit (frailty) kan identifiseres på ulike måter, men en

²³ Krogseth, M., Rostoft, S., Benth, J. Š., Selbæk, G., Wyller, T.B.: Skrøpeligheit blant eldre pasienter med hjemmesykepleie. *Tidsskr Nor Legeforen* 2021;4, doi: 10.4045/tidsskr.20.0688

²⁴ Hoogendijk, E.O., Afilalo, J., Ensrud, K. E., Kowal, P., Onder, G., Fried, L. P. (2019): Frailty: implications for clinical practice and public health. *The Lancet*; Vol 392:10206:1365-1375. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31786-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31786-6)

²⁵ Dejgaard, M.S., Rostoft, S. (2021): Systematisk vurdering av skrøpeligheit. *Tidsskr Nor Legeforen* 2021;4, doi: 10.4045/tidsskr.20.0944

²⁶ Rockwood, K., Song, X., MacKnight, C., Bergman, H., Hogan, D. B., McDowell, I., Mitnitski, A. (2005): A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*: Vol. 173; 5:489-495. 30 Aug 2005. DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.050051>

²⁷ Gilbert, T., Neuburger, J., Kraindler, J., Keeble, E., Smith, P., Ariti, C., Arora, S., Street, A., Parker, S., Roberts, H.C., Bardsley, M., Conroy, S. (2018): Development and validation of a Hospital Frailty Risk Score focusing on older people in acute care settings using electronic hospital records: an observational study. *Lancet* 2018; 391: 1775–82

geriatrik vurdering som omfatter funksjonsnivå, kroniske sykdommer, legemiddelbruk, mobilitet, kognitiv funksjon, ernæringsstatus, emosjonell funksjon og sosialt nettverk anses som gullstandard. Vi forventer likevel en tydelig sammenheng mellom personer med flere kroniske sykdommer slik dette ble målt i kapittel 3 og skrøpeligheit.

4.1 Måling av skrøpeligheit

På tross av den brede enigheten om betydningen av å måle skrøpeligheit, er det liten enighet i hvordan det skal måles. Rockwood m.fl (ibid) skriver i 2005 at "There is no single generally accepted clinical definition of frailty". Elleve år etterpå viser en review av 422 artikler at 29 ulike mål på skrøpeligheit er i bruk (Dent, Kowal og Hoogendijk 2016)²⁸.

Grimsmo (2009)²⁹ gir en nyttig oversikt over ulike definisjoner og måter å måle skrøpeligheit på. Tidsskrift for den norske Legeforening nr 4 2021 inneholder en artikkel og to kronikker med ulike metoder for måling av skrøpeligheit. I tillegg gir Flaatten gir en oppsummering av ulike tilnærminger til måling av skrøpeligheit i lederen (Flaatten 2021)³⁰. Krogseth m.fl. (ibid) måler skrøpeligheit gjennom en bred geriatrik vurdering (Comprehensive geriatric assessment) og benytter en skrøpeligheitsindeks (Rockwood og Mitnitskis Frailty Index) som opprinnelig har 48 punkter og omfatter gjennomgang av kroniske sykdommer, bruk av legemidler, ADL og IADL-funksjoner³¹ samt andre funksjonsmålinger, kognitive funksjoner, fysiske funksjoner som ganghastighet og gripestyrke, samt ernæringsstatus knyttet til vekt og albumin.

Deigaard og Rostoft hevder også at Rockwood og Mitnitskis Frailty Index er et av de mest robuste verktøyene for å måle grad av skrøpeligheit, men anbefaler Clinical Frailty Index (CFS) som screeningverktøy. De påpeker at denne representerer et godt validert verktøy som korrelerer med skrøpeligheitsindeksen (Frailty Index), og kan tas i bruk på enkelt vis etter god opplæring. Flaatten påpeker også at CFS er lett å bruke og gir høy etterlevelse. CFS baserer seg på en vurdering av pasientens skrøpeligheit basert på fysisk form, kronisk sykdom og funksjonsnivå i en 9-punkts skala. Flaatten viser til at europeiske sammenligninger av vurderingene (interrater variability) viser høy reliabilitet (Flaatten m.fl 2021)³². Deigaard og Rostoft argumenterer for at kartlegging av eldre pasienters grad av skrøpeligheit i sykehus kan gjøres enkelt, men har stor nytteverdi og bør derfor gjøres systematisk.

Kyrdalen og Laukli m.fl. (2021)³³ argumenterer for at fastlegene kan bruke ganghastighet som screeninginstrument i første trinn av en tre-trinns vurdering av skrøpeligheit. I tre-trinns-modellen representerer første trinn en screening for å skille ut personer med mulig skrøpeligheit som skal gå til

²⁸ Dent, E., Kowal, P., Hoogendijk, E.O. (2016): Frailty measurement in research and clinical practice: A review. *European Journal of Internal Medicine* 31 (2016) 3–10.

²⁹ Grimsmo, A (2009): Definition and measuring of frailty in NEXES, Oct 5, 2009.

³⁰ Flaatten, H. (2021): Måling av skrøpeligheit, når – hvorfor og hvordan? (leder). *Tidsskr Nor Legeforen* 2021;4.trfrft

³¹ ADL - Activities of Daily Living og IADL – Instrumental Activities of Daily Living.

³² Flaatten, H., Guidet, B., Andersen, F.H. m. fl. (2021): Reliability of the Clinical Frailty Scale in very elderly ICU patients: a prospective European study. *Ann. Intensive Care* 11; 22 (2021).

<https://doi.org/10.1186/s13613-021-00815-7>

³³ Kyrdalen, I.L., Laukli, I., Dunseth, G., Ranhoff, A.H., Strand, B.H., Ormstad, H. (2021): Fastlegens rolle ved skrøpeligheit hos hjemmeboende eldre personer. *Tidsskr Nor Legeforen* 2021;4, doi: 10.4045/tidsskr.20.0582

videre utredning og klassifisering i trinn 2 og 3. Trinn 3 representerer en bred geriatrisk vurdering (CGA). Kyrddalen og Laukli argumenterer for at alle personer over 70 år som kommer til ordinære konsultasjoner hos sin fastlege, bør få målt ganghastighet.

I tillegg til bred geriatrisk vurdering (CGA), Frailty Index (FI) og Clinical Frailty Index (CFS) er Frieds fenotypemodell (Fried's Frailty phenotype) ofte brukt og presentert. Modellen baseres på fenotyper (direkte observerbare egenskaper) knyttet til uintendert vekttap, muskelsvekkelse (f.eks svak gripestyrke), sakte gange/bevegelse, subjektiv opplevelse av utmattelse og redusert eller lavt aktivitetsnivå.

Det er også gjort forsøk å måle skrøpeligheit ved bruk av ICD-10-koder (Hospital Frailty Risk Score, Gilbert m.fl. 2018). Hospital Frailty Index (HFI) baserer seg på en gjennomgang av 109 spesifikke diagnoser, som hver gis en vekt med hensyn til skrøpeligheit. Demens ved Alzheimer (F00) har høyest vekt, og deretter følger Hemiplegi (G81) etterfulgt av ytterligere 107 ulike diagnoser med ulik vekt. Så lenge det ikke gjøres en systematisk screening av skrøpeligheit som dokumenteres i det pasient-administrative systemet, vil koding av skrøpeligheit iht ICD-10 potensielt kunne ha stor verdi for måling av skrøpeligheit i et populasjonsperspektiv.

4.2 Skrøpeligheit, funksjonsnivå og styringsinformasjon

Når vi skal forsøke å beskrive omfanget av skrøpelige eldre for planlegging- og styringsformål, ville en screening av skrøpeligheit – som blir dokumentert i administrative data, vært svært verdifull. Per i dag har vi ikke tilgang til informasjon om verken ganghastighet, gripestyrke, kliniske målinger av kognitive funksjoner eller informasjon om vekttap. I arbeidet med utvikling av styringsinformasjon må vi ta utgangspunkt i tilgjengelig informasjon om pasienter og brukere fra enten NPR og/eller KPR. Vi har forsøkt to ulike tilnæringer til definisjonen av skrøpeligheit:

(1) Koding av Hospital Frailty Score basert på Gilbert m. fl (2018)³⁴

Hospital Frailty Score består av en liste med noen a priori ICD-10-koder som er sentrale indikatorer på skrøpeligheit, f.eks demens, delirium eller underernæring. I tillegg er det laget en liste på 109 koder hvor hver kode er gitt en empirisk beregnet vekt for skrøpeligheit. Dette gir en indeks for skrøpeligheit for personer med kontakt med spesialisthelsetjenesten.

Vi har anvendt disse kodene på norske data og får en indeks som varierer fra 1 til 42. For pasienter på somatiske sykehus totalt, finner vi at 77 prosent av pasientene har verdi 1-3 (lavt nivå av skrøpeligheit), og kun 1 prosent av pasientene har høyere skrøpeligheitsindeks enn 13. For aldersgruppen over 75 år, finner vi at 80 prosent av pasientene har en skrøpeligheitsindeks som er lavere enn 8. Dette innebærer at indeksen er sterkt skjevfordelt, og er lite egnet til å skille mellom ulike nivåer av skrøpeligheit (høye verdier på indeksen).

³⁴ Gilbert T, Neuburger J, Kraindler J, et al. Development and validation of a Hospital Frailty Risk Score focusing on older people in acute care settings using electronic hospital records: an observational study. *Lancet* 2018; published online April 26. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30668-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30668-8).

(2) Funksjonsmålinger i kommunale helse- og omsorgstjenester

I omsorgstjenestene gjennomføres funksjonsmålinger som grunnlag for å vurdere tjenestebehov. Slike funksjonsmålinger inngår i de fleste målinger av skrøpeligheit. I omsorgsdata fra KPR finner vi 20 ulike indikatorer for funksjonsnivå, og vurderer disse til å være relevante indikatorer for skrøpeligheit.

Utvikling av en god indeks for skrøpeligheit eller funksjonsnivå forutsetter at det er både *teoretisk* og *empirisk* sammenheng mellom de indikatorene som skal inngå i indeksen.

Indikatorene ble valgt ut i en tre-trinns-modell. I første trinn ble det tatt ut data fra KPR omsorgstjenester for personer som var 75 år eller eldre i 2019 som var registrert med middels behov, store behov eller fullt bistandsbehov for minst en av de 20 ulike indikatorene. Funksjonsnivå-indikatorene i KPR har fem verdier: (1) Utgjør ingen problem/utfordring, (2) Har ikke behov for bistand/assistanse/helsehjelp, (3) Har middels behov for bistand/assistanse/helsehjelp, (4) Har store behov for bistand/assistanse/helsehjelp eller (5) Fullt bistands-/assistansebehov/helsehjelp.

I trinn 2 vurderte vi først den teoretiske sammenhengen mellom indikatorene ut fra indikatorenes relevans i en bred geriatrisk vurdering³⁵, og deretter den empiriske sammenhengen mellom indikatorene. Noen av indikatorene på funksjonsnivå bidro til å redusere omfanget av antallet personer som inngikk i indeksen betydelig og ble derfor ikke inkludert. Tabell 4.1 viser hvilke indikatorer som inngår (og ikke inngår) i den additive indeksen for skrøpeligheit.

Alle de ti indikatorene som inngår i indeksen for funksjonsnivå har en sterk intern empirisk sammenheng (Pearsons r varierer fra 0,55 til 0,85), og de skårer høyt på samme faktor i en faktoranalyse (0,70-0,85). Indeksen varierer da fra 1 til 40 med et gjennomsnitt på 17,9. At indeksen ikke har høyere verdier enn 40 innebærer at ingen personer har fullt bistandsbehov på mer enn åtte av de ti indikatorene, eventuelt store behov for bistand på alle de ti indikatorene.

I trinn 3 ble indeksen rekodet til 4 grupper som var omtrent like store³⁶. Alder ble ikke hensyntatt ved rekodingen, og innebærer at gruppen med dårligst funksjonsnivå har høyere gjennomsnittalder enn gruppen med noe bedre funksjonsnivå. Ettersom alle disse gruppene har personer med middels dårlig funksjonsnivå for minst en av indikatorene, ble de fire gruppene kategorisert som (1) personer med noe redusert funksjonsnivå, (2) personer med redusert funksjonsnivå, (3) personer med dårlig funksjonsnivå og (4) personer med svært dårlig funksjonsnivå.

³⁵ Norsk oversettelse av bred geriatrisk vurdering ved Siri Rostoft, Tora Torgersen Engstad, Marius Mystad, Magnhild Skråmestø Dejgaard og Marc Ahmed. Oversatt med tillatelse av American Medical Association, JAMA Internal Medicine 2019 Feb 4. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.6738. Gjengitt av Krogseth, M., Rostoft, S., Benth, J. Š., Selbæk, G., Wyller, T.B. i *Tidsskr Nor Legeforen* 2021;4, doi: 10.4045/tidsskr.20.0688.

³⁶ Gruppe 1 inneholder verdi 1-9 og utgjør 22,9 %, Gruppe 2 inneholder verdi 10-15 og utgjør 25,7 %, Gruppe 3 inneholder verdi 16-25 og utgjør 26,9 % og Gruppe 4 inneholder verdi 26-40 og utgjør 24,5 %.

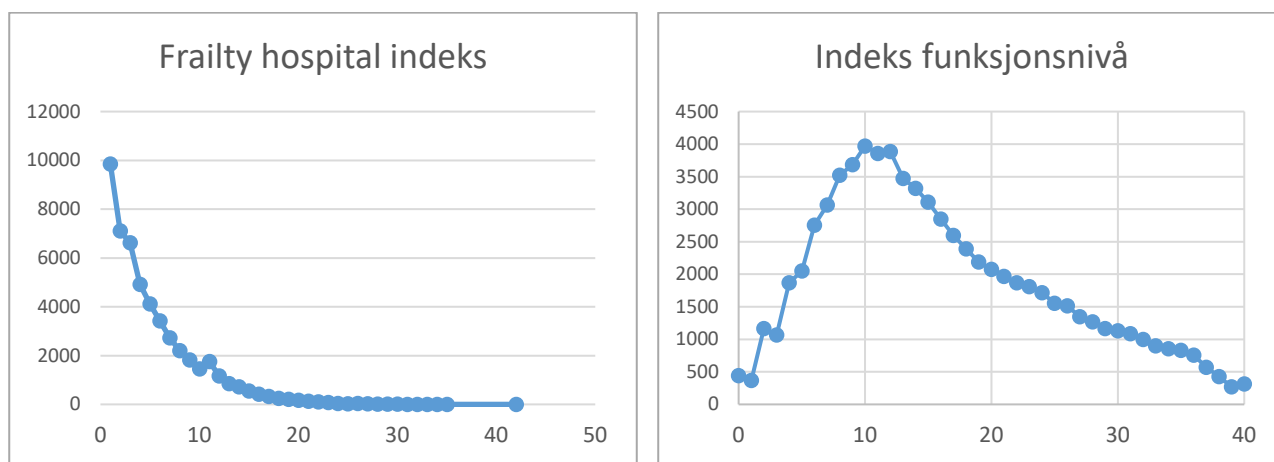
Tabell 4.1 Indikatorer på funksjonsnivå som inngår i definisjonen av skrøpelige eldre

Inngår	Funksjonsnivå IPLOS	Inngår i bred geriatrisk vurdering	Andre kommentarer
x	Spise	ADL - Trenger hjelp til spising	
x	På- og avkleddning	ADL - Trenger hjelp til på- og avkleddning	
X	Personlig hygiene	ADL - Trenger personlig hjelp til bading eller dusj/Trenger personlig hjelp til stell	
x	Toalett	ADL - Trenger personlig hjelp til toalettbesøk	
x	Bevege seg innendørs	ADL - Trenger personlig hjelp til rullator eller forflytning, Trenger hjelp til å komme seg inn og ut av seng	
x	Bevege seg utendørs	IADL - Trenger personlig hjelp til å bruke transport	
x	Skaffe seg varer og tjenester	IADL - Trenger personlig hjelp til å gjøre innkjøp	
x	Ivareta egen helse	IADL - Trenger personlig hjelp til å ta hånd om egne legemidler	
x	Hukommelse	Kognitiv funksjon måles i form av MMSE-skår	
x	Styre adferd		
	Kommunikasjon	(IADL - Trenger personlig hjelp til å bruke telefon)	Ikke nødvendigvis relevant for begrepet skrøpelighet
	Lage mat	IADL - Trenger personlig hjelp til egen matlaging	Høyere missing enn andre indikatorer
	Alminnelig husarbeid	IADL - Trenger personlig hjelp til husarbeid	Høyere missing enn andre indikatorer
	Ivareta egen økonomi	IADL - Trenger personlig hjelp til å håndtere penger eller betale regninger	Høyere missing enn andre indikatorer
	Syn		Lav empirisk sammenheng med andre indikatorer
	Hørsel		Lav empirisk sammenheng med andre indikatorer
	Initiativevne		Svært høy missing
	Opplevelse av trygghet		Svært høy missing
	Sosial deltakelse		Ikke direkte relevant for begrepet skrøpelighet
	Beslutninger i dagliglivet		Ikke direkte relevant for begrepet skrøpelighet

