

Bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester blant personer med demens

Først publisert: 31. januar 2023

Siste faglige endring: 31. januar 2023

Innhold

1. Sammendrag	3
2. Innledning	5
3. Datagrunnlaget	7
4. Beskrivelse av utvalget	14
5. Tjenestemottakere med demens av befolkningen i 2017	16
6. Tjenestemottakere med og uten demensdiagnose i 2017	19
7. Bruk av tjenester 2017-2020	21
8. Mottakere av heldøgns omsorg 2017-2020	24
9. Bruk av tjenester i perioden 2017-2020 blant tjenestemottakerne i 2020	27
10. Bruk av tjenester i perioden 2017-2020 blant de som fikk heldøgns omsorg i 2020	31
11. Tjenester i siste fase av livet	34
12. Videre analyser	38
13. Vedlegg 1 - oversikt over inndeling av kommuner i Helsefellesskap	39
14. Vedlegg 2 - antall og andel mottakere av ulike tjenester 2017-2020	41

Sammendrag

Heldøgns omsorg var mer utbredt blant tjenestemottakerne med enn uten demensdiagnose i KPR i 2017, innenfor alle aldersgruppene. Blant de som hadde en demensdiagnose i KPR i 2017 hadde gjennomgående en høyere andel av kvinnene enn mennene mottatt heldøgns omsorg i perioden 2017-2020. Bruk av tjenester i hjemmet og tidsbegrensede institusjonstjenester var noe mer utbredt blant mennene enn kvinnene.

Bruk av tjenester i 2017 – oppstartsåret for analysen

I 2017 var totalt 41 855 personer registrert med en demensdiagnose i KPR-KUHR og/eller KPR-helse og omsorg. Av disse var 38 559 personer registrert som tjenestemottakere i KPR-helse og omsorg i 2017. Gjennomsnittsalderen var 84 år og 66 prosent var kvinner. Andelen tjenestemottakere med demensdiagnose i KPR av befolkningen var høyere blant kvinnene enn mennene, og forskjellen økte etter alder. I landet samlet var 13 prosent av befolkningen i alderen 80 år og eldre tjenestemottakere med demensdiagnose i KPR. Dette gjaldt 14 prosent av kvinnene og ti prosent av mennene.

Det var store forskjeller i bruk av tjenester mellom de som var registrert med demensdiagnose og andre tjenestemottakere i 2017. Personer med demens mottok i større grad heldøgns omsorg enn øvrige tjenestemottakere. Andelen av de med demensdiagnose som var på langtidsplass i institusjon var 40 prosentpoeng høyere enn for tjenestemottakerne uten demensdiagnose. Dette gjaldt alle aldersgruppene fra 67 år og oppover. Tjenestemottakerne uten demensdiagnose mottok i større grad hjemmetjenester og velferdsteknologiske tjenester enn de med demensdiagnose.

Bruk av tjenester 2017-2020 blant de som mottok tjenester i hvert av årene

Fra 2017 til 2020 ble utvalget på 41 855 personer nesten halvert som følge av død. Fordelingen i bruk av tjenester blant de som levde og var tjenestemottakere i hvert av årene, viser en klar økning i andelen på langtidsopphold i institusjon. Samtidig ble andelen mottakere av hjemmetjenester redusert. Det var også en nedgang i andelen som mottok tidsbegrensede institusjonstjenester, mens det var mindre endringer i andelen som mottok velferdsteknologi og boligtilbud. Det var en høyere andel av kvinnene enn mennene som hadde langtidsopphold i institusjon eller et boligtilbud i kommunen. Mennene hadde i større grad enn kvinnene tjenester i hjemmet eller tidsbegrensede institusjonstjenester.

Innføringen av rapportering av heldøgntjenestetilbud i kommunen i 2019, som skal fange opp heldøgntjenestetilbud gitt til personer som ikke er på langtidsopphold i institusjon, medførte noe underrapportering. Innføringen gjør også at mottak av heldøgns omsorg vil være definert noe annerledes i 2017-2018 enn 2019-2020. Andelen av tjenestemottakerne som hadde mottatt heldøgns omsorg i 2017 var 61 prosent. I 2020 var andelen 76 prosent. De klart fleste av disse hadde langtidsopphold i institusjon. Andelen som hadde mottatt heldøgns omsorg var alle årene høyere blant kvinnene enn mennene.

Bruk av tjenester 2017-2020 blant tjenestemottakerne i 2020

Av utvalget på 41 855 personer i 2017, mottok 20 858 personer omsorgstjenester i 2020. De fleste av disse, ni av ti, fikk også helse- og omsorgstjenester i 2017. Det var en høyere andel kvinner enn menn som også mottok tjenester i 2017. Det kan indikere at kvinnene hadde tjenester over en lengre periode enn mennene. I løpet av perioden var det en dreining fra å motta tjenester i hjemmet til langtidsopphold på institusjon. Blant de som var tjenestemottakere i 2020, økte andelen på langtidsopphold i institusjon fra én av tre i 2017 til to av tre i 2020.

Til sammen 40 prosent av tjenestemottakerne i 2020 mottok heldøgns omsorg i 2017. Det var en høyere andel av kvinnene enn mennene som mottok heldøgns omsorg alle år. Fra 2017 til 2020 økte antall mottakere av heldøgns omsorg med 87 prosent. Den prosentvise økningen var høyere for mennene enn kvinnene.

Bruk av tjenester 2017-2020 blant de som mottok heldøgns omsorg i 2020

I 2020 var det 15 797 personer av utvalget som mottok heldøgns omsorg. Av disse hadde om lag halvparten heldøgns omsorg i 2017. Allerede i 2017 hadde 44 prosent langtidsopphold i institusjon. Av de som fikk heldøgns omsorg i 2020, mottok 29 prosent også hjemmetjenester i løpet samme år. Videre hadde 66 prosent hjemmetjenester i 2017.

Av kvinnene som mottok heldøgns omsorg i 2020, hadde over halvparten heldøgns omsorg også 2017. For mennene var tilsvarende andel 43 prosent. Det var en høyere andel av mennene med heldøgns omsorg i 2020, som fikk hjemmetjenester og tidsbegrensede institusjonstjenester samme år enn for kvinnene. Dette tyder på mennene i noe større grad enn kvinnene, var hjemmeboende i løpet av året de mottok heldøgns omsorg.

Bruk av tjenester siste fase av livet

Av utvalget døde 4 990 personer i 2020. Av disse mottok om lag ni av ti heldøgns omsorg i 2020, og 55 prosent hadde heldøgns omsorg i 2017. Overgangen til heldøgns omsorg frem mot året de døde, var hovedsakelig i form av langtidsopphold i institusjon. Av de som døde i 2020, var 83 prosent på langtidsopphold i institusjon i 2020, mens 74 prosent var det året før de døde. I 2017 hadde litt under halvparten langtidsopphold i institusjon.

I året de døde (2020) var det liten forskjell mellom kvinner og menn i andelen som mottok heldøgns omsorg totalt. Det var en høyere andel menn enn kvinner som mottok hjemmetjenester, velferdsteknologi og tidsbegrensede institusjonstjenester samme år. Det kan tyde på at mennene i større grad enn kvinnene også var hjemmeboende det året de døde. Videre var det en høyere andel av kvinnene enn mennene som var tjenestemottakere i 2017, og det var en høyere andel av kvinnene enn mennene som mottok heldøgns omsorg allerede i 2017. Resultatet indikerer at kvinnene hadde tjenester, og heldøgns omsorg, i en lengre periode enn mennene før de døde.

Innledning

Helsedirektoratet har fått oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å følge opp rapportering av heldøgns omsorg i statistikk, forskning og tilskuddsforvaltning. Videre skal Helsedirektoratet utvikle analyser og innhente systematisk informasjon om overganger innenfor de kommunale omsorgstjenestene. Denne rapporten belyser siste del av oppdraget, og det ble etter en intern forankring med Helse- og omsorgsdepartementet besluttet å se på bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester blant personer med demens.

Personer som er registrert med en demensdiagnose i 2017 i Kommunalt pasient og brukerregister (KPR) utgjør utvalget i analysen. Formålet med rapporten er å gi en deskriptiv analyse av bruk av kommunale helse-omsorgstjenester for denne gruppen i perioden 2017-2020. Rapporten viser variasjoner hovedsakelig etter kjønn og alder. Fra og med 2019 ble det innført en egen registrering av heldøgns tjenestetilbud i KPR, og det har vært et mål å ha særlig fokus på nettopp bruk av heldøgns omsorg. Men på grunn av underrapportering ved innføringen av registrering av heldøgns tjenestetilbud, har vi valgt å ha en noe bredere tilnærming. I rapporten inngår både bruk av heldøgns omsorg, samt andre kommunale helse- og omsorgstjenester.

Definisjon av demens^[1]

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer demens slik det er uttrykt i «the International Classification of Diseases» (ICD-10) der følgende seks betingelser må være oppfylt:

1. Hukommelsen må være betydelig dårligere enn hva den var tidligere i livet, og spesielt gjelder dette hukommelsen for informasjon og egenopplevde hendelser i nær fortid.^[2]
2. Minst én annen kognitiv funksjon, for eksempel orienteringsevne i tid eller sted, språklig kommunikasjonsevne, logisk resonneringsevne, planleggingsevne og/eller vurderingsevne må være redusert sammenlignet med tidligere.
3. Hukommelsen og den øvrige intellektuelle svikten må være så redusert at man ikke lenger klarer å fungere i vante omgivelser og utføre dagligdagse oppgaver slik man gjorde tidligere.
4. Atferden, eller væremåten, må være forandret. Man kan for eksempel bli mer passiv, tiltaksløs, irritert, bli fortere sint eller bli mistenksom for å nevne noen typiske atferdsendringer.
5. Symptomene beskrevet under 1-4 må ha vedvart over tid i minst 6 måneder.
6. I ICD-10 er det også lagt vekt på at pasienten må ha normal bevissthet for at demensbegrepet skal kunne anvendes. Denne betingelsen er nok ikke alltid til stede ved alvorlig grad av demens.

Demens kan skyldes en rekke ulike sykdommer, der Alzheimers sykdom er den vanligste. Alzheimers fører alltid til demens, og omtrent 60 til 70 prosent av alle med demens har det på grunn av Alzheimers sykdom.^[3] Demens er forårsaket av sykdommer som progredierer. Dette betyr at personen som får demens gradvis vil bli dårligere. Totalt antall med demens i Norge ble beregnet til 101000 personer i 2020. Det er estimert at antall personer med demens vil øke til 235000 i år 2050 og til 380000 i år 2100.^[4]

En vekst i antall personer med demens, vil føre til høyere samfunnsøkonomiske kostnader. Det er beregnet at én person med demens i gjennomsnitt koster det norske samfunnet 362 800 kroner per år.^[5] Antall eldre vil også øke betydelig i kommende år. I 2060 forventes det at hver femte person vil være over 70 år, mot dagens én av åtte.^[6] Det at flere personer i Norge vil leve med demens må ses i lys av den generelle økningen av eldre, ettersom forekomst av demens øker med alderen. Den demografiske utviklingen vil samtidig medføre en økning av eldre personer uten demens, som kan ha behov for helse- og omsorgstjenester av andre årsaker. Når en høyere andel av befolkningen består av eldre og personer med demens, vil bruken av pleie- og omsorgstjenester øke. Antall personer over 80 år, er forventet å bli tredoblet de neste 40 årene, fra 220 000 brukere i 2018 til nærmere 700 000 i 2060.^[7] Utviklingen vil medføre et større press på de kommunale helse- og omsorgstjenestene, både når det gjelder kapasitet og kompetanse. Det vil også prege den faglige

tilnærmingen og utformingen av tjenestene, samspillet med pårørende og samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten[8]. Dette gir behov for kunnskap om hvordan bruken av helse- og omsorgstjenester utvikler seg blant personer med demens. Kunnskapsgrunnlaget kan i neste omgang være viktig for videre utforming av tjenestetilbudet i kommunene.

[1] [Om demens - Helsedirektoratet](#)

[2] Unntak kan være sjeldnere demenssykdommer, slik som frontotemporal demens, der hukommelsessvikt sjelden er fremtredende i tidlige stadier av demenssykdommen.

[3] [Alzheimers sykdom – Store medisinske leksikon \(snl.no\)](#)

[4] [rapport-forekomst-av-demens-a4_2020_web.pdf \(aldringoghelse.no\)](#)

[5] [Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens \(REDIC\) \(2015\)](#)

[6] [Et historisk skifte: Snart flere eldre enn barn og unge - SSB](#)

[7] [Befolkningsframskrivingene 2018 \(ssb.no\)](#)

[8] [Om demens - Helsedirektoratet](#)

Datagrunnlaget

Datagrunnlaget for utvalget er Kommunalt pasient og brukerregister (KPR). Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KPR-KUHR) er en del av KPR, og inneholder opplysninger om regninger fra helsetjenester som pasienter har fått refundert av staten. Data fra legens regningskort til Helfo går til databasen KUHR, og refusjonsdata fra KUHR overføres til KPR. KPR inneholder også informasjon om personer som har søkt om eller har mottatt helse- og omsorgstjenester fra sin kommune, omtalt som KPR-helse og omsorg. I perioden 2007-2017 sendte landets kommuner disse opplysningene til IPLOS-registeret i SSB. 2017-årgangen finnes i både IPLOS og i KPR. Fra og med 2018 inngår IPLOS-opplysningene i KPR. I utvalget vårt inngår personer som er registrert med demensdiagnose i KPR-KUHR og/eller KPR-helse og omsorg. Resultatene som beskriver bruk av helse- og omsorgstjenester, er hentet fra KPR-helse og omsorg for perioden 2017-2020.

Diagnosekoder

Primærhelsetjenesten benytter den internasjonale klassifikasjonen ICPC-2[9] til dokumentasjon av kontaktårsaker, helseproblemer og diagnoser. Legens regningskort til Helfo skal inneholde minst én ICPC-2-kode. I KPR-KUHR er det diagnosekoden P70 i ICPC-2 som benyttes for å registrere Alzheimers og demenssykdom.

I spesialisthelsetjenesten brukes ICD-10[10] til å rapportere diagnoser og kontaktårsaker. Dette kodeverket har en mer differensiert klassifikasjon av sykdomsgruppen. I KPR-helse og omsorg kan det registreres diagnosekoder fra begge kodeverkene (ICPC og ICD-10). Diagnoseopplysningene i KPR-helse og omsorg skal innhentes av lege i samarbeid med helse- og omsorgstjenesten. SSB[11] utarbeidet en rapport som beskriver kvaliteten i IPLOS-registeret for 2017. Der framgår det at diagnoserapporteringen har vært mangelfull siden oppstarten av registeret. I årene frem mot 2017 var det imidlertid en betydelig økning i rapporteringen av diagnoseopplysninger som kan skyldes målrettet arbeid med å bedre registreringen. Andelen tjenestemottakere med diagnoseopplysninger i IPLOS var 44 prosent i 2017. Rapporten oppga også at mottakere på institusjon hadde en høyere andel diagnoseregistreringer enn de som fikk helsetjenester i hjemmet.

Tabell 1 viser oversikt over antall registreringer for Alzheimers og demenssykdom i KPR-helse og omsorg og KPR-KUHR i 2017. I ICPC-kodeverket er det koden P70 som angir demens. I KPR-helse og omsorg var 86 prosent av registreringene av demenssykdom på diagnosekoden P70. De resterende registreringene fordeler seg på de ulike ICD-10-kodene fra spesialisthelsetjenesten. Samme person kan ha flere registreringer for diagnose i KPR-helse og omsorg, blant annet fordi diagnoseopplysningene kommer fra både fastlege og sykehus.[12] I 2017 var det 26 900 unike personer som var registrert med demensdiagnose i KPR-helse og omsorg, disse hadde til sammen 29 359 diagnoseregistreringer for demens.

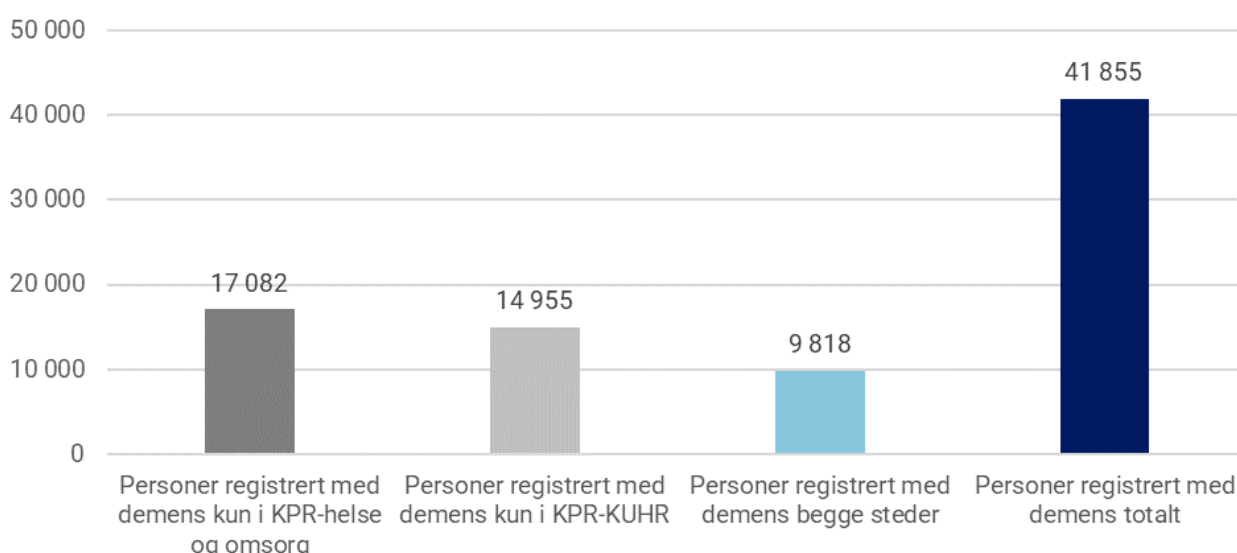
I KPR-KUHR var det i alt 139 234 registreringer av diagnosekoden P70, enten som hoveddiagnose eller bi-diagnose. Disse registreringene fordelte seg på 24 773 unike personer.

