

Bruk av tjenester i kommunene og somatiske sykehus blant skrøpelige eldre

Først publisert: 05.06.2023

Sist faglig oppdatert: 05.06.2023



Innhold

1. Sammendrag	3
2. Innledning	5
3. Definisjon av skrøpelige eldre	6
4. Databehandling og metode	8
5. Omfanget av skrøpelige eldre	12
6. Bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester	14
7. Bruk av tjenester i somatiske sykehus	26
8. Vedlegg 1 - gruppering av kommuner i Helsefelleskap 2021 ..	40

Sammendrag

Skrøpelige eldre omfatter 140 648 personer i 2021. Om lag tre av fire av de med svært dårlig funksjonsnivå var på langtidsopphold i institusjon. Til sammen var 69 prosent av de skjøpelige eldre i kontakt med somatiske sykehus i 2021. De skjøpelige eldre mottok mer ressurser i sykehus enn andre pasienter i samme aldersgruppe, og det var mer utbredt med reinnleggelser og oppholdsdøgn som utskrivningsklar pasient blant skjøpelig eldre.

Skrøpelige eldre

Denne rapporten inneholder nye analyser av bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester og tjenester i somatiske sykehus blant skjøpelige eldre, basert på data fra 2021. I videre arbeid vil det være aktuelt å legge til rette for å vise utvikling over tid i tjenestebruk, i tillegg til å inkludere analyser av bruk av flere typer tjenester.

I 2021 omfatter skjøpelige eldre, slik det er definert i denne rapporten, 140 648 personer i alderen 75 år og eldre. Dette tilsvarer 31 prosent av befolkningen i denne aldersgruppen[1]. Funksjonsnivået blant de skjøpelige eldre varierer fra noe redusert til svært dårlig. Det var 14 prosent av befolkningen i aldersgruppen 75 år og eldre som hadde dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå, og andelen var høyere blant kvinnene enn mennene.

Bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester

Funksjonsnivået til de skjøpelige eldre hadde naturlig nok stor betydning for hvilke tjenester de mottok fra kommunen. Blant de med svært dårlig funksjonsnivå var om lag tre av fire på langtidsopphold i institusjon i 2021. Andelen varierte mellom helsefelleskapene fra 60 prosent i Nordre Trøndelag til 84 prosent i Oslo.

I løpet av 2021 ble tjenester i hjemmet mottatt av om lag ni av ti skjøpelige eldre med noe redusert eller redusert funksjonsnivå, og nesten åtte av ti av de med dårlig funksjonsnivå. Av hjemmetjenester var det mest utbredt å motta helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand til daglige gjøremål. Tidsbegrensede institusjonstjenester, samt bolig som kommunen disponerer til helse- og omsorgsformål, ble i størst grad benyttet av de med dårlig funksjonsnivå. Bruk av velferdsteknologi var aller mest vanlig blant de med redusert funksjonsnivå.

En høy andel, omkring 85 prosent, av de som var på langtidsopphold deler av 2021 hadde også vært på ett eller flere korttidsopphold samme år. Dette viser at det var utbredt å benytte korttidsopphold i opptakten til et langtidsopphold. Andelen som hadde benyttet korttidsopphold var betraktelig lavere blant de som hadde vært hjemmeboende hele 2021.

Om lag halvparten av de skjøpelige som var på langtidsopphold hele 2021 hadde en registrert legemiddelgjennomgang i 2021. Dette gjaldt uavhengig av funksjonsnivå. Blant de som var på langtidsopphold deler av 2021 varierte andelen fra 39 prosent blant de med noe redusert funksjonsnivå til 56 prosent blant de med svært dårlig funksjonsnivå. Andelen som hadde fått kartlagt ernæringsstatus var lavere. Av de med svært dårlig funksjonsnivå som hadde vært på langtidsopphold i 2021 fikk 43 prosent sin ernæringsstatus kartlagt. Andelen med legemiddelgjennomgang og ernæringskartlegging varierte mellom helsefelleskapene, og var gjennomgående høyest i Oslo.