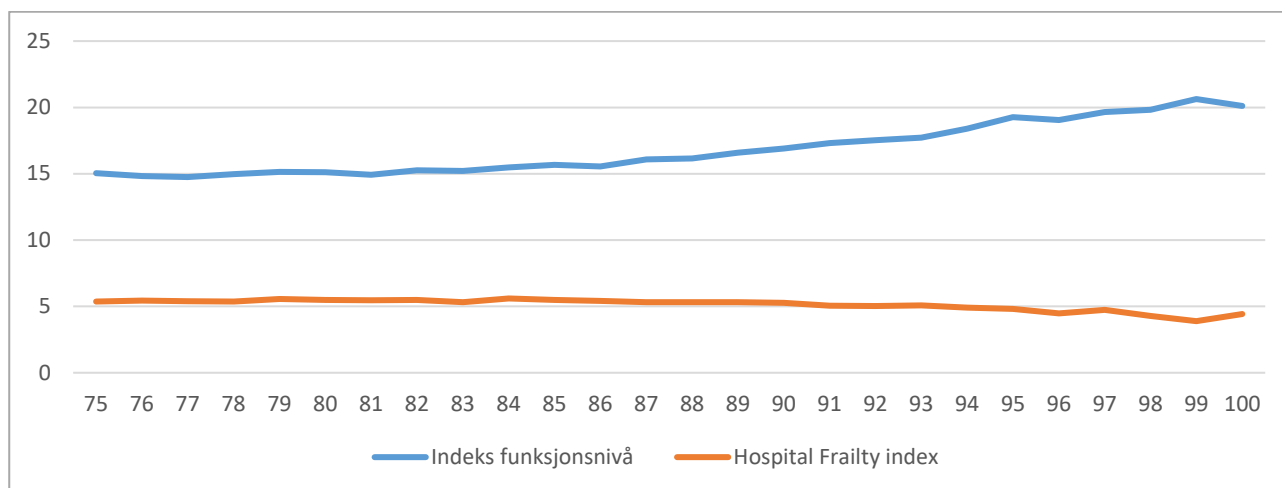
Helhetlig vurdering

Til styringsdataformål er det ikke mulig å utvikle et mål for skrøpelighet som vil ligge nært opp til det innholdet som ligger i en bred geriatrisk vurdering. Vi har derfor forsøkt å benytte to ulike datakilder og metoder for å definere eldre pasienter med skrøpelighet.

Figur 4.1 Fordeling for Hospital Frailty indeks og Indeks for funksjonsnivå for personer 75 år og eldre. Data fra NPR og KPR 2019.



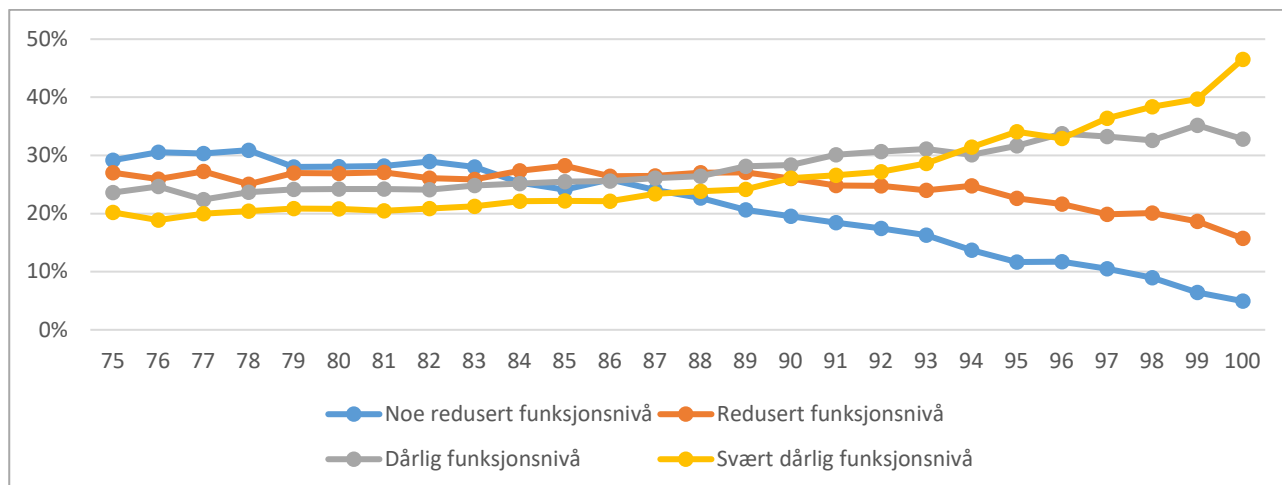
Figur 4.2 Indeks for funksjonsnivå og Hospital Frailty Indeks etter alder. Data fra NPR og KPR 2019.



I begge metodene utvikles det indekser for skrøpelighet eller funksjonsnivå, og høye verdier i indeksene representerer høy skrøpelighet eller svært dårlig funksjonsnivå. De to indeksene har imidlertid svært ulik fordeling (se figur 4.1). Frailty hospital indeks er sterkt skjevfordelt og er lite egnet til å skille mellom høye nivåer av skrøpelighet. Indeks for funksjonsnivå viser større spredning og indikerer at de fleste har redusert funksjonsnivå, men ikke nødvendigvis et svært dårlig funksjonsnivå. Indeks for funksjonsnivå er velegnet til en firedeling der personer med verdier til og med 9 har et noe redusert funksjonsnivå, personer med verdier fra 10 til 15 har et redusert funksjonsnivå, og personer med de høyeste verdiene (fra 26 til 40) betegnes som personer med et svært dårlig funksjonsnivå.

Figur 4.2 viser at for Frailty hospital indeks er det ingen samvariasjon mellom pasientenes alder og nivå av skrøpelighet for personer fra 75 år og eldre,. For indeksen på funksjonsnivå finner vi at gjennomsnittsskåren øker med økt alder, d.v.s. at de eldste (90 år og eldre) har et noe dårligere funksjonsnivå enn de som er noe yngre (fra 75 til 80 år). Dette fremkommer tydelig i fire-delingen av indeksen som viser at andelen med dårlig og svært dårlig funksjonsnivå øker med økt alder (se figur 4.3).

Figur 4.3 Funksjonsnivå i fire kategorier etter alder. Prosent. Data fra NPR og KPR 2019.



Flaatten (2021)³⁷ påpeker også at Hospital Frailty Indeks samsvarer lite med tradisjonelle vurderinger av skrøpeligheit, og vi vurderer denne metoden som lite egnet til å fange de personene som er intendert å inngå i beskrivelsen av skrøpelige eldre.

I en bred geriatrisk vurdering av skrøpeligheit, inngår også noen kroniske sykdommer, og det skilles mellom kardiovaskulære sykdommer og andre kroniske sykdommer (angst, artritt, astma, kreft, kronisk nyresykdom, KOLS, degenerativ ryggslidelse, depresjon, fall siste år, sansesvikt). For noen av disse sykdommene vil det være mulig å innhente informasjon fra NPR, men vår vurdering er at vi da vil ha betydelig overlapp mellom definisjonen av kompleks multimorbiditet og skrøpeligheit, og at det ikke nødvendigvis vil være nyttig i denne sammenhengen. Dersom vi benytter kun én datakilde til utvikling av definisjonen, vil den være betydelig enklere å ta i bruk enn dersom vi konstruerer en definisjon som kombinerer ulike datakilder. Som påpekt i kapittel 2, er det viktig at disse pasientene er lett gjenkjennelig dersom de skal kunne prioriteres i den faktiske behandlingen.

Ettersom vi mangler gode data på skrøpeligheit slik dette er klinisk definert, eller på data fra screening-verktøy på skrøpeligheit, er vår vurdering at det kan være like nyttig å studere hvordan funksjonsnivå i seg selv påvirker bruk av ulike helse- og omsorgstjenester. Vi ser også de to gruppene med kompleks multimorbiditet og dårlig funksjonsnivå som gjensidig utfyllende, og tror at bruk av funksjonsnivå for å måle skrøpeligheit i denne sammenhengen kan gi ny informasjon og et verdifullt bidrag til å forstå kompleksiteten i helse- og omsorgstjenestene. Vi vurderer det imidlertid som mest relevant å omtale styringsinformasjonen for denne gruppen som informasjon om funksjonsnivå, og ikke om skrøpeligheit.

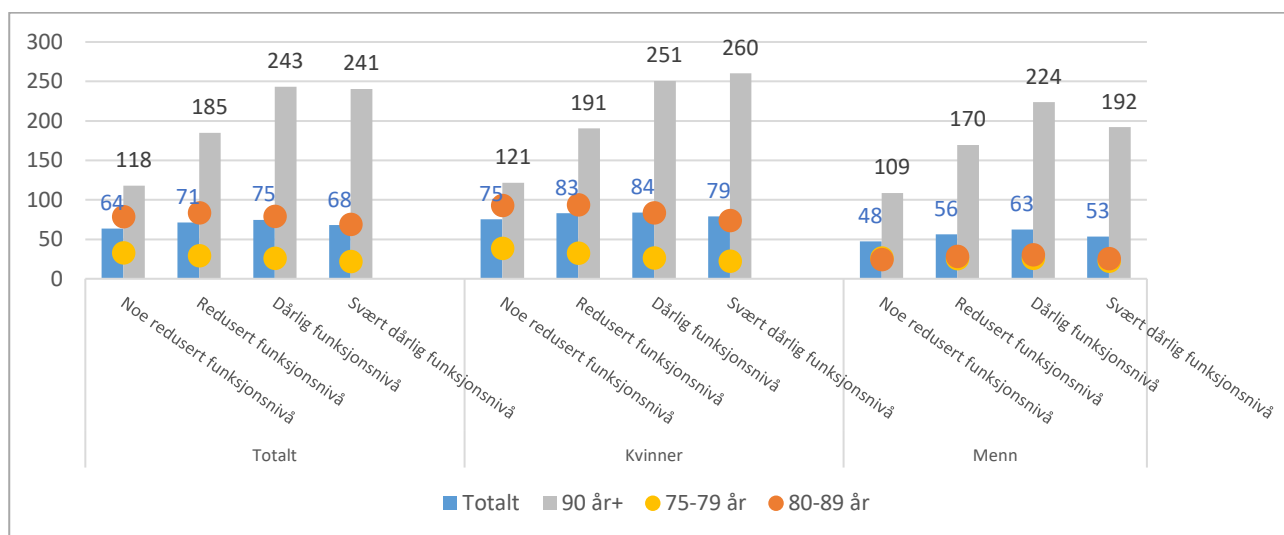
I styringsinformasjon til helsefelleskapene tar vi utgangspunkt i 10 indikatorer for funksjonsnivå registrert i kommunene for å få kunnskap om hvordan bruk av ulike helse- og omsorgstjenester påvirkes av funksjonsnivå.

³⁷ Flaatten, H. (2021): Måling av skrøpeligheit, når – hvorfor og hvordan? (leder). *Tidsskr Nor Legeforen* 2021;4.trfrft

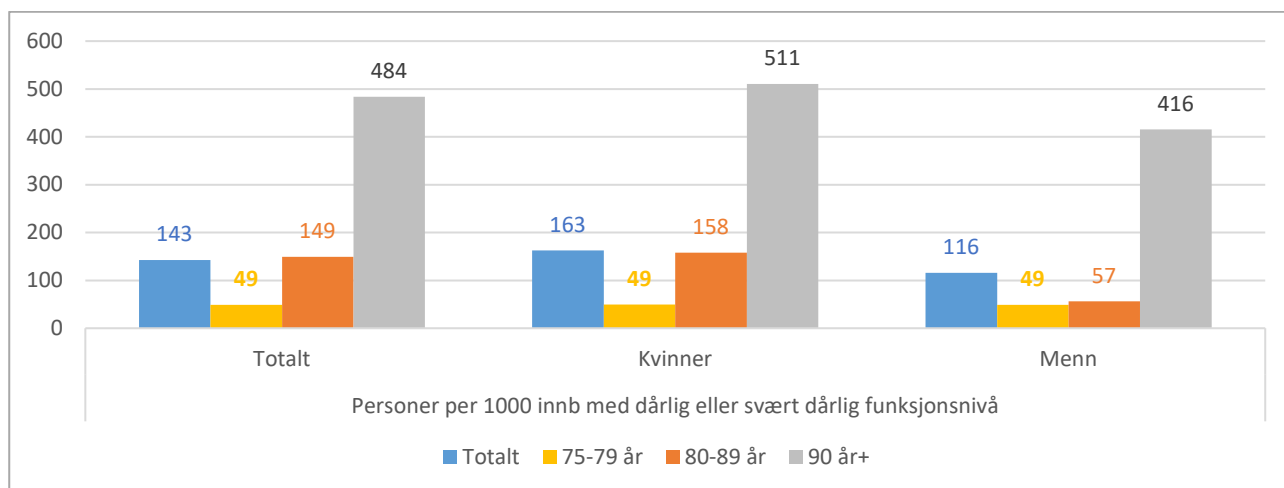
4.3 Omfanget av eldre med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå

Det er totalt 113 060 personer som er 75 år og eldre som inngår i indeksen for funksjonsnivå (tall korrigert for kommuner som ikke leverte data i 2019). Dette tilsvarer 27,8 prosent av befolkningen som er 75 år og eldre. 14,3 prosent av disse er registrert med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå for de 10 indikatorene, 11,6 prosent av mennene og 16,3 prosent av kvinnene. I aldersgruppen 90 år og eldre finner vi at 48 prosent av innbyggerne er registrert med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå.

Figur 4.5 Antall personer med redusert og dårlig funksjonsnivå per 1000 innbyggere etter alder og kjønn.



Figur 4.6 Antall personer med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå per 1000 innbyggere etter alder og kjønn.



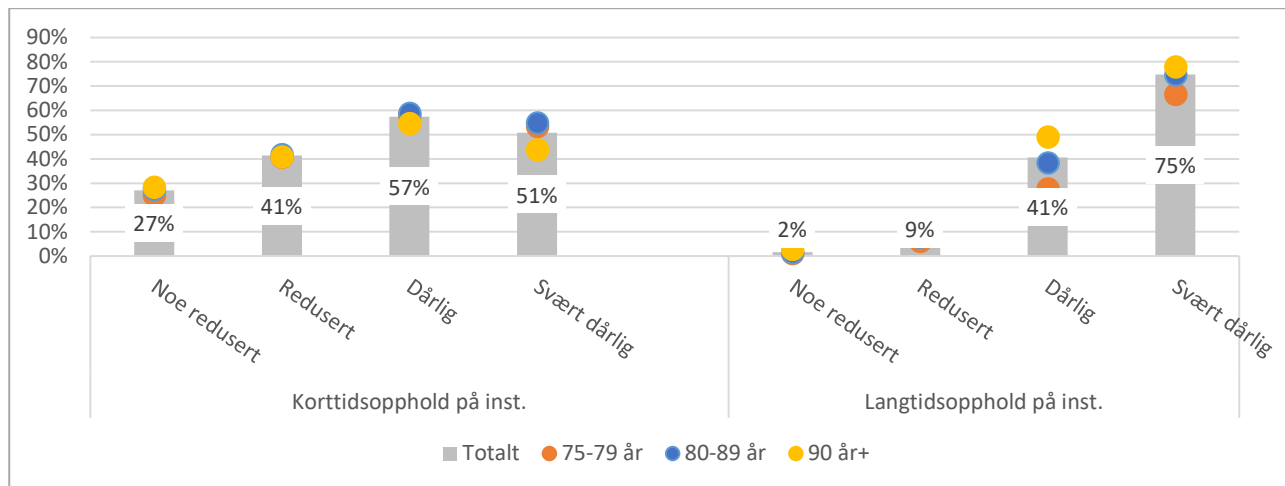
4.4 Betydningen av dårlig funksjonsnivå for bruk av helse- og omsorgstjenester

Bruk av kommunale helse og omsorgstjenester

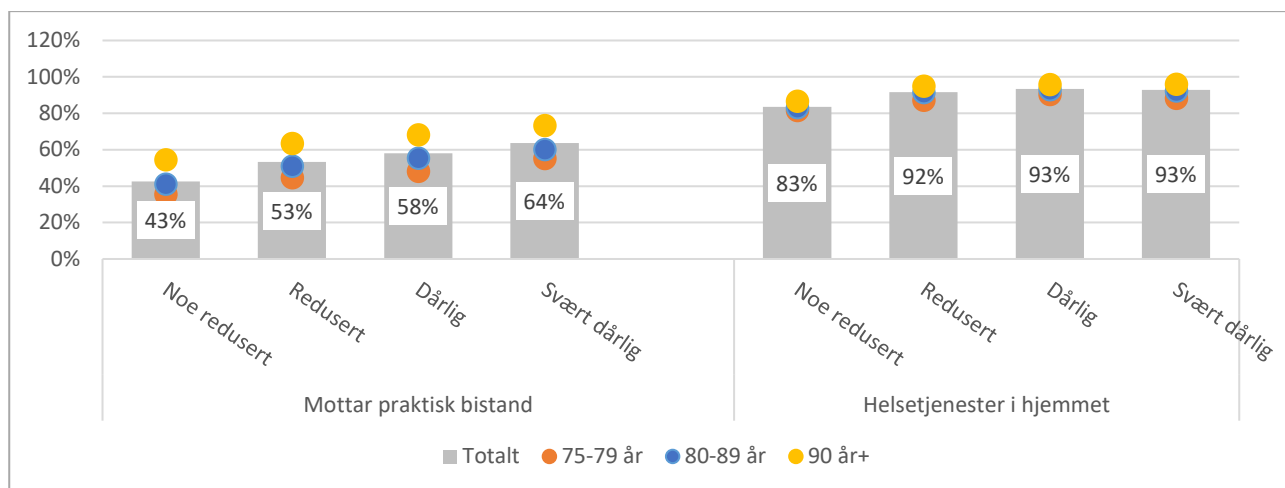
Funksjonsnivå har naturlig nok en stor betydning for hvilke kommunale helse- og omsorgstjenester man har behov for og mottar, og har også stor betydning for andel med ernæringsrisiko og ernæringsplan, samt andel med registrert legemiddelgjennomgang. Hovedmønsteret for kommunale helse- og omsorgstjenester, er man mottar flere tjenester jo eldre og dårligere man er. Ettersom alle de personene som inngår i disse dataene er eldre og har noe redusert funksjonsnivå, finner vi at de fleste (fra 83 til 93

prosent) mottar helsetjenester i hjemmet. For individuell plan og tilgang på av koordinators finner vi også ingen eller liten effekt av funksjonsnivå.