Tabell 1: Oversikt over antall registreringer på ulike diagnosekoder i KPR- helse og omsorg og KPR-KUHR i 2017.[13]

Kodeverk	Kode	Navn	KPR- helse og omsorg	KPR-KUHR
ICPC-1 og 2	P70	Demens	25 391	139 234
	F00	Demens ved Alzheimers sykdom	1 209	-
	F01	Vaskulær demens	694	-

ICD-10	F02	Demens ved annen sykdom klassifisert annet sted	271	-
	F03	Annen og uspesifisert demens	444	-
	G30	Alzheimers sykdom	1 274	-
	F1073	Demens som skyldes bruk av alkohol	76	-
	F1873	Demens som skyldes bruk av flyktig løsemiddel		
	F1973	Demens som skyldes bruk av flere stoffer		
Sum			29 359	139 234

Figur 1 viser unike personer som var registrert med demens i KPR-helse og omsorg og KPR-KUHR. I 2017 var det 41 855 unike personer som var registrert med minst én av diagnosekodene i tabellen over i KPR-helse og omsorg og/eller KPR-KUHR. Av disse var 9 818 personer registrert med demensdiagnose både i KPR-helse og omsorg og KPR-KUHR. Det var 17 082 personer som hadde registrert kode for demens kun i KPR-helse og omsorg, og 14 955 som var registrert med demens kun i KPR-KUHR. Av de 41 855 personene som var registrert med demens, mottok 38 559 kommunale helse- og omsorgstjenester i 2017.



Figur 1: Unike personer registrert med demens i KPR-KUHR og KPR-helse og omsorg i 2017.

Vi har ikke kunnskap om hvor representativt vårt uttrekk er for hele populasjonen av personer med demens i 2017. Ofte utvikles demens over en lengre periode, og det kan ta lang tid å få stilt en diagnose. Det anslås at det i dag er rundt 100 000 personer som lever med demenssykdom i Norge.[14] Det vil altså være betydelig flere personer som lever med demens enn det som gjenfinnes i KPR. Uttrekket gir likevel et godt grunnlag for å kunne studere tjenesteb Bruken blant en større gruppe personer med demensdiagnose.

Definisjon av mottatt tjeneste

KPR-helse og omsorg er i noen tilfeller beheftet med feilkilder. For å minske risikoen for å inkludere feilregistreringer, er følgende krav benyttet for å regne registreringene innenfor hvert registreringsår som gyldige:

- Dato for oppstart av tjenesten må være før eller lik datoen for når tjenesten avsluttes.
- Dato for oppstart av tjenesten må være i perioden fra 1980[15] til 31.12. i registreringsåret.
- Datoen for når tjenesten avsluttes må være i perioden fra 01.01. i registreringsåret og frem i tid.
- I tillegg er det et krav om gyldig tjenestekode.[16]

Det er hovedsakelig datokravet som skaper frafall. For 2017 utelukker vi 3 182 registreringer (1,9 prosent) av alle registreringene for tjenester til de med demens. De ugyldige registreringene fordelte seg på til sammen 151 kommuner i 2017. Hovedvekten av registreringene vi ekskluderer, hadde ugyldig startdato; 31.12.9999 (77 prosent). Videre hadde 13 prosent av de ekskluderte registreringene sluttdato for tjenesten før 2017. Det var 116 registreringene som hadde ugyldig tjenestekode. Andelen ugyldige registreringer som følge av datokrav, var relativt stabil i perioden 2017-2020. Høyest andel ugyldige registreringer var det i 2020 (2,2 prosent), mens det var lavest andel i 2019 (1,8 prosent).

For årgangen 2019 ble datakvaliteten noe påvirket av kommunesammenslåingen i 2020, og det var til sammen 13 kommuner som ikke rapporterte tall.[17] I 2020 rammet koronapandemien og skapte utfordringer i den kommunale helse- og omsorgssektoren. Dette kan ha påvirket bruken av tjenester, og er viktig å ha i bakhodet når vi følger bruken av tjenester blant uttrekket av personer med demens gjennom fireårsperioden.

Registrering og definisjon av heldøgns omsorg

Helse- og omsorgsdepartementet og KS har utarbeidet et notat[18] der de går igjennom bruk av begrepet heldøgns omsorg. Formålet med notatet var å utarbeide en felles forståelse av hva som ligger i begrepet «heldøgns omsorg». Tidligere har heldøgns omsorg hatt en juridisk forankring i boligbegrepet, som det mest kjente formatet å organisere et omfattende tjenestetilbud på. Notatet peker på at en avgrensning av begrepet ut fra institusjonstype ikke er tilstrekkelig tilpasset kommunenes utvikling av sine tjenester. Fordi bolig- og institusjonsformer stadig er under utvikling, er det grunn til å se heldøgns omsorg avgrenset fra boligbegrepet. I notatet fra Helse- og omsorgsdepartementet og KS legges det til grunn en 2-tinns forståelse av begrepet, der heldøgns omsorg knyttes til tjenestetilbudet uavhengig av boform. Deretter vurderes boligbehovet og eventuelle krav til boligtilbudets egnethet og utforming som en arena for tjenestene som ytes. Brukerne vil kunne motta et heldøgns tjenestetilbud både i eget hjem, omsorgsbolig eller på institusjon.

I KPR-helse og omsorg ble det fra og med 2019 innført en registrering av heldøgns tjenestetilbud. Dette skal ikke registreres for personer med langtidsopphold i institusjon, men kun for hjemmeboende. Som hjemmeboende regnes også de som bor i bolig som kommunen disponerer for helse- og omsorgsformål. Det er innholdet i og omfanget av tjenestetilbudet som bestemmer om det er et heldøgns tjenestetilbud, og ikke boformen eller organisasjonsformen. Den nye måten å registrere heldøgns omsorg på tar høyde for at individuelle behov kan dekkes på mange ulike måter, og favner også de som mottar et omfattende tjenestetilbud hjemme.

For at et tilbud skal anses som et heldøgns tjenestetilbud må punktene under være oppfylt:[19]

- Personen har behov for tjenester hele døgnet (dag, kveld og natt – gjennom hele uken)
- Behov for hjelp oppdages raskt, forsvarlig og nødvendige hjelpetiltak iverksettes på kort varsel
- Personen må kunne tilkalle bistand eller hjelp hele døgnet enten ved personbistand eller via velferdsteknologiske løsninger
- Behovet for hjelp må kunne oppdages uavhengig av brukerens mulighet for å varsle helsepersonellet direkte. Det vil si at tjenesteytere må kunne oppdage behov for bistand.

Fra og med 2019 vil heldøgns omsorg i denne rapporten omfatte de som i løpet av registreringsåret har mottatt følgende tjenester:

- Langtidsplass i institusjon
- Heldøgns tjenestetilbud

For årene 2017 og 2018 finnes ikke tilsvarende registrering, og det er kun mulig å definere heldøgns omsorg ut ifra boligtype eller institusjon. Det er ingen kategorier som fanger opp mottak av heldøgns omsorg utenfor institusjon, omsorgsbolig eller annet boligtilbud fra kommunen. I datagrunnlaget for denne rapporten vil

heldøgns omsorg for 2017 og 2018 derfor omfatte de som har mottatt følgende tjenester i løpet av registreringsåret:

- Langtidsplass i institusjon
- Omsorgsbolig eller annen bolig med:
- Fast tilknyttet personell hele døgnet, del av ordinær boligmasse
- Fast tilknyttet personell hele døgnet, ikke del av ordinær boligmasse

Ved sammenligning av heldøgns omsorg før og etter 2019, er det viktig å være oppmerksom på svakhetene med den tidligere kategoriseringen, som ikke fanger opp andre måter kommunene kan organisere tjenesten på. En annen svakhet ved å knytte heldøgns omsorg til boformen, er at en bruker som bor i en heldøgns bemannet omsorgsbolig ikke nødvendigvis trenger å motta et tjenestetilbud som er heldøgns omsorg. Som regel tilbys imidlertid en bolig som er i tråd med de behovene brukerne har. Dersom det ikke er nødvendig med heldøgns omsorg, vil vanligvis en annen type botilbud benyttes. Men her kan det være store variasjoner mellom kommunene i hvordan tjenestetilbudet er organisert. Det gjør også at resultatene ikke er direkte sammenlignbare med 2019 og 2020.

Overgangen til registrering av heldøgntjenestetilbud i 2019 medførte underrapportering. Rapporten «Kommunale helse- og omsorgstjenester 2020» [20] viser at kun 58 prosent av kommunene rapporterte heldøgntjenestetilbud i 2019. For 2020 økte det til 94 prosent. Antall unike personer registrert som mottakere av heldøgntjenestetilbud økte med 170 prosent fra 2019 til 2020. Dette er viktig å ha i bakhodet ved tolkning av resultatene. På grunn av dette har vi i denne rapporten valgt å se på også andre typer helse- og omsorgstjenester, i tillegg til bruk av heldøgns omsorg.

Region og helsefellesskap

Ved inndelingen til helsefellesskap og region blant tjenestemottakerne med demens, benyttes variabel i KPR helse- og omsorg som angir folkeregistrert bostedskommune.[21] Ved å benytte bostedskommune som grunnlag for inndeling til regioner og helsefellesskap vises resultatene etter folkeregistrert bostedsområde uavhengig av hvilken kommune som yter tjenestene. Men bostedskommune og tjenesteytende kommune er som regel den samme i vårt utvalg.[22] Helsefellesskapene samsvarer med foretaksområdene, som er området helseforetakene har «sørge for-ansvar» for. Unntaket er Oslo, som er samlet i helsefellesskapsinndelingen, men er fordelt på bydeler for foretaksområdene. Vedlegg 1 gir oversikt over hvilke kommuner som inngår i de ulike helsefellesskapene.

Gruppering av tjenester

I denne rapporten har vi valgt å dele inn tjenestetypene i grupper, for å gi et enklere oversiktsbilde over tid og mellom ulike typer tjenester. Grupperingen av tjenestene i tabell 2, er hentet fra funksjonell kravspesifikasjon for KPR- helse og omsorg[23], bortsett fra at vi har skilt ut langtidsopphold i institusjon som egen kategori fra institusjonstjenester.

Det har vært endringer i registreringspraksis over tid. I tillegg til innføringen av heldøgntjenestetilbud i 2019, ble tjenestetypene «omsorgsbolig med og uten heldøgns bemanning» og «annen bolig med og uten heldøgns bemanning» fjernet. I tillegg kom det til to nye tjenestetypene for velferdsteknologi; elektronisk medisineringsstøtte og digitalt tilsyn. Endringene gjør at resultatene ikke kan sammenlignes direkte over tid, men vi får likevel et overordnet bilde på utvikling i tjenestebruk blant personene med demens.

Tabell 2: Gruppering av tjenester.

Hjemmetjenester
• Praktisk bistand - daglige gjøremål
• Praktisk bistand - opplæring - daglige gjøremål
• Praktisk bistand - brukerstyrt - personlig assistanse
• Dagaktivitetstilbud
• Matombringing
• Helsetjenester i hjemmet
• Avlastning - utenfor institusjon
• Støttekontakt
• Omsorgsstønad
• Re-/habilitering utenfor institusjon (fra 01.01.2019: flyttes som tjeneste til personopplysning)
Boligtilbud
• Omsorgsbolig med og uten heldøgns bemanning (i 2017 og 2018)
• Annen bolig med og uten heldøgns bemanning (i 2017 og 2018)
• Bolig som kommunen disponerer for helse- og omsorgsformål (fra 01.01.2019)
Institusjonstjenester – tidsbegrenset
• Tidsbegrenset opphold - utredning/behandling
• Tidsbegrenset opphold - habilitering/rehabilitering
• Tidsbegrenset opphold – annet

• Avlastning i institusjon
• Dagopphold i institusjon
• Nattopphold i institusjon
• Kommunal øyeblikkelig hjelp – døgnopphold
Langtidsopphold i institusjon
• Langtidsopphold i institusjon
Velferdsteknologi
• Trygghetsalarm
• Lokaliseringsteknologi (GPS)
• Elektronisk medisineringsstøtte (fra 01.01.2019)
• Digitalt tilsyn (fra 01.01.2019)
Heldøgntjenestetilbud – skal registreres for hjemmeboende fra 01.01.2019, som personopplysning

[9]ICPC står for International Classification of Primary Care. For mer informasjon, se:

<https://www.ehelse.no/kodeverk>

[10] ICD står for International Statistical Classification of Diseases. For mer informasjon, se:

<https://www.ehelse.no/kodeverk>

[11] [Kvalitet i IPLOS-registeret 2017. Gjennomgang av datakvaliteten på kommunenes IPLOS-rapportering \(ssb.no\)](#)

[12] <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/diagnosestatistikk-for-kommunale-helse-og-omsorgstjenester>

[13] Det finnes til sammen 10 diagnosekoder som beskriver demens forårsaket av ulike typer rusmidler eller stoffer. Etter råd fra Avdeling Helsefaglige kodeverk og terminologi ble disse inkludert i uttrekket. Kun tre av kodene gjenfinnes i data fra 2017 (F1073, F1873 og F1973). Øvrige koder som det er kontrollert for er F1173 (Demens som skyldes bruk av opiat), F1273 (Demens som skyldes bruk av cannabinoid), F1373 (Demens som skyldes bruk av sedativum eller hypnotikum), F1473 (demens som skyldes bruk av kokain), F1573 (Demens som skyldes bruk av annen stimulant, inklusive kaffein, F1673 (Demens som skyldes bruk av hallusinogen) og F1773 (demens som skyldes bruk av tobakk).

[14] [rapport-forekomst-av-demens-a4_2020_web.pdf \(aldringoghelse.no\)](#)

[15] I 2017 er 10 registreringer av dato for oppstart før 1980, hvorav 9 av dem er før 1920 og en er fra 1954. Dette er antakelig feilføringer og de er derfor tatt ut.

[16] Der det har vært kjente endringer i bruk av tjenestekoder, vil gamle tjenestekoder bli omkodet til korrekt ny verdi. Dette gjelder tjenestekoden «12 omsorgsbolig» og tjenestekoden «13 annen boligjeneste», som fra 2019 ble erstattet med tjenestetype «bolig som kommunen disponerer for helse- og omsorgsformål». Kategorien re-/habilitering utenfor institusjon utgår fra 01.01.2019 som tjeneste, og inngår i stedet som personopplysning. Det var imidlertid fortsatt noen registreringer med re-/habilitering som tjeneste, som vi inkluderer.

[17] Følgende kommuner har ikke rapportert i 2019: Trøgstad, Spydeberg, Askim, Eidsberg, Hobøl, Sørumsdal, Fet, Finnøy, Sveio, Nesna, Karlsøy, Hemne og Granvin. I tillegg har Utsira rapportert sammen med Karmøy (Kommunale helse- og omsorgstjenester 2019: [Microsoft Word - Utkast til Kommunale helse- og omsorgstjenester 2019 v4 \(helsedirektoratet.no\)](#))

[18] [notat_om_begrepet_heldogns_helse_omsorgstjenester_mars_2017.pdf \(regjeringen.no\)](#)

[19] <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen>

[20] [Microsoft Word - Kommunale helse- og omsorgstjenester 2020 .docx \(helsedirektoratet.no\)](#)

[21] Det kan være feilkilder i variabelen, f.eks. på grunn av manglende oppdatering av bostedopplysninger. Ved noen tilfeller er samme person registret med flere bostedskommuner. Da beholdes den siste registreringen med gyldig endringsdato. Videre er det noen som ikke har en registrert bostedskommune. Da benyttes innsendende kommune som bostedskommune.

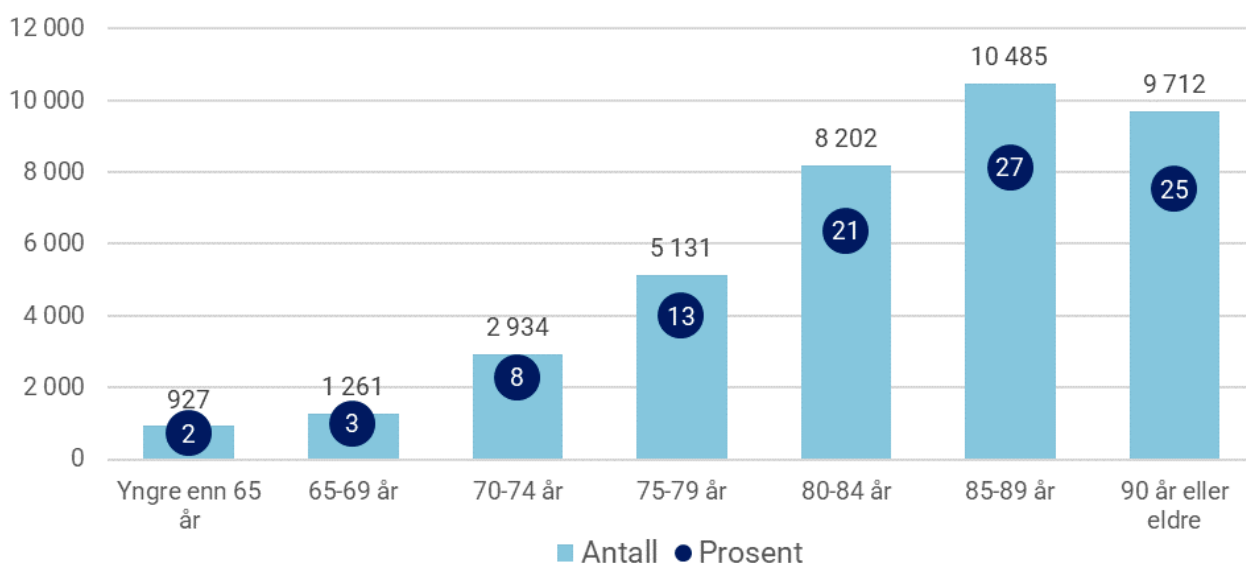
[22] Ved mellom én og to prosent av registreringene er det oppgitt en annen bostedskommune enn innsendende kommune for utvalget.

[23] [IPLOS - funksjonell kravspesifikasjon \(helsedirektoratet.no\)](#)

Beskrivelse av utvalget

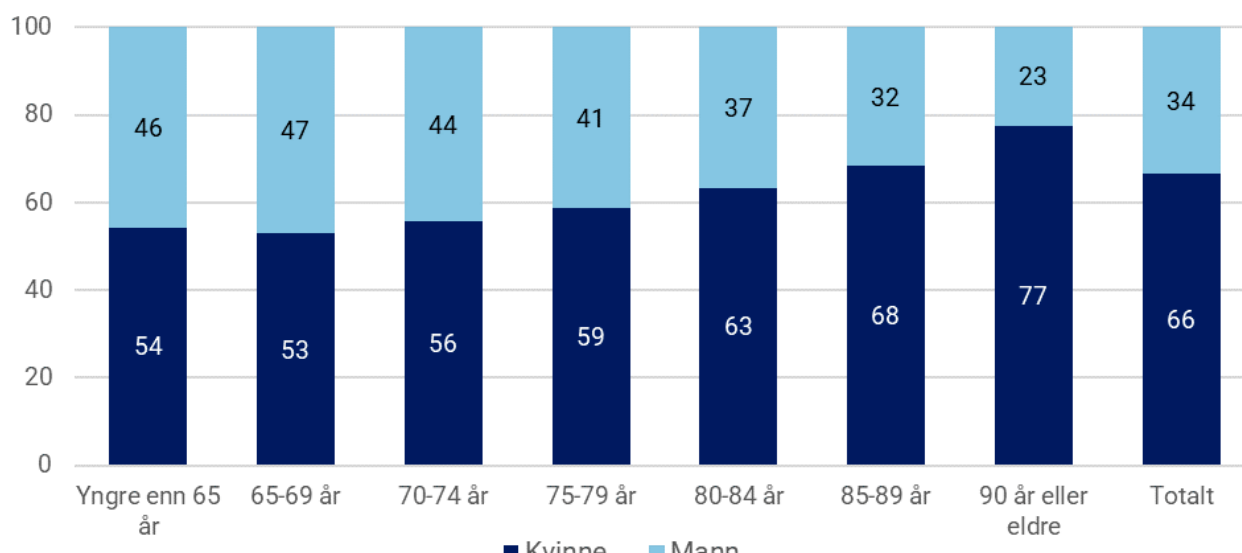
Fordeling etter kjønn og alder

Av utvalget på 41 855 personer med demens i 2017, var det i KPR- helse og omsorg opplysninger om kjønn for 38 641 og opplysninger om alder for 38 652. Figur 2 viser aldersfordelingen i 2017. Hovedvekten var 80 år eller eldre (73 prosent). Andelen i 70-årene var 21 prosent, mens seks prosent var yngre enn 70 år. Gjennomsnittsalderen var 84 år, og var høyere for kvinnene (85 år) enn for mennene (82 år).