Bruk av tjenester i somatiske sykehus

Av de skrøpelige eldre var 69 prosent (96 753 personer) i kontakt med somatiske sykehus i 2021. Andelen varierte fra om lag tre av fire av de med noe redusert eller redusert funksjonsnivå, til om lag halvparten av de med svært dårlig funksjonsnivå. Til sammen hadde 44 prosent av de skrøpelige eldre vært på døgnopphold i sykehus, mens 57 prosent mottok dag/poliklinisk behandling. De skrøpelige eldre som var på langtidsopphold i institusjon hele 2021 brukte i mindre grad enn øvrige tjenester i somatiske sykehus.

De skrøpelige eldre skiller seg fra andre pasienter i samme aldersgruppe ved at en høyere andel av døgnoppholdene var ø-hjelpsinnleggelser. Andelen reinnleggelser og andelen med oppholdsdøgn som utskrivningsklar pasient var også høyere blant skrøpelig eldre. Videre hadde de skrøpelige eldre gjennomsnittlige lengre oppholdstid på sykehus. Samtidig var det mer utbredt å sende epikrise innen én dag etter utskrivelse av døgnopphold til skrøpelige eldre, sammenlignet med døgnopphold til øvrige pasienter i samme aldersgruppe.

Pasienter kategorisert som skrøpelige eldre brukte 215 265 DRG-poeng i 2021, noe som utgjør over halvparten av ressursene som ble brukt av pasientene i alderen 75 år og eldre. I gjennomsnitt brukte en pasient som var kategorisert som skrøpelige eldre 2,2 DRG-poeng i løpet av året, mens en ikke-skrøpelig pasient i samme aldersgruppe brukte ett DRG-poeng i gjennomsnitt.

En høy andel av ressursene ble brukt til døgnbehandling. For skrøpelige eldre var denne andelen på 87 prosent i 2021. Tilsvarende for pasienter i samme aldersgruppe som ikke var kategorisert som skrøpelige eldre var 71 prosent. I overkant av halvparten av ressursene til skrøpelige eldre gikk til de tre hovedkapitlene med mest aktivitet, "sykdommer i sirkulasjonssystemet", "skader forgiftninger og konsekvenser av ytre årsak" og "svulster".

Fotnoter

[1] Befolkning per 01.01.2022

Innledning

Helseforetak og kommuner har et felles ansvar for å levere gode og sammenhengende helse- og omsorgstjenester. Etableringen av 19 helsefellesskap skal bidra til at kommuner og helseforetak utvikler og planlegger tjenestene sammen som likeverdige partnere. Helsefellesskapene skal prioritere fire pasientgrupper: Barn og unge, alvorlig psykisk syke, pasienter med flere kroniske lidelser og skrøpelige eldre.[2] For at helsefellesskapene skal kunne lykkes med prioriteringen av disse pasientgruppene, er det viktig å ha god informasjon om tjenestetilbudet for å kunne sammenligne praksis i eget helsefellesskap med andres.[3] Skrøpelige eldre er i denne rapporten definert ut fra funksjonsnivå. Dette kan i seg selv og i kombinasjon med alder og andre kjennetegn, gi viktig styringsinformasjon om sammenheng mellom funksjonsnivå og bruk av tjenester.

Denne rapporten, med datagrunnlag fra 2021, er en oppfølging av noen av analysene som ble presentert i rapporten "Styringsinformasjon til helsefellesskapene Del 1: Skrøpelig eldre og personer med flere kroniske sykdommer"[4] Resultatene er imidlertid ikke direkte sammenlignbare på grunn av endring i uttrekket og analysevalg.

I denne rapporten beskriver vi:

- a. omfanget av skrøpelige eldre totalt og etter aldersgrupper og kjønn
- b. variasjoner etter funksjonsnivå, aldersgrupper, region og helsefellesskap i bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester, legemiddelgjennomgang og ernæringskartlegging for skrøpelige eldre
- c. variasjoner i bruk av tjenester i somatiske sykehus etter funksjonsnivå, aldersgrupper, region og helsefellesskap. Videre beskrives andel ø-hjelpsinnleggelser, reinnleggelser, andel oppholdsdøgn som utskrivningsklar, gjennomsnittlig oppholdstid og epikrisetid for både skrøpelige eldre og øvrige eldre
- d. bruk av ressurser i somatiske sykehus etter ICD-10 hovedkapittel for skrøpelige eldre og øvrige eldre

Fotnoter

[2] <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsefellesskap>

[3] [Styringsinformasjon til helsefellesskapene Del 1. Skrøpelige eldre og personer med flere kroniske sykdommer](#)