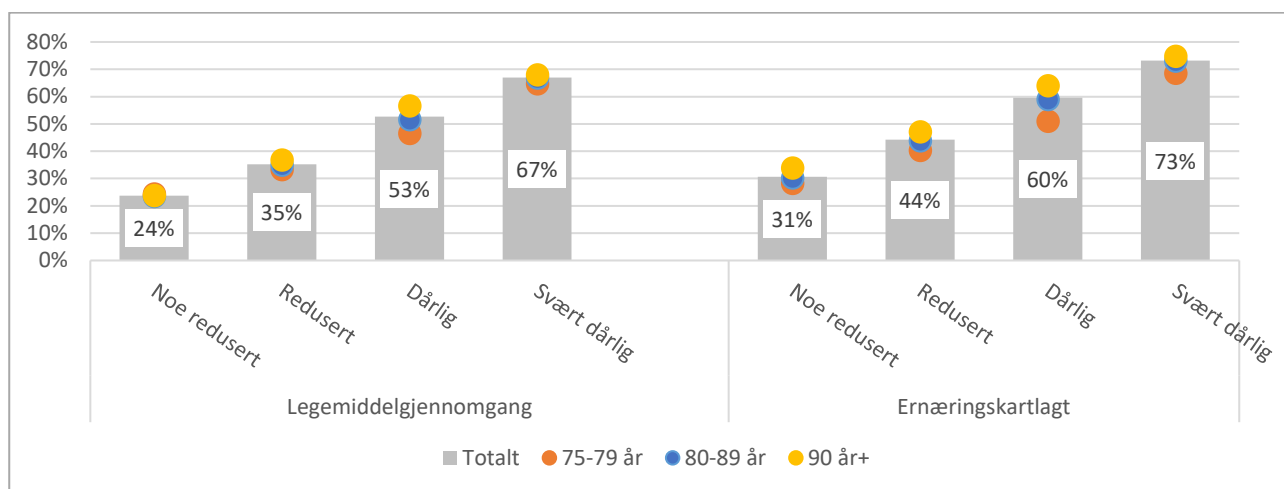
Figur 4.7 Andel mottakere av korttidsopphold eller langtidsopphold på institusjon i løpet av året etter funksjonsnivå. Data fra KPR 2019. Mottakere av korttidsopphold er eksklusive mottakere av langtidsopphold.



Figur 4.8 Andel mottakere av praktisk bistand og helsetjenester i hjemmet etter funksjonsnivå. Data fra KPR 2019. Eksklusive mottakere av langtidsopphold.



Figur 4.9 Andel med registrert legemiddelgjennomgang og andel som er ernæringskartlagt etter funksjonsnivå. Data fra KPR 2019.



Bruk av somatiske sykehus

For pasienter med flere kroniske sykdommer, fant vi at effekten av å ekskludere pasienter med langtidsopphold på institusjon, ikke nødvendigvis var stor ettersom pasienter med langtidsopphold ofte har hatt sykehusopphold i forkant av tildelt langtidsplass. For personer med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå, er det imidlertid en høy andel som har langtidsplass på institusjon (75 prosent – se figur 4.7). Det har derfor stor betydning for denne gruppen, om personer med langtidsplass inkluderes eller ekskluderes. I tabell 4.2 viser vi bruk av somatiske sykehustjenester for personer med og uten langtidsplass på institusjon.

Tabell 4.2 Bruk av somatiske sykehus etter funksjonsnivå og langtidsopphold på kommunal institusjon. Data fra NPR og KPR 2019.

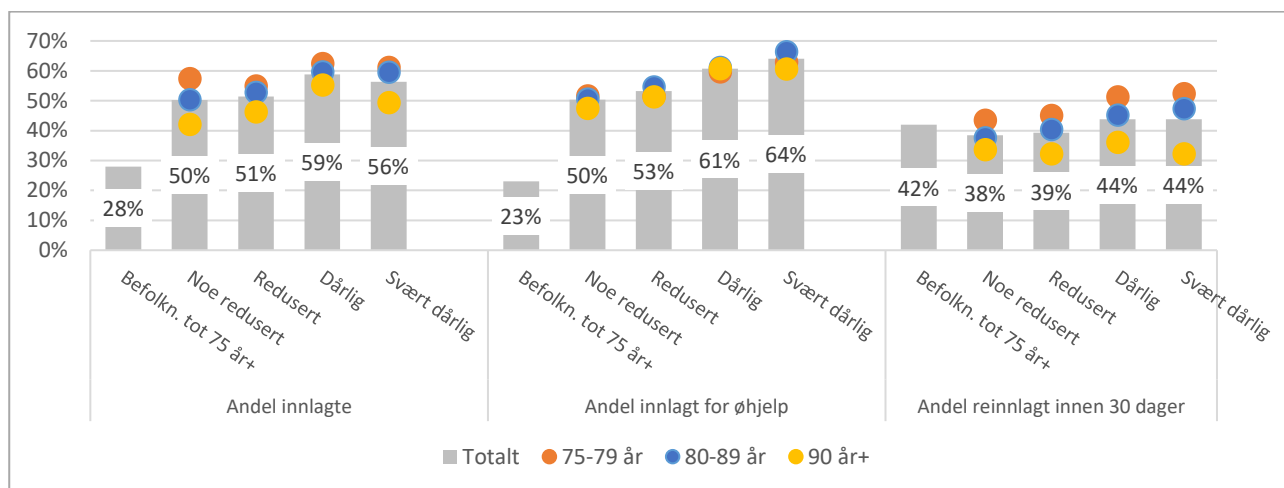
	Inklusive pasienter med langtidsopphold på inst.				Eksklusive pasienter med langtidsopphold på inst.			
	Noe redusert funksj.-nivå	Redusert funksj.-nivå	Dårlig funksj.-nivå	Svært dårlig funksj.-nivå	Noe redusert funksj.-nivå	Redusert funksj.-nivå	Dårlig funksj.-nivå	Svært dårlig funksj.-nivå
Andel med kontakt med somatiske sykehus	79 %	76 %	70 %	49 %	79 %	77 %	77 %	69 %
Andel innlagte pasienter	50 %	50 %	51 %	35 %	50 %	51 %	59 %	56 %
Andel med poliklinisk konsultasjon	69 %	62 %	52 %	32 %	69 %	64 %	59 %	45 %
Andel innlagt for øhjelp	44 %	46 %	49 %	33 %	44 %	47 %	56 %	55 %
Andel registrert som utskrivningsklar pasient - med liggedøgn som UKP	11 %	19 %	24 %	19 %	11 %	19 %	25 %	24 %
Andel av innlagte hvor melding om utskrivningsklar status er sendt kommunen	66 %	76 %	80 %	76 %	66 %	75 %	81 %	80 %
Antall innleggelses per pasient	2,0	2,0	2,1	1,9	2,0	2,0	2,2	2,1
Antall polikliniske konsultasjoner per pasient	5,5	4,7	4,2	2,9	5,5	4,8	4,7	3,9
Sum liggedøgn per innlagte pasient	11,0	11,3	11,8	10,2	11,0	11,4	12,8	12,9
DRG-vekt per pasient	2,3	2,3	2,4	2,2	2,3	2,3	2,7	2,9
Antall øhjelpsinnleggelses per øhjelps-pasient	1,8	1,9	1,9	1,8	1,8	1,9	2,0	2,0

Tabellen viser at personer med dårlig og svært dårlig funksjonsnivå som har langtidsplass på kommunal institusjon, bruker somatiske sykehus i langt mindre grad enn personer som ikke har kommunal langtidsplass. Det er derfor viktig å hensynte dette i statistikk og utvikling av styringsinformasjon.

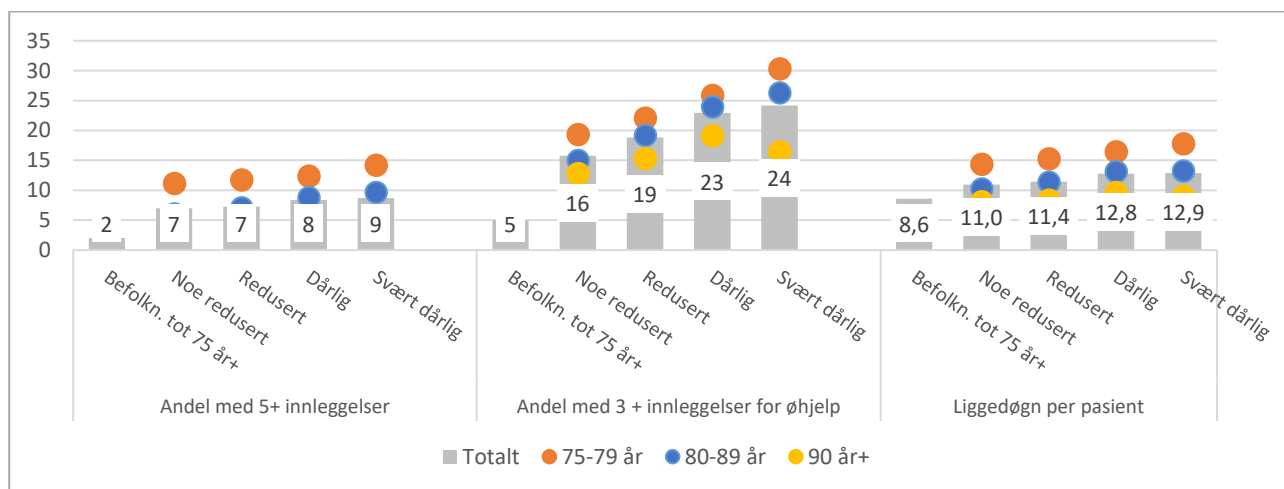
Figurene 4.10-4.12 viser hvordan bruk av somatiske sykehus påvirkes av funksjonsnivå. Forskjellen i andel innlagte pasienter mellom gruppen med noe redusert funksjonsnivå og gruppen med svært dårlig funksjonsnivå er ikke nødvendigvis veldig stor, men dette knyttes til at alle i dette utvalget er eldre personer med funksjonsnedsettelse. For befolkningen over 75 år totalt, er omtrent 28 prosent innlagt i løpet av et år, mens for dette utvalget som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, varierer andelen fra 50 til 56 prosent.

Selv om vi korrigerer for personer med langtidsplass på institusjon, finner vi at mange av indikatorene på bruk av somatiske sykehustjenester viser at de høyeste aldersgruppene bruker færre tjenester enn personer i alderen 75-79 år. Blant personer med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå er det for eksempel 53 prosent av eldre som er 90 år og over som ble innlagt på sykehus, mens tilsvarende for aldersgruppen 75-79 år er 62 prosent. Mønsteret er tilsvarende for antall innleggelser per pasient, fra 2,5 innleggelser per pasient for aldersgruppen 75-79 år til 1,8 innleggelser per pasient for eldre fra 90 år og over. Alder har størst betydning for bruk av polikliniske konsultasjoner. Personer i alderen 75-79 år med dårlig/svært dårlig funksjonsnivå har 6,4 konsultasjoner per pasient, mens tilsvarende for personer 90 år og eldre er 3 konsultasjoner per pasient. For personer med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå er også gjennomsnittlig liggetid per pasient, og DRG-vekt per pasient høyere for aldersgruppen 75-79 år enn for aldersgruppen 90 år og over.

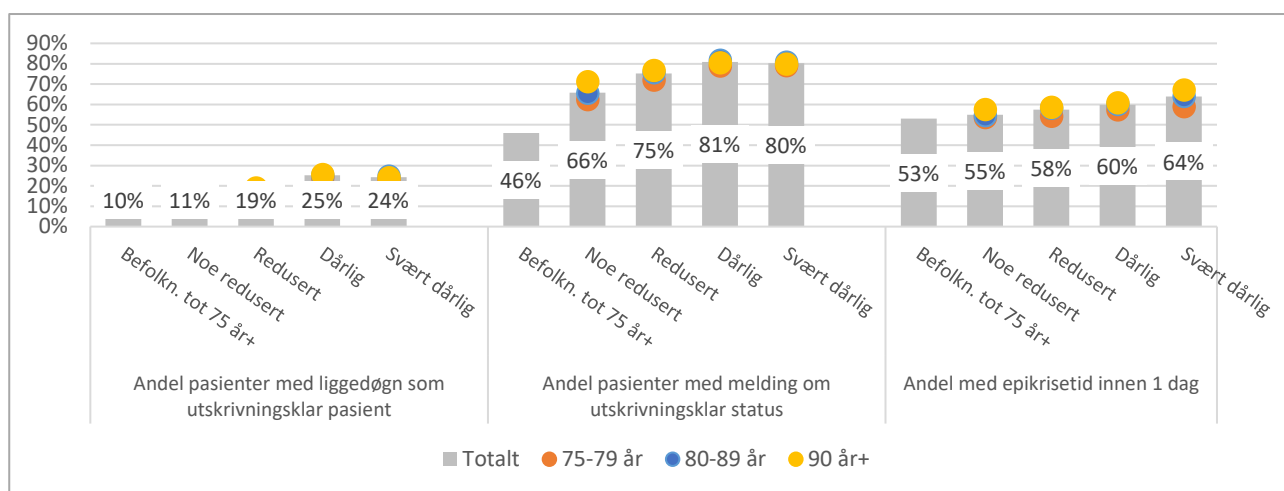
Figur 4.10 Andel som er innlagt, reinnlagt og innlagt for øyeblikkelig hjelp på somatiske sykehus etter funksjonsnivå og alder. Eksklusive personer med langtidsopphold på kommunal institusjon. Data fra NPR og KPR 2019.



Figur 4.11 Andel med 5 eller flere innleggelser, 3 eller flere innleggelser for øhjelp og gjennomsnittlig antall liggedøgn per pasient etter funksjonsnivå og alder. Eksklusive personer med langtidsopphold på kommunal institusjon. Data fra NPR og KPR 2019.



Figur 4.12 Andel av innlagte pasienter hvor epikrise er sendt innen 1 dag, hvor melding om utskrivningsklar status er sendt kommunen, og andel med liggedøgn som utskrivningsklar pasient etter funksjonsnivå og alder. Eksklusive personer med langtidsopphold på kommunal institusjon. Data fra NPR og KPR 2019.



Tallene viser at for hele 80 prosent av personer med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå fra 75 år og over, har det blitt sendt melding til kommunen om utskrivningsklar status. Dette bekrefter at dette er personer med stort behov for helse- og omsorgstjenester.

