

Legetjenester blant beboere i omsorgsbolig

Først publisert: 28. februar 2024

Siste faglige endring: 28. februar 2024

Innhold

1. Sammendrag	3
2. Innledning	5
3. Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)	6
4. Resultater	8
5. Videre utvikling av kvalitetsindikatorer	15

Sammendrag

Det har vært en betydelig økning av omsorgsboliger de siste 20 årene. Helt siden "Handlingsplanen for eldreomsorgen" kom på slutten av 90-tallet har det vært et politisk mål at flere skal bo i omsorgsbolig. Boligformen skal gi muligheten for å kunne bo i egen bolig, tilrettelagt for omfattende pleie. Beboerne anses som hjemmeboende, kan få tildelt kommunale hjemmetjenester etter individuell vurdering og ha tilgang til heldøgns pleie og omsorg ved behov.

Behovet for medisinskfaglig bistand er høyt blant beboere i omsorgsboliger og skal i hovedsak ivaretas av fastlegene, eventuelt suppleres med legevaktjenester. Beboerne er tilknyttet ordinær fastlegetjeneste og beholder sin fastlege når de flytter inn i omsorgsboligen. Med ønske om at flere skal bo i omsorgsbolig versus på sykehjem øker også belastningen på en allerede presset fastlegetjeneste. Hvordan det medisinskfaglige tilbudet organiseres i omsorgsboligene varierer.

I "Handlingsplanen for allmennlegetjenesten 2020-2024" er et av målene å bedre kvaliteten på legetjenester til personer med omfattende behov, deriblant beboere i omsorgsbolig. Vi har derimot lite kunnskap om i hvor stor grad de benytter seg av disse tjenestene.

Hovedfunnene i rapporten

- 85 prosent av beboere i omsorgsbolig hadde minst en konsultasjon hos fastlegen i 2022
- Gjennomsnittlig antall fastlegekonsultasjoner for alle beboerne var 4,7
- Beboere med omfattende bistandsbehov, og også beboere med utviklingshemming, konsulterte fastlegen i mindre grad sammenliknet med andre beboere
- Andel beboere med demens som konsulterte fastlegen var noe høyere sammenliknet med andre beboere samtidig som de hadde gjennomsnittlig færre konsultasjoner (3,8)
- En av tre beboere konsulterte legevakten i 2022
- Andel beboere med omfattende bistandsbehov og demens som konsulterte legevakten var noe høyere sammenliknet med andre beboere

Lavere bruk av fastlegen blant beboere med omfattende bistandsbehov

I 2022 var andel beboere i omsorgsbolig som hadde minst en konsultasjon hos fastlegen på 85 prosent. Gjennomsnittlig antall konsultasjoner hos fastlegen var 4,7. Av de rundt 153 000 fastlegekonsultasjonene var 79 prosent fysiske konsultasjoner, 13 prosent e-konsultasjoner og 8 prosent sykebesøk. Det var flere kvinner enn menn som hadde konsultasjon hos fastlegen, og kvinnene hadde gjennomsnittlig flere konsultasjoner. Andel beboere med minst én konsultasjon økte med økende alder. Gjennomsnittlig antall konsultasjoner økte med økende alder frem til 80 år, med en liten nedgang etter fylte 80 år. Andel sykebesøk økte også med økende alder, mens tendensen var motsatt for e-konsultasjoner.

Det var færre beboere med omfattende behov for bistand som konsulterte fastlegen sammenliknet med de som hadde noe og moderat behov for bistand. Beboere med omfattende behov hadde også gjennomsnittlig færre fastlegekonsultasjoner.

Andel beboere med utviklingshemming som konsulterte fastlegen (81 prosent) var lavere sammenliknet med de andre beboerne, mens det var motsatt for beboere med demens (88 prosent). Begge diagnosegruppene hadde gjennomsnittlig færre konsultasjoner hos fastlege enn de andre beboerne.

En av tre beboere konsulterte legevakten

Rundt en tredel av beboerne i omsorgsbolig konsulterte legevakten i løpet av 2022. Det var lite variasjon mellom kjønn og mellom aldersgruppene. Andelen med konsultasjon hos legevakt var noe høyere i større kommuner sammenliknet med mindre kommuner.

Beboere med noe behov for bistand konsulterte legevakten i mindre grad, og hadde færre gjennomsnittlig konsultasjoner, enn beboere med moderat og omfattende behov for bistand. For beboere med utviklingshemming var andelen som konsulterte legevakt lavere sammenliknet med de andre beboerne mens det var motsatt for beboere med demens. Begge diagnosegruppene hadde gjennomsnittlig færre konsultasjoner hos legevakt enn andre beboere.