[4] [Styringsinformasjon til helsefellesskapene Del 1. Skrøpelige eldre og personer med flere kroniske sykdommer](#)

Definisjon av skrøpelige eldre

I KPR helse- og omsorg inngår 20 ulike indikatorer for funksjonsnivå som hver har fem verdier og som går fra «Utgjør ingen problem/utfordring» til «Fullt bistands-/assistansebehov/helsehjelp». Definisjonen av skrøpelige eldre er basert på følgende 10 indikatorer:

- Spise
- På- og avkledning
- Personlig hygiene
- Toalett
- Bevege seg innendørs
- Bevege seg utendørs
- Skaffe seg varer og tjenester
- Ivareta egen helse
- Hukommelse
- Styre atferd

Indikatorene ble valgt ut fra både en teoretisk vurdering av sammenhengen mellom indikatorene og deres relevans i bred geriatrisk vurdering, samt en vurdering av empirisk sammenheng.[5] Personer i alderen 75 år og eldre med middels eller dårligere funksjonsnivå på minst en av indikatorene ble gruppert inn i fire grupper: 1) personer med noe redusert funksjonsnivå, 2) personer med redusert funksjonsnivå, 3) personer med dårlig funksjonsnivå, 4) personer med svært dårlig funksjonsnivå.

Antall pasienter definert som skrøpelige eldre var høyere i 2021 enn i 2019-rapporten[6]. Dette skyldes at det første uttrekket fra KPR i 2019 ble gjort i to omganger. I det første uttaket, ble det inkludert personer 75 år og eldre som var registrert med middels, store eller fullt behov for bistand/assistanse/helsehjelp på minst en av syv spørsmål for funksjonsnivå (bevege seg innendørs, personlig hygiene, på- og avkledning, spise, toalett, hukommelse og styre atferd). For disse personene ble det deretter laget en indeks som også inneholdt disse personenes svar på ytterligere tre indikatorer for funksjonsnivå: skaffe seg varer og tjenester, ivareta egen helse og bevege seg utendørs. Ved endelig utarbeidelse av indikatoren fremstår det som lite hensiktsmessig å benytte to steg for utvalget, og dette ga utslag i økt antall skrøpelige eldre.

I 2021 ble 140 648 personer definert som skrøpelige eldre[7]. Utvalget av skrøpelig eldre bestod av 66 prosent kvinner og 34 prosent menn. Samlet gjennomsnittsalder varierte fra 84 år blant de med noe redusert funksjonsnivå til 87 år blant de med svært dårlig funksjonsnivå.

Fotnoter

[5] Rapporten [Styringsinformasjon til helsefelleskapene Del 1. Skrøpelige eldre og personer med flere kroniske sykdommer](#) viser at alle de ti indikatorene som inngår i indeksen for funksjonsnivå har en sterk empirisk sammenheng.

[6] [Styringsinformasjon til helsefelleskapene Del 1. Skrøpelige eldre og personer med flere kroniske sykdommer](#)

[7] Av uttrekket var 256 personer registrert døde før 2021, og disse er tatt ut og ikke telt med i antallet på 140 648.

Databehandling og metode

4.1

KPR - helse og omsorg

Registreringene av mottatte tjenester i 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 et registreringsår som gyldige: Fra-dato for oppstart av tjenesten må være før eller lik til-datoen. Videre må fra-datoen være i perioden fra og med 1980 til og med 31.12. i registreringsåret. Til-datoen må være i perioden fra og med 01.01. i registreringsåret og frem i tid. I tillegg er det et krav om gyldig tjenestekode. I tilfeller der det har vært kjente endringer i bruk av tjenestekoder vil gamle tjenestekoder bli omkodet til korrekt ny verdi.[8] Et fåtall testbrukere kan inngå i datagrunnlaget og det er ikke kontrollert for dette. Registreringer av tjenester til personer som døde før registreringsåret er fjernet fra datagrunnlaget.