Bruk av allmennlegetjenester

Personer på sykehjem mottar legetjenester på sykehjemmet og bruker ikke fastlege på samme måte som andre. Vi har tidligere vist at 75 prosent av personene med svært dårlig funksjonsnivå er mottakere av langtidsplass (figur 4.7), og kan derfor forvente at betydningen av langtidsplass på sykehjem for bruk av allmennlegetjenester, har størst betydning for personer med dårlig og svært dårlig funksjonsnivå. Dette dokumenteres i tabell 4.3 som viser bruk av allmennlegetjenester etter funksjonsnivå inklusive og eksklusive personer med langtidsplass. Tabellen viser at kun 24 prosent av personer som er 75 år og eldre og har svært dårlig funksjonsnivå, har hatt konsultasjon hos fastlege siste år, men når vi korrigerer for langtidsplass på institusjon, er andelen 59 prosent. Gjennomsnittlig antall kontakter per pasient med

svært dårlig funksjonsnivå er totalt sett 14,6, men øker til 22,1 når vi korrigerer for personer med langtidsplass.

I figurene for funksjonsnivå i denne rapporten og i vedlegget har vi korrigert for personer med langtidsplass fordi dette har betydning for bruk av øvrige helse- og omsorgstjenester. Det er også særskilt interessant per se å analysere om det er forskjeller mellom helsefelleskapene i hvilke tjenester personer med svært dårlig funksjonsnivå mottar, når vi ser bort fra personer med langtidsplass. I tillegg kunne det også vært interessant å studere gruppen med langtidsplass nærmere, for å se om det er forskjeller i hvilke øvrige helsetjenester denne gruppen har behov for.

Tabell 4.3: Bruk av allmennlegetjenester etter funksjonsnivå og langtidsopphold på kommunal institusjon. Data fra KPR 2019.

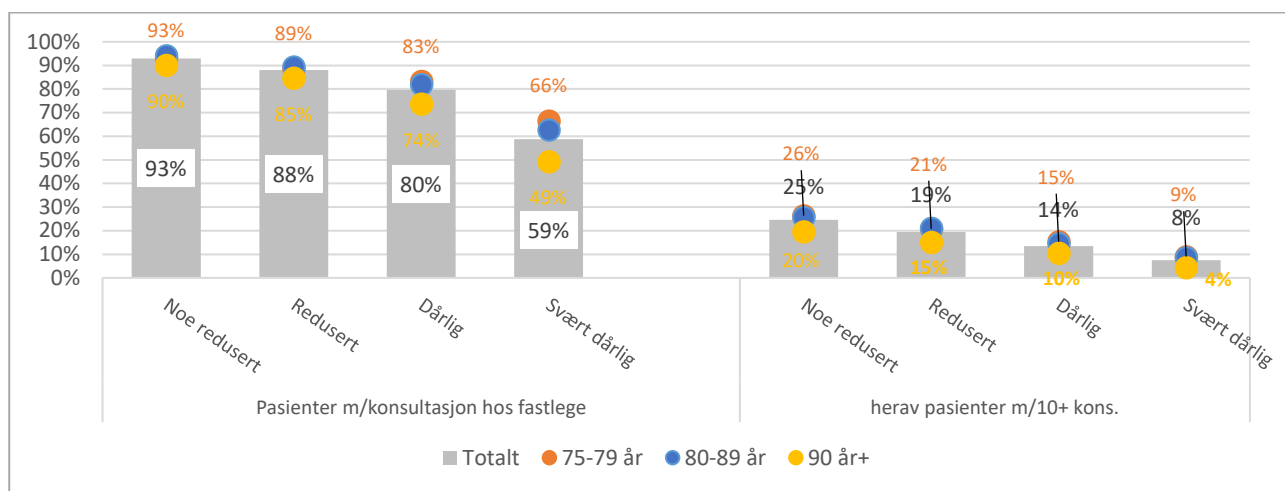
	Inklusive pasienter med langtidsopphold på inst.					Eksklusive pasienter med langtidsopphold på inst.				
	Noe redusert funksj.-nivå	Redusert funksj.-nivå	Dårlig funksj.-nivå	Svært dårlig funksj.-nivå	Sum dårlig og svært dårlig funksj.-nivå	Noe redusert funksjon snivå	Redusert funksjon snivå	Dårlig funksjon snivå	Svært dårlig funksj.-nivå	Sum dårlig og svært dårlig funksj.-nivå
Andel i kontakt med fastlege	98 %	96 %	81 %	53 %	68 %	99 %	99 %	98 %	95 %	97 %
Andel med konsultasj. hos fastlege	92 %	84 %	60 %	24 %	43 %	93 %	88 %	80 %	59 %	74 %
Andel pas. hvor takst for tverrfaglig samarbeid er benyttet	72 %	83 %	74 %	46 %	60 %	72 %	85 %	90 %	88 %	89 %
Andel av pasienter med sykebesøk	15 %	24 %	32 %	29 %	30 %	15 %	24 %	39 %	57 %	44 %
Andel i kontakt med legevakt	48 %	54 %	58 %	51 %	55 %	48 %	54 %	63 %	67 %	64 %
Andel med konsultasj. hos legevakt	35 %	35 %	31 %	17 %	24 %	35 %	37 %	38 %	31 %	36 %
Antall kontakter hos fastlege per pas	20,2	21,9	20,1	14,6	18,0	20,3	22,5	23,3	22,1	23,0
Antall konsultasjoner hos fastlege per pasient	7,1	6,1	4,7	3,5	4,4	7,1	6,2	5,1	4,0	4,8
Antall kontakter med legevakt per pasient	2,6	3,0	3,1	2,9	3,0	2,6	3,0	3,3	3,5	3,3
Antall konsultasjoner hos legevakt per pasient	1,7	1,7	1,7	1,5	1,6	1,7	1,7	1,7	1,6	1,7

Figurene 4.13 – 4.16 viser betydningen av dårlig funksjonsnivå for bruk av allmenttjenester. Dårlig funksjonsnivå og høy alder gir redusert bruk av fastlege og legevakt, også når vi korrigerer for mottakere av langtidsplass. Bruk av fastlege er høyere blant eldre personer med noe redusert funksjonsnivå (93 prosent) enn blant personer med svært dårlig funksjonsnivå (59 prosent). Det er også en høyere andel av personer i alderen 75-79 år som har hatt konsultasjon hos fastlege enn personer som er 90 år og eldre. 93 prosent av personer i alderen 75-79 år med noe redusert funksjonsnivå har hatt konsultasjon hos fastlege siste år, mens tilsvarende for personer med svært dårlig funksjonsnivå som er 90 år og eldre, er 49 prosent. Mønsteret gjenfinnes også i antallet konsultasjoner per pasient, det reduseres med høy alder og dårlig funksjonsnivå.

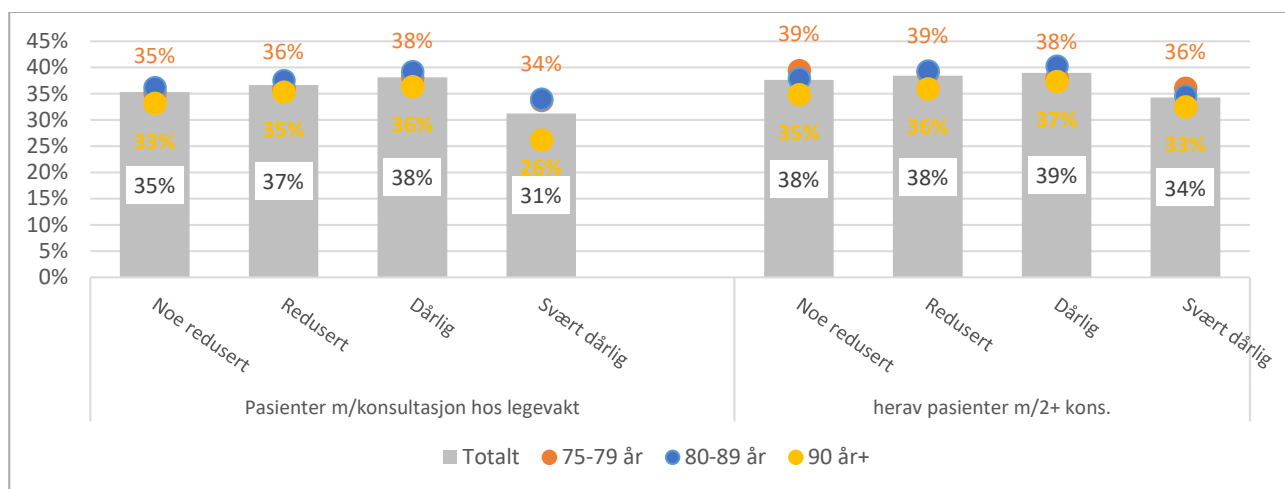
Vi finner et tilsvarende mønster i bruk av legevakt (figur 4.14). Personer over 90 år og ned svært dårlig funksjonsnivå oppsøker legevakt sjeldnere og har færre konsultasjoner per pasient enn personer i alderen 75-79 år med noe redusert funksjonsnivå.

Når det gjelder andel med sykebesøk og antall sykebesøk per pasient, samt bruk av takst for tverrfaglig samarbeid, finner vi derimot økt bruk med økt alder og fall i funksjonsnivå (se figur 4.15 og 4.16). Andelen personer med sykebesøk i hjemmet av fastlege eller legevakt, er 3,9 ganger høyere for eldre personer med svært dårlig funksjonsnivå enn for eldre personer med noe redusert funksjonsnivå. Andelen pasienter hvor fastlegen har registrert takst for tverrfaglig samarbeid, er 1,2 ganger høyere for eldre personer med svært dårlig funksjonsnivå enn for eldre personer med noe redusert funksjonsnivå.

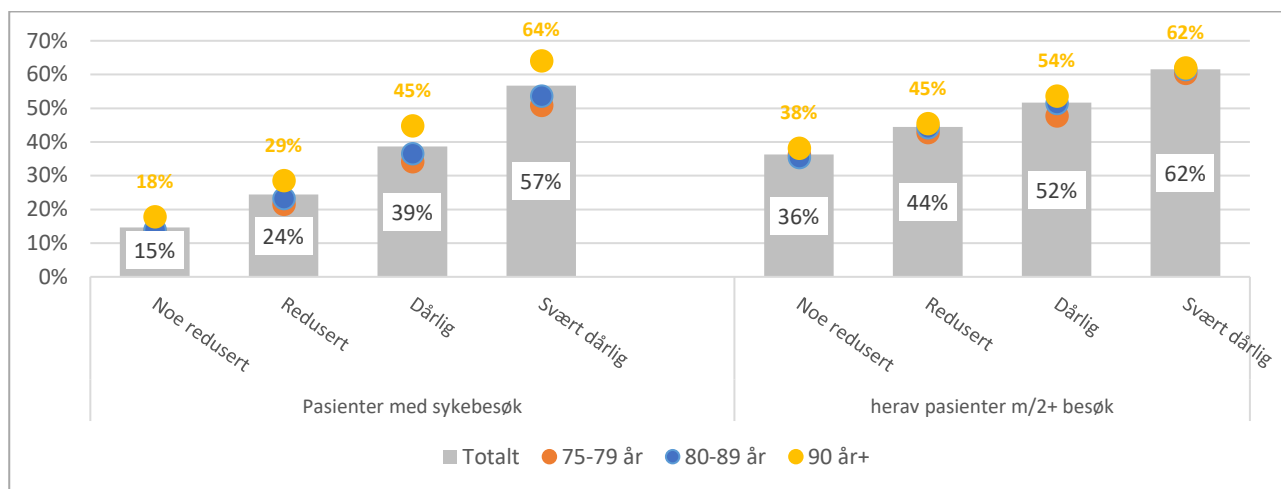
Figur 4.13 Andel med konsultasjon hos fastlege og med 10 eller flere konsultasjoner hos fastlege siste år etter funksjonsnivå og alder. Eksklusive personer med langtidsopphold på kommunal institusjon. Data fra KPR 2019.



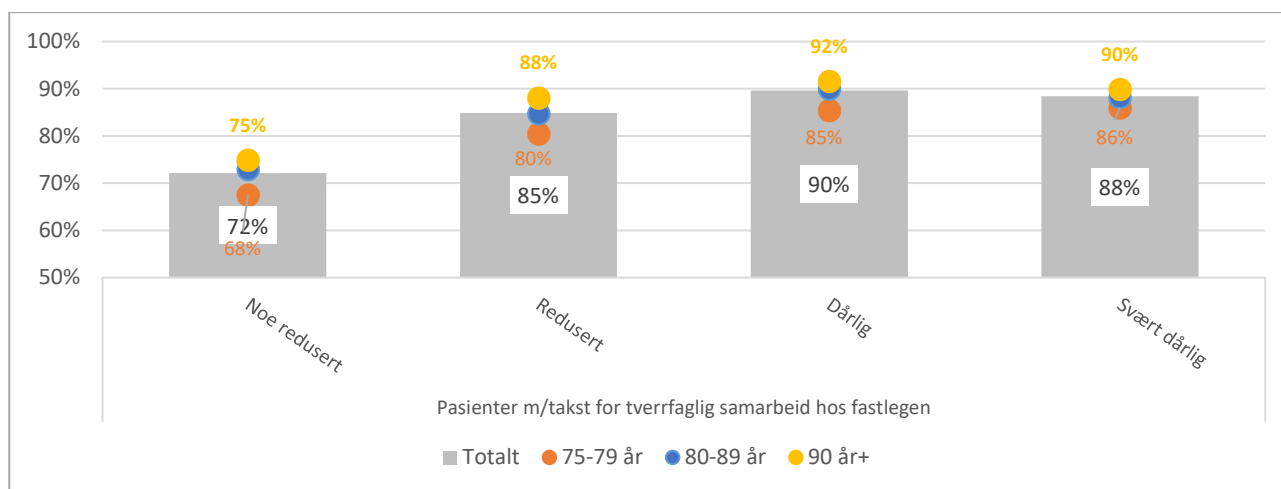
Figur 4.14 Andel med konsultasjon hos legevakt og med 2 eller flere konsultasjoner hos legevakt siste år etter funksjonsnivå og alder. Eksklusive personer med langtidsopphold på kommunal institusjon. Data fra KPR 2019.



Figur 4.15 Andel med konsultasjon hos legevakt og med 2 eller flere konsultasjoner hos legevakt siste år etter funksjonsnivå og alder. Eksklusive personer med langtidsopphold på kommunal institusjon. Data fra KPR 2019.



Figur 4.16 Andel med konsultasjon hos legevakt og med 2 eller flere konsultasjoner hos legevakt siste år etter funksjonsnivå og alder. Eksklusive personer med langtidsopphold på kommunal institusjon. Data fra KPR 2019.



Bruk av psykisk helsevern

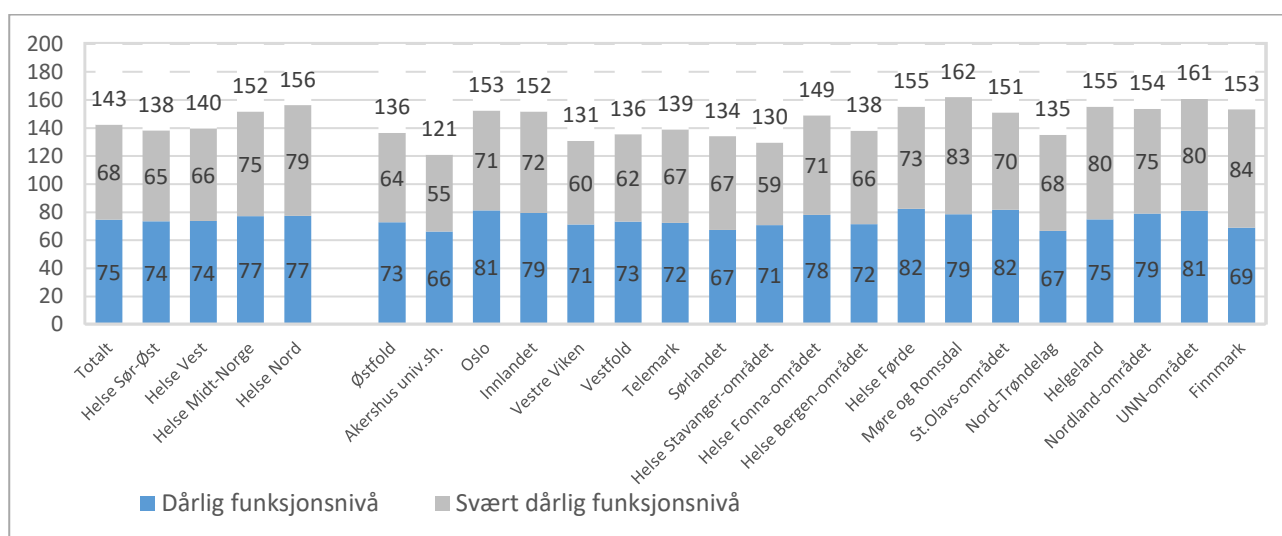
Av de 111 137 personene som inngår i indeksen for funksjonsnivå 75 år og eldre, gjenfinder vi 4 160 personer (4 prosent) i psykisk helsevern (PHV). 3 241 personer av disse har dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå. 469 av de 4160 personene som har vært i kontakt med psykisk helsevern var innlagt for øyeblikkelig hjelp, og de hadde i gjennomsnitt 33,6 oppholdsdøgn per pasient. 94 prosent av pasientene i PHV hadde en eller flere polikliniske konsultasjoner, og gjennomsnittet viste 5,8 polikliniske konsultasjoner per pasient. Gjennomsnittet av polikliniske konsultasjoner var høyere for personer med noe redusert funksjonsnivå (7,8 per pasient) enn for personer med svært dårlig funksjonsnivå (3,9 per pasient).