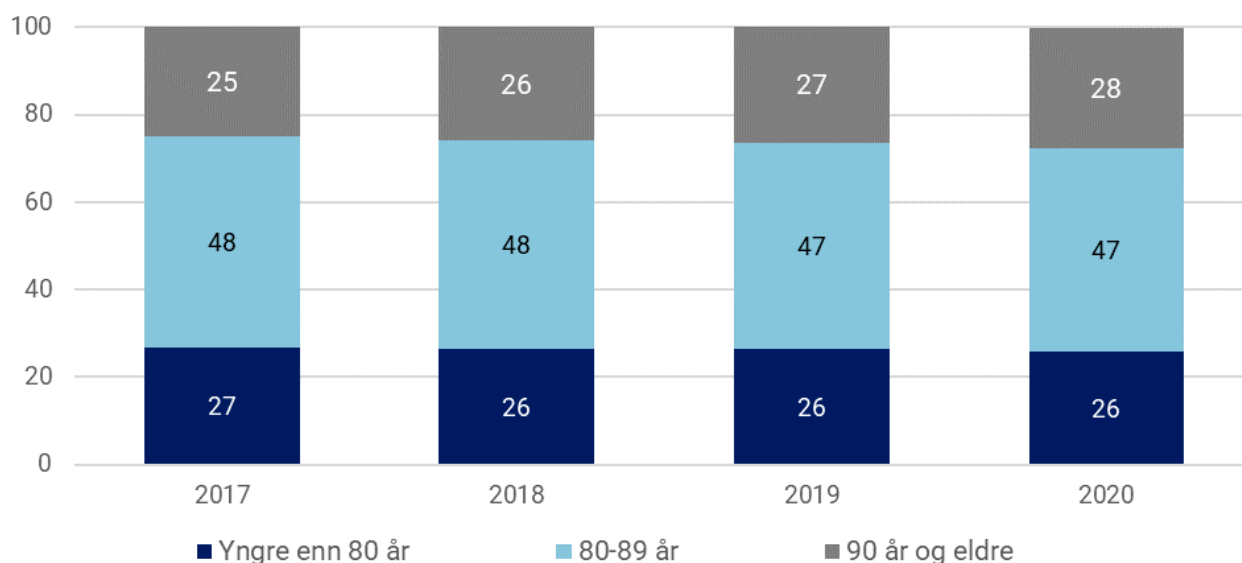
Figur 2: Aldersfordeling i antall og prosent i 2017. N=38 652.

Figur 3 viser at det er langt flere kvinner enn menn som var registrert med demenssykdom i KPR- helse og omsorg. Totalt var 66 prosent kvinner og 34 prosent menn. Andelen kvinner øker med alderen, fra 54 prosent blant de som er yngre enn 65 år til 77 prosent blant de som er 90 år eller eldre. Dette henger blant annet sammen med at kvinner lever lengre enn menn. De overlever ofte sine ektefeller, og de er i overfall som beboere på sykehjem.[1] Kjønnforskjellen som vises her, er i tråd med andre undersøkelser på feltet. I tillegg er det funn som viser at demens opptrer oftere hos kvinner enn menn i samme aldersgruppe. En norsk rapport fra 2020 om forekomst av demens[2], viser at 16 prosent av kvinner over 70 år og 13 prosent av menn i samme aldersgruppe har demens, og den prosentvise kjønnforskjellen øker med alderen.



Figur 3: Kjønnssfordeling totalt og i ulike aldersgrupper i 2017. Prosent. N=38 641.

Figur 4 viser aldersfordelingen for de som har opplysninger om alder i KPR- helse og omsorg for hvert av årene. Personer som dør før det aktuelle året, er tatt ut. Det er også en del av utvalget som ikke er inkludert, som følge av at de ikke mottok tjenester de aktuelle årene. I løpet av fireårsperioden faller i underkant av halvparten av utvalget bort, som følge av død. Blant de gjenlevende økte andelen i den eldste aldersgruppen (90 år eller eldre) med tre prosentpoeng fra 2017 til 2020, men ellers er det små endringer. Gjennomsnittsalderen har følgelig endret seg lite, fra 83,8 i 2017 til 84,1 år i 2020. For alle årene er gjennomsnittsalderen for kvinner om lag tre år høyere enn for menn, henholdsvis 85 mot 82 år. Andelen kvinner blant mottakerne av tjenester økte fra 66 prosent i 2017 til 68 prosent i 2020. Det er små endringer i kjønnssfordelingen i hver aldersgruppe i løpet av fireårsperioden.



Figur 4: Aldersfordeling i perioden 2017-2020 blant de som er registrert med demens i KPR i 2017. N i 2017=38 652, N i 2018=32 759, N i 2019=26 011, N i 2020=20 884.[3] Prosent.

[24] <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/diagnosestatistikk-for-kommunale-helse-og-omsorgstjenester>

[25] [rapport-forekomst-av-demens-a4_2020_web.pdf \(aldringoghelse.no\)](#)

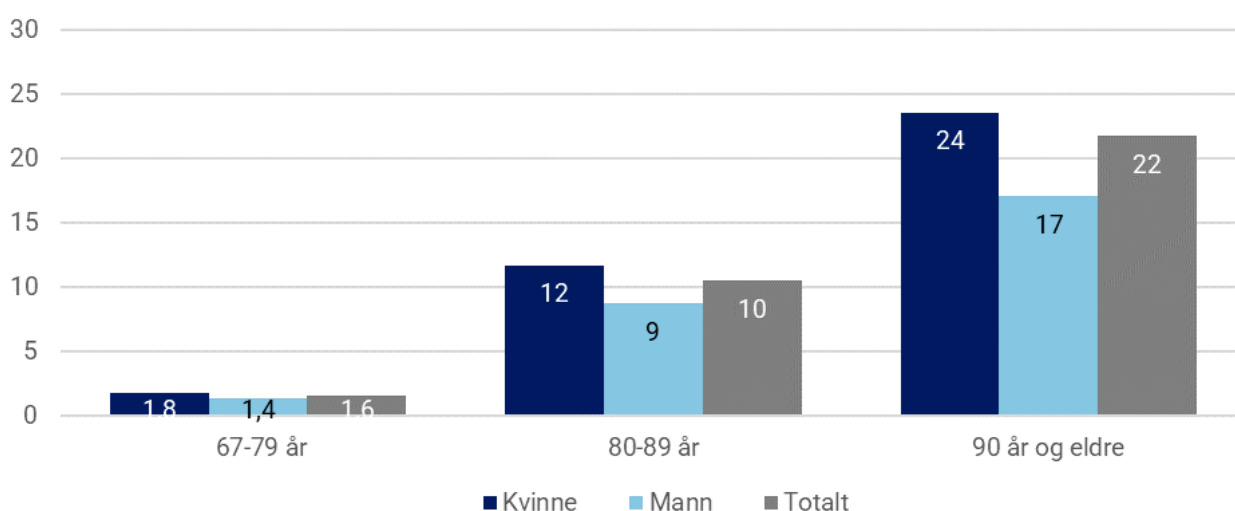
[26] De av utvalget med demensdiagnose i KPR i 2017, som dør før det aktuelle året er ikke med i aldersfordelingen: 17 prosent døde før 2018. 34 prosent døde før 2019 og 48 prosent døde før 2020. Det er opplysninger om alder for litt flere av utvalget enn som er registrert som gyldige mottakere av tjenester.

Tjenestemottakere med demens av befolkningen i 2017

Andel tjenestemottakere med demensdiagnose i KPR av befolkningen

I 2017 var 92 prosent av utvalget registrert med minst én tjeneste i KPR- helse og omsorg, det tilsvarer 38 559 personer. Åtte prosent (3 296 personer) var ikke registrert med kommunale helse- og omsorgstjenester.

For aldersgruppen 67-79 år var 1,6 prosent av befolkningen tjenestemottakere med demensdiagnose i 2017. For aldersgruppen 80 til 89 år var tilsvarende andel ti prosent, mens det gjaldt 22 prosent av de i alderen 90 år og eldre. En høyere andel av kvinnene enn mennene i befolkningen var registrerte tjenestemottakere med demens i KPR, og kjønnsforskjellen øker etter alder. Totalt var 14 prosent av kvinnene i befolkningen i alderen 80 år og eldre tjenestemottakere med demensdiagnose i KPR, mens dette gjaldt ti prosent av mennene i samme aldersgruppe. Av de som var 90 år og eldre var henholdsvis 24 prosent av kvinnene og 17 prosent av mennene tjenestemottakere med demensdiagnose.



Figur 5: Andel av befolkningen som var tjenestemottakere med demensdiagnose i KPR i 2017. Fordelt på kjønn og alder. Prosent.

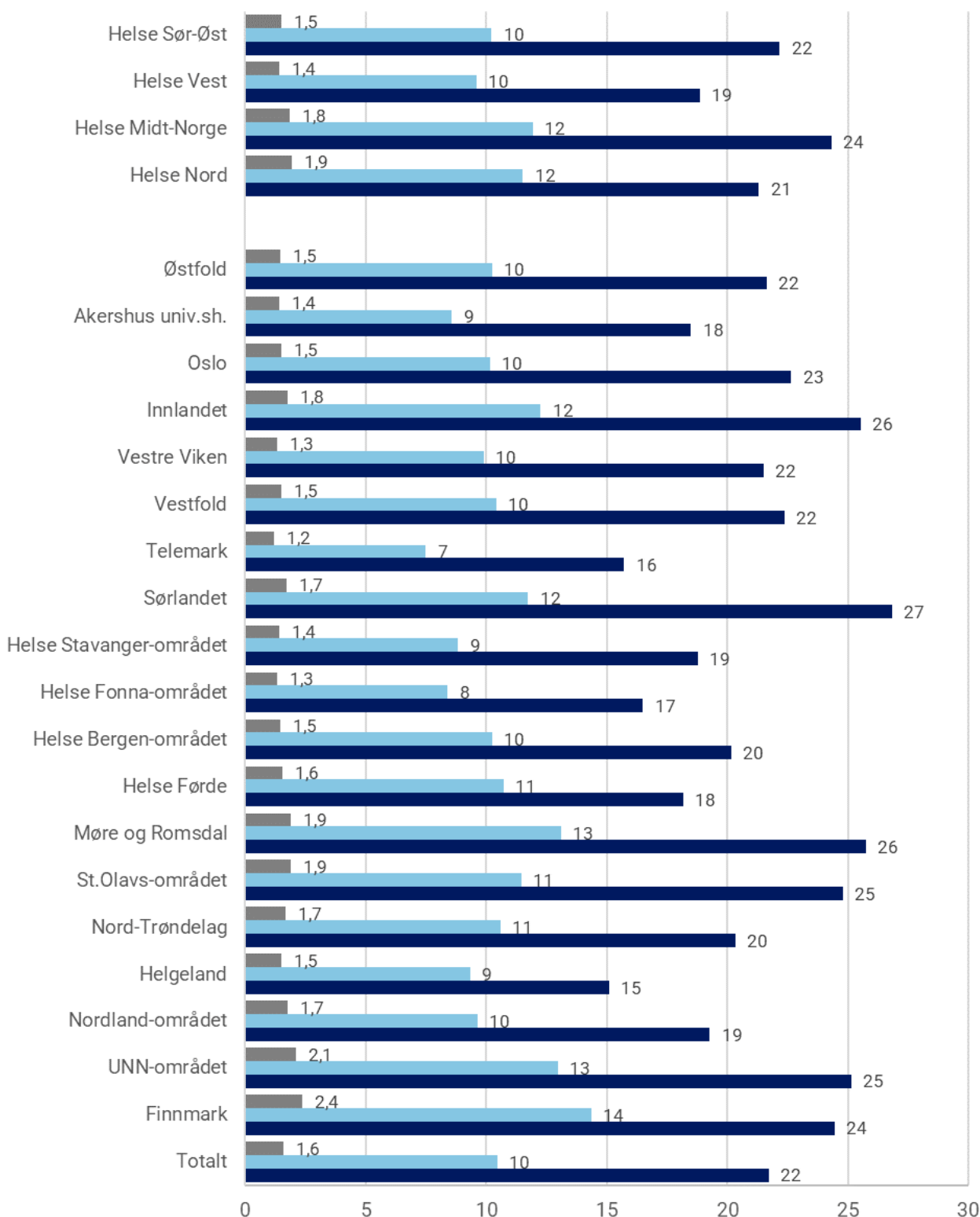
Figur 6 viser andel tjenestemottakere med demensdiagnose i befolkningen fordelt på helsefelleskapsområder og alder. For den yngste aldersgruppen (67-79 år) varierer andelen fra 1,4 prosent i Helse Vest til 1,9 prosent i Helse Nord. Blant bostedsområdene (figur 6) var det Finnmark og UNN-området som hadde høyest andel tjenestemottakere med demens, med i overkant av to prosent. Telemark var området med lavest andel tjenestemottakere med demens i befolkningen, med 1,2 prosent, for aldersgruppen 67 til 79 år.

For aldersgruppen 80-89 år var 12 prosent av befolkningen i Helse Midt-Norge og Helse Nord tjenestemottakere med demensdiagnose. Det er to prosentpoeng høyere enn i Helse Vest og Helse Sør-Øst. Finnmark hadde høyest andel tjenestemottakere med demensdiagnose i befolkningen for denne aldersgruppen med 14 prosent. Det er dobbelt så høy andel som for befolkningen i Telemark.

Blant de eldste (90 år og eldre) hadde Helse Midt-Norge høyest andel tjenestemottakere med demensdiagnose i befolkningen med 25 prosent. Lavest andel var det i Helse Vest, med 19 prosent. Av de ulike

helseforetaksområdene var det lavest andel på Helgeland (15 prosent), noe som er nesten halvparten av andelen på Sørlandet (27 prosent).

Oppsummert hadde Helse Vest den laveste andelen tjenestemottakere med demensdiagnose i befolkningen for alle aldersgruppene. Helse-Midt-Norge hadde høyeste andeler, med unntak av for aldersgruppen 67-79 år, der andelen så vidt var høyere i Nord. Variasjonene mellom regionene og helseforetaksområdene kan ha ulike årsaker. Det kan eksempelvis handle om ulikheter i tilbud om og behov for tjenester blant personene med demens, og det kan skyldes ulik grad av diagnostisering og registrering av demenssykdom.



■ 67-79 år ■ 80-89 år ■ 90 år og eldre

Figur 6: Andel av befolkningen som var tjenestemottakere med demensdiagnose i KPR i 2017. I ulike aldersgrupper, regioner og helsefelleskapsområder. Prosent.

Tjenestemottakere med og uten demensdiagnose i 2017

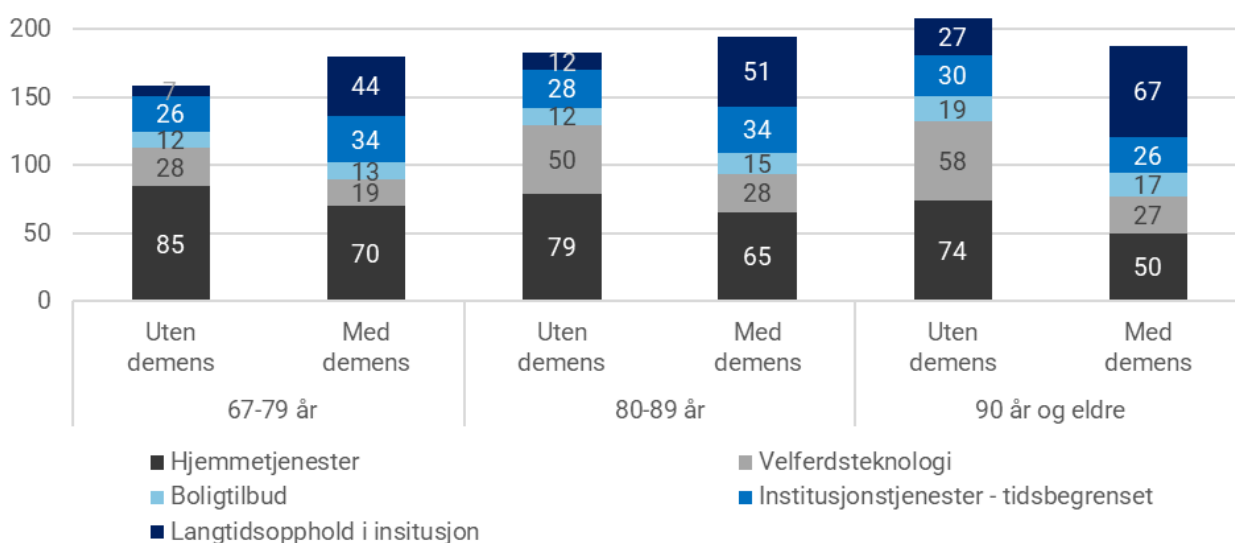
I dette kapittelet sammenligner vi bruk av helse- omsorgstjenester for tjenestemottakerne med demens mot øvrige. Vi tar forbehold om at det kan være personer med demens som inngår i kategorien «uten demens», enten fordi de har demens uten å ha blitt diagnostisert, eller fordi diagnosen ikke var registrert i KPR i 2017. Resultatene vil uansett vise noen hovedtrekk og mønstre når det gjelder forskjeller i tjenestebruk blant personer med demensdiagnose sammenlignet med det som ellers er vanlig innenfor samme aldergruppe.

Det var registrert til sammen 215 800 tjenestemottakere i alderen 67 år og eldre i KPR- helse og omsorg. Av disse hadde 178 538 tjenestemottakere ikke en demensdiagnose i KPR, mens 37 262 av tjenestemottakerne i alderen 67 år og eldre hadde en demensdiagnose i KPR. Både blant de uten og med demensdiagnose var om lag to av tre av tjenestemottakere kvinner. De fleste var i 80-årene både av de med og uten demensdiagnose som var i alderen 67 år og eldre. Andelen i yngste aldergruppe (67-79 år) var noe høyere blant de uten enn med demensdiagnose (35 mot 24 prosent).