Langtidsopphold i institusjon og hjemmeboende

I analysene vil vi i noen tilfeller skille mellom skrøpelige eldre som er hjemmeboende eller på langtidsopphold i institusjon. Her ser vi på de som har vært hjemmeboende, på langtidsopphold deler av året eller hele året. I noen tilfeller er det registrert flere langtidsopphold i institusjon per person, vanligvis i en tidsrekkefølge. I tilfeller med flere registreringer av langtidsopphold for én person tar vi utgangspunkt i registreringen med første "fra dato" og registreringen med siste "til dato", for å beregne om personen har vært hele eller deler av 2021 på langtidsopphold. I noen tilfeller har registreringene delvis overlappende tidsperioder, og for et mindretall er det mange dager mellom de registrerte langtidsoppholdene.[9] Også i disse tilfellene bruker vi første "fra dato" og siste "til dato" for å anslå om de har vært hele eller deler av 2021 på langtidsopphold. Personer som dør i løpet av 2021, og har vært på langtidsopphold fra årets start eller tidligere, plasseres i kategorien med de som har hatt langtidsopphold hele 2021. Som hjemmeboende regnes de som ikke var på langtidsopphold i 2021, verken hele eller deler av året.

Gruppering av tjenestetyper

Det er mange tjenester som registreres i KPR- Helse og omsorg. For å gi et enklere oversiktsbilde over bruk av tjenester er det hensiktsmessig å gruppere dem i kategorier. Vi vil vise bruk av tjenester både i en generell gruppering, og i mer spesifikke tjenestekategorier. Den generelle grupperingen av tjenestetyper er hentet fra funksjonell kravspesifikasjon for IPLOS[10], bortsett fra at vi har skilt ut langtidsopphold i institusjon som egen kategori fra institusjonstjenester.

Tabell 1: Gruppering av tjenester i generelle kategorier.

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[11]
Boligtilbud
• Bolig som kommunen disponerer for helse- og omsorgsformål
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[12]

Langtidsopphold i institusjon
• Langtidsopphold i institusjon
Velferdsteknologi
• Trygghetsalarm
• Lokaliseringsteknologi (GPS)
• Elektronisk medisineringsstøtte
• Digitalt tilsyn

I tillegg vil vi se på bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester i mer spesifikke kategorier, herunder:

- Praktisk bistand bestående av daglige gjøremål, opplæring - daglige gjøremål, brukerstyrt personlig assistanse
- Helsetjenester i hjemmet

Vi vil også se på andelene med ernæringskartlegging og legemiddelgjennomgang registrert i KPR- helse og omsorg.

Fotnoter

[8] . Dette gjelder kategori 12 og 13 for henholdsvis omsorgsbolig og annen boligjeneste som fra 2019 ble erstattet med kategori «Bolig som kommunen disponerer for helse- og omsorgsformål». Kategori 16 som gjelder Re-/habilitering utenfor institusjon utgår fra 01.01.2019 i tjenestefilen og flyttes til fil med personopplysning. Det er imidlertid noen registreringer på re-/habilitering utenfor institusjon i tjenestefilen også i senere år, som tas med og er inkludert under tjenester til hjemmeboende.

[9] Av rundt 13 000 registreringer av bruk av langtidsplass blant individer med 2 eller flere registreringer av langtidsopphold, finner vi 85 tilfeller der det er mer enn 10 dager mellom de registrerte oppholdene.

[10] [IPLOS Funksjonell kravspesifikasjon](#)

[11] Fra 01.01.2019 flyttes registreringer av dette til fil med personopplysninger, men også i 2021 er det fortsatt noen registrering av dette som tjenester som telles med under tjenester til hjemmeboende.

[12] I denne kategorien inngår personer som i tillegg mottar andre tjenester i KPR- Helse og omsorg, og de som kun har mottatt denne tjenesten er ikke inkludert.

4.2

Norsk pasientregister (NPR)

Resultatene som viser bruk av somatiske sykehus er hentet fra NPR. Døgnopphold omfatter opphold med ett eller flere oppholdsdøgn, inkludert innleggelser for rehabilitering. Dersom en pasient har registrert flere døgnopphold som henger sammen i tid, f.eks. ved overføring fra et helseforetak til et annet, er oppholdene slått sammen (aggregert) til ett opphold. Gjennomsnittlig oppholdstid er antall oppholdsdøgn dividert på antall døgnopphold.

Døgnopphold registrert som øyeblikkelig hjelp omfatter sykehusopphold som i pasientdata er registrert med hastegradskoder for øyeblikkelig hjelp, det vil si akutt eller innen 24 timer. For døgnopphold som er aggregert (der pasienten har to eller flere opphold på samme dag) blir det sammenslåtte oppholdet registrert som øyeblikkelig hjelp dersom første opphold i tid er registrert som øyeblikkelig hjelp. Som reinnleggelse regnes nytt sykehusopphold, med hastegrad for øyeblikkelig hjelp, innen 30 dager etter et foregående opphold. I resultatene vises andelen opphold der pasienten blir reinnlagt etter oppholdet. I teksten omtales dette som andel reinnleggelser.