Ettersom omfanget av pasienter med redusert funksjonsnivå i alderen 75 år og over er lavt i psykisk helsevern, har vi ikke inkludert figurer for bruk av PHV for personer med redusert funksjonsnivå.

4.5 Forskjeller mellom helsefelleskap i omfang av personer med dårlig funksjonsnivå

Tallene for funksjonsnivå i helsefelleskapene er korrigert for manglende innrapporterte data til KPR fra 13 kommuner.³⁸ I Norge er totalt 14,3 prosent av personer 75 år og eldre registrert med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå. I Helse Nord er andelen noe høyere og på 15,6 prosent. Dette knyttes særlig til kommunene i helsefelleskapet ved Universitetssykehuset i Nord-Norge. Lavest nivå på 12,1 prosent finner vi for Helsefelleskapet knyttet til Akershus Universitetssykehus (eksklusive Oslo-kommuner). Generelt sett er ikke forskjellene mellom helsefelleskapene i omfanget av pasienter med redusert funksjonsnivå veldig store, og forskjellene er størst med hensyn til omfanget av personer med svært dårlig funksjonsnivå hvor omfanget varierer fra 5,5 til 8,4 prosent.

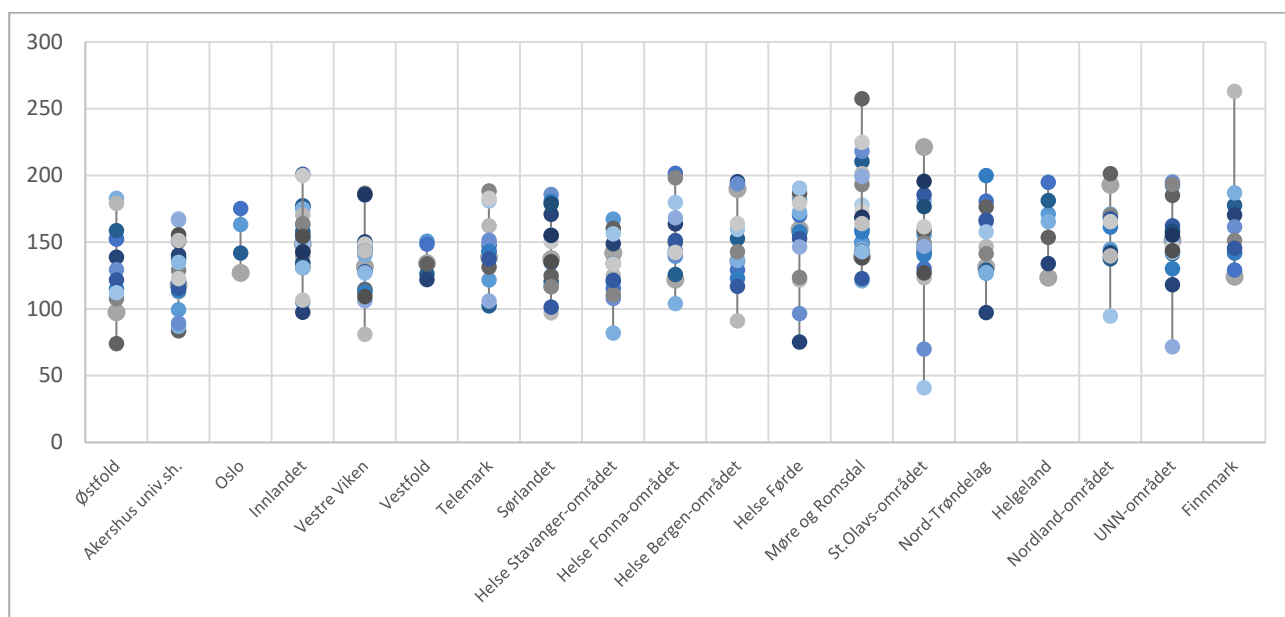
Figur 4.17 Antall personer per 1000 innbygger 75 år og eldre med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå. Data fra KPR per region og helsefelleskap 2019.



Figur 4.18 viser at forskjellene mellom kommunene i andelen med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå, er generelt større enn for helsefelleskapene, og varierer mellom 4,1 (Heim) og 26,3 (Karasjok) prosent av befolkningen som er 75 år og eldre. Andre kommuner med avvikende lavt nivå er Skaun i St. Olavs-området og Kåfjord i UNN-området med 7,1 og 7,2 prosent, samt Hvaler i Østfold (7,4 prosent) og Årdal i Helse Førde sitt område (7,5 prosent). Andre kommuner med avvikende høyt nivå er Vestnes (22,5 prosent) og Ørsta (21,8 prosent) i Møre og Romsdals helsefelleskap, samt Frøya (22,1 prosent) i St. Olavs-området. For noen av disse kommunene er forklaringen knyttet til den relative andelen over 90 år som er lav i Hvaler og høy i Ørsta.

³⁸ Trøgstad, Spydeberg, Askim, Eidsberg og Hobøl (Indre Østfold), Sørums og Fet (Lillehammer), Finnøy (Stavanger), Veio, Nesna, Karlsøy, Hemne (Heim) og Granvin (Voss) har ikke levert omsorgstjenestedata til KPR for 2019. For helsefelleskapene hvor disse kommunene inngår, har tallene for øvrige kommuner blitt justert opp med utgangspunkt i kommunenes andel av befolkningen i ulike aldersgrupper.

Figur 4.18 **Antall personer per 1000 innbygger 75 år og eldre med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå.**
Data fra KPR per region og kommuner innad i helsefelleskapene 2019.



4.6 Forskjeller mellom helsefelleskap i bruk av ulike helse- og omsorgstjenester blant eldre personer med dårlig funksjonsnivå

Vi har utarbeidet et vedlegg til rapporten med en omfattende mengde informasjon om personer med dårlig funksjonsnivå sin bruk av ulike helse- og omsorgstjenester etter helsefelleskap. Noen av figurene inkluderer også alder. I denne rapporten gjengir vi et lite utvalg av disse figurene.

Figurene for funksjonsnivå viser grå søyler for personer med svært dårlig funksjonsnivå, og blå punkter for gruppen med dårlig funksjonsnivå dersom annet ikke er angitt. Det er ofte de med dårligst funksjonsnivå som har de mest omfattende tjenestebehovene. Tallene for bruk av helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand og korttidsopphold er eksklusive mottakere av langtidsopphold. Tall fra somatiske sykehus og allmennlegetjenester er også eksklusive disse personene.

Med hensyn til kommunale helse- og omsorgstjenester finner vi små forskjeller i andelen pasienter som mottar helsetjenester i hjemmet, men større forskjeller i andelen som mottar praktisk bistand, har hatt et eller flere korttidsopphold på institusjon og i andelen som har langtidsopphold på institusjon. De største forskjellene finner vi for andel med registrert legemiddelgjennomgang, ernæringskartlegging og ernæringsplan. Det er mulig at disse forskjellene i noen grad er knyttet til ulik registreringspraksis.

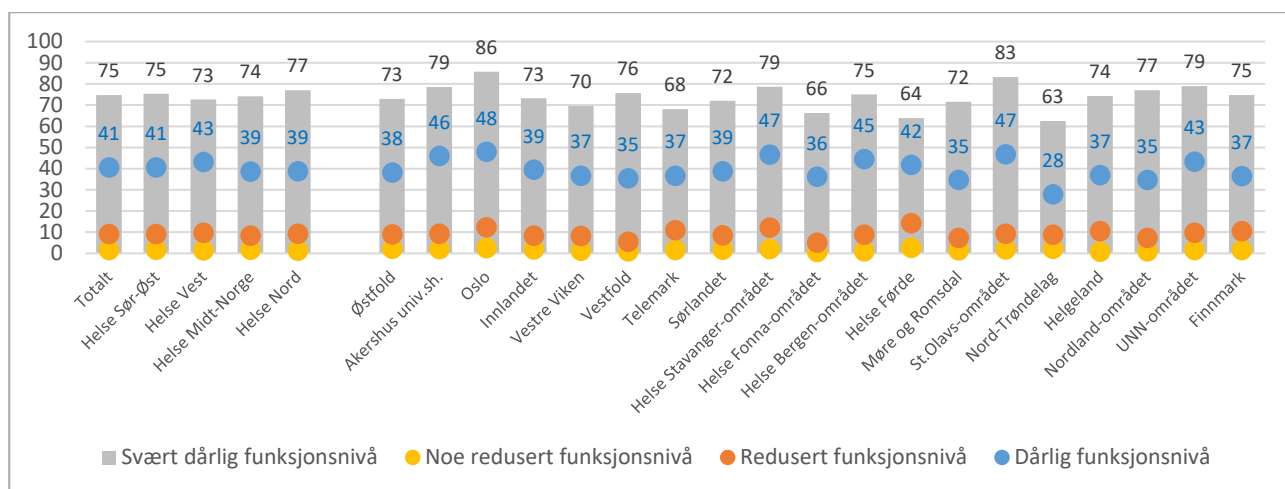
Det er jevnt over små forskjeller mellom regionene i hvor stor andel av personer med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå som har vært innlagt på sykehus siste år, eller innlagt for øyeblikkelig hjelp, men noe større forskjeller mellom helsefelleskapene. Personer i helsefelleskapene Førde og Finnmark har en noe lavere andel innlagt og innlagt for ø-hjelp enn andre helsefelleskap, men gjennomsnittlig antall innleggelses per pasient er på samme nivå som for andre helsefelleskap. Andelen pasienter som har hatt en eller flere reinnleggelses varierer fra 35 prosent i UNN-området til 48 prosent i Oslo og i Akershus

univitetssykehus sitt område. Andel pasienter med epikrise innen 1 dag varierer betydelig, fra 44 prosent i Sykehuset Innlandet sitt område til 78 prosent i Nordland-området.

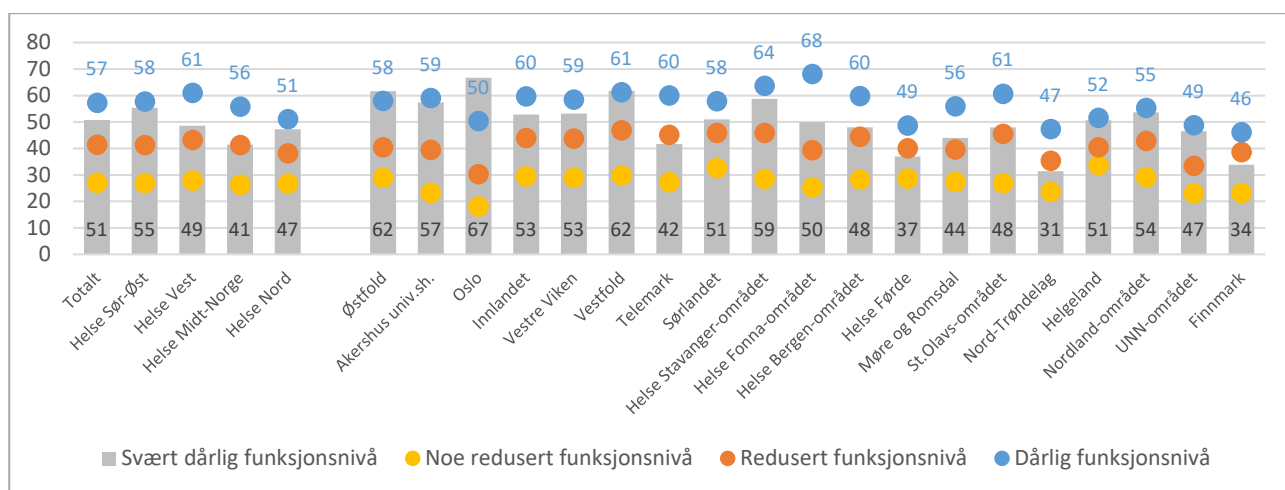
For bruk av fastlege og legevakt, finner vi kun små forskjeller i andelen pasienter med konsultasjon hos fastlege. Denne andelen er høy i alle helsefelleskap, men det er visse forskjeller i hvor ofte pasientene med dårligst funksjonsnivå har en konsultasjon hos fastlege (gjennomsnitt fra 2,8 til 4,7 konsultasjoner per pasient). For andel pasientene med sykebesøk finner vi betydelige forskjeller, og vi finner også forskjeller i andelen pasienter med konsultasjon hos legevakt.

4.7 Utvalgte figurer for helsefelleskap

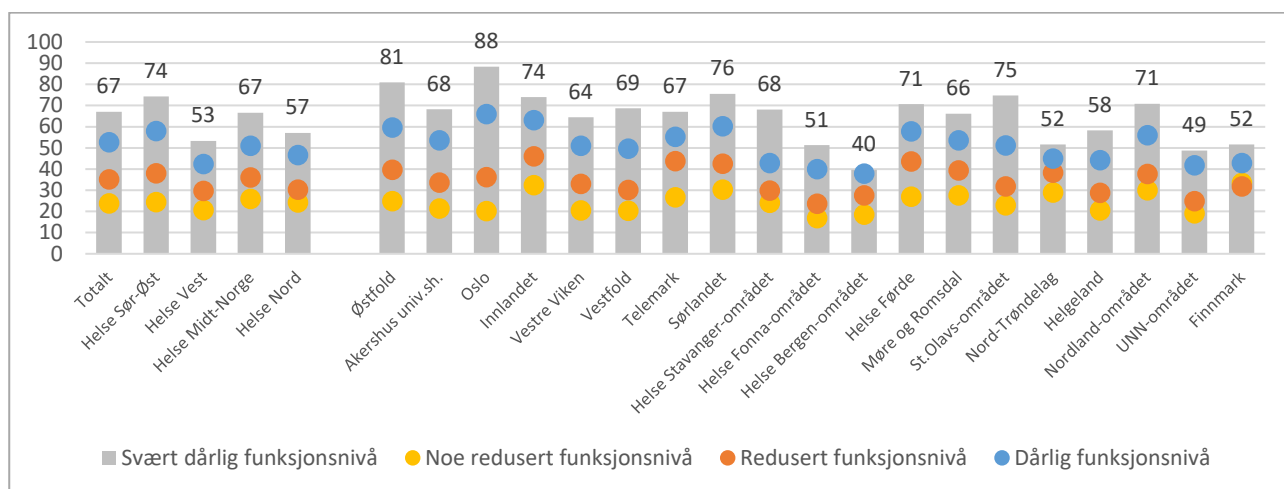
Figur 4.19 Andel personer 75 år og eldre med redusert funksjonsnivå som hadde langtidsopphold på institusjon. Data fra KPR etter funksjonsnivå og helsefelleskapene 2019.