Færre mottok allmennlegetjenester i store kommuner

I 2022 var det 4 082 beboere som ikke hadde konsultasjon hos verken fastlege eller legevakt. I denne gruppen var andelen menn høyere, og gjennomsnittlig alder lavere, sammenliknet med de som mottok allmennlegetjenester. Andel uten konsultasjon hos fastlege eller legevakt var høyest i Oslo (14,0 prosent) og lavest i Møre og Romsdal (10,5 prosent) og noe høyere i store kommuner sammenliknet med de minste (13,1 versus 9,0 prosent). Det var også høyere andel beboere med omfattende behov for bistand og diagnosen demens som ikke konsulterte verken fastlege eller legevakt.

Innledning

Det har vært en betydelig økning av omsorgsboliger de siste 20 årene. Helt siden Handlingsplanen for eldreomsorg kom på slutten av 90-tallet (1) har det vært et politisk mål at flere skal bo i omsorgsbolig. Boligformen skal gi muligheten for å kunne bo i egen bolig tilrettelagt for omfattende pleie. Beboerne anses som hjemmeboende og kan få tildelt kommunale hjemmetjenester etter individuell vurdering og ha tilgang til heldøgns pleie og omsorg ved behov.

Omsorgsboliger organiseres på ulike måter og kommunene står fritt til å organisere tilbudet som de mener er mest hensiktsmessig. De kan være eid av kommune, organisert som et borettslag, sameie med beboere som selv er eiere eller andre måter. Noen kommuner velger å ha omsorgsboligene under hjemmetjenesten, noen under institusjonstjenesten, mens andre har en egen organisering. I en del kommuner har de også opprettet egne avdelinger for å tilpasse tjenestene til ulike brukergrupper, eksempelvis for personer med utviklingshemming og/eller demens.

Behovet for medisinskfaglig bistand er høyt blant beboere i omsorgsboliger, og skal i hovedsak ivaretas av fastlegene, eventuelt suppleres med legevaktjenester. Beboerne er tilknyttet ordinær fastlegetjeneste, og beholder sin fastlege når de flytter inn i omsorgsboligen. Med ønske om at flere skal bo i omsorgsbolig versus på sykehjem øker også belastningen på en allerede presset fastlegetjeneste. Hvordan det medisinskfaglige tilbudet organiseres i omsorgsboligene varierer. En kartlegging fra 2021 viste 3 ulike modeller: 1) Alle beboere har hver sin individuelle fastlege på lik linje med andre hjemmeboende, 2) Noen få fastleger gir legetjenester til flere av beboerne i en omsorgsbolig, 3) En fastlege gir legetjenester til alle beboerne i en omsorgsbolig (2).

Ved å knytte fastlegene til omsorgsboligen er hensikten å skape en nærere relasjon mellom fastlege og beboer, mulighet for flere sykebesøk og bedre samhandling mellom fastlege og ansatte i omsorgsboligen. Når fastlegen har flere pasienter med de samme utfordringene, øker kompetansen hos legen og behandlingstilbudet blir bedre. Mange beboere har også behov for hjelp til å bestille time hos fastlegen, kommunisere plager og symptomer og følge opp tiltakene i etterkant av legebesøket. Dette kan være enklere dersom samarbeidet er tettere.

I Handlingsplanen for allmennlegetjenesten 2020-2024 (3) er at av målene å bedre kvaliteten på legetjenesten til personer med omfattende behov, deriblant beboere i omsorgsbolig. I utviklingen av dette arbeidet ser man behov for mer kunnskap om hva det medisinskfaglige tilbudet til personer i omsorgsbolig er i dag.

I denne rapporten, med datagrunnlag fra 2022, beskriver vi:

- Beboere i omsorgsboliger; alder, kjønn, bosted og bistannds nivå, diagnosegrupper og kommunale tjenester.
- Beboeres bruk av fastlege og variasjon etter kjønn, alder, bosted, bistannds nivå og diagnosegruppe.
- Beboeres bruk av legevakt og variasjon etter kjønn, alder, bosted, bistannds nivå og diagnosegruppe.

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

I KPR Helse og omsorg registreres personer som bor i omsorgsbolig under Tjenestekode 29 "Bolig som kommunen disponerer for helse- og omsorgsformål". For å bli inkludert i datagrunnlaget måtte beboerne være registrert med kode 29 (12 og 13 i tidligere kodeverk) i hele 2022. Det vil si at fra-dato måtte være før 01.01. i registreringsåret og til-dato 31.12 i registreringsåret eller senere. Det innebærer at beboere som flyttet inn eller ut av omsorgsbolig eller døde i løpet av 2022 ble fjernet fra datagrunnlaget. Bakgrunnen for det var formålet med å se på gjennomsnittlig bruk av allmennlegetjenester i løpet av hele 2022. De inkluderte personene i datagrunnlaget kalles heretter beboere i omsorgsbolig.