Det er verdt å merke seg at det ikke nødvendigvis er en kausal sammenheng mellom bruk av tjenester og diagnose. Tjenestene skal ytes etter behov, noe som kan variere mye mellom tjenesteytere med samme diagnose. Vi kan derfor ikke si noe om hvorvidt forskjellene mellom gruppene skyldes demensdiagnosen eller andre forhold. I mange tilfeller vi tjenestemottakerne også ha flere diagnoser og helseutfordringer samtidig.

Figur 7 viser andelen som mottok ulike helse- og omsorgstjenester i 2017 blant tjenestemottakerne med og uten en demensdiagnose[27] i ulike aldersgrupper. Det var en betydelig høyere andel som var på langtidsplass i institusjon blant tjenestemottakerne med demens. Om lag 40 prosentpoeng flere av tjenestemottakerne med enn uten demensdiagnose hadde vært på langtidsopphold i institusjon. Dette gjelder for alle tre aldersgruppene.

Blant tjenestemottakerne uten demensdiagnose var det en høyere andel som mottok hjemmetjenester og velferdsteknologiske tjenester enn for de med demensdiagnose. Her er forskjellen størst blant de eldste. 74 prosent av de uten demensdiagnose i alderen 90 år og eldre mottok hjemmetjenester, sammenlignet med halvparten av de med en demensdiagnose. Andelen som mottok velferdsteknologiske tjenester, var henholdsvis 58 og 27 prosent blant de uten og med demensdiagnose.



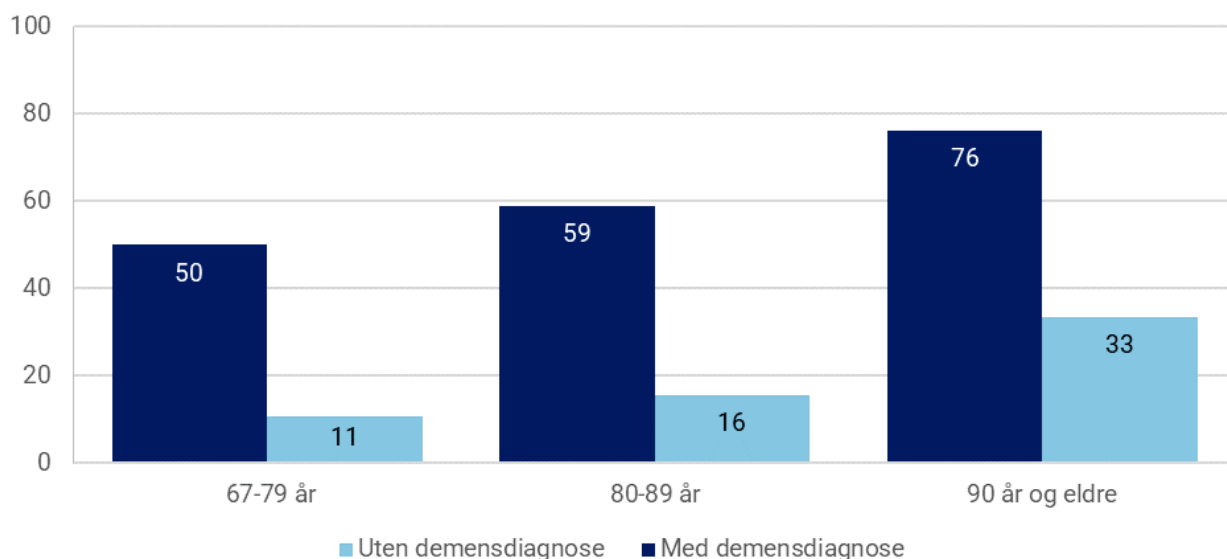
Figur 7: Prosentandel av tjenestemottakerne med og uten demensdiagnose, som mottok ulike tjenester i 2017. Inndelt i aldersgrupper. Samme person kan ha mottatt flere ulike typer tjenester i løpet året, og vil da inngå i hver av de aktuelle tjenestetypene.

Figur 8 viser andelen totalt som mottok heldøgns omsorg i 2017 blant tjenestemottakerne med og uten demensdiagnose. I 2017 omfatter mottakerne av heldøgns omsorg de som har fått en eller flere av følgende tjenester i løpet av registreringsåret:

- Langtids plass i institusjon
- Omsorgsbolig eller annen bolig med:
 - Fast tilknyttet personell hele døgnet, del av ordinær boligmasse
 - Fast tilknyttet personell hele døgnet, ikke del av ordinær boligmasse

Det var en betydelig høyere andel mottakere av heldøgns omsorg innenfor alle aldersgruppene blant de med enn uten demens. Blant tjenestemottakerne i alderen 67-79 år med demensdiagnose mottok halvparten heldøgns omsorg, sammenlignet med kun 11 prosent av de uten demensdiagnose. Blant de i alderen 80-89 år mottok 59 prosent av de med demensdiagnose heldøgns omsorg, mot 16 prosent av de uten demensdiagnose. Forskjellen var like stor blant de over 90 år, der 76 prosent av de med demensdiagnose mottok heldøgns omsorg, sammenlignet med 33 prosent av de uten demensdiagnose.

Blant tjenestemottakerne i eldste aldersgruppe mottok en høyere andel kvinner enn menn heldøgns omsorg, og dette gjaldt både for de med og uten demensdiagnose. Blant de i 80-årene gjaldt denne kjønnsforskjellen fremst og fremst de med demensdiagnose. Blant de som var yngre enn 80 år var det liten kjønnsforskjell i andelen som mottok heldøgns omsorg, både blant de med og uten demensdiagnose.



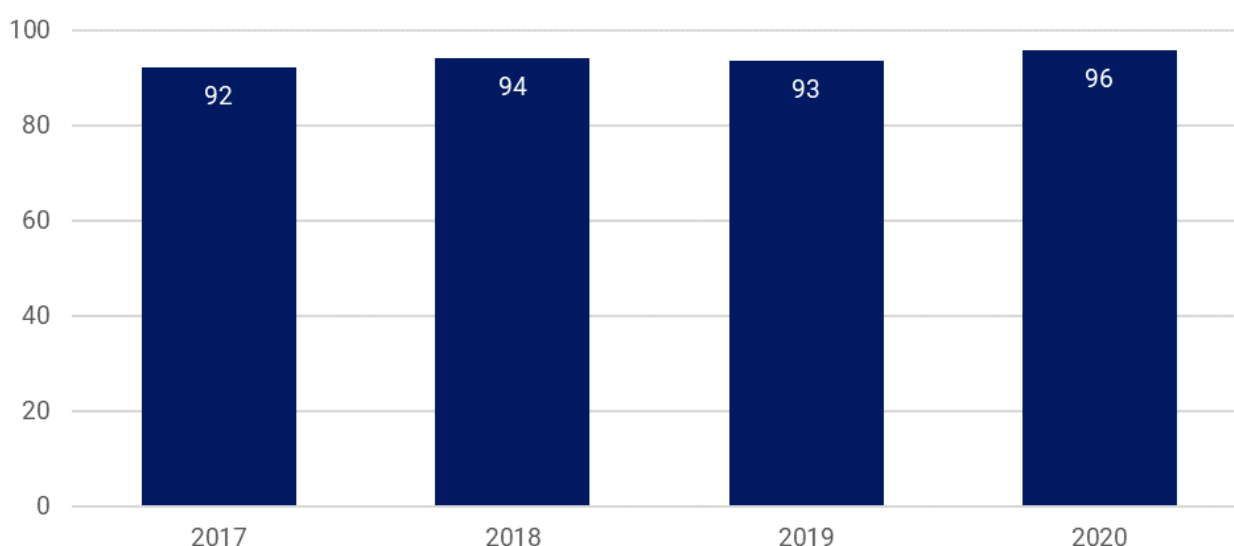
Figur 8: Andel av tjenestemottakerne som mottok heldøgns omsorg i 2017, skilt på om de har en demensdiagnose i 2017. Prosent.

Bruk av tjenester 2017-2020

Ved oppstartsåret for analysen (2017) mottok 92 prosent av utvalget kommunale helse- og omsorgstjenester, mens åtte prosent ikke var registrerte tjenestemottakere. I 2020 var det kun to prosent av de gjenlevende som ikke mottok tjenester, en nedgang på seks prosentpoeng sammenlignet med 2017.

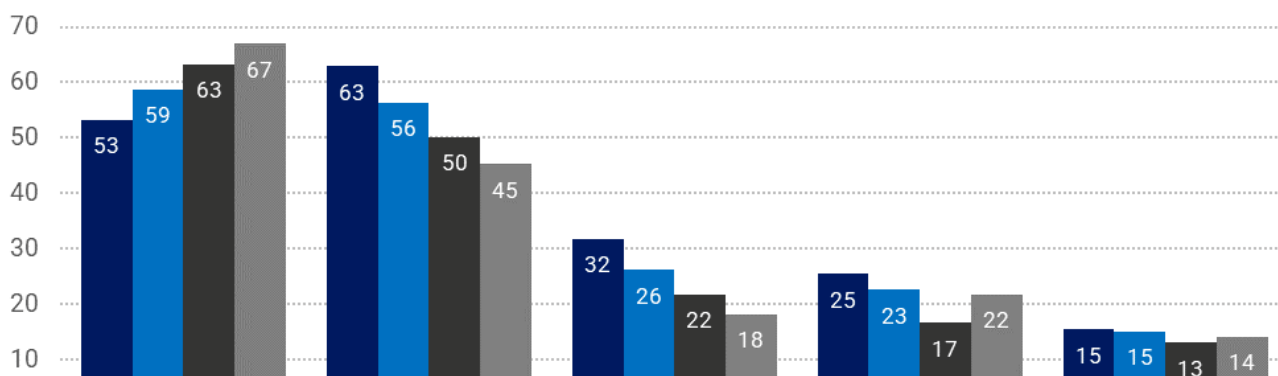
- 2017: 92 prosent (38 559 personer) av utvalget mottok tjenester. Åtte prosent (3 296 personer) mottok ikke kommunale helse- og omsorgstjenester.
- 2018: Av utvalget døde 17 prosent i 2017 (7 067 personer). Fem prosent (2 088 personer) levde uten å motta kommunale helse- og omsorgstjenester.
- 2019: Av utvalget døde 34 prosent (14 050 personer) i 2017-2018. Mens fire prosent (1 828 personer) levde uten å motta kommunale helse- og omsorgstjenester.
- 2020: Av utvalget døde 48 prosent (20 062 personer) i 2017-2019. To prosent (935 personer) levde uten å motta kommunale helse- og omsorgstjenester.

Dersom vi ser på de av utvalget som var gjenlevende hvert registreringsår (figur 9) økte andelen som mottok helse- og omsorgstjenester fra 92 prosent i 2017 til 96 prosent i 2020. Det var en liten nedgang i 2019, som kan ha sammenheng med underrapportering på grunn av kommunesammenslåingen i 2020.



Figur 9: Andel av utvalget som er tjenestemottakere. Prosent av utvalget som var gjenlevende hvert av årene. N i 2017=41 855, N i 2018=34 788, N i 2019=27 805, N i 2020=21 793.

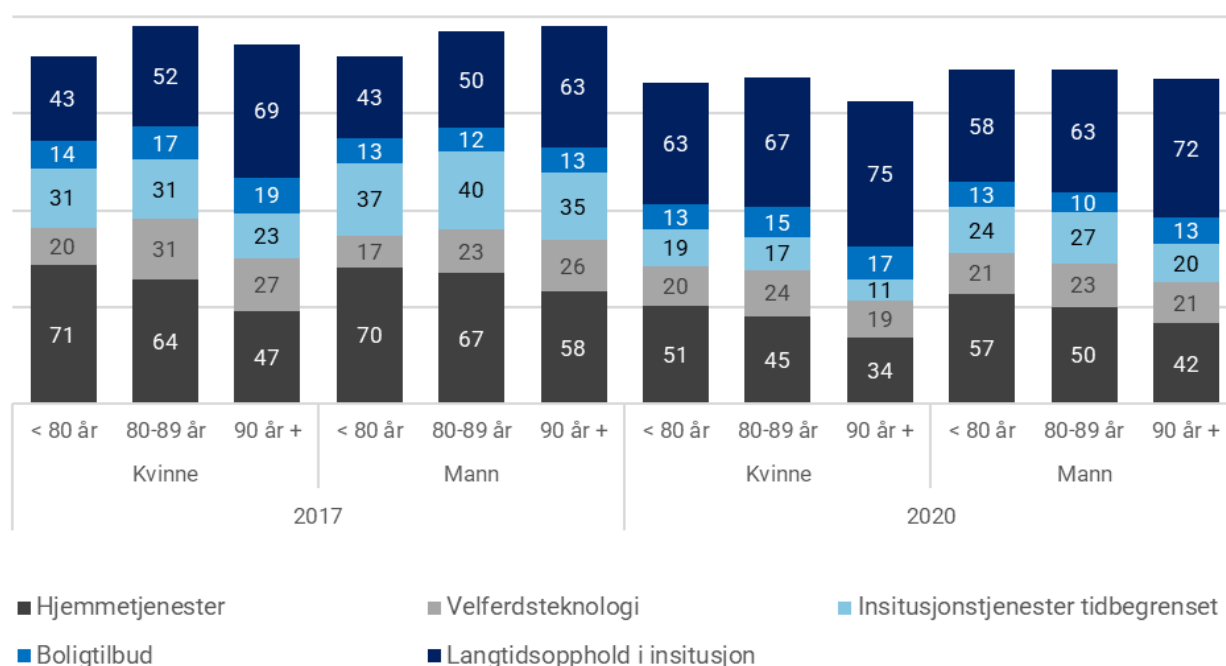
Figur 10 viser en oversikt over ulike tjenester som utvalget mottok perioden 2017-2020. En person kan ha mottatt flere tjenester i løpet av et år, og vil da inngå i alle de aktuelle tjenestegruppene. I vedlegg 2 vises en tabell med både antall og andel som har mottatt ulike tjenester i perioden fra 2017 til 2020.





Figur 10: Bruk av helse- og omsorgstjenester i 2017-2020. Prosentandel av de som mottar tjenester, 2017-2020. (2017: N=38 559, 2018: N=32 700, 2019: N=25 977 og 2020: N=20 858). Samme person kan ha mottatt flere ulike typer tjenester i løpet året, og vil da inngå i hver av de aktuelle tjenestetypene. Andelen på langtidsopphold i institusjon øker betydelig gjennom perioden. I 2017 var 53 prosent på langtidsopphold i institusjon, sammenlignet med 67 prosent i 2020. Dette må ses i lys av at tjenestemottakerne har hatt demensdiagnosen lengre i 2020 enn i 2017. I samme periode ble andelen som mottok hjemmetjenester og tidsbegrensede institusjonstjenester redusert, med henholdsvis 18 og 14 prosentpoeng. Noe som er naturlig som følge av at en høyere andel hadde langtidsopphold i institusjon. Andelen som mottok velferdsteknologi og boligtilbud endret seg mindre fra 2017 til 2020. Velferdsteknologi ble benyttet av 25 prosent av tjenestemottakerne i 2017 og av 22 prosent i 2020. Andelen som hadde benyttet boligtilbud var på henholdsvis 15 og 14 prosent i 2017 og 2020. Det var en nedgang i 2019 i andelen mottakere av både velferdsteknologi og boligtilbud, som må ses i sammenheng med at endringer i kategorier og fagsystem i 2019 medførte noe underrapportering. [28]

Figur 11 viser bruk av tjenester fordelt på kjønn og alder i 2017 og 2020 blant de som var tjenestemottakere i hvert av årene. I 2017 mottok en høyere andel av mennene enn kvinnene tidsbegrensede institusjonstjenester, og dette gjaldt innenfor alle aldersgruppene. Når det gjelder langtidsopphold på institusjon og hjemmetjenester var det liten kjønnsforskjell i 2017 blant de under 90 år. Blant de eldste mottok imidlertid en høyere andel menn enn kvinner hjemmetjenester, mens en høyere andel kvinner enn menn var på langtidsopphold i institusjon. Bruk av velferdsteknologi og boligtilbud var gjennomgående litt mer utbredt blant kvinnene enn mennene i 2017.



Figur 11: Bruk av tjenester i 2017 og 2020 fordelt på kjønn og alder. Prosent av de som mottar tjenester. En person kan motta flere typer tjenester innenfor samme år. Derfor vil ikke andelene summeres til 100.

Som tidligere nevnt ble utvalget omtrent halvert fra 2017 til 2020, som følge av død. Blant de gjenlevende tjenestemottakerne i utvalget i 2020 hadde alle hatt en demensdiagnose minimum siden 2017. Det er likevel mye av det samme mønsteret i kjønnsforskjeller som vises i 2020. Innenfor alle aldersgruppene mottok en høyere andel av mennene enn kvinnene hjemmetjenester og tidsbegrensede institusjonsopphold. En litt høyere andel av kvinnene enn mennene var på langtidsopphold i institusjon, og det var mer utbredt blant kvinnene i alderen 80 år og eldre å ha benyttet boligtilbud.

[28] Rapporten «Kommunale helse- og omsorgstjenester 2019» fra kommunalt pasient- og brukerregister beskriver dette:

Boligtilbud: Registrering av boligtilbud i 2019 er preget av at kategoriene omsorgsbolig og annen bolig ble erstattet med ny den nye kategorien bolig ble som kommunen disponerer til helse- og omsorgsformål. I overgangen ble det registrert 5 000 færre mottakere sammenlignet med 2018.

Velferdsteknologi: De fleste kommunene med journalsystem Gerica har rapportert for få brukere med trygghetsalarm på grunn av omlegging i fagsystemet i 2019. Dette resulterer i at innrapporterte tall viser en nedgang på rundt 18 000 mottakere, sammenlignet med rapportering i 2018. Kategoriene elektronisk medisineringsstøtte og digitalt tilsyn var først tilgjengelig fra 2019.

Mottakere av heldøgns omsorg 2017-2020

Som tidligere nevnt ble det en ny registrering av heldøgntjenestetilbud i 2019. Tabell 3 viser hvordan vi har definert heldøgns omsorg i perioden fra 2017 til 2020.

Tabell 3: Oversikt over hvilke registreringer som regnes som heldøgntjenestetilbud 2017-2020.