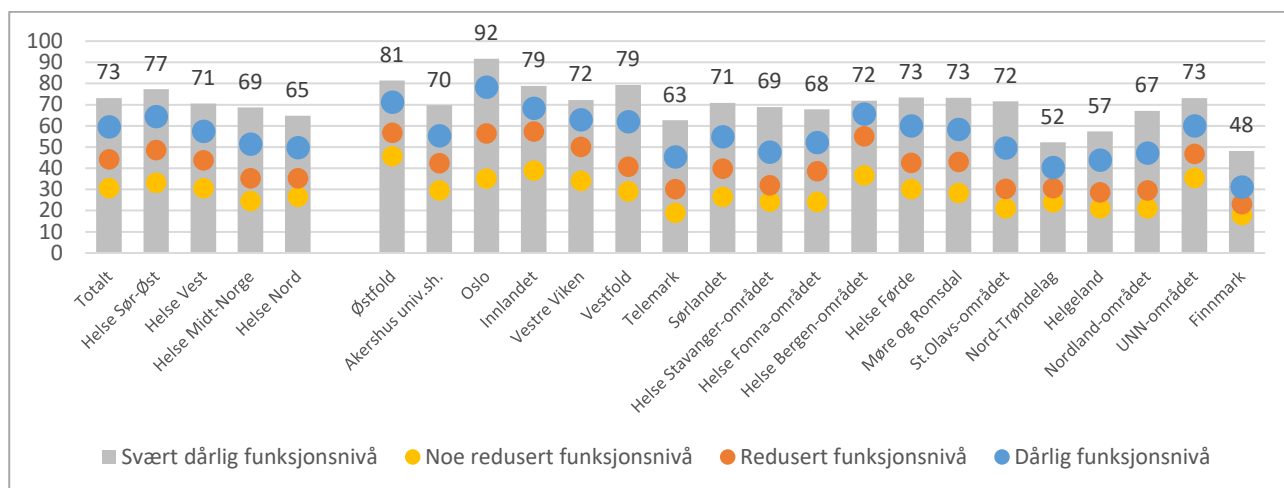
Figur 4.20 Andel personer 75 år og eldre med redusert funksjonsnivå som hadde et eller flere korttidsopphold på institusjon i løpet av året. Data fra KPR etter funksjonsnivå og helsefelleskapene 2019.



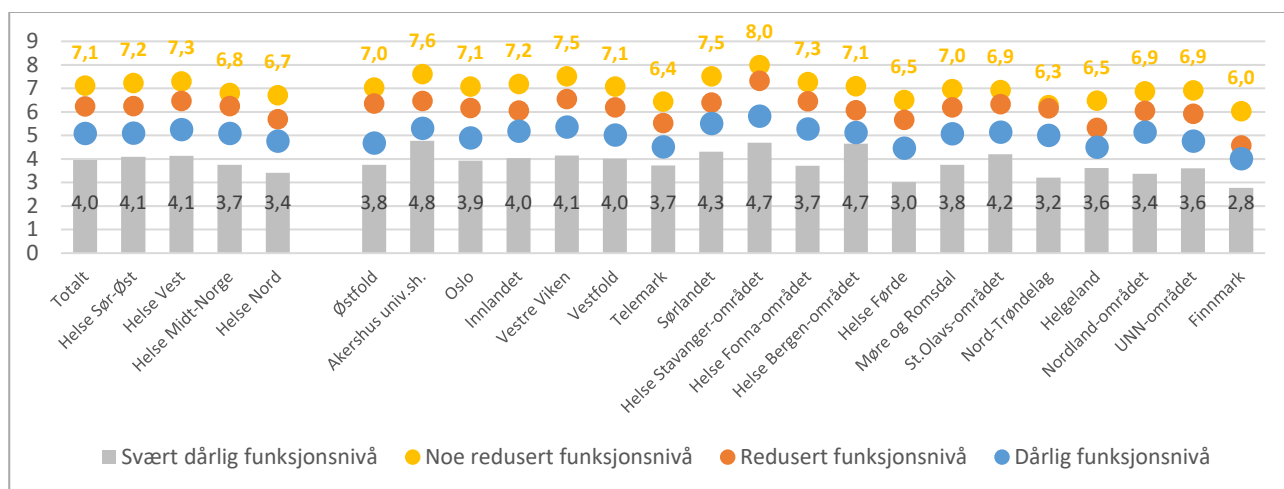
Figur 4.21 Andel personer 75 år og eldre med redusert funksjonsnivå som hadde minst en legemiddelgjennomgang i løpet av året. Data fra KPR etter funksjonsnivå og helsefelleskap 2019.



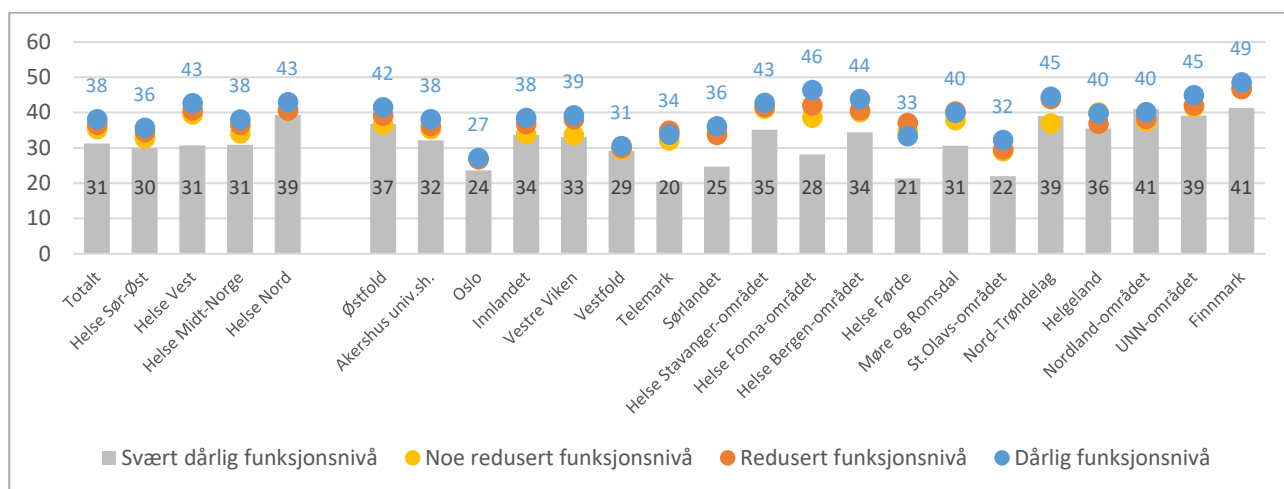
Figur 4.22 Andel personer 75 år og eldre med redusert funksjonsnivå hvor ernæringskartlegging ble registrert. Data fra KPR etter funksjonsnivå og helsefelleskap 2019.



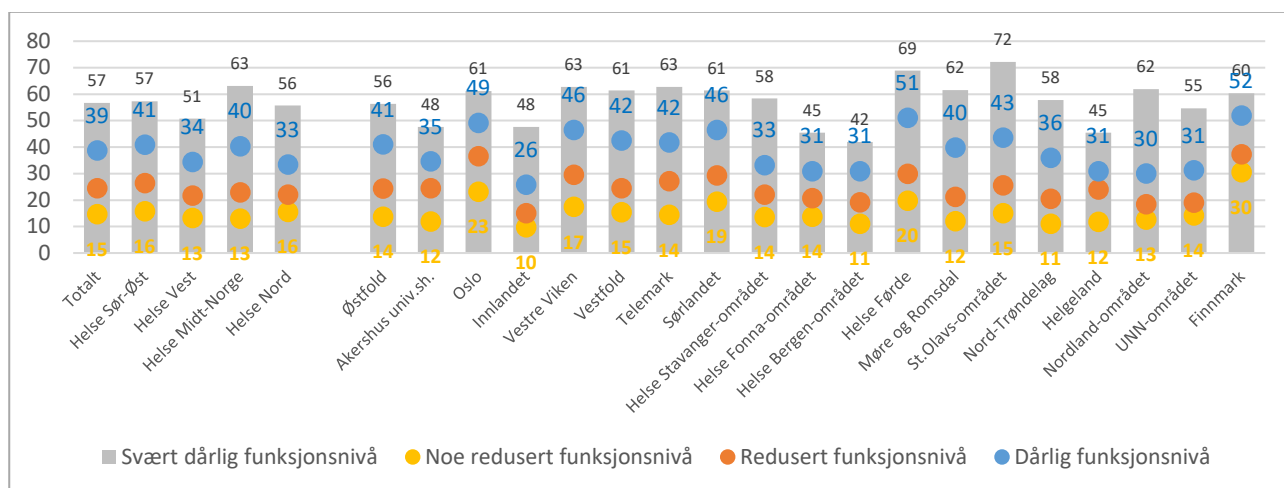
Figur 4.23 Gjennomsnittlig antall konsultasjoner hos fastlege per pasient 75 år og eldre med redusert funksjonsnivå. Data fra KPR etter funksjonsnivå og helsefelleskap 2019.



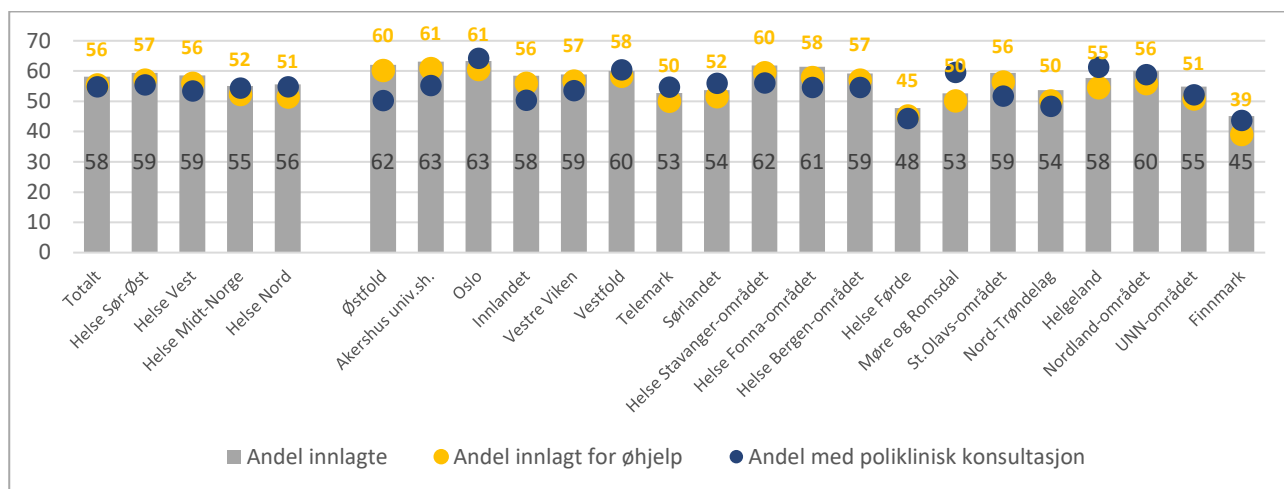
Figur 4.24 Andel personer 75 år og eldre med redusert funksjonsnivå som hadde konsultasjon hos legevakt. Data fra KPR etter funksjonsnivå og helsefelleskap 2019.



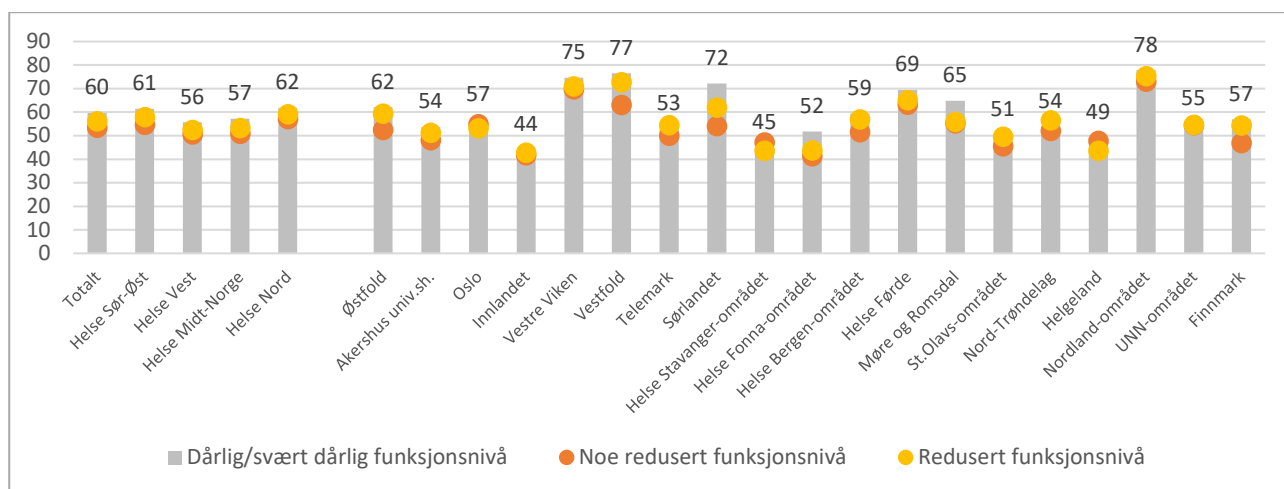
Figur 4.25 Andel personer 75 år og eldre med redusert funksjonsnivå som mottok sykebesøk av enten fastlege eller legevakt. Data fra KPR etter funksjonsnivå og helsefelleskap 2019.



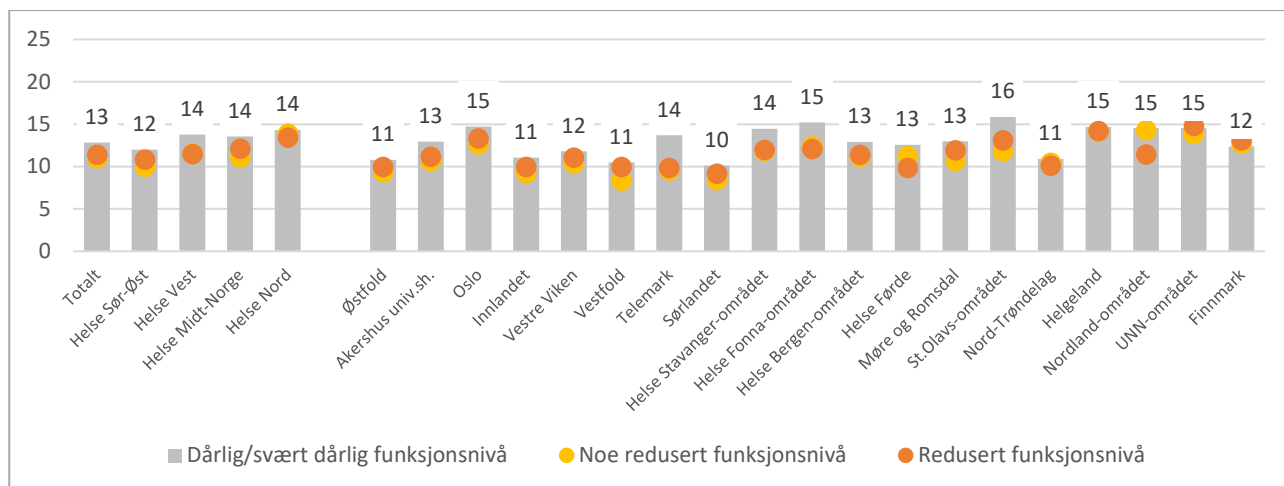
Figur 4.26 Andel personer 75 år og eldre med redusert funksjonsnivå som var innlagt på somatiske sykehus, innlagt for øhjelp eller hadde en poliklinisk konsultasjon. Data fra KPR og NPR etter funksjonsnivå og helsefelleskap 2019.



Figur 4.26 Andel av innlagte pasienter 75 år og eldre med redusert funksjonsnivå hvor epikrise ble sendt innen 1 dag etter utskrivning. Data fra KPR og NPR etter funksjonsnivå og helsefelleskap 2019.



Figur 4.27 Gjennomsnittlig liggetid per innlagte pasient 75 år og eldre med redusert funksjonsnivå. Data fra KPR og NPR etter funksjonsnivå og helsefelleskap 2019.



5. Vedlegg

Vedleggstabell 1: Kroniske sykdommer som inngår i definisjonen av kompleks multimorbiditet

Kronisk sykdom/tilstand:	Tilstandskode:	Organsystem (kapittel ICD-10)
Kreft	C00 -C97, D00-D09	2
Sykdommer i blod og bloddannende organer	D50-D77	3
Immunsykdommer	D80-D89, B20-B24	3
Forstyrrelser i skjoldbruskkjertel	E00-E07	4
Diabetes	E10-E14	4
Endokrine og metabolske sykdommer	E15-E16, E20-E35, E70-E90	4
Fedme	E66	4
Hyperlipidemi	E78	4
Cystisk fibrose	E84	4
Demens	F00-F03, G30-G32	5
Nevromuskulær sykdom	G10-G14, G20-G26, G35, G40-G41, G70-G73	6
Sykdommer med lammelser	G80-G83	6
Sykdommer i øyet (ekskl øyelokk)	H10-H59	7
Hypertensjon	I10-I15	9
Iskemiske hjertesykdommer	I20-I25	9
Hjertearytmi	I44-I49	9
Kongestiv hjertesvikt	I50	9
Hjernekar sykdommer	I60-I64, G45	9
Kroniske sykdommer i nedre luftveier	J40-J47	10
Inflammatorisk tarmsykdom	K50-K52	11
Irritabel tarm-syndrom	K58	11
Sykdommer i lever og galleblære	K70-K77, K80-K87	11
Inflammatoriske leddlidelser og systemiske bindevevssykdommer	M05-M14, M30-M36	13
Osteoporose	M80-M85	13
Kronisk nyresykdom	N18	14
Benign prostataobstruksjon	N40	14
Åpen sår hud	T01, S01, S11, S21, S31, S41, S51, S61, S71, S81, S91	19
Kunstig åpning (ettersyn og status)	Z43, Z93	21
Amputasjonstatus	Z89	21
Transplantasjon	Z940-Z944, Z948	21

Vedleggstabell 2: Diagnoser i definisjonen av alvorlig kompleks kronisk sykdom og moderat kompleks kronisk sykdom iht National Academy of Medicine.