Registreringer av mottatt tjenester i KPR Helse og omsorg kan være beheftet med feilkilder og ulik rapportering i kommunene. Dette vil kunne påvirke datagrunnlaget i denne rapporten.

Bosted

Inndeling etter kommunestørrelse og fylke er basert på registrert bostedskommune i KPR Helse og omsorg. Dersom samme person er registrert med flere bostedskommuner samme år, ble siste gyldige registrerte kommunenummer gjeldende.

Kommunene er delt inn i fem grupper basert på antall innbyggere; 1- 1999 innbyggere, 2 000- 4 999 innbyggere, 5 000-9 999 innbyggere, 10 000-49 999 innbyggere og >=50 000 innbyggere.

Bistandsnivå

Vurdering av funksjonsnivå og behov for bistand skal alltid gjøres når det fattes nye vedtak i kommunehelsetjenesten. Det er i dag 20 funksjonsvariabler som skal skåres fra 1-5, eventuelt 9 hvis opplysningen er vurdert som irrelevant. Funksjonsvurderingen skal gi informasjon om personens ressurser og behov for bistand og helsehjelp.

Siden enkle gjennomsnittsberegninger av variablene kan gi et misvisende bilde av bistandsbehov, ble det i 2010 utarbeidet en metode for å beregne et samlemål (4). Samlemålet er delt inn etter grad av bistandsbehov, og er basert på skåring fra 1-5 for 15 av de 20 funksjonsvariablene. De tre bistandsnivåene er:

1. Noe/avgrenset behov for bistand
2. Middels/stort behov for bistand
3. Omfattende behov for bistand

Videre i rapporten brukes noe, moderat og omfattede bistandsnivå. For nærmere beskrivelse av metode for utregning av samlemålet, se [Om funksjonsvurdering og skårinndeling - Helsedirektoratet](#).

I denne rapporten har vi beregnet samleskår for alle beboere basert på den siste registrerte målingen i 2022. På bakgrunn av samleskåren er beboerne delt inn i de tre nevnte bistandsnivåene. Denne samleskåren kan brukes i analyse for å se på de store linjene, og kan ikke danne grunnlag for å avgjøre enkeltbeboeres behov for tjenester.

Utviklingshemming og demens

Mange beboere i omsorgsboliger har medfødte tilstander og kroniske sykdommer med høy grad av multimorbiditet. Utviklingshemming og demens er to relevante diagnoser for beboere i omsorgsbolig. Diagnoser registreres i KPR Helse og omsorg og KPR KUHR i henhold til kodeverkene ICPC-2 eller ICD-10 (Tabell 1). I denne rapporten har vi identifisert utviklingshemming og demens i KPR Helse og omsorg i 2022 og KPR KUHR i 2021 og 2022. Dersom man er registrert med både utviklingshemming og demens har vi valgt å inkludere beboerne kun i diagnosegruppen for utviklingshemming da det er mest naturlig at de hadde diagnosen utviklingshemming før demens. Dersom vi hadde koblet på diagnosekoder fra Nasjonalt pasient register (NPR) ville vi trolig hatt flere med i begge disse diagnosegruppene.

Tabell 1: Oversikt over diagnosekoder i ICPC-2 og ICD-10 for utviklingshemming og demens

Diagnose	ICPC-2	ICD-10
Utviklingshemming	A90/P85	F70-F79/F84,2/Q90/Q90,9/Q93,4/Q93,5
Demens	P70	F00-F03/G30/G31/G31,8

Andre kommunale omsorgstjenester

De kommunale helse- og omsorgstjenestene kommunene gir til sine innbyggere skal rapporteres inn til KPR Helse og omsorg. Tjenester som beboerne mottok i 2022 utover omsorgsbolig, ble registrert og beskrevet i rapporten dersom intervallet mellom fra-dato og til-dato inkluderte hele eller deler av 2022.

Tjenestekode 1 og 2, Praktisk bistand – daglige gjøremål og Praktisk bistand – opplæring daglige gjøremål, ble slått sammen. For Tidsbegrenset opphold ble tjenestekode 18, 19 og 20 slått sammen og tjenestekode 14, 23 og 24 for Bruk av tvang slått sammen.

Legetjenester

Alle kontakter hos fastlege og legevakt rapporteres til KPR KUHR med en eller flere takstkoder. Takstkoden skal definere innholdet i kontakten. I denne rapporten inkluderte vi kun kontakter som er definert som konsultasjoner. Konsultasjon hos fastlege og legevakt innebærer en direktekontakt mellom lege og pasient på et egnet behandlingssted. Konsultasjonen skal inneholde en medisinsk vurdering/samtale og foregå gjennom fysisk oppmøte, digitalt (e-konsultasjon; både video og telefon) eller ved at legen drar hjem til pasienten (sykebesøk) (Tabell 2).