Heldøgns omsorg 2017-18	Heldøgns omsorg 2019-20
• Langtidsplass i institusjon	• Langtidsplass i institusjon
• Omsorgsbolig eller annen bolig med fast tilknyttet personell hele døgnet	• Heldøgntjenestetilbud (utover langtidsplass i institusjon)

Tabell 4 viser registreringer av ulike typer heldøgns omsorg som tjenestemottakere med demens mottok per år i perioden 2017-2020. I løpet av 2017 var 52 prosent registrert med langtidsopphold i institusjon uten å ha mottatt heldøgnbemannet boligtilbud fra kommunen samme år. To prosent var i løpet av året registrert både med langtidsplass på institusjon og boligtilbud med heldøgns bemanning, mens åtte prosent kun hadde vedtak om heldøgnbemannet boligtilbud. Til sammen mottok 61 prosent av tjenestemottakerne heldøgns omsorg i 2017. I 2020 var andelen som mottok heldøgns omsorg 76 prosent. De fleste av disse var i 2020 registrert både med langtidsopphold i institusjon og som hjemmeboende med heldøgntjenestetilbud.

Det finnes ikke opplysninger om oppstartdato for heldøgntjenestetilbud. Det er derfor utfordrende å kartlegge hvorvidt det kan være benyttet registrering av heldøgntjenestetilbud, som skal registreres for hjemmeboende, mens de i realiteten har vært på langtidsopphold på institusjon uten å ha mottatt heldøgntjenestetilbud i forkant. Det at betydelig flere var registrert både med heldøgntjenestetilbud (for hjemmeboende) og langtidsopphold i institusjon i 2020, enn både langtidsopphold i institusjon og heldøgnsbemannet bolig i 2017-2018, kan indikere at det er en del overlappende registreringer. Aggregert vil uansett alle individer regnes som mottakere av heldøgns omsorg det aktuelle året, uavhengig av om det er overlapp eller ikke mellom registrering av heldøgns omsorg på og utenfor institusjon.

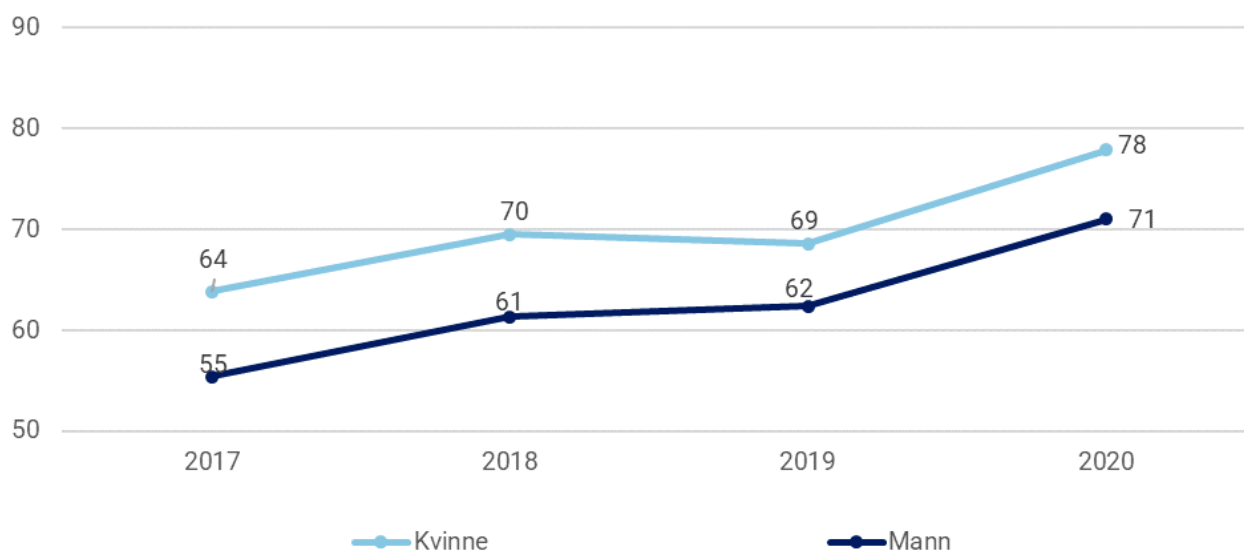
Andelen mottakere av heldøgns omsorg kun utenfor institusjon i 2020, samsvarer omtrent med andelen som kun var på heldøgnbemannet bolig i 2017 eller 2018, mens denne andelen var betydelig lavere i 2019. Dette skyldes antakelig en underrapportering i 2019, og vi ser at til tross for reduksjon i antall tjenestemottakere fra 2019 til 2020, så økte antallet som var registrert med heldøgns omsorg uten å i samme år ha mottatt langtidsplass i institusjon.

Tabell 4: Oversikt over antall og prosentandel med og uten heldøgns omsorg blant tjenestemottakere med demensdiagnose i 2017. Fra 2017-2020.

	2017		2018		2019		2020	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Langtidsopphold i institusjon (ikke annen heldøgns omsorg)	19 939	52	18 716	57	12 054	46	4 549	22
Bolig med heldøgns bemanning (ikke langtidsopphold i institusjon)	2 991	8	2 620	8	-	-	-	-

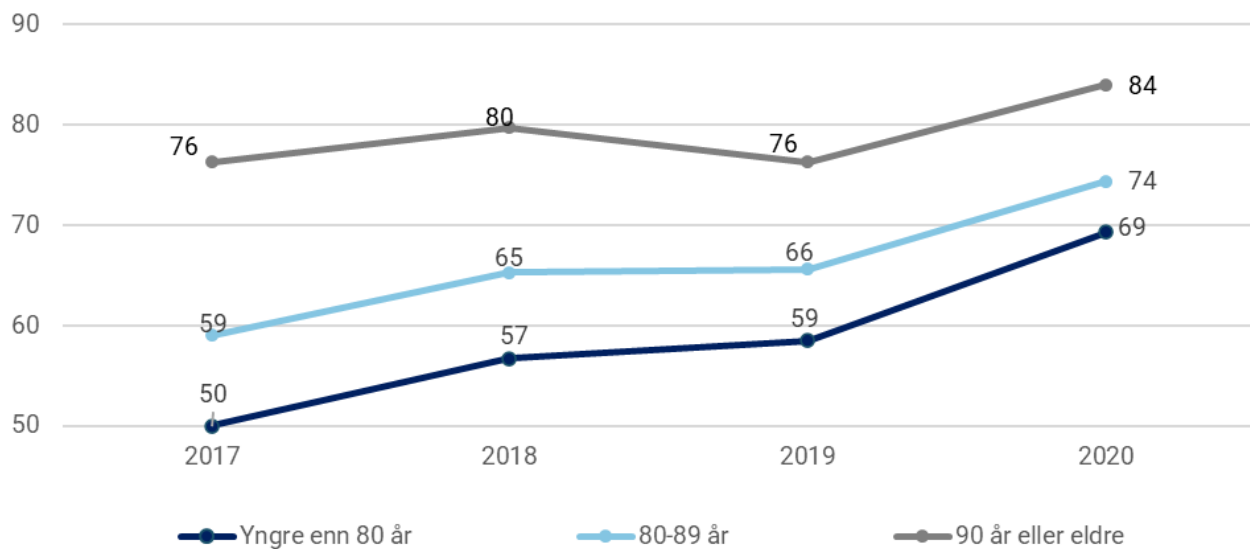
Både langtidsopphold i institusjon og bolig med heldøgns bemanning	586	2	510	2	-	-	-	-
Hjemmeboende med heldøgnsstilbud (ikke langtidsopphold i institusjon)	-	-	-	-	866	3	1 833	9
Både langtidsopphold i institusjon og hjemmeboende med heldøgnsstilbud	-	-	-	-	4 375	17	9 415	45
Mottatt heldøgns omsorg totalt	23 516	61	21 846	67	17 295	67	15 797	76
Ikke mottatt heldøgns omsorg	15 043	39	10 854	33	8 682	33	5 061	24
Antall (n)	38 559		32 700		25 977		20 858	

Figur 12 viser andelen mottakere av heldøgns omsorg blant kvinner og menn med demensdiagnose i 2017 som fikk tjenester i hvert av årene. Gjennom hele perioden var det en høyere andel kvinner enn menn som mottok heldøgns omsorg. Av de som var tjenestemottakere i 2017, fikk 64 prosent av kvinnene og 55 prosent av mennene heldøgns omsorg. Blant de av utvalget som levde og mottok tjenester i 2020 fikk nesten åtte av ti kvinner heldøgns omsorg, sammenlignet med om lag syv av ti menn. Andelen av kvinnene som mottok heldøgns omsorg var 14 prosentpoeng høyere blant de som mottok tjenester i 2020 sammenlignet med de som mottok tjenester i 2017. Blant mennene var denne differansen 16 prosentpoeng.



Figur 12: Prosentandel som mottok heldøgns omsorg av kvinner og menn som fikk tjenester i hvert av årene. N kvinner i 2017=25 639 og N kvinner i 2020=14 219. N menn i 2017=12 904 og N menn i 2020=6 634.

Figur 13 viser andelen mottakere av heldøgns omsorg i ulike aldersgrupper blant de med demensdiagnose som fikk tjenester i hvert av årene. Aldersgruppene er basert på alderen de hadde i året de mottok tjenestene. For alle aldersgruppene var andelen mottakere av heldøgns omsorg høyere i 2020 enn i 2017, som må ses i lys av de i 2020 hadde hatt en demensdiagnose minimum siden 2017. Figuren viser at forskjellen mellom aldersgruppene i andelen som mottok heldøgns omsorg var større blant tjenestemottakerne i 2017 enn i 2020. Det kan indikere at desto lenger man har hatt en demensdiagnose, desto mindre blir aldersforskjellene i bruk av heldøgns omsorg.

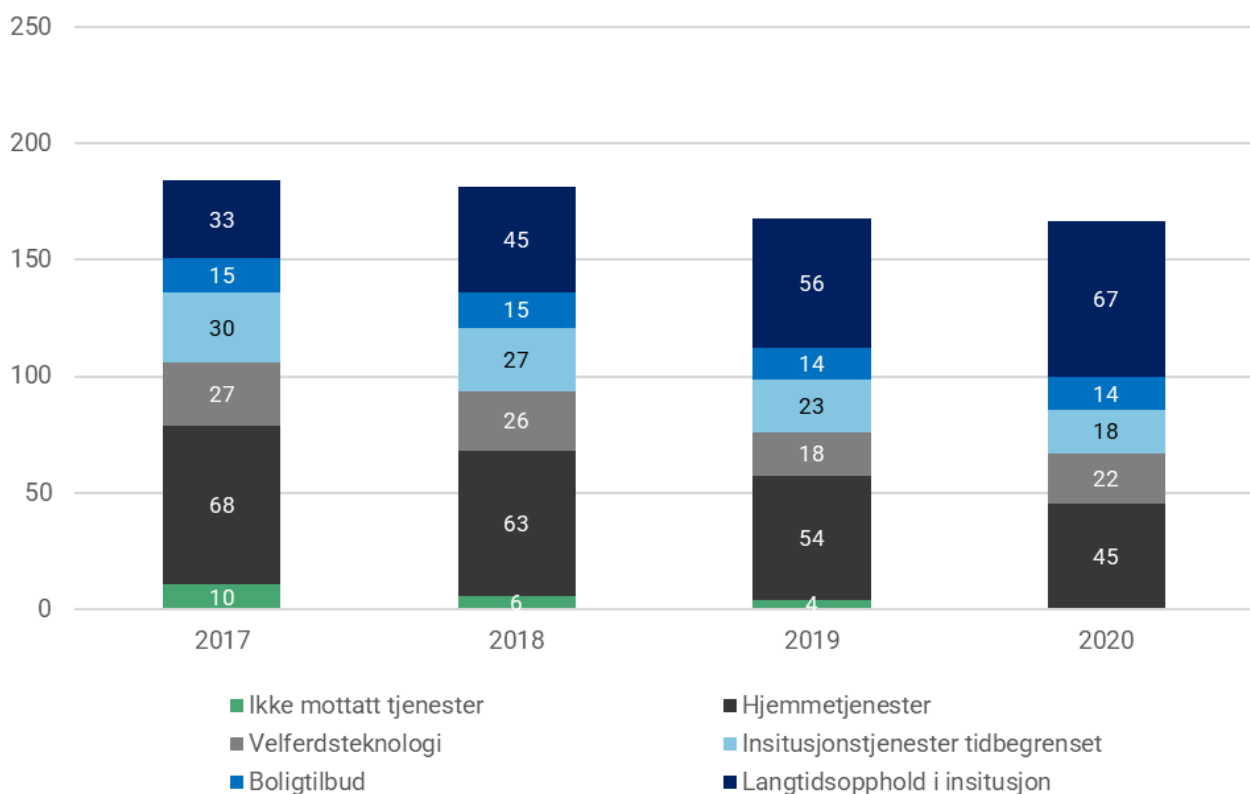


Figur 13: Prosentandel som mottok heldøgns omsorg i ulike aldersgrupper av de som fikk tjenester i hvert av årene. Aldersgrupperingen er basert på alderen i året de mottok tjenester. Min N i 2017=9 708 og Min N i 2020=5 394.

Bruk av tjenester i perioden 2017-2020 blant tjenestemottakerne i 2020

Av de 41 855 personene som var registrert med en demensdiagnose i 2017, var 20 858 i live og mottok en eller flere kommunale tjenester i 2020. I dette kapittelet vil vi se nærmere hvordan deres bruk av tjenester utviklet seg fra 2017 og frem til 2020. Totalt 9 av 10 av tjenestemottakerne i 2020 mottok også tjenester i 2017.

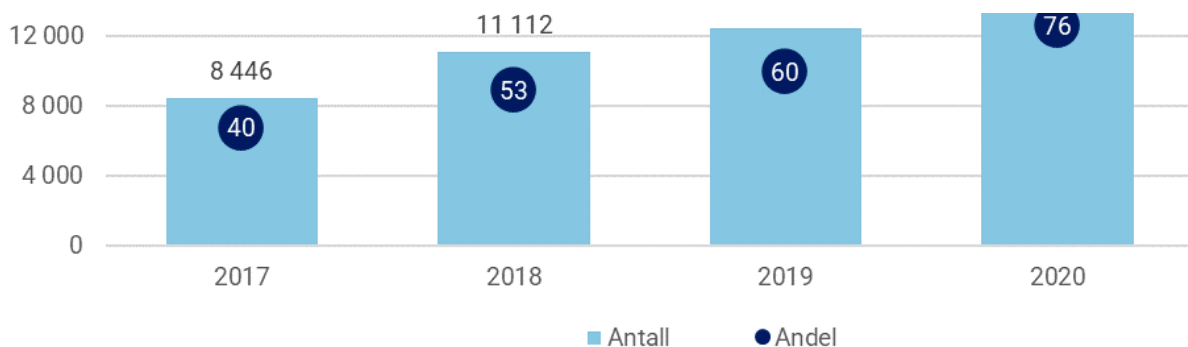
Blant de som var tjenestemottakere i 2020 hadde de fleste hjemmetjenester i 2017 (68 prosent). Tjenester i hjemmet var benyttet av de fleste til og med 2018. I 2019 var det omtrent like mange mottakere av hjemmetjenester som langtidsopphold i institusjon. I 2020 hadde under halvparten (45 prosent) tjenester i hjemmet, mens den klart høyeste andelen var på langtidsopphold i institusjon (67 prosent). Antallet som var på langtidsopphold i institusjon ble omtrent doblet fra 2017 til 2020. Andelen som mottok boligtilbud endret seg relativt lite gjennom perioden. Det var en jevn nedgang i mottakere av tidsbegrensede institusjonstjenester og velferdsteknologi fra 2017 til 2020.



Figur 14: Bruk av tjenester 2017-2020 blant tjenestemottakerne i 2020. Prosent. N=20 858. En person kan motta flere typer tjenester innenfor samme år. Derfor vil ikke andelene summeres til 100.

Til sammen 76 prosent av tjenestemottakerne mottok heldøgns omsorg i 2020. Av tjenestemottakerne i 2020 mottok 40 prosent heldøgns omsorg i 2017, og omtrent halvparten fikk heldøgns omsorg i 2018. Fra 2017 til 2020 ble det 7 351 flere mottakere av heldøgns omsorg blant de som var i live og mottok tjenester i 2020, noe som tilsvarer en økning på 87 prosent. Den prosentvise økningen var langt høyere for mennene (121 prosent) enn kvinnene (75 prosent). I antall var økningen størst for kvinnene, som følge av at det var flere kvinner blant tjenestemottakerne.



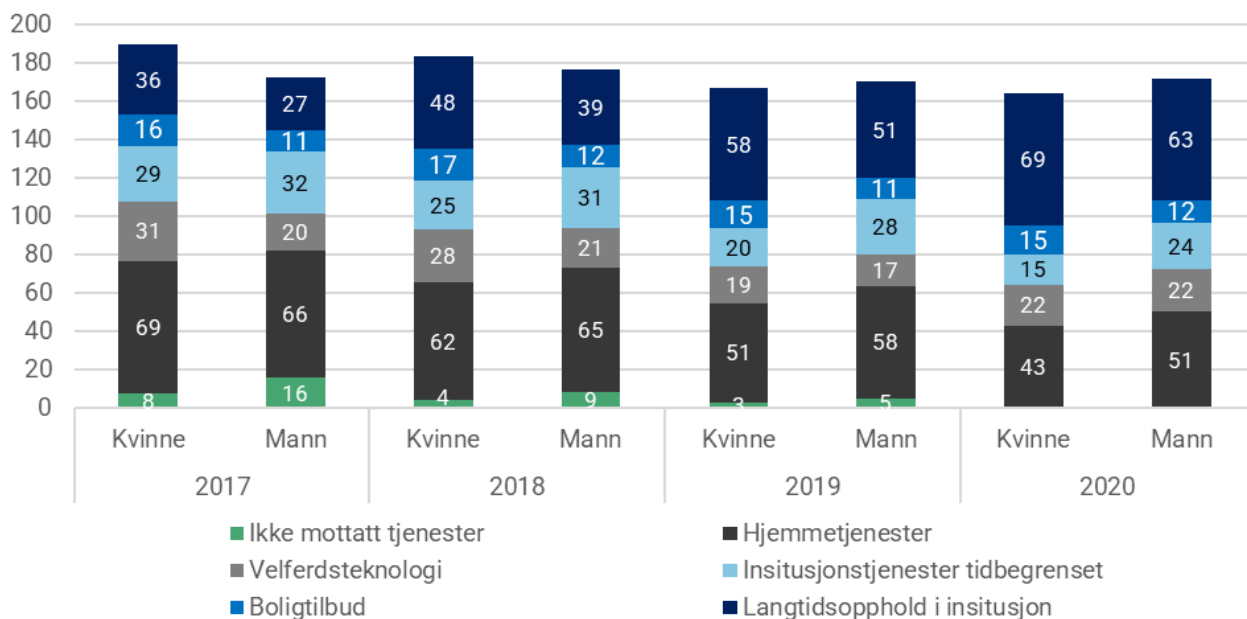


Figur 15: Antall og andel som mottok heldøgns omsorg av de som var tjenstemottakere i 2020, i perioden fra 2017 til 2020. N=20 858.

Figur 16 viser bruk av tjenester i 2020 og bakover i tid for kvinner og menn. Totalt 92 prosent av kvinnene og 84 prosent av mennene, mottok også helse- og omsorgstjenester i 2017. Dette indikerer at kvinnene i noe større grad enn menn fikk tjenester i en lengre periode, men det er ikke kontrollert for om de hadde perioder uten tjenester.