Opphold i sykehus som ender med at pasienten dør er tatt ut før beregningen av andel opphold med epikrise sendt innen én dag etter utskriving og andel reinnleggelser.

4.3

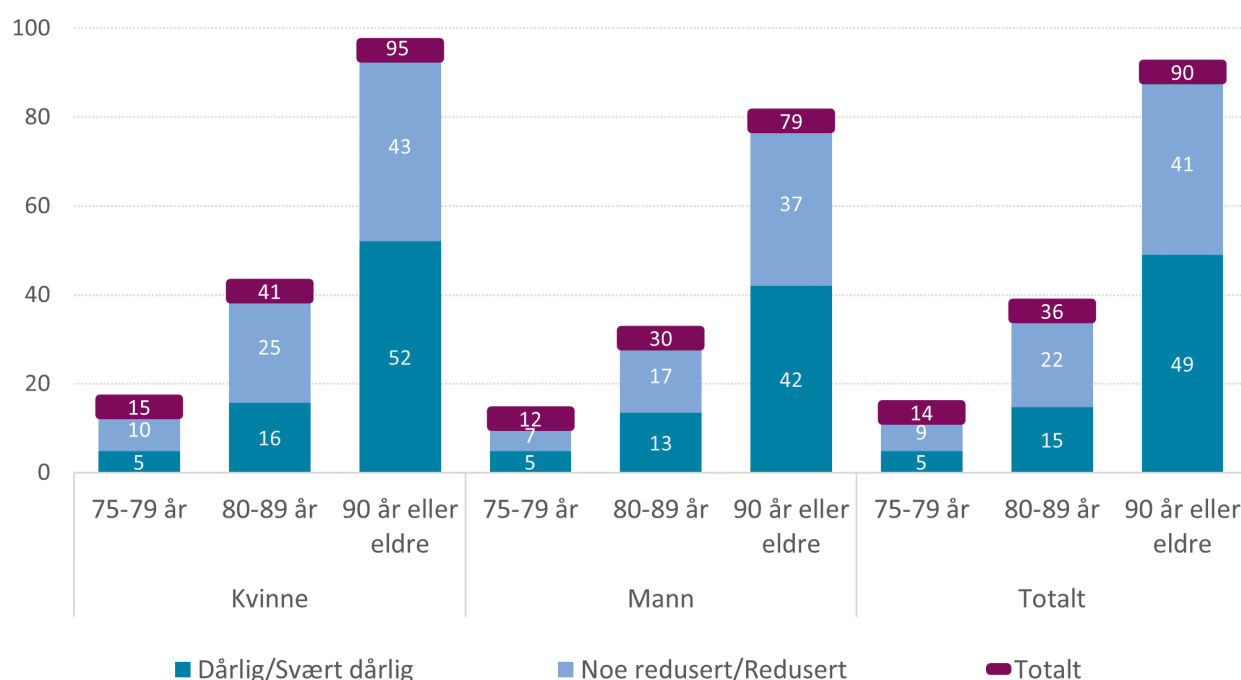
Bosted

Inndelingen i regioner og helsefellesskap er basert på registrert bostedskommune. Dersom samme person er registrert med flere bostedskommuner samme år, blir det siste gyldige registrerte kommunenummer gjeldende. For skrøpelige eldre som har vært på sykehus benyttes siste bosted registrert i NPR. For øvrige benyttes siste bosted som pasienten har registrert i KPR- helse og omsorg.