Tabell 2: Oversikt over takstkoder for ulike type konsultasjoner i KUHR

Type konsultasjon	Takstkode
Fysisk konsultasjon	2ad, 2ed, 074a ^a , 074d, 2ak, 2fk, 074b ^a
E-konsultasjon	2ae, 074ae ^a , 2aek, 074be ^a
Sykebesøk	11ad, 11ak

^a Takster for primærhelseteam

Resultater

Beboere i omsorgsbolig

I løpet av 2022 var rundt 50 000 personer registrert med "Bolig som kommunen disponerer for helse- og omsorgsformål". 33 167 av disse var registrert med omsorgsbolig hele 2022 og ble inkludert i de videre analysene, heretter kalt beboere i omsorgsbolig.

Gjennomsnittlig alder for beboerne var 64,7 år, med en medianverdi på 68 år. Figur 1 viser beboerne fordelt på aldersgrupper. Antall beboere økte med økende alder med flest beboere i gruppen 80 år og eldre (10 720) og færrest i den yngste gruppen 0-19 år (102).

Andelen kvinner som bodde i omsorgsbolig i 2022 var 55 prosent. Figur 2 viser fordelingen av kvinner og menn i de ulike aldersgruppene. Frem til 67 år var det flere menn enn kvinner som bodde i omsorgsbolig, mens det i de to eldste aldersgruppene var en større andel kvinner.

Tabell 3 viser antall og andel beboere fordelt etter fylker og kommunestørrelse. Den prosentvise andelen beboere i omsorgsbolig i forhold til antall innbyggerne i fylket, var høyest i Innlandet og Nordland med 1 prosent. Lavest lå Oslo med 0,3 prosent. Andel beboere i omsorgsbolig var høyest i de minste kommunene (< 5 000) og lavest i de største kommunene. Medianalder, som vist i tabell 3, var høyere i fylker og kommuner som rapporterte høyest prosentvis andel beboere i omsorgsbolig, mens andelen var noe lavere i fylker og kommuner med lavere medianalder.

Tabell 3: Fordeling av beboere i omsorgsbolig etter fylke og kommunestørrelse. 2022.

		Antall beboere i omsorgsbolig	Antall innbyggere	Prosentvis andel beboere i omsorgsbolig	Median alder innbyggere, år
Fylker	Innlandet	3 608	371 253	0,97	45
	Oslo	2 303	699 827	0,32	35
	Viken	6 756	1 269 230	0,53	41
	Vestfold og Telemark	3 643	424 832	0,86	43
	Agder	2 113	311 134	0,68	40
	Rogaland	2 453	485 797	0,50	38
	Vestland	3 841	641 292	0,60	39
	Møre og Romsdal	2 323	265 848	0,88	42
	Trøndelag	2 276	474 131	0,48	39
	Nordland	2 330	240 190	0,97	43
	Troms og Finnmark	1 521	241 736	0,63	41
	< 2 000	995	94 238	1,06	48

Kommunestørrelse	2 000-4 999	3 317	303 832	1,09	46
	5 000-9 999	4 312	486 112	0,89	44
	10 000- 49 999	13 267	2 008 839	0,66	41
	>=50 000	11 276	2 532 249	0,45	38

Behov for bistand

Behov for bistand blant beboere i omsorgsbolig fordelte seg jevnt på de tre nivåene. Det var 10 312 med noe behov for bistand, 11 079 med middels/stort behov for bistand og 10 999 med omfattende behov for bistand (Figur 3). Det var liten forskjell mellom kvinner og menn i grad av bistandsbehov, men det var noen flere menn med omfattende behov sammenliknet med kvinner. For beboere med utviklingshemming og demens var andelen med omfattende behov for bistand betydelig høyere sammenliknet med de andre beboerne, på henholdsvis 63 og 54 prosent (Figur 3).

Dersom man ser på behovet for bistand i de ulike aldersgruppene, var andel beboere med omfattende behov størst i den yngste aldersgruppen (0-39 år) og minst i den eldste (80 år og eldre) (Figur 4). Fylkesvis hadde Vestland, Troms og Finnmark høyest andel med omfattende behov for bistand på henholdsvis 39 og 38 prosent. Utover det var det lite variasjon mellom fylker (Figur 5).

Utviklingshemming og demens

Av beboerne i omsorgsbolig som var registrert med omsorgsbolig hele året var 26 prosent (8 766) registrert med utviklingshemming og 10 prosent (3 361) med demens i KPR Helse og omsorg og/eller KPR KUHR. Gjennomsnittlig alder for beboere med utviklingshemming og demens var på henholdsvis 46 og 83 år. Andelen kvinner var 44 prosent for beboere med utviklingshemming og 71 prosent for de med demens.