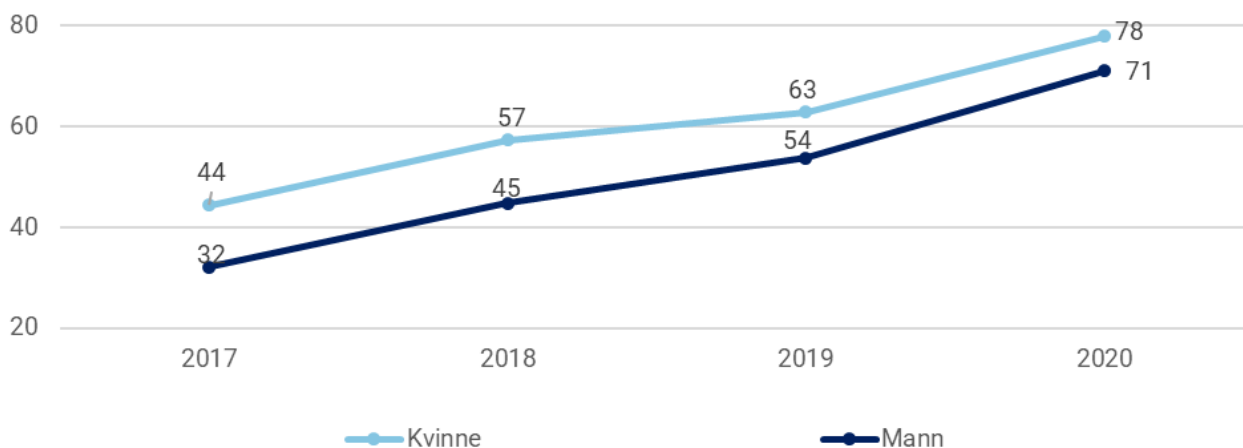
Det var en høyere andel av kvinnene enn mennene som hadde langtidsopphold i institusjon både i 2020 og i perioden før. Det var også noe mer utbredt blant kvinnene enn mennene å benytte boligtilbud i kommunen. I 2017-2018 var også bruk av velferdsteknologi mer vanlig blant kvinnene enn mennene.

En høyere andel av mennene enn kvinnene mottok tjenester i hjemmet og tidsbegrensede institusjonstjenester gjennom perioden. Dette er i tråd med øvrige funn i rapporten når vi ser på alle tjenstemottakerne innenfor hvert år, og ikke bare de som fikk tjenester i 2020. Vi ser også at kvinnene i gjennomsnitt mottok flere typer tjenester enn menn i 2017 og 2018.

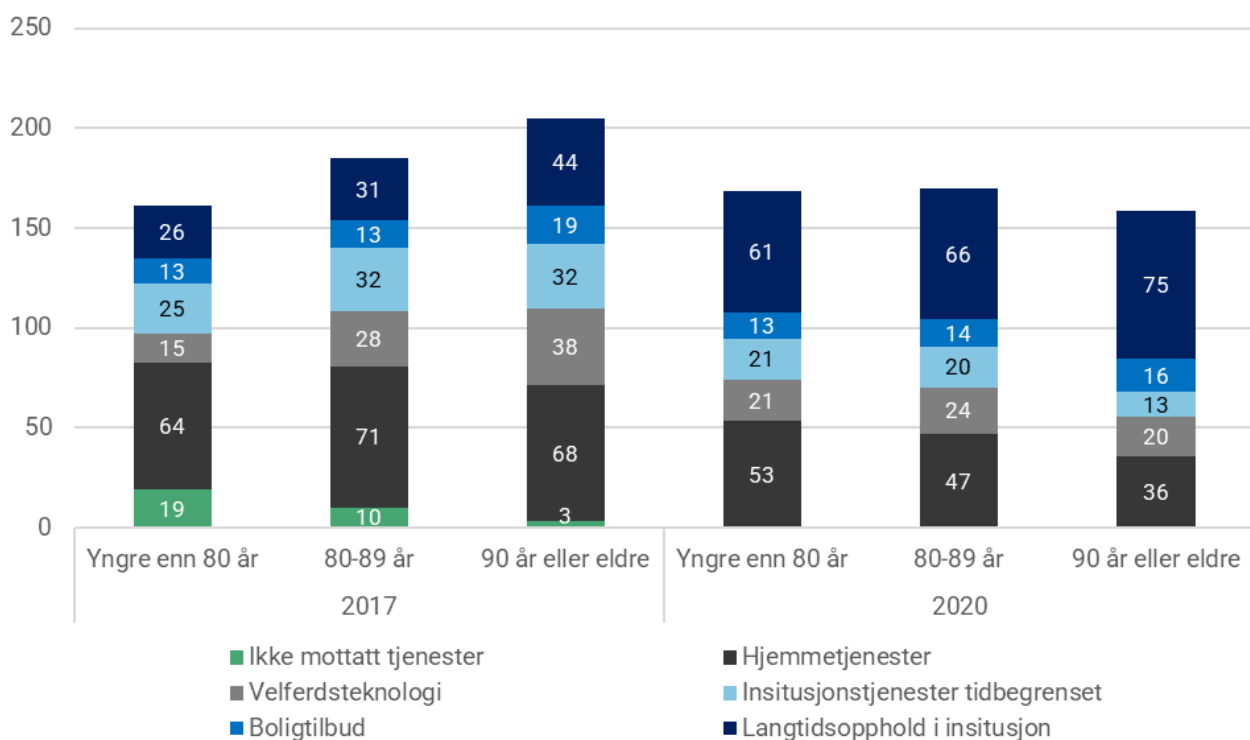


Figur 16: Bruk av tjenester fra 2017 til 2020 blant de som var tjenstemottakere i 2020, brutt ned på kjønn. Prosent. N for kvinnene=14 219 og N for mennene=6 634. En person kan motta flere typer tjenester innenfor samme år. Derfor vil ikke andelenes summeres til 100.

Figur 17 viser andelen totalt som mottok heldøgns omsorg i perioden. En høyere andel av kvinnene enn mennene mottok heldøgns omsorg både i 2020 og i de tre foregående årene. Kjønnforskjellen var litt større i 2017 og 2018 enn de to siste årene i perioden. Andelen mottakere av heldøgns omsorg økte med 39 prosentpoeng for mennene fra 2017 til 2020 og 33 prosentpoeng for kvinnene.

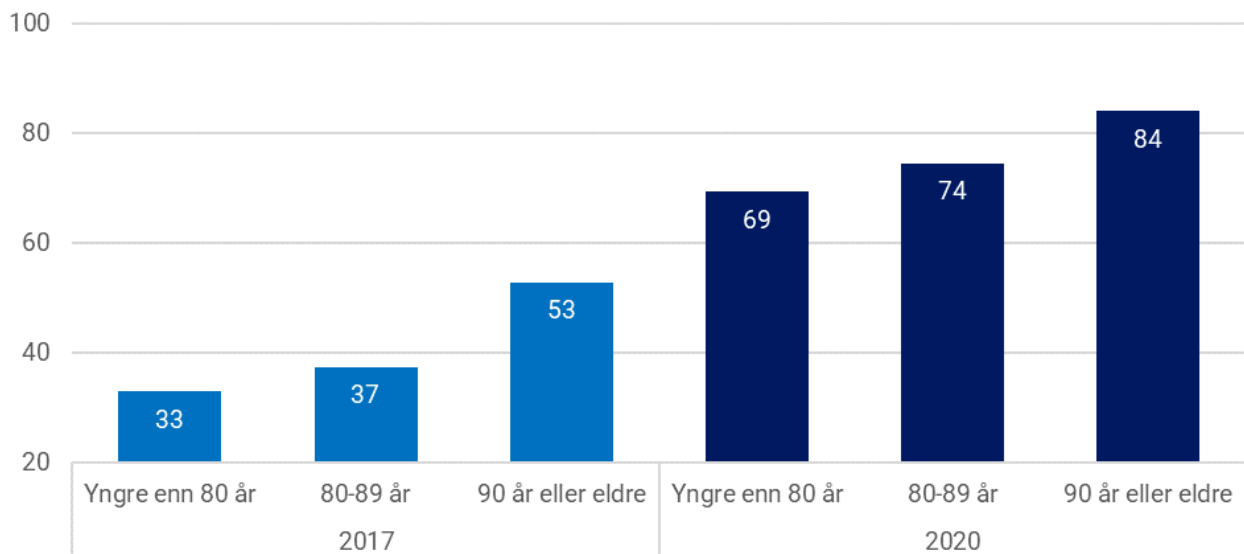


Figur 17: Andel som mottok heldøgns omsorg i 2017, 2018, 2019 og 2020 av de som var tjenestemottakere i 2020, brutt ned på kjønn. Prosent. N for kvinnene=14 219 og N for mennene=6 634. Figur 18 viser bruk av tjenester i 2020 og 2017 for de som var tjenestemottakere i 2020 etter alderen de hadde i 2020. Blant tjenestemottakerne i 2020 som var yngre enn 80 år fikk 81 prosent helse- og omsorgstjenester i 2017. Dette gjaldt 90 prosent av de som var i 80-årene og 97 prosent av de som var 90 år eller eldre. Flesteparten hadde tjenester i hjemmet i 2017. Fra 2017 til 2020 var det en nedgang i andelen som mottok tjenester i hjemmet, og størst nedgang for de eldste. Andelen mottakere av hjemmetjenester ble redusert med 33 prosentpoeng blant de som var 90 år og eldre fra 2017 til 2020, og med ti prosentpoeng blant de som var yngre enn 80 år. Samtidig som nedgangen i andelen mottakere av tjenester i hjemmet, økte andelen som var på langtidsopphold i institusjon. Økningen i prosentpoeng var relativt lik for alle aldersgruppene.



Figur 18: Bruk av tjenester i 2017 og 2020 blant de som var tjenestemottakere i 2020, brutt ned på aldersgruppe i 2020. Prosent. N yngre enn 80 år=5 394, N 80-89 år=9 694, N 90 år og eldre=5 770. En person kan motta flere typer tjenester innenfor samme år. Derfor vil ikke andelenes summeres til 100. Figur 19 viser andel mottakere av heldøgns omsorg i perioden fra 2017 til 2020. Blant tjenestemottakerne i 2020 som var 90 år og eldre, fikk 84 prosent heldøgns omsorg i 2020, og 53 prosent hadde heldøgns omsorg i

2017. Blant de som var i 80-årene i 2020, hadde 37 prosent heldøgns omsorg i 2017 og 74 prosent i 2020. For de som var under 80 år i 2020, økte andelen som mottok heldøgns omsorg fra 33 prosent i 2017 til 69 prosent i 2020. Andelen mottakere av heldøgns omsorg blant tjenestemottakerne i 2020 økte mer fra 2017 til 2020 for de som var under enn over 90 år.

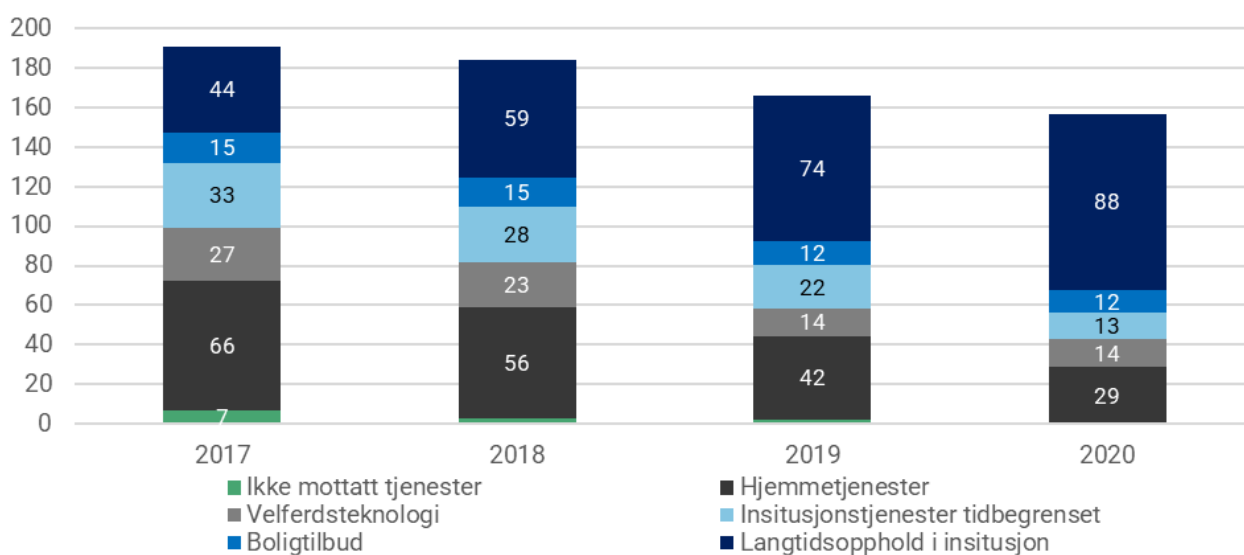


Figur 19: Andel som mottok heldøgns omsorg i 2017 og 2020 av de som var tjenestemottakere i 2020, brutt ned på aldersgruppe i 2020. Prosent. N yngre enn 80 år=5 394, N 80-89 år=9 694, N 90 år og eldre=5 770

Bruk av tjenester i perioden 2017-2020 blant de som fikk heldøgns omsorg i 2020

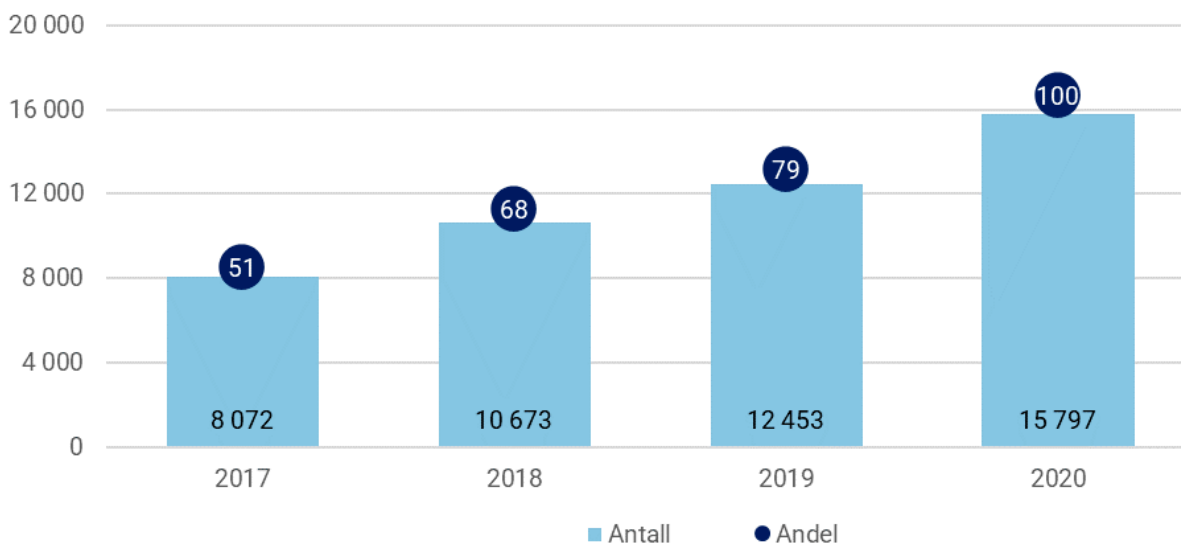
Til sammen 15 797 av de med demensdiagnose i 2017 mottok heldøgns omsorg i 2020. Figuren under viser deres bruk av tjenester i perioden fra 2017 til 2020. 93 prosent av de som fikk heldøgns omsorg i 2020 mottok også helse- og omsorgstjenester i 2017.

Av de som mottok heldøgns omsorg i 2020 var 88 prosent på langtidsopphold i institusjon i 2020, og 44 prosent hadde langtidsopphold i 2017. De fleste av disse mottok tjenester i hjemmet (66 prosent) i 2017. Over halvparten av mottakerne av heldøgns omsorg i 2020 fikk tjenester i hjemmet frem til og med 2018, før denne andelen ble redusert til 42 prosent i 2019 og 29 prosent i 2020.



Figur 20: Bruk av tjenester i perioden 2017 til 2020 blant de som mottok heldøgns omsorg i 2020. Prosent. N=15 979. En person kan motta flere typer tjenester innenfor samme år. Derfor vil ikke andelenes summeres til 100.

Av de som mottok heldøgns omsorg i 2020 fikk rundt halvparten også heldøgns omsorg i 2017. Om lag syv av ti fikk heldøgns omsorg i 2018, og om lag åtte av ti fikk heldøgns omsorg i 2019.

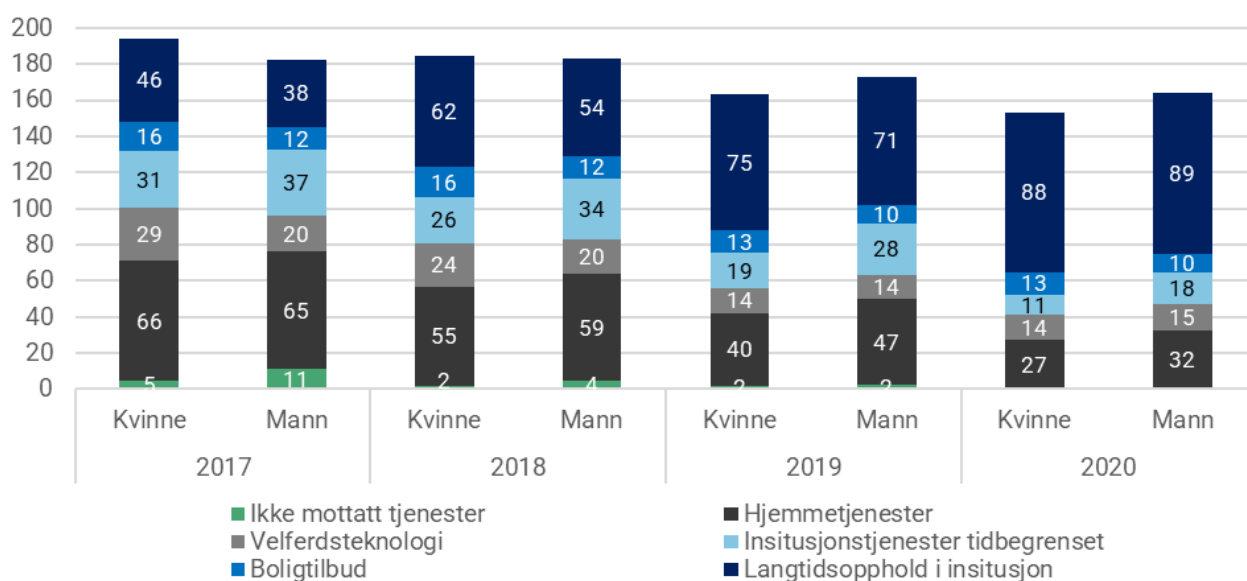


Figur 21: Antall og andel som mottok heldøgns omsorg i 2017, 2018 og 2019 av de som mottok heldøgns omsorg i 2020. prosentandel er beregnet ut fra de som mottok heldøgns omsorg i 2020.