Kompleks kronisk sykdom	Ikke-kompleks kronisk sykdom
Akutt hjerteinfarkt	Amputasjonsstatus
Iskemisk hjertesykdom	Inflammatoriske leddlidelser og systemiske bindevevssykdommer
Kronisk nyresykdom	Kunstig åpning (ettersyn og status)
Diabetes	Benign prostataobstruksjon
Demens	Kreft
Kroniske sykdommer i nedre luftveier	Cystisk fibrose
Hjertearytmi	Endokrine og metabolske sykdommer
Hjernerarsykdommer	Sykdommer i øyet (uten øyelokk..)
Psykiske lidelser	Sykdommer i blod og bloddannende organer
	Hyperlipidemi
	Hypertensjon
	Immunsykdommer
	Irritabel tarm-syndrom
	Sykdommer i lever og galleblære
	Nevromuskulær sykdom
	Osteoporose
	Sykdommer med lammelser
	Åpen sår hud
	Forstyrrelser i skjoldbruskkjertel
	Transplantasjon
	Rus

Vedleggstabell 3: Antall personer med kompleks multimorbiditet per 1000 innbyggere etter kommuner og alder. Data 2019.

Østfold	Totalt	60-79 år	80 år+	Akershus univ.sh.	Totalt	60-79 år	80 år+	Oslo (bydeler etter HF)	Totalt	60-79 år	80 år+	Innlandet	Totalt	60-79 år	80 år+
Halden	21	40	93	Ås	11	26	78	Lovisenberg	9	41	109	Lunner	13	27	70
Moss	19	37	93	Frogn	14	27	77	Diakonhjemmet	10	26	76	Hamar	17	32	83
Sarpsborg	21	41	98	Nesodden	10	22	72	OUS	19	46	122	Lillehammer	16	30	84
Fredrikstad	21	40	96	Aurskog-Høland	16	35	78	Akerhus univ.sh.	16	39	96	Gjøvik	16	36	76
Hvaler	22	31	96	Rælingen	10	25	89					Ringsaker	19	38	90
Indre Østfold	18	36	85	Enebakk	13	34	73					Løten	21	43	95
Skiptvet	18	30	75	Lørenskog	11	26	73					Stange	18	35	108
Rakkestad	25	44	114	Lillestrøm	12	30	66					Åsnes	25	39	93
Råde	24	40	92	Nittedal	11	28	54					Våler (Innlandet)	30	40	93
Våler (Viken)	18	41	115	Gjerdrum	11	30	34					Elverum	19	37	107
Vestby	14	29	79	Ullensaker	10	27	66					Trysil	24	36	119
Aremark og Marker	21	28	95	Nes (Akershus)	12	23	57					Åmot	22	52	68
Nordre Follo	13	28	76	Eidsvoll	14	37	57					Stor-Elvdal	26	46	88
				Nannestad	11	31	65					Tynset	14	25	49
				Hurdal	15	33	47					Alvdal	13	29	49
				Kongsvinger	25	45	98					Dovre	21	40	67
				Nord-Odal	25	47	80					Skjåk	18	32	66
				Sør-Odal	23	41	107					Lom	14	22	63
				Eidskog	27	46	86					Vågå	17	38	48
				Grue	25	41	64					Nord-Fron	17	33	66
												Sel	19	34	80
												Sør-Fron	16	35	35
												Ringebu	24	43	100
												Øyer	18	32	96
												Gausdal	16	28	75
												Østre Toten	14	27	62
												Vestre Toten	16	32	78
												Gran	14	25	76
												Søndre Land	19	34	82
												Nordre Land	17	26	75
												Sør-Aurdal	22	39	67
												Nord-Aurdal	15	26	69
												Vestre Slidre	20	39	73
												Øystre Slidre	14	23	78
												Andre kommuner	19	35	54
												Innlandet			

Vedleggstabell 3 forts.: Antall personer med kompleks multimorbiditet per 1000 innbyggere etter kommuner og alder. Data fra 2019.

Vestre Viken	Totalt	60-79 år	80 år+	Vestfold	Totalt	60-79 år	80 år+	Telemark	Totalt	60-79 år	80 år+	Sørlandet	Totalt	60-79 år	80 år+
Drammen	19	41	98	Horten	22	43	113	Porsgrunn	17	36	70	Risør	20	32	95
Kongsberg	18	35	108	Holmestrand	18	38	80	Skien	18	35	89	Grimstad	12	28	65
Ringerike	28	53	155	Tønsberg	18	38	98	Notodden	20	36	88	Arendal	17	33	89
Bærum	15	29	96	Sandefjord	18	37	90	Siljan	21	40	72	Kristiansand	12	28	74
Asker	15	32	90	Larvik	18	34	87	Bamble	17	37	75	Lindesnes	13	25	62
Hole	20	44	112	Færder	20	41	90	Kragerø	23	44	78	Farsund	21	45	103
Nesbyen	29	44	128					Drangedal	17	34	64	Flekkefjord	28	45	165
Gol	28	43	164					Nome	20	29	124	Gjerstad	18	26	92
Hemsedal	20	47	118					Midt-Telemark	17	38	83	Vegårshei	14	35	49
Ål	26	39	155					Tinn	19	36	63	Tvedestrand	19	39	67
Hol	20	34	105					Seljord	16	32	68	Froland	16	39	85
Sigdal	23	34	100					Kviteseid	16	44	25	Lillesand	14	27	74
Krødsherad	27	43	131					Tokke	16	35	40	Birkenes	16	45	79
Modum	24	42	128					Vinje	14	33	56	Evje og Hornnes	19	44	86
Øvre Eiker	19	41	100					Andre kommuner Telemark	20	32	107	Vennesla	13	32	79
Lier	16	37	106									Lyngdal	20	39	123
Flesberg	20	35	106									Kvinesdal	23	50	116
Nore og Uvdal	18	36	74									Andre kommuner Sørlandet	16	32	70
Jevnaker	27	54	138												

Vedleggstabell 3 forts.: Antall personer med kompleks multimorbiditet per 1000 innbyggere etter kommuner og alder. Data fra 2019.

Helse Stavanger-området	Totalt	60-79 år	80 år+	Helse Fonna-området	Totalt	60-79 år	80 år+	Helse Bergen-området	Totalt	60-79 år	80 år+	Helse Førde	Totalt	60-79 år	80 år+
Eigersund	16	35	90	Haugesund	16	37	93	Bergen	17	39	114	Kinn	20	42	95
Stavanger	14	32	111	Suldal	16	31	69	Voss	24	42	110	Høyanger	28	54	112
Sandenes	13	32	113	Sauda	19	40	62	Kvam	19	26	95	Vik	33	56	132
Sokndal	18	34	91	Tysvær	16	34	106	Samnanger	18	29	85	Sogndal	15	36	73
Lund	16	39	42	Karmøy	19	39	110	Bjørnafjorden	17	32	107	Lærdal	22	51	48
Bjerkreim	11	22	92	Vindafjord	13	27	64	Austevoll	22	36	137	Årdal	19	38	66
Hå	14	32	95	Etne	19	34	84	Øygarden	19	45	133	Luster	17	30	73
Klepp	16	34	141	Sveio	18	42	101	Askøy	16	37	106	Askvoll	20	35	76
Time	15	38	92	Bømlo	16	31	94	Vaksdal	35	50	166	Fjaler	24	37	115
Gjesdal	12	29	97	Stord	17	36	84	Osterøy	19	34	108	Sunnfjord	16	34	78
Sola	13	32	98	Fitjar	23	42	138	Alver	18	33	114	Bremanger	27	44	93
Randaberg	12	29	93	Tysnes	26	36	141	Austrheim	18	33	86	Stad	17	35	62
Strand	15	35	81	Kvinnherad	21	33	100	Gulen	13	22	56	Gloppen	21	40	97
Andre kommuner Stavanger	16	36	63	Ullensvang	25	45	98	Andre kommuner Helse Bergen	20	35	69	Stryn	19	43	83
				Andre kommuner Fonna	19	39	64					Andre kommuner Førde	20	36	82

Vedleggstabell 3 forts.: Antall personer med kompleks multimorbiditet per 1000 innbyggere etter kommuner og alder. Data fra 2019.

Møre og Romsdal	Totalt	60-79 år	80 år+	St.Olavs-området	Totalt	60-79 år	80 år+	Nord-Trøndelag	Totalt	60-79 år	80 år+	Helgeland	Totalt	60-79 år	80 år+
Kristiansund	20	40	96	Trondheim	13	32	93	Steinkjer	26	44	135	Brønnøy	19	41	108
Molde	22	40	128	Frøya	22	50	135	Namsos	32	56	174	Alstahaug	18	33	95
Ålesund	18	40	101	Oppdal	18	32	105	Meråker	23	40	105	Leirfjord	30	57	108
Vanylven	31	60	77	Rennebu	28	51	110	Stjørdal	17	33	103	Vefsn	29	50	147
Sande	16	28	87	Røros	15	29	63	Frosta	23	38	82	Hemnes	21	42	66
Herøy	21	42	106	Holtålen	18	30	77	Levanger	22	45	118	Rana	17	31	83
Ulstein	16	40	71	Midtre Gauldal	16	28	97	Verdal	21	45	92	Andre kommuner Helgeland	24	42	101
Hareid	18	40	85	Melhus	18	38	108	Snåase - Snåsa	27	51	105				
Ørsta	26	51	104	Skaun	13	31	84	Grong	35	58	131				
Stranda	22	41	99	Malvik	14	36	100	Overhalla	30	56	146				
Sykkylven	16	34	70	Selbu og Tydal	13	25	51	Inderøy	20	34	130				
Sula	14	29	79	Indre Fosen	19	32	97	Nærøysund	23	51	108				
Giske	19	46	90	Heim	23	37	124	Andre kommuner N-Trøndelag	34	55	133				
Vestnes	26	49	128	Hitra	23	47	122								
Rauma	27	51	110	Ørland	19	40	73								
Aukra	29	59	144	Åfjord	26	43	105								
Averøy	14	28	66	Orkland	23	39	125								
Gjemnes	21	41	100	Rindal	21	32	92								
Tingvoll	19	31	77												
Sunnadal	24	43	112												
Surnadal	27	46	150												
Smøla	27	50	85												
Aure	21	36	100												
Volda	18	35	91												
Fjord	24	26	119												
Hustadvika	22	45	110												

Vedleggstabell 3 forts.: Antall personer med kompleks multimorbiditet per 1000 innbyggere etter kommuner og alder. Data fra 2019.

Nordland-området	Totalt	60-79 år	80 år+	UNN-området	Totalt	60-79 år	80 år+	Finnmark	Totalt	60-79 år	80 år+	Nordland-området	Totalt	60-79 år	80 år+
Bodø	17	37	97	Narvik	21	39	93	Alta	12	30	61	Bodø	17	37	97
Meløy	23	44	97	Lødingen	33	51	102	Vardø	36	66	124	Meløy	23	44	97
Saltdal	20	36	67	Tromsø	16	39	116	Vadsø	29	61	132	Saltdal	20	36	67
Fauske - Fuosko	19	34	85	Harstad	24	45	138	Hammerfest	21	56	90	Fauske - Fuosko	19	34	85
Steigen	21	33	61	Kvæfjord	30	52	135	Kautokeino	10	20	17	Steigen	21	33	61
Vestvågøy	25	50	112	Tjeldsund	34	57	137	Nordkapp	16	32	77	Vestvågøy	25	50	112
Vågan	16	32	62	Bardu	16	37	73	Porsanger	19	41	47	Vågan	16	32	62
Hadsel	24	44	91	Salangen	25	56	45	Karasjok	12	27	33	Hadsel	24	44	91
Bø (Nordland)	26	41	96	Målselv	18	38	97	Tana	27	66	70	Bø (Nordland)	26	41	96
Øksnes	14	32	59	Sørreissa	20	45	82	Båtsfjord	21	50	127	Øksnes	14	32	59
Sortland - Suortá	14	29	57	Senja	20	36	81	Sør-Varanger	28	63	122	Sortland - Suortá	14	29	57
Andøy	17	35	43	Balsfjord	23	36	110	Andre kommuner Finnmark	26	56	66	Andøy	17	35	43
Hamarøy	9	17	24	Karlsøy	31	44	161					Hamarøy	9	17	24
Andre kommuner Nordland	24	45	71	Lyngen	13	21	53					Andre kommuner Nordland	24	45	71
				Kåfjord	25	34	89								
				Skjervøy	21	37	113								
				Nordreisa	18	36	88								
				Andre kommuner UNN	29	46	111								

Vedleggstabell 4: Antall personer med dårlig og svært dårlig funksjonsnivå per 1000 innbyggere 75 år og eldre etter helsefelleskap og kommune. Data 2019.

Østfold	Akershus univ.sh.	Oslo (bydeler)	Innlandet	Vestre Viken	Vestfold	Telemark							
Halden	153	Ås	99	Lovisenberg	163	Lunner	105	Drammen	115	Horten	151	Porsgrunn	122
Moss	98	Frogn	118	Diakonhjemmet	127	Hamar	149	Kongsberg	132	Holmestrand	134	Skien	139
Sarpsborg	152	Nesodden	120	OUS	175	Lillehammer	156	Ringerike	144	Tønsberg	149	Notodden	144
Fredrikstad	159	Aurskog-Høland	138	Akerhus univ.sh.	142	Gjøvik	158	Bærum	147	Sandefjord	126	Siljan	102
Hvaler	74	Rælingen	84			Ringsaker	143	Asker	114	Larvik	134	Bamble	131
Indre Østfold	139	Enebakk	140			Løten	98	Hole	150	Færder	122	Kragerø	148
Skiptvet	183	Lørenskog	87			Stange	151	Nesbyen	141			Drangdedal	150
Rakkestad	179	Lillestrøm	113			Åsnes	144	Gol	81			Nome	162
Råde	129	Nittedal	89			Våler	148	Hemsedal	185			Midt-Telemark	152
Våler	115	Gjerdrum	114			Elverum	153	Ål	113			Tinn	143
Vestby	108	Ullensaker	129			Trysil	164	Hol	187			Seljord	188
Aremark og Marker	122	Nes (Akershus)	116			Åmot	201	Sigdal	128			Kviteseid	138
Nordre Follo	112	Eidsvoll	168			Stor-Elvdal	149	Krødsherad	144			Tokke	181
		Nannestad	123			Tynset	200	Modum	149			Vinje	183
		Hurdal	167			Alvdal	153	Øvre Eiker	106			Andre*	106
		Kongsvinger	152			Dovre	135	Lier	143				
		Nord-Odal	156			Skjåk	154	Flesberg	109				
		Sør-Odal	151			Lom	143	Nore og Uvdal	186				
		Eidskog	135			Vågå	131	Jevnaker	127				
		Grue	151			Nord-Fron	107	Andre*	143				
						Sel	176						
						Sør-Fron	150						
						Ringebu	131						
						Øyer	177						
						Gausdal	177						
						Østre Toten	154						
						Vestre Toten	135						
						Gran	163						
						Søndre Land	139						
						Nordre Land	177						
						Sør-Aurdal	177						
						Nord-Aurdal	131						
						Vestre Slidre	144						
						Øystre Slidre	175						
						Andre*	170						

Vedleggstabell 4 forts.: Antall personer med dårlig og svært dårlig funksjonsnivå per 1000 innbyggere 75 år og eldre etter helsefelleskap og kommune. Data fra KPR 2019.