Omfanget av skrøpelige eldre

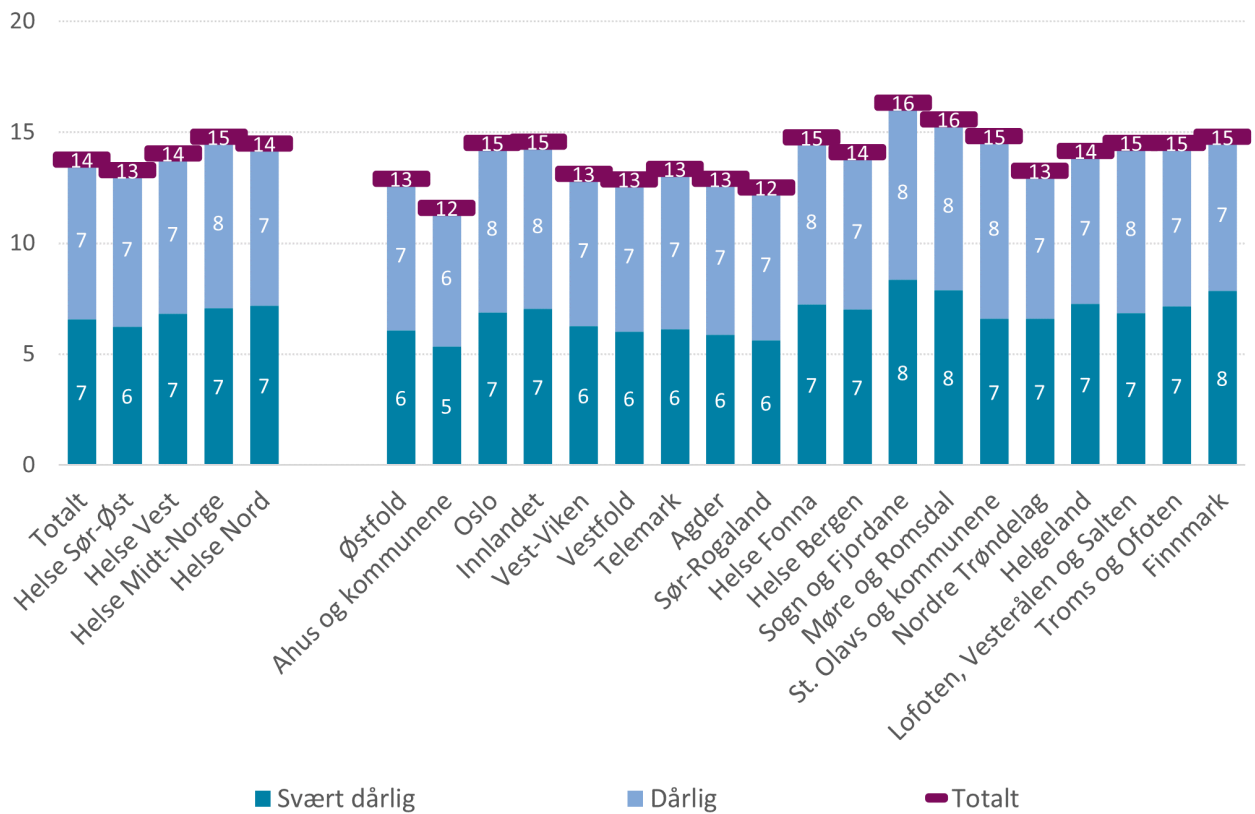
Av personer som i 2021 hadde gjennomført kartlegging av funksjonsnivået i KPR-helse og omsorg inngår totalt 140 648 personer i alderen 75 år og eldre i indeksen for skrøpelige eldre. Dette tilsvarer 31 prosent av befolkningen som var 75 år og eldre per 01.01.2022. I denne aldersgruppen hadde 14 prosent av befolkningen dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå, og andelen var høyere blant kvinner (16 prosent) enn menn (11 prosent).

Figur 1 viser at det naturlig nok var store variasjoner mellom aldersgruppene når det gjelder andelen med dårlig eller redusert funksjonsnivå. Blant de eldste hadde nesten halvparten dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå, mens dette gjaldt fem prosent av de i alderen 75-79 år. Andelen med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå var høyere blant kvinner enn menn av de som var 80 år og eldre.



Figur 1: Andel personer med dårlig/svært dårlig og noe redusert/ redusert funksjonsnivå av befolkningen etter kjønn og alder. 2021.

Figur 2 viser andel av befolkningen i ulike regioner og helsefelleskap med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå. Blant de ulike regionene varierte andelen fra 13 prosent i Helse Sør-Øst til 15 prosent i Helse Midt-Norge. Av helsefelleskapene var det Ahus og kommunene som hadde lavest nivå (12 prosent), mens Sogn og Fjordane hadde høyest nivå (16 prosent). Det var større variasjoner mellom helsefelleskapene når vi ser på andelen med svært dårlig enn dårlig funksjonsnivå.