Mottak av kommunale omsorgstjenester

Blant beboerne mottok 88 prosent minst en kommunal omsorgstjeneste. Figur 6 viser de vanligste omsorgstjenestene i 2022 der helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand på henholdsvis 77 og 73 prosent forekom hyppigst. Gjennomsnittlig antall tjenester i tillegg til omsorgsbolig, økte med økende alder, fra 2,6 ulike tjenester blant de mellom 0-39 år til 3,3 blant de som var 80 år og eldre.

Fastlege og legevakt

Tabell 4 viser andel beboere i omsorgsbolig som var i kontakt med fastlege og legevakt, gjennomsnittlig antall konsultasjoner, standardavvik og median for alle samt for ulike grupper i 2022. Andel, gjennomsnittlig antall konsultasjoner og fordeling på type konsultasjon (fysisk konsultasjon, e-konsultasjon og sykebesøk) blir også presentert i figurer for ulike grupper.

Tabell 4. Oversikt over andel, gjennomsnittlig antall med standard avvik (sd) og median-verdi for bruk av fastlege og legevakt for ulike grupperinger blant beboere i omsorgsbolig.

--	--	--	--	--	--

		Andel med fastlegekonsultasjon (%)	Gjennomsnittlig antall konsultasjoner (sd) fastlege	Median	Andel med legevaktkonsultasjon (%)
Kjønn	Alle	85,1	4,7 (5,8)	3	31,4
	Kvinner	87,1	5,1 (6,3)	3	31,7
	Menn	82,7	4,2 (5,2)	3	31,2
Aldersgrupper	0-39 år	82,3	3,8 (5,7)	2	28,6
	40-66 år	84,8	4,8 (6,4)	3	29,8
	67-79 år	85,9	5,2 (6,1)	3	31,5
	80+	86,4	4,7 (5,0)	3	34,5
Kommunestørrelse	< 2 000	87,4	4,4 (4,8)	3	26,5
	2 000-4 999	87,5	4,9 (5,6)	3	27,5
	5 000-9 999	87,4	4,7 (5,3)	3	31,1
	10 000-49 999	84,7	4,6 (5,7)	3	31,6
	>= 50 000	83,9	4,7 (6,2)	3	33,0
Fylker	Innlandet	84,2	4,7 (5,7)	3	27,1
	Oslo	82,8	4,8 (6,0)	3	33,6
	Viken	85,6	4,6 (5,4)	3	33,4
	Vestfold og Telemark	85,5	4,6 (5,5)	3	28,0
	Agder	86,0	4,8 (6,1)	3	30,5
	Rogaland	85,2	4,9 (6,8)	3	31,0
	Vestland	83,5	4,6 (5,9)	3	31,3
	Møre og Romsdal	88,2	5,2 (6,1)	3	31,0
	Trøndelag	85,5	4,4 (5,2)	3	31,9
	Nordland	84,8	4,3 (5,3)	3	32,9
	Troms og Finnmark	85,4	4,5 (7,3)	3	38,1
Behov for bistand	Noe behov	86,2	5,6 (6,3)	4	27,5
	Moderat behov	86,2	4,8 (6,4)	3	32,6
	Omfattende behov	83,5	3,6 (4,4)	2	34,7
Diagnosegrupper	Utviklingshemming	80,5	3,2 (3,8)	3	27,2
	Demens	87,5	3,8 (4,9)	3	34,3

Fastlege

Av de totalt 33 167 som bodde i omsorgsbolig hele 2022 hadde 85 prosent minst en konsultasjon hos fastlegen i løpet av året. Andelen var høyest blant kvinnelige beboere (87 prosent) og beboere over 80 år (86 prosent). Andelen blant menn og i den yngste aldersgruppen var på henholdsvis 83 prosent og 82 prosent. (Figur 7). Gjennomsnittlig antall konsultasjoner hos fastlege blant beboere i omsorgsbolig i 2022

var 4,7. Kvinner hadde i gjennomsnitt 5,1 konsultasjoner og menn 4,2. Opptil 80 år økte gjennomsnittlig antall konsultasjoner med økende alder, men gikk noe ned etter fylte 80 år. Det kan trolig skyldes høyere bruk av spesialisthelsetjenesten i denne aldersgruppen. Samtidig er det viktig å poengtere at medianen er lik i alle aldersgrupper bortsett fra for de yngste (0-39 år). Standardavviket (Tabell 4) er generelt høyt og indikerer stor spredning i bruk av fastlege, der trolig noen få beboere har svært mange konsultasjoner.