Sørlandet	Helse Stavanger-området		Helse Fonna-området		Helse Bergen-området		Helse Førde		Møre og Romsdal		
Risør	117	Eigersund	167	Haugesund	140	Bergen	135	Kinn	181	Kristiansund	149
Grimstad	137	Stavanger	142	Suldal	122	Voss	190	Høyanger	160	Molde	139
Arendal	135	Sanden	115	Sauda	202	Kvam	129	Vik	170	Ålesund	159
Kristiansand	121	Sokndal	134	Tysvær	126	Samnanger	153	Sogndal	157	Vanylven	211
Lindesnes	125	Lund	160	Karmøy	150	Bjørnafjorden	136	Lærdal	187	Sande	257
Farsund	171	Bjerkreim	149	Vindafjord	164	Austevoll	195	Årdal	75	Herøy	168
Flekkefjord	155	Hå	82	Etne	104	Øygarden	136	Luster	172	Ulstein	121
Gjerstad	97	Klepp	125	Sveio	142	Askøy	91	Askvoll	122	Hareid	201
Vegårshei	186	Time	108	Bømlo	140	Vaksdal	194	Fjaler	97	Ørsta	218
Tvedestrand	181	Gjesdal	121	Stord	143	Osterøy	123	Sunnfjord	158	Stranda	158
Froland	117	Sola	111	Fitjar	198	Alver	143	Bremanger	124	Sykkylven	193
Lillesand	101	Randaberg	122	Tysnes	151	Austrheim	117	Stad	153	Sula	123
Birkenes	155	Strand	156	Kvinnherad	180	Gulen	160	Gloppen	191	Giske	144
Evje og Hornnes	150	Andre*	134	Ullensvang	142	Andre*	164	Stryn	179	Vestnes	225
Vennesla	155			Andre*	168			Andre*	147	Rauma	199
Lyngdal	179									Aukra	143
Kvinesdal	136									Averøy	138
Andre*	155									Gjemnes	169
										Tingvoll	143
										Sunnadal	164
										Surnadal	149
										Smøla	150
										Aure	139
										Volda	139
										Fjord	178
										Hustadvika	173

Vedleggstabell 4 forts.: Antall personer med dårlig og svært dårlig funksjonsnivå per 1000 innbyggere 75 år og eldre etter helsefelleskap og kommune. Data fra KPR 2019.

St.Olavs-området		Nord-Trøndelag		Helgeland		Nordland-området		UNN-området		Finnmark	
Trondheim	156	Steinkjer	127	Brønnøy	171	Bodø	145	Narvik	192	Alta	127
Frøya	221	Namsos	131	Alstahaug	123	Meløy	193	Lødingen	151	Vardø	124
Oppdal	130	Meråker	181	Leirfjord	195	Saltdal	139	Tromsø	158	Vadsø	129
Rennebu	146	Stjørdal	129	Vefsn	181	Fauske - Fuosko	138	Harstad	141	Hammerfest	178
Røros	159	Frosta	176	Hemnes	154	Steigen	201	Kvæfjord	185	Kautokeino	142
Holtålen	142	Levanger	97	Rana	134	Vestvågøy	142	Tjeldsund	118	Nordkapp	170
Midtre Gauldal	181	Verdal	127	Andre*	166	Vågan	171	Bardu	152	Porsanger	187
Melhus	124	Snåase - Snåsa	147			Hadsel	140	Salangen	145	Karasjok	263
Skaun	70	Grong	165			Bø (Nordland)	169	Målselv	195	Tana	162
Malvik	140	Overhalla	200			Øksnes	161	Sørreissa	130	Båtsfjord	142
Selbu og Tydal	149	Inderøy	141			Sortland - Suortá	171	Senja	193	Sør-Varanger	151
Indre Fosen	186	Nærøysund	167			Andøy	168	Balsfjord	162	Andre*	146
Heim	41	Andre*	158			Hamarøy	95	Karlsøy	142		
Hitra	162					Andre*	166	Lyngen	146		
Ørland	147							Kåfjord	72		
Åfjord	177							Skjervøy	158		
Orkland	127							Nordreisa	144		
Rindal	196							Andre*	155		

Vedleggstabell 5: Kommuner og helsefelleskap

Helsefelleskap	Kommune-nr 2020	Kommunenavn 2020	Evt. kommentar
Østfold	3001	Halden	
	3002	Moss	
	3003	Sarpsborg	
	3004	Fredrikstad	
	3011	Hvaler	
	3012	Aremark	
	3013	Marker	
	3014	Indre Østfold	
	3015	Skiptvet	
	3016	Rakkestad	
	3017	Råde	
	3018	Våler (Viken)	
	3019	Vestby	
Akershus universitetssykehus	3020	Nordre Follo	
	3021	Ås	
	3022	Frogn	
	3023	Nesodden	
	3026	Aurskog-Høland	
	3027	Rælingen	
	3028	Enebakk	
	3029	Lørenskog	
	3030	Lillestrøm	
	3031	Nittedal	
	3032	Gjerdrum	
	3033	Ullensaker	
	3034	Nes (Akershus)	
	3035	Eidsvoll	
	3036	Nannestad	
	3037	Hurdal	
	3401	Kongsvinger	
	3414	Nord-Odal	
	3415	Sør-Odal	
	3416	Eidskog	
3417	Grue		
Oslo	301	Oslo	Bydeler Lovisenberg: 1, 2, 4 Bydeler Diakonhjemmet: 5, 6 og 7 Bydeler OUS; 3,8,9, 13, 14, 15, 16, 17 og 99 Bydeler Akershus: 10, 11, 12
Innlandet	3054	Lunner	
	3403	Hamar	
	3405	Lillehammer	
	3407	Gjøvik	
	3411	Ringsaker	
	3412	Løten	
	3413	Stange	
	3418	Åsnes	
	3419	Våler (Innlandet)	
	3420	Elverum	
	3421	Trysil	
	3422	Åmot	
	3423	Stor-Elvdal	
	3424	Rendalen	
	3425	Engerdal	
	3426	Tolga	
	3427	Tynset	
	3428	Alvdal	
	3429	Folldal	
	3430	Os (Innlandet)	
3431	Dovre		

Vedleggstabell 5 forts. – Kommuner og helsefelleskap

Helsefelleskap	Kommune-nr 2020	Kommunenavn 2020	Evt. kommentar
Innlandet forts.	3432	Lesja	
	3433	Skjåk	
	3434	Lom	
	3435	Vågå	
	3436	Nord-Fron	
	3437	Sel	
	3438	Sør-Fron	
	3439	Ringebu	
	3440	Øyer	
	3441	Gausdal	
	3442	Østre Toten	
	3443	Vestre Toten	
	3446	Gran	
	3447	Søndre Land	
	3448	Nordre Land	
	3449	Sør-Aurdal	
	3450	Etnedal	
	3451	Nord-Aurdal	
3452	Vestre Slidre		
3453	Øystre Slidre		
3454	Vang		
Vestre Viken	3005	Drammen	
	3006	Kongsberg	
	3007	Ringerike	
	3024	Bærum	
	3025	Asker	
	3038	Hole	
	3039	Flå	
	3040	Nesbyen	
	3041	Gol	
	3042	Hemsedal	
	3043	Ål	
	3044	Hol	
	3045	Sigdal	
	3046	Krødsherad	
	3047	Modum	
	3048	Øvre Eiker	
	3049	Lier	
	3050	Flesberg	
3051	Rollag		
3052	Nore og Uvdal		
3053	Jevnaker		
Vestfold	3801	Horten	
	3802	Holmestrand	Holmestrand samarbeider med både Vestfold og Vestre Viken etter sammenslåing av Sande og Holmestrand.
	3803	Tønsberg	
	3804	Sandefjord	
	3805	Larvik	
	3811	Færder	
Telemark	3806	Porsgrunn	
	3807	Skien	
	3808	Notodden	
	3812	Siljan	
	3813	Bamble	
	3814	Kragerø	
	3815	Drangdalen	
	3816	Nome	
3817	Midt-Telemark		
3818	Tinn		

Vedleggstabell 5 forts. – Kommuner og helsefellesskap

Helsefellesskap	Kommunenr 2020	Kommunenavn 2020	Evt. kommentar
Telemark forts.	3819	Hjartdal	
	3820	Seljord	
	3821	Kviteseid	
	3822	Nissedal	
	3823	Fyresdal	
	3824	Tokke	
Sørlandet	3825	Vinje	
	4201	Risør	
	4202	Grimstad	
	4203	Arendal	
	4204	Kristiansand	
	4205	Lindesnes	
	4206	Farsund	
	4207	Flekkefjord	
	4211	Gjerstad	
	4212	Vegårshei	
	4213	Tvedestrand	
	4214	Froland	
	4215	Lillesand	
	4216	Birkenes	
	4217	Åmli	
	4218	Iveland	
	4219	Evje og Hornnes	
	4220	Bygland	
	4221	Valle	
	4222	Bykle	
	4223	Vennesla	
	4224	Åseral	
4225	Lyngdal		
4226	Hægebostad		
4227	Kvinesdal		
4228	Sirdal		
Helse Stavanger	1101	Eigersund	
	1103	Stavanger	
	1108	Sanden	
	1111	Sokndal	
	1112	Lund	
	1114	Bjerkreim	
	1119	Hå	
	1120	Klepp	
	1121	Time	
	1122	Gjesdal	
	1124	Sola	
	1127	Randaberg	
	1130	Strand	
	1133	Hjelmeland	
1144	Kvitsøy		
Helse Fonna	1106	Haugesund	
	1134	Suldal	
	1135	Sauda	
	1145	Bokn	
	1146	Tysvær	
	1149	Karmøy	
	1151	Utsira	
	1160	Vindafjord	
	4611	Etne	
	4612	Sveio	
4613	Bømlo		

Vedleggstabell 5 forts. – Kommuner og helsefelleskap

Helsefelleskap	Kommunenr 2020	Kommunenavn 2020	Evt. kommentar
Helse Fonna forts.	4614	Stord	
	4615	Fitjar	
	4616	Tysnes	
	4617	Kvinnherad	
	4618	Ullensvang	
	4619	Eidfjord	
Helse Bergen	4601	Bergen	
	4620	Ulvik	
	4621	Voss	
	4622	Kvam	
	4623	Samnanger	
	4624	Bjørnafjorden	
	4625	Austevoll	
	4626	Øygarden	
	4627	Askøy	
	4628	Vaksdal	
	4629	Modalen	
	4630	Osterøy	
	4631	Alver	
	4632	Austrheim	
	4633	Fedje	
4634	Masfjorden		
	4635	Gulen	
Helse Førde	4602	Kinn	
	4636	Solund	
	4637	Hyllestad	
	4638	Høyanger	
	4639	Vik	
	4640	Sogndal	
	4641	Aurland	
	4642	Lærdal	
	4643	Årdal	
	4644	Luster	
	4645	Askvoll	
	4646	Fjaler	
	4647	Sunnfjord	
	4648	Bremanger	
	4649	Stad	
4650	Gloppen		
	4651	Stryn	
Møre og Romsdal	1505	Kristiansund	
	1506	Molde	
	1507	Ålesund	
	1511	Vanylven	
	1514	Sande	
	1515	Herøy	
	1516	Ulstein	
	1517	Hareid	
	1520	Ørsta	
	1525	Stranda	
	1528	Sykkylven	
	1531	Sula	
	1532	Giske	
	1535	Vestnes	
	1539	Rauma	
1547	Aukra		
1554	Averøy		
1557	Gjemnes		

Vedleggstabell 5 forts. – Kommuner og helsefelleskap

Helsefelleskap	Kommunenr 2020	Kommunenavn 2020	Evt. kommentar
Møre og Romsdal forts.	1560	Tingvoll	
	1563	Sunnadal	
	1566	Surnadal	
	1573	Smøla	
	1576	Aure	
	1577	Volda	Etter kommunesammenslåing flytter Hornindal (Volda fra 2020) fra Helse Førde (Helse Vest) til Helse Møre og Romsdal
	1578	Fjord	
	1579	Hustadvika	
St. Olavs hospital	5001	Trondheim	
	5014	Frøya	
	5021	Oppdal	
	5022	Rennebu	
	5025	Rørøs	Samarbeider også med Innlandet
	5026	Holtålen	Samarbeider også med Innlandet
	5027	Midtre Gauldal	
	5028	Melhus	
	5029	Skaun	
	5031	Malvik	
	5032	Selbu	Samarbeider også med Nord-Trøndelag
	5033	Tydal	Samarbeider også med Nord-Trøndelag
	5054	Indre Fosen	
	5055	Heim	Samarbeider også med Møre og Romsdal (Kristiansund)
	5056	Hitra	
	5057	Ørland	
	5058	Åfjord	Leksvik og Roan (Åfjord) flytter fra Helse Nord-Trøndelag til St. Olavs hospital fra 2020
	5059	Orkland	
	5061	Rindal	
N-Trøndelag	5006	Steinkjer	
	5007	Namsos	
	5020	Osen	
	5034	Meråker	Samarbeider også med St. Olavs
	5035	Stjørdal	Samarbeider også med St. Olavs
	5036	Frosta	
	5037	Levanger	
	5038	Verdal	
	5041	Snåase - Snåsa	
	5042	Lierne	
	5043	Raarvihke - Røyrvik	
	5044	Namsskogan	
	5045	Grong	
	5046	Høylandet	
	5047	Overhalla	
	5049	Flatanger	
	5052	Leka	
	5053	Inderøy	
	5060	Nærøysund	
	Helgeland	1811	Bindal
1812		Sømna	
1813		Brønnøy	
1815		Vega	
1816		Vevelstad	
1818		Herøy (Nordland)	
1820		Alstahaug	
1822	Leirfjord		

Vedleggstabell 5 – Definisjon av helsefellesskap

Helsefellesskap	Kommunenr 2020	Kommunenavn 2020	Evt. Kommentar
Helgeland forts.	1824	Vefsn	
	1825	Grane	
	1826	Hattfjelldal	
	1827	Dønna	
	1828	Nesna	
	1832	Hemnes	
	1833	Rana	
	1834	Lurøy	
	1835	Træna	
	1836	Rødøy	
Nordland	1804	Bodø	
	1837	Meløy	
	1838	Gildeskål	
	1839	Beiarn	
	1840	Saltdal	
	1841	Fauske - Fuosko	
	1845	Sørfold	
	1848	Steigen	
	1856	Røst	
	1857	Værøy	
	1859	Flakstad	
	1860	Vestvågøy	
	1865	Vågan	
	1866	Hadsel	
	1867	Bø (Nordland)	
	1868	Øksnes	
	1870	Sortland - SuortÅi	
	1871	Andøy	
1874	Moskenes		
1875	Hamarøy		
UNN	1806	Narvik	
	1851	Lødingen	
	1853	Evenes	
	5401	Tromsø	
	5402	Harstad	
	5411	Kvæfjord	
	5412	Tjeldsund	
	5413	Ibestad	
	5414	Gratangen	
	5415	Lavangen	
	5416	Bardu	
	5417	Salangen	
	5418	Målselv	
	5419	Sørreissa	
	5420	Dyrøy	
	5421	Senja	
	5422	Balsfjord	
	5423	Karlsøy	
	5424	Lyngen	
	5425	Storfjord	
	5426	Kåfjord	
5427	Skjervøy		
5428	Nordreisa		
5429	Kvænangen		

Vedleggstabell 5 – Definisjon av helsefellesskap

Helsefellesskap	Kommunenr 2020	Kommunenavn 2020	Evt. kommentar
Finnmark	5403	Alta	
	5404	Vardø	
	5405	Vadsø	
	5406	Hammerfest	
	5430	Kautokeino	
	5432	Loppa	
	5433	Hasvik	
	5434	Måsøy	
	5435	Nordkapp	
	5436	Porsanger	
	5437	Karasjok	
	5438	Lebesby	
	5439	Gamvik	
	5440	Berlevåg	
	5441	Tana	
	5442	Nesseby	
5443	Båtsfjord		
5444	Sør-Varanger		

Etter kommunesammenslåingene i 2020, er det noen kommuner som samarbeider med flere helsefellesskap. Kommunene i Værnes-regionen samarbeider med både St. Olavs hospital og helse Nord-Trøndelag, Fjell-regionen i Trøndelag deltar i både St. Olavs helsefellesskap og i Innlandets helsefellesskap. Når vi lager styringsinformasjon og statistikk, så er det likevel nødvendig å ta utgangspunkt i gjensidig utelukkende kategorier. Dette innebærer at en kommune kan ikke inngå flere steder. I våre tall inngår derfor Holmestrand i Vestfold helsefellesskap. Meråker og Stjørdal inngår i Nord-Trøndelag helsefellesskap, mens Selbu og Tydalen inngår i St. Olavs helsefellesskap. Røros og Holtålen inngår i St. Olavs helsefellesskap. Vi presiserer at dette gjelder kun statistikken.

Styringsinformasjon til helsefelleskapene

Utgitt

mai 2021

Forfatter:

Beate M. Huseby

Bestillingsnummer

IS-2997

Utgitt av

Helsedirektoratet

Telefon: 47 47 20 20

(fra utlandet: +47 477 06 366)

Oslo

Helsedirektoratet

Postadresse

Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo

Besøksadresse

Vitaminveien 4, 0483 Oslo

Trondheim

Helsedirektoratet

avd. Helseregistre

avd. Komparativ statistikk og
styringsinformasjon

Postboks 6173, Torgarden

7435 Trondheim

Besøksadresse

Forsidefoto

© Mostphotos

Design

Itera as

www.helsedirektoratet.no