Totalt 95 prosent av kvinnene og 89 prosent av mennene som mottok heldøgns omsorg i 2020 fikk også helse-omsorgstjenester i 2017. Figur 22 viser andelene av kvinnene og mennene med heldøgns omsorg i 2020 som mottok ulike tjenester i 2017-2020.

I løpet av 2020 var omtrent ni av ti av både mennene og kvinnene som mottok heldøgns omsorg på langtidsopphold i institusjon. En høyere andel av mennene enn kvinnene med heldøgns omsorg i 2020 hadde i løpet av året også hjemmetjenester og tidsbegrensede institusjonstjenester. Dette tyder på mennene i noe større grad enn kvinnene var hjemmeboende i løpet av året de mottok heldøgns omsorg.

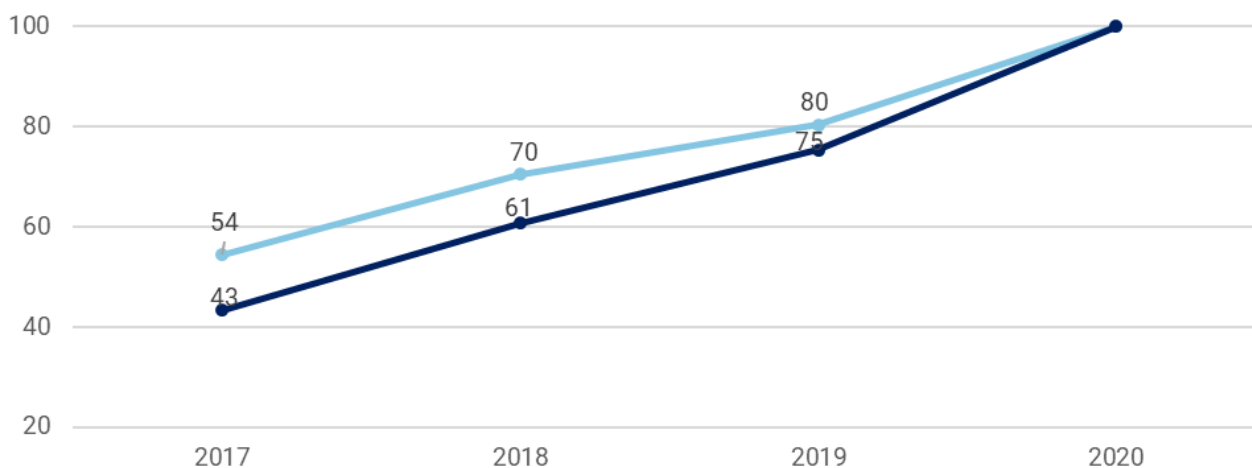
En høyere andel av kvinnene enn mennene som mottok heldøgns omsorg i 2020, var i 2017 på langtidsopphold i institusjon eller benyttet velferdsteknologi, mens mennene i 2017 i større grad enn kvinnene mottok tidsbegrensede institusjonstjenester.



Figur 22: Bruk av tjenester i perioden 2017 til 2020 blant de som mottok heldøgns omsorg i 2020.

Prosent. N for kvinner=11 080. N for menn=4 712. En person kan motta flere typer tjenester innenfor samme år. Derfor vil ikke andelene summeres til 100.

Av kvinnene som mottok heldøgns omsorg i 2020 var det 54 prosent som også mottok heldøgns omsorg i 2017. Andelen blant mennene var lavere (43 prosent). Det kan tyde på en høyere andel av kvinnene enn mennene som fikk heldøgns omsorg i 2020 hadde vært mottakere av heldøgns omsorg gjennom hele perioden. Det er imidlertid ikke kontrollert om bruken av heldøgns omsorg fra 2017 til 2020 henger sammen i tid.



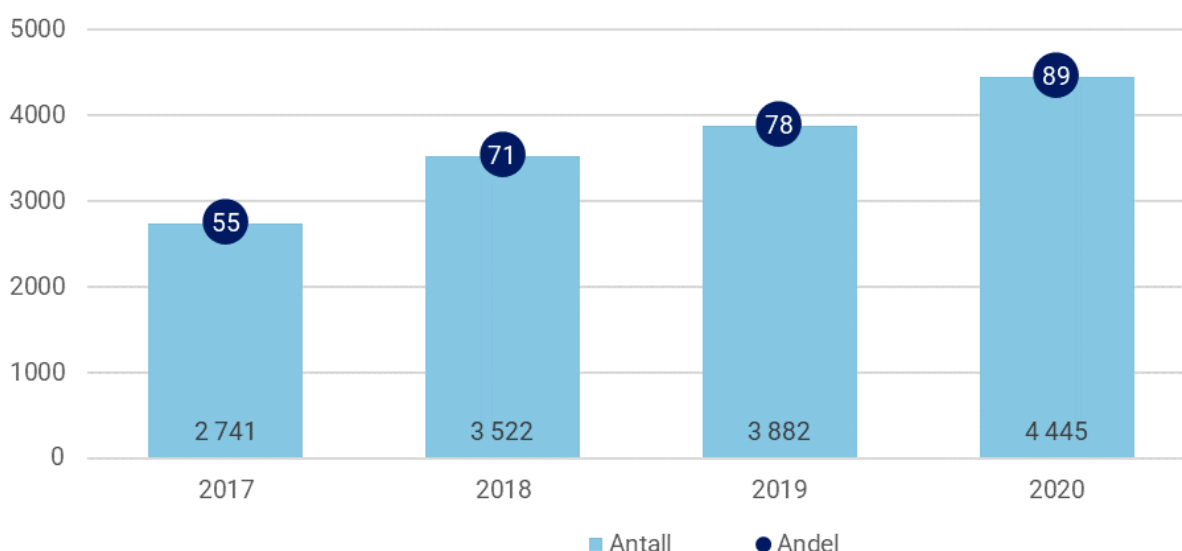
— Kvinne

— Mann

Figur 23: Andel som mottok heldøgns omsorg i 2017,2018 og 2019 av de som mottok heldøgns omsorg i 2020. Prosent. N for kvinner=11 080. N for menn=4 712.

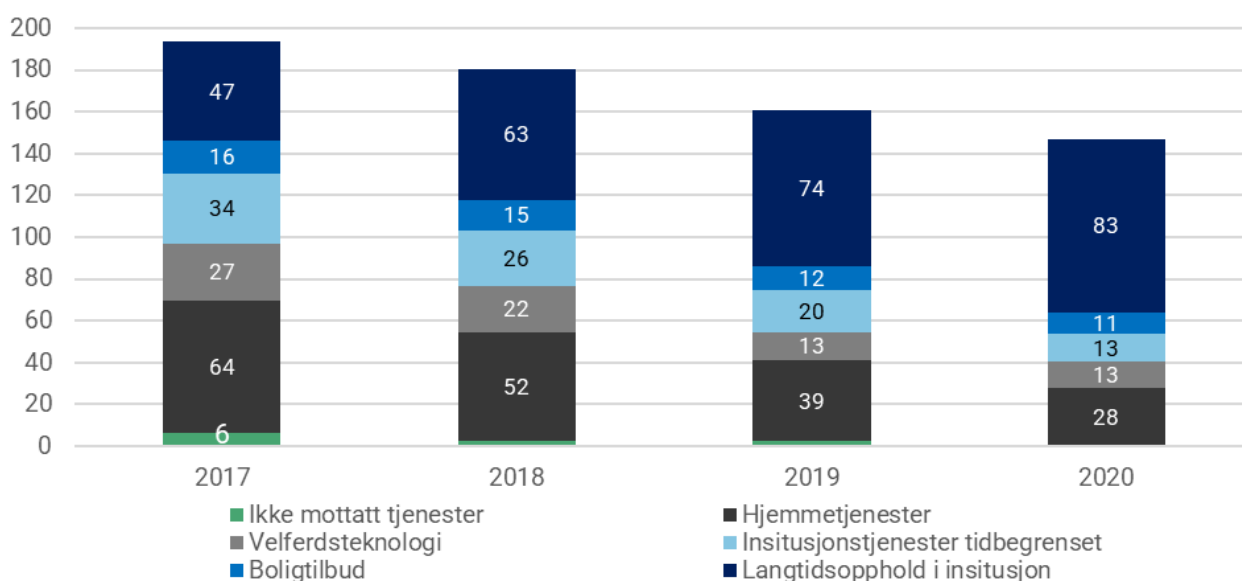
Tjenester i siste fase av livet

Til sammen 4 990 av tjenestemottakerne i 2020 som var registrert med demensdiagnose i 2017 døde i løpet av 2020. Figur 24 og 25 viser deres bruk av tjenester både i året de døde og bakover i tid. Om lag 9 av 10 tjenestemottakere som døde i 2020 mottok heldøgns omsorg dette året, enten som langtidsopphold i institusjon eller som hjemmeboende. Nesten 8 av 10 mottok heldøgns omsorg i løpet av 2019, det vil si året før de døde. Over halvparten (55 prosent) av de som døde i 2020 mottok heldøgns omsorg i løpet av 2017.



Figur 24: Bruk av heldøgns omsorg 2017-2020 blant tjenestemottakerne i 2020 som døde dette året. Prosent. N=4 990.

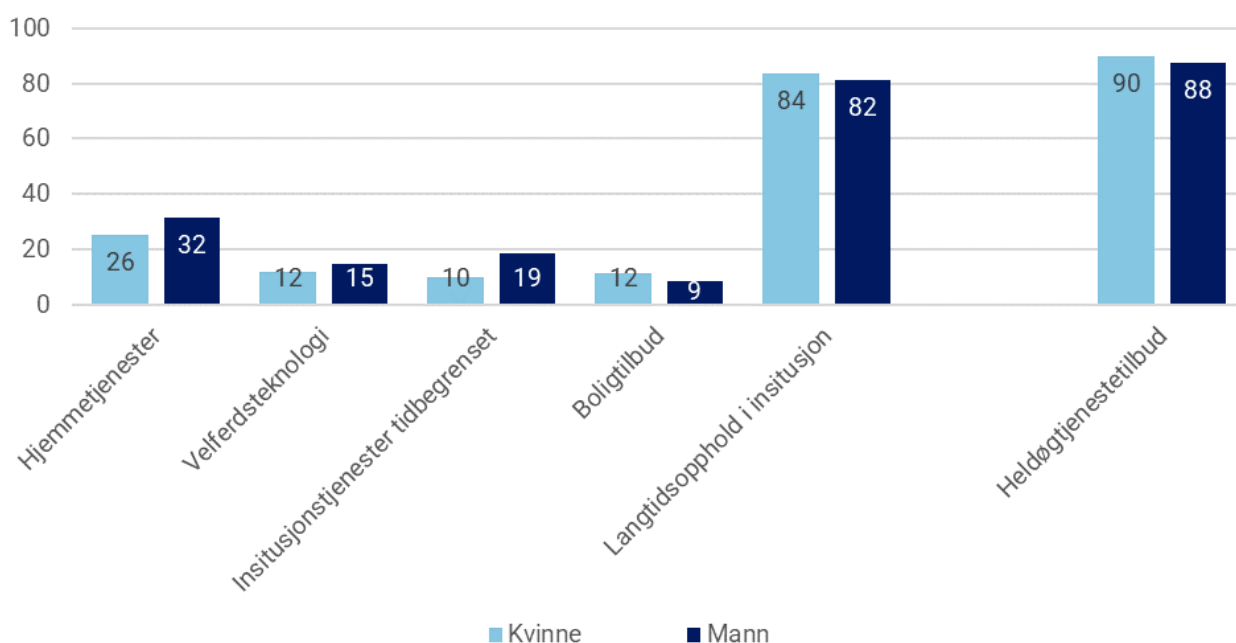
Overgangen til heldøgns omsorg frem mot året de dør gjelder først og fremst i form av langtidsopphold i institusjon. 83 prosent var på langtidsopphold i institusjon året de døde og 74 prosent var det året før de døde. I 2017 var under halvparten på langtidsopphold i institusjon (47 prosent). Andelen som benyttet boligtilbud ble redusert fra 2017 til 2020. Det var også en reduksjon fra 2017 til 2020 i andelen som mottok tjenester i hjemmet, tidsbegrensede institusjonstjenester, velferdsteknologi og boligtilbud. I 2017 mottok 64 prosent av de som døde i 2020 tjenester i hjemmet, mot kun 28 prosent i 2020.



Figur 25: Bruk av tjenester 2017-2020 blant tjenestemottakerne i 2020 som døde dette året. Prosent. N=4 990. En person kan motta flere typer tjenester innenfor samme år. Derfor vil ikke andelene summeres til 100.

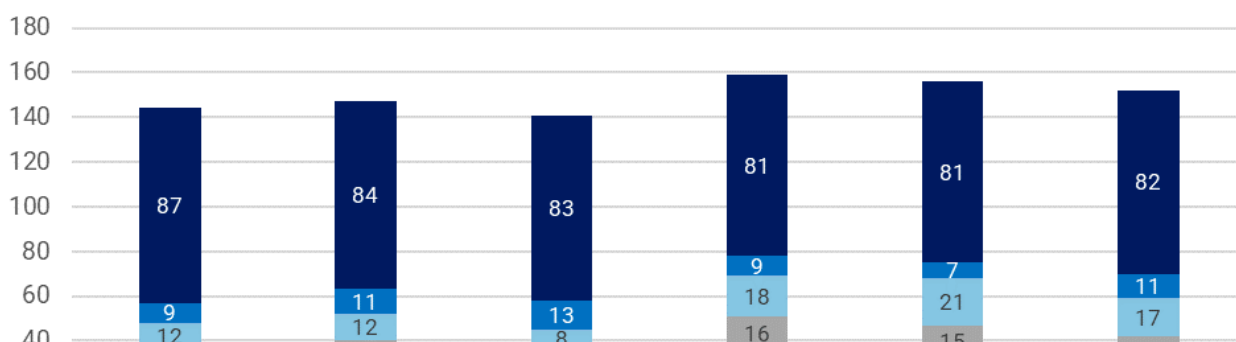
Av de som døde i 2020 var en høyere andel av kvinnene enn mennene også tjenestemottakere i 2017 (96 mot 89 prosent). Det var også mer utbredt blant kvinnene enn mennene som døde i 2020 å ha mottatt heldøgns omsorg allerede i 2017 (61 mot 44 prosent). Resultatet indikerer at kvinnene gjennomgående hadde mottatt tjenester, og heldøgns omsorg, i en lengre periode enn mennene før de døde.

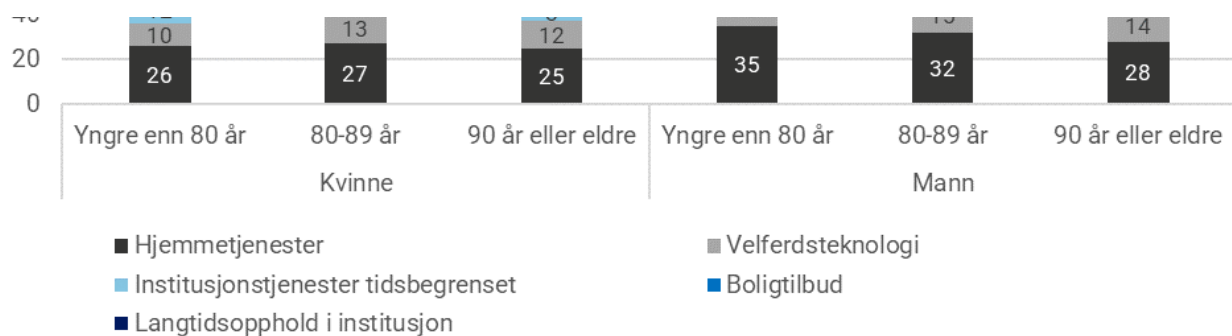
I året de døde (2020) var det totalt sett liten forskjell mellom kvinner og menn i andelen som hadde mottatt heldøgns omsorg. Samtidig hadde en høyere andel menn enn kvinner mottatt hjemmetjenester (32 mot 26 prosent) og tidsbegrensede institusjonstjenester (19 mot 10 prosent). Resultatene viser at menn i større grad enn kvinner har vært hjemmeboende i løpet av året de døde. Det er imidlertid ikke kontrollert for grad av sammenheng i de tidsbegrensede oppholdene, og hvorvidt de har vært opptakten til et langtidsopphold på institusjon.



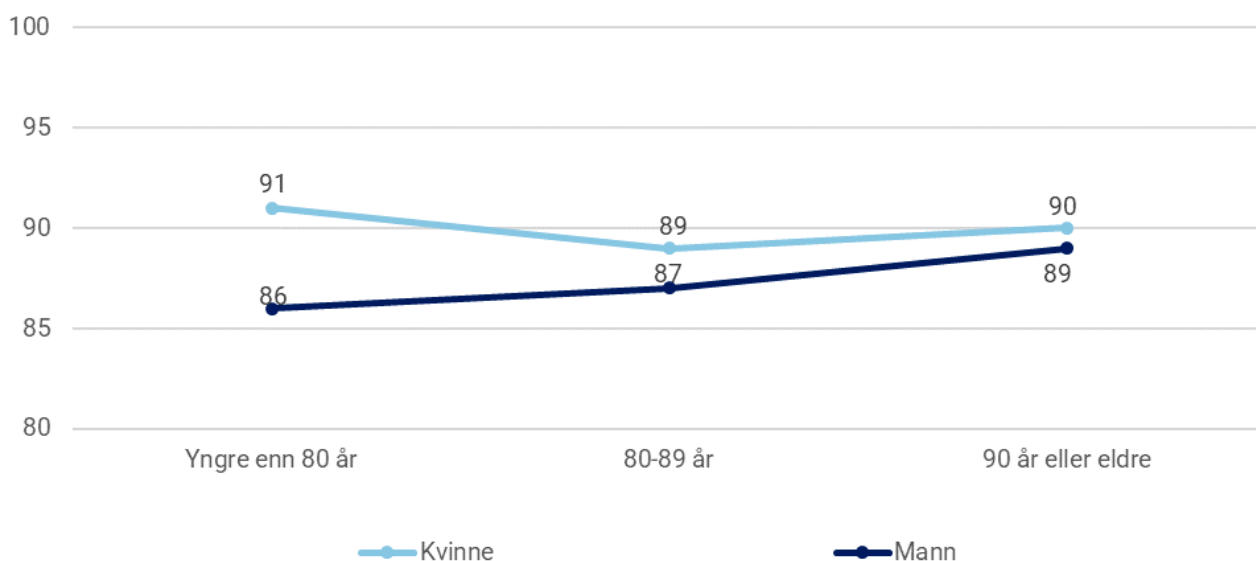
Figur 26: Bruk av tjenester i året de døde (2020), brutt ned på kjønn. Prosent. N for kvinner=3 237, N for menn=1 753. En person kan ha mottatt mange tjenester, og vil da være registrert flere plasser.