Bruken av fastlege var høyere blant beboere i omsorgsbolig sammenliknet med befolkningen generelt. I 2022 hadde 73 prosent av hele befolkningen minst en konsultasjon hos fastlegen og gjennomsnittlig 3,0 konsultasjoner hver. For aldersgruppen over 80 år samsvarer derimot andel og gjennomsnittlig antall konsultasjoner mellom beboere i omsorgsbolig og befolkningen generelt (5).

Av total 153 062 konsultasjoner hos fastlege i 2022 var 78 prosent fysiske konsultasjoner, 13 prosent e-konsultasjoner og 7,3 prosent sykebesøk. Figur 8 viser at andel sykebesøk økte med økende alder mens tendensen var motsatt for e-konsultasjoner.

Andel beboere i omsorgsbolig med minst en konsultasjon hos fastlegen var lavest i Oslo med 83 prosent, mens andelen var høyest i Møre og Romsdal med 88 prosent (Figur 9). Det var noe variasjon mellom fylkene når det gjaldt gjennomsnittlig antall fastlegekonsultasjoner, fra 4,3 i Nordland til 5,2 i Møre og Romsdal (Figur 10). Andel e-konsultasjoner var høyest i Oslo (23 prosent) og andel sykebesøk var høyest for Møre og Romsdal (12 prosent).

Det var noe variasjon i andel med minst en fastlegekonsultasjoner når man sammenliknet kommuner med ulik størrelse med en tendens til større andel i de minste kommunene (Figur 11). For gjennomsnittlig antall fastlegekonsultasjoner var det lite variasjon mellom kommuner, men andel E-konsultasjoner var høyest i de største kommunene og andel sykebesøk var høyest i de mindre kommunene (Figur 12).

Behov for bistand

Andelen som hadde en eller flere konsultasjoner hos fastlegen var noe lavere blant beboerne med omfattende behov for bistand, enn gruppene som hadde mindre behov for bistand, 84 versus 86 prosent^b (Figur 13). Gruppen med omfattende bistandsbehov hadde i gjennomsnitt færre konsultasjoner hos fastlegen (3,6) sammenliknet med de to andre gruppene (Figur 14). Beboere med minst behov for bistand hadde høyest gjennomsnittlig antall konsultasjoner hos fastlegen (5,6). Den samme tendensen ser man på medianverdiene, som var på henholdsvis 2 for gruppen med omfattende behov og 4 for gruppen med noe behov for bistand (Tabell 4). En av årsakene til ulikheten i bruk av fastlegen, skyldes trolig at beboere med omfattende bistandsbehov har flere kommunale tjenester, derav helsetjenester i hjemmet. Andel fastlegekonsultasjoner som var sykebesøk økte med økende bistandsbehov, fra 3 prosent hos beboere med noe behov til 18 prosent hos beboere med omfattende behov. Blant beboere med moderat behov for bistand var andel sykebesøk 9 prosent. For andel E-konsultasjoner var det lite variasjon mellom de ulike bistandsnivåene, 13 prosent for beboere med noe behov og 14 prosent for de med moderat og omfattende behov for bistand.

^b Chi-square test

Utviklingshemming og demens

Andelen som konsulterte fastlegen minst 1 gang i løpet av 2022 var høyere blant beboerne diagnostisert med utviklingshemming og lavere blant beboere med demens (Figur 15), enn for de øvrige beboerne. Begge diagnosegruppene hadde derimot lavere gjennomsnittlig antall fastlegekonsultasjoner enn gjennomsnittet, på henholdsvis 3,8 og 3,2 (Figur 16). Figur 16 viser også at andelen sykebesøk var betydelig høyere blant beboere med demens (24 prosent) enn for andre beboere, mens for beboere med utviklingshemming var tendensen lik.

Legevakt

I overkant av 10 400 beboere i omsorgsbolig hadde minst en konsultasjon på legevakt i 2022, med drøye 22 000 konsultasjoner. Det innebærer at de beboerne som oppsøkte legevakten i gjennomsnitt hadde i overkant av 2 konsultasjoner hver i løpet av året.

Gjennomsnittlig antall konsultasjoner på legevakt var 0,67 (Tabell 4). Det var lite variasjon mellom aldersgruppene, men en tendens til færre konsultasjoner med økende alder. Videre var det liten forskjell mellom kjønn, med 0,70 for menn og 0,66 for kvinner.