Figur 27 viser at det er størst kjønnsforskjell i andelen som benyttet tjenester til hjemmeboende og langtidsopphold i institusjon blant de under 80 år. Når det gjelder bruken av tidsbegrensede institusjonstjenester er kjønnsforskjellen større for de over enn under 80 år. Bruk av velferdsteknologi det året de døde var noe mer utbredt blant mennene enn kvinnene, spesielt for de som var yngre enn 80 år. Det var også blant de under 80 år vi finner størst kjønnsforskjell i bruk av heldøgns omsorg året de døde, med en noe høyere andel blant kvinnene.



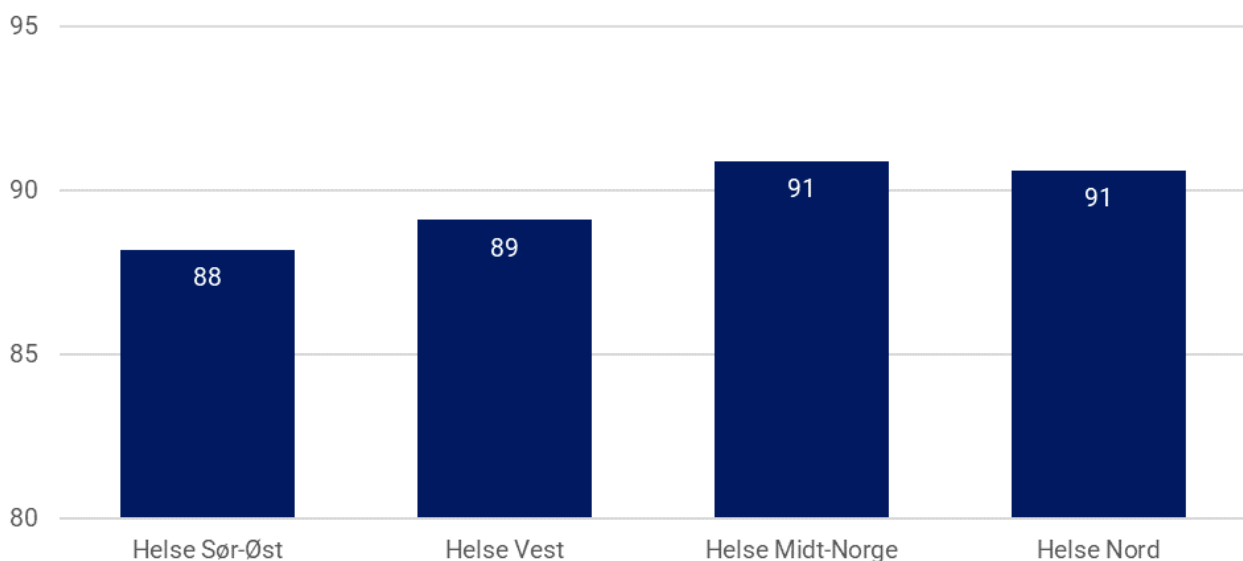


Figur 27: Bruk av tjenester i året de døde (2020), brutt ned på kjønn og alder. Prosent. Min N for kvinner=438. Min N for menn=393. En person kan motta flere typer tjenester innenfor samme år. Derfor vil ikke andelene summeres til 100.

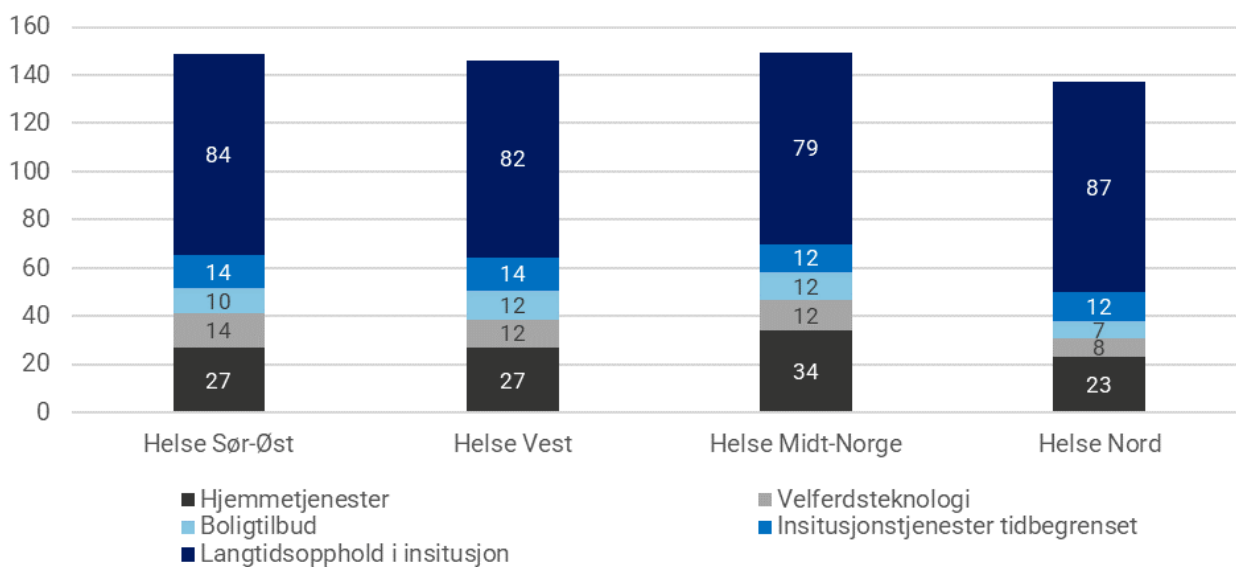


Figur 28: Bruk av heldøgns omsorg året de døde. Brutt ned på kjønn og aldersgrupper. Prosent. Min N for kvinner=438. Min N for menn=393.

Figur 29 og 30 viser bruk av tjenester året de døde (2020) brutt ned på bostedsregion. Det var relativt liten forskjell i andelen som totalt sett hadde mottatt heldøgns omsorg året de døde. Helse Midt-Norge skiller seg ut ved å ha den høyeste andelen som mottok hjemmetjenester (34 prosent) og hadde den laveste andelen som var på langtidsopphold i institusjon (79 prosent) av regionene. .



Figur 29: Bruk av heldøgns omsorg i året de døde (2020), brutt ned på bostedsregion. Prosent. Min N=543



Figur 30: Bruk av tjenester i året de døde (2020), brutt ned på region. Prosent. Min N=543. En person kan motta flere typer tjenester innenfor samme år. Derfor vil ikke andelene summeres til 100.

Videre analyser

Denne rapporten har gitt en deskriptiv analyse av bruk av helse- og omsorgstjenester i perioden 2017-2020 blant personer registrert med demensdiagnose i KPR i 2017. Økningen i antall eldre personer og personer med demens de kommende årene vil legge press på de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og det vil også prege samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Det er relevant å innhente mer kunnskap om både bruk av tjenester, behov for tjenester, og samhandling mellom tjenester og nivåer. Som forslag til videre analyser kan det være aktuelt å inkludere data fra NPR (spesialisthelsetjenesten), både for å supplere uttrekket av personer med ulike diagnoser, og også for å se på bruk av sykehustjenester, og overganger mellom sykehustjenester og bruk av kommunale tjenester. Det vil også være aktuelt å inkludere informasjon om bruk av tjenester som registreres i KPR-KUHR, slik som fastlege, legevakt, fysioterapi med mer. For å gi et godt bilde på overganger og forløp innad i og mellom ulike tjenester er det viktig med valide datoregistreringer for start/slutt av en tjeneste, noe som i enkelte tilfeller i KPR- helse og omsorg er beheftet med feilkilder. I tillegg er det per i dag ingen registrering av datoer knyttet til mottak av heldøgns omsorg for de som ikke er på langtidsopphold i institusjon. I senere analyser er det likevel interessant å i større grad forsøke å kartlegge en tidslinje i forløpet ved bruk av tjenester.

Videre kan det være store variasjoner i funksjonsnivået til personer med en demensdiagnose, og mange kan ha andre diagnoser i tillegg. Tilgang til privat ubetalt hjelp gjennom for eksempel egne barn eller partner vil også variere, og kan blant annet ha medvirket til de kjønnsforskjellene vi ser i denne rapporten. I senere analyser kan det være relevant å inkludere mer informasjon om andre diagnoser, funksjonsnivå, privat ikke betalt hjelp, husstanden man bor i med mer. Mange slike opplysninger registreres i KPR- helse og omsorg, men er også noe som kan endre seg raskt i et demensforløp. Det er derfor viktig at tidsperioden opplysningene gjelder for har et godt samsvar med perioden man kartlegger bruk av tjenester innenfor.

I senere analyser kan også mer kunnskap om både utvikling over tid og utvikling i variasjoner mellom Helsefelleskap i årene fremover, være sentralt for å gi en indikasjon på graden av uønsket variasjon i tjenestetilbudet avhengig av hvor man bor i landet.

Vedlegg 1 - oversikt over inndeling av kommuner i Helsefellesskap

Oversikt over inndeling av kommuner i Helsefellesskap

Helsefellesskap	Kommuner
Østfold	Halden, Moss, Sarpsborg, Fredrikstad, Hvaler, Aremark, Marker, Indre Østfold, Skiptvet, Rakkestad, Råde, Våler (Viken), Vestby
Akershus universitetssykehus	Nordre Follo, Ås, Frogn, Nesodden, Aurskog-Høland, Rælingen, Enebakk, Lørenskog, Lillestrøm, Nittedal, Gjerdrum, Ullensaker, Nes (Akershus), Eidsvoll, Nannestad, Hurdal, Kongsvinger, Nord-Odal, Sør-Odal, Eidskog, Grue
Oslo	Oslo
Innlandet	Lunner, Hamar, Lillehammer, Gjøvik, Ringsaker, Løten, Stange, Åsnes, Våler (Innlandet), Elverum, Trysil, Åmot, Stor-Elvdal, Rendalen, Engerdal, Tolga, Tynset, Alvdal, Folldal, Os (Innlandet), Dovre, Lesja, Skjåk, Lom, Vågå, Nord-Fron, Sel, Sør-Fron, Ringebu, Øyer, Gausdal, Østre Toten, Vestre Toten, Gran, Søndre Land, Nordre Land, Sør-Aurdal, Etnedal, Nord-Aurdal, Vestre Slidre, Øystre Slidre, Vang
Vestre Viken	Drammen, Kongsberg, Ringerike, Bærum, Asker, Hole, Flå, Nesbyen, Gol, Hemsedal, Ål, Hol, Sigdal, Krødsherad, Modum, Øvre Eiker, Lier, Flesberg, Rollag, Nore og Uvdal, Jevnaker
Vestfold	Horten, Holmestrand, Tønsberg, Sandefjord, Larvik, Færder
Telemark	Porsgrunn, Skien, Notodden, Siljan, Bamble, Kragerø, Drangedal, Nome, Midt-Telemark, Tinn, Hjartdal, Seljord, Kviteseid, Nissedal, Fyresdal, Tokke, Vinje
Sørlandet	Risør, Grimstad, Arendal, Kristiansand, Lindesnes, Farsund, Flekkefjord, Gjerstad, Vegårshei, Tvedestrand, Froland, Lillesand, Birkenes, Åmli, Iveland, Evje og Hornnes, Bygland, Valle, Bykle, Vennesla, Åseral, Lyngdal, Hægebostad, Kvinesdal, Sirdal
Helse Stavanger-området	Eigersund, Stavanger, Sandenes, Sokndal, Lund, Bjerkreim, Hå, Klepp, Time, Gjesdal, Sola, Randaberg, Strand, Hjelmeland, Kvitsøy
Helse Fonna-området	Haugesund, Suldal, Sauda, Bokn, Tysvær, Karmøy, Utsira, Vindafjord, Etne, Sveio, Bømlo, Stord, Fitjar, Tysnes, Kvinnherad, Ullensvang, Eidfjord
Helse Bergen-området	Bergen, Ulvik, Voss, Kvam, Samnanger, Bjørnafjorden, Austevoll, Øygarden, Askøy, Vaksdal, Modalen, Osterøy, Alver, Austrheim, Fedje, Masfjorden, Gulen
Helse Førde-området	Kinn, Solund, Hyllestad, Høyanger, Vik, Sogndal, Aurland, Lærdal, Årdal, Luster, Askvoll, Fjaler, Sunnfjord, Bremanger, Stad, Gloppen, Stryn
Møre og Romsdal	Kristiansund, Molde, Ålesund, Vanylven, Sande (Møre og Romsdal), Herøy (Møre og Romsdal), Ulstein, Hareid, Ørsta, Stranda, Sykkylven, Sula, Giske, Vestnes, Rauma, Aukra, Averøy, Gjemnes, Tingvoll, Sunndal, Surnadal, Smøla, Aure, Volda, Fjord, Hustadvika
St. Olavs-området	Trondheim, Frøya, Oppdal, Rennebu, Røros, Holtålen, Midtre Gauldal, Melhus, Skaun, Malvik, Selbu, Tydal, Indre Fosen, Heim, Hitra, Ørland, Åfjord, Orkland, Rindal
Nord-Trøndelag	Steinkjer, Namsos, Osen, Meråker, Stjørdal, Frosta, Levanger, Verdal, Snåase - Snåsa, Lierne, Raarvihke - Røyrvik, Namsskogan, Grong, Høylandet, Overhalla, Flatanger, Leka, Inderøy, Nærøysund

Helgeland	Bindal, Sømna, Brønnøy, Vega, Vevelstad, Herøy (Nordland), Alstahaug, Leirfjord, Vefsn, Grane, Hattfjelldal, Dønna, Nesna, Hemnes, Rana, Lurøy, Træna, Rødøy
Nordland-området	Bodø, Meløy, Gildeskål, Beiarn, Saltdal, Fauske - Fuosko, Sørfold, Steigen, Røst, Værøy, Flakstad, Vestvågøy, Vågan, Hadsel, Bø (Nordland), Øksnes, Sortland - SuortŹi, Andøy, Moskenes, Hamarøy
UNN-området	Narvik, Lødingen, Evenes, Tromsø, Harstad, Kvæfjord, Tjeldsund, Ibestad, Gratangen, Lavangen, Bardu, Salangen, Målselv, Sørreissa, Dyrøy, Senja, Balsfjord, Karlsøy, Lyngen, Storfjord, Kåfjord, Skjervøy, Nordreisa, Kvænangen
Finnmark	Alta, Vardø, Vadsø, Hammerfest, Kautokeino, Loppa, Hasvik, Måsøy, Nordkapp, Porsanger, Karasjok, Lebesby, Gamvik, Berlevåg, Tana, Nesseby, Båtsfjord, Sør-Varanger

Vedlegg 2 - antall og andel mottakere av ulike tjenester 2017-2020

Tabell 1. Prosentfordeling av utvalget med demensdiagnose i KPR i 2017 som mottok tjenester i hvert av årene (2017: n=38 559, 2018: n=32 700, 2019: n=25 977 og 2020: n=20 858). Fordi en person kan ha mottatt flere tjenester vil ikke summen av mottak av enkelttjenester samsvare med antall og andel som har mottatt den aktuelle tjenestetypen totalt.

	2017		2018		2019		2020	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Hjemmetjenester totalt	24264	63	18430	56	13023	50	9448	45
Helsetjenester i hjemmet	21995	57	16598	51	11801	45	8557	41
Praktisk bistand - daglige gjøremål	12309	32	9377	29	6790	26	5069	24
Dagaktivitetstilbud	7230	19	5839	18	4288	17	2962	14
Matombringing	6026	16	4684	14	3349	13	2471	12
Re-/habilitering utenfor institusjon[29]	2186	6	1492	5	185	1	49	0
Støttekontakt	1634	4	1421	4	1130	4	867	4
Praktisk bistand - opplæring - daglige gjøremål	612	2	619	2	503	2	433	2
Omsorgsstønad	593	2	454	1	372	1	292	1
Avlasting utenfor institusjon	249	1	239	1	222	1	158	1
Praktisk bistand - brukerstyrt - personlig assistanse	102	0	34	0	28	0	23	0
Langtidsopphold i institusjon	20525	53	19226	59	16429	63	13964	67
Institusjonstjenester - tidsbegrenset totalt	12265	32	8558	26	5662	22	3807	18
Tidsbegrenset opphold - utredning/behandling	5481	14	3655	11	2399	9	1677	8
Tidsbegrenset opphold - annet	4396	11	2915	9	1871	7	1117	5
Avlasting i institusjon	2212	6	1887	6	1504	6	1024	5
Dagopphold i institusjon	2029	5	1455	4	866	3	592	3
Tidsbegrenset opphold - habilitering/rehabilitering	1486	4	896	3	523	2	372	2
Kommunal øyeblikkelig hjelp - døgnopphold	1499	4	1063	3	672	3	509	2
Nattopphold i institusjon	11	0	8	0	<5	0	<5	0
Velferdsteknologi totalt	9822	25	7394	23	4327	17	4540	22
Trygghetsalarm	9577	25	6977	21	3666	14	3383	16
Lokaliseringsteknologi (GPS)	340	1	605	2	544	2	666	3
Elektronisk medisineringsstøtte	-	-	-	-	175	1	365	2
Digitalt tilsyn	-	-	-	-	439	2	911	4
Boligtilbud totalt[30]	5959	15	4928	15	3409	13	2972	14
Bolig med heldøgnsstilbud	3577	9	3130	10	-	-	-	-
Bolig uten heldøgnsstilbud	2331	6	1748	5	-	-	-	-

[29] Det er endringer i registrering av rehabilitering utenfor institusjon fra 2019; da skal dette registreres i fil med personopplysninger og ikke fil med mottatte tjenester som denne tabellen bygger på. Det er likevel fortsatt noen registrering av rehabilitering utenfor institusjon i fil med mottatte tjenester også i 2019 og 2020 som telles med under hjemmetjenester.

[30] Her inngår både omsorgsbolig og annen bolig for 2017 og 2018. De som har opplysninger om boligens bemanning inngår i underkategoriene bolig med og uten heldøgnstilbud i 2017 og 2018. Som bolig med heldøgnstilbud gjelder bolig med «Fast tilknyttet personell hele døgnet, del av ordinær boligmasse» eller «Fast tilknyttet personell hele døgnet, ikke del av ordinær boligmasse». For om rundt 2,5 prosent av registreringene av boligtilbud i 2017-2018, manglet opplysninger om bemanning. Fra 2019 er omsorgsbolig og annen bolig erstattet med «Bolig som kommunen disponerer for helse- og omsorgsformål», og det foreligger ikke opplysninger om bemanning. Registreringer på gamle boligkoder i 2019 og 2020 er telt med under kategorien «Bolig som kommunen disponerer for helse- og omsorgsformål».