Fylkesvis var andelen som konsulterte legevakt høyest i Troms og Finnmark (38 prosent) og lavest i Innlandet (27 prosent) mens gjennomsnittlig antall konsultasjoner var høyest i Troms og Finnmark (0,88) og lavest i Innlandet (0,51). Andel av beboere i omsorgsbolig som oppsøkte legevakt var lavest i de minste kommunene og økte med økende kommunistørrelse, fra 26,5 prosent for kommuner <2 000 innbyggere til 33,0 prosent for kommuner $\geq 50\,000$ innbyggere. Gjennomsnittlig antall konsultasjoner på legevakt var også høyest i de største kommunene ($\geq 50\,000 = 0,72$) og lavest i de minste (<2 000 = 0,58).

Behov for bistand

Bruk av legevakt viser motsatt tendens enn bruk av fastlege når man deler inn etter behov for bistand. Det var færre som oppsøkte legevakten blant beboere med mindre behov for bistand (28 prosent) sammenliknet med de med moderat og omfattende behov, hvor henholdsvis 32 og 35 prosent var i kontakt med legevakt (Tabell 4). Beboere med mindre behov for bistand hadde også gjennomsnittlig færre antall konsultasjoner på legevakt sammenliknet med de med middel/stort og omfattende behov (0,56 versus 0,75/0,73).

Utviklingshemming og demens

Blant beboere med utviklingshemming og demens, konsulterte henholdsvis 27 og 34 prosent legevakten i løpet av 2022. Begge gruppene hadde gjennomsnittlig færre antall konsultasjoner på legevakt enn gjennomsnittet, med 0,57 for de med utviklingshemming og 0,64 for de med demens.

Beboere som ikke mottok allmennlegetjenester

I 2022 var det 4082 beboere i omsorgsbolig som ikke var registrert med konsultasjon hos fastlege og/eller legevakt, det tilsvarer rundt 12 prosent. Andelen kvinner var 47 prosent og gjennomsnittlig alder 62 år (Tabell 5). Både andel kvinner og gjennomsnittlig alder var lavere blant de som ikke mottok allmennlegetjenester sammenliknet med de som konsulterte fastlege og/eller legevakt. Det var prosentvis flere beboere som ikke mottok allmennlegetjenester i de større kommunene enn i de mindre. Fylkesvis lå Oslo høyest med 14 prosent og Møre og Romsdal lavest med 11 prosent. Det var 1420 beboere med omfattende bistandsbehov som ikke konsulterte fastlege og/eller legevakt. I denne gruppen fikk derimot 84 prosent helsetjenester i hjemmet. For diagnosegruppene utviklingshemming og demens var andelen som ikke mottok allmennlegetjenester på henholdsvis 11 og 15 prosent. Blant de med utviklingshemming, mottok 70 prosent helsetjenester i hjemmet, andelen for beboere med demens var på 90 prosent.

Blant alle beboere som ikke mottok allmennlegetjenester, hadde 67 prosent helsetjenester i hjemmet. Det innebærer at det var rundt 1300 beboere hverken konsulterte fastlege, legevakt eller mottok helsetjenester i hjemmet i løpet av 2022.

Tabell 5. Beboere som ikke konsulterte fastlege eller legevakt i løpet av 2022, n =4 082.

Kjønn, kvinner (% av 4 082)		1 916 (46,9)
Alder, gj.snitt (sd)		62,2 (22,6)
Kommunestørrelse, antall (% av antall beboere i omsorgsbolig etter kommunestørrelse)	< 2 000	90 (9,0)
	2 000-4 999	371 (11,2)
	5 000-9 999	463 (10,7)
	10 000-49 999	1 676 (12,6)
	>= 50 000	1 482 (13,1)
Fylker, antall (% av antall beboere i omsorgsbolig i fylket)	Innlandet	494 (13,7)
	Oslo	323 (14,0)
	Viken	748 (11,1)
	Vestfold og Telemark	434 (11,9)
	Agder	245 (11,6)
	Rogaland	289 (11,8)
	Vestland	526 (13,6)
	Møre og Romsdal	245 (10,5)
	Trøndelag	274 (12,0)
Behov for bistand, antall (% av 4 082)	Nordland	287 (12,3)
	Troms og Finnmark	181 (11,9)
	Noe behov	1 246 (31,7)
	Moderat behov	1 259 (32,1)
Diagnosegrupper, antall (% av antall i hver av	Omfattende behov	1 420 (36,2)
	Utviklingshemming (8 766)	946 (10,8)

diagnosegruppene)	Demens (3 361)	509 (15,1)
Kommunale tjenester, gj.snitt (sd)		2,1 (1,4)

Videre utvikling av kvalitetsindikatorer

Et av målene med Handlingsplan for allmennlegetjenester 2020-2024 er å bedre kvaliteten på legetjenester til personer med omfattende behov. Handlingsplanen presiserer videre at vi vet lite om hvorvidt de medisinskfaglige behovene dekkes for disse personene. Beboere i omsorgsbolig nevnes spesifikt som en av gruppene der man har behov for mer kunnskap. På bakgrunn av dette ble det igangsatt et arbeid i Prosjekt NKI allmennlege med hensikten å utrede muligheten for nye nasjonale kvalitetsindikatorer for legetjenester i omsorgsbolig. Før man gikk videre i dette arbeidet var det behov for mer kunnskap, derav utarbeidelse av denne rapporten. Rapporten presenterer nyttig kunnskap om bruk av legetjenester samt flere perspektiver og begrensninger ved datagrunnlaget som er viktig å ta hensyn til i det videre arbeidet med utviklingen av kvalitetsindikatorer.

Omsorgsboliger kommer i ulike varianter, fra vanlige leiligheter tilpasset ulike brukere til tilrettelagte bofellesskap med heldøgns omsorg. Med det kodeverket som foreligger i dag i KPR Helse og omsorg, klarer man ikke å skille mellom ulike typer omsorgsbolig. I denne rapporten er alle beboere i omsorgsbolig inkludert. Man får derfor en heterogen gruppe beboere med ulike diagnoser og ulikt behov for pleie og omsorg og medisinskfaglige tjenester. Resultatene i en kvalitetsindikator vil trolig derfor ikke avdekke om det er beboere som ikke mottar det medisinskfaglige tilbudet de har behov for. En nasjonal kvalitetsindikator som måler legetjenestene til hele gruppen av beboere i omsorgsbolig samlet, anbefales derfor i utgangspunktet ikke.

For å identifisere ulike subgrupper av beboere, har vi delt inn beboerne etter ulike diagnosegrupper og bistandsnivå. Diagnosekoder registreres i KPR Helse og omsorg dersom man mottar kommunale tjenester, men registreringen er noe mangelfull. For beboere som har vært i kontakt med primærhelsetjenesten, registreres diagnosekoder i KPR KUHR. Disse diagnosene er ofte tilknyttet årsaken til at man kontakter primærhelsetjenesten, som betyr at en tidligere diagnose (f. eks. demens) ikke nødvendigvis vil registreres hver gang man oppsøker fastlege/legevakt, til tross for at tilstanden vedvarer. For å få mer valide data på diagnose bør man i arbeidet med en eventuell kvalitetsindikator inkludere flere år tilbake i tid i KPR KUHR, i tillegg til å koble på diagnoser registrert i NPR.

I denne rapporten har vi kun sett nærmere på beboere registrert med diagnosene utviklingshemming og demens. Det er noe usikkerhet rundt disse tallene, og antallet ville trolig vært høyere dersom vi hadde koblet til diagnosene fra NPR eller inkludert flere år for å identifisere pasientgruppen. Samtidig har vi vurdert antallet høyt nok til at vi kan si noe om bruk av allmennlegetjenester for disse gruppene. Derimot er ikke tallene presise nok til å si noe om prevalens av personer med utviklingshemming og demens i omsorgsboliger i en eventuell kvalitetsindikator.

Registrering av funksjon og derav beregning av samleskår for bistandsnivå skal registreres for alle beboere i omsorgsbolig. Av utvalget, hadde 97 prosent av beboerne registrert funksjonsskår og derav kategorisert i en av de tre gruppene. Siden man i Handlingsplanene er spesielt opptatt av personer med omfattende behov, anses denne kategoriseringen etter bistandsnivå som relevant og kan trolig brukes videre i arbeidet med kvalitetsindikatorer. Derimot er det viktig å være klar over begrensningene i en samleskår der man har slått sammen funksjonsvariabler og vektet dem ulikt.

Et annet forslag som kom underveis i prosessen var å bruke indikatorer for pasienttilpasset basistilskudd for å si noe om bruk av fastlegetjenester blant beboerne. Dette er en beregning av det antatte behovet for fastlegetjenester for innbyggerne på fastlegens liste basert på kjønn, alder, tidligere bruk av fastlegetjenester, sentralitet og sosioøkonomi (6). Disse faktorene vektet ulikt og danner grunnlag for finansiering av pasienttilpasset basistilskudd. Disse beregningene kan det være mulig å bruke for å få mer kunnskap om beboere i omsorgsbolig og bruk av fastlegetjenester. Dette er beregninger som gjøres kontinuerlig av Helfo og er tilgjengelig for bruk.

Referanser:

1. [Handlingsplan for eldreomsorgen - regjeringen.no](#)
2. Laila Tingvold og Line Melby, [Rapport_03_2021-web.pdf \(unit.no\)](#)
3. [Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024: Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert - regjeringen.no](#)
4. [Om funksjonsvurdering og skårinndeling - Helsedirektoratet](#)
5. [Allmennlegetjenesten – SSB](#)
6. [Pasienttilpasset basistilskudd - Helfo - for helseaktører](#)