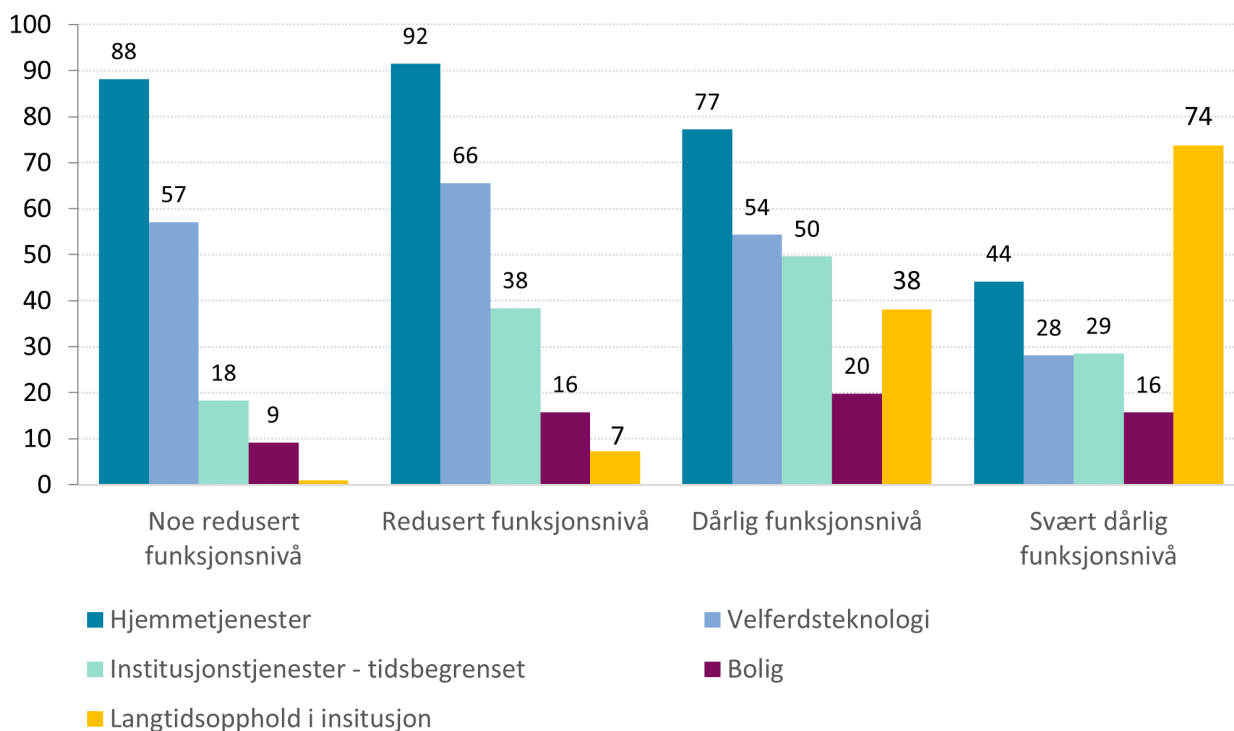


Figur 2: Andel personer av befolkningen i alderen 75 år og eldre med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå i ulike regioner og helsefelleskap i 2021.

Bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester

Hvilke typer tjenester skrøpelige eldre mottok i kommunen har naturlig nok sterk sammenheng med funksjonsnivået. Figur 3 viser andelen som mottok ulike typer tjenester etter funksjonsnivå. Resultatene viser at om lag ni av ti av de med noe redusert funksjonsnivå og redusert funksjonsnivå fikk hjemmetjenester i løpet av 2021. Andelen var lavere for de med dårligere funksjonsnivå, og gjaldt 44 prosent av de med svært dårlig funksjonsnivå.

Blant skrøpelige eldre med svært dårlig funksjonsnivå var 74 prosent på langtidsopphold i institusjon, mens dette gjaldt 38 prosent av de med dårlig funksjonsnivå. Bruken av tidsbegrensede institusjonstjenester og bolig som kommunen disponerer for helse- og omsorgsformål, var høyest blant de med dårlig funksjonsnivå. Bruk av velferdsteknologi var mest utbredt blant de som hadde redusert funksjonsnivå, og minst brukt av de med svært dårlig funksjonsnivå.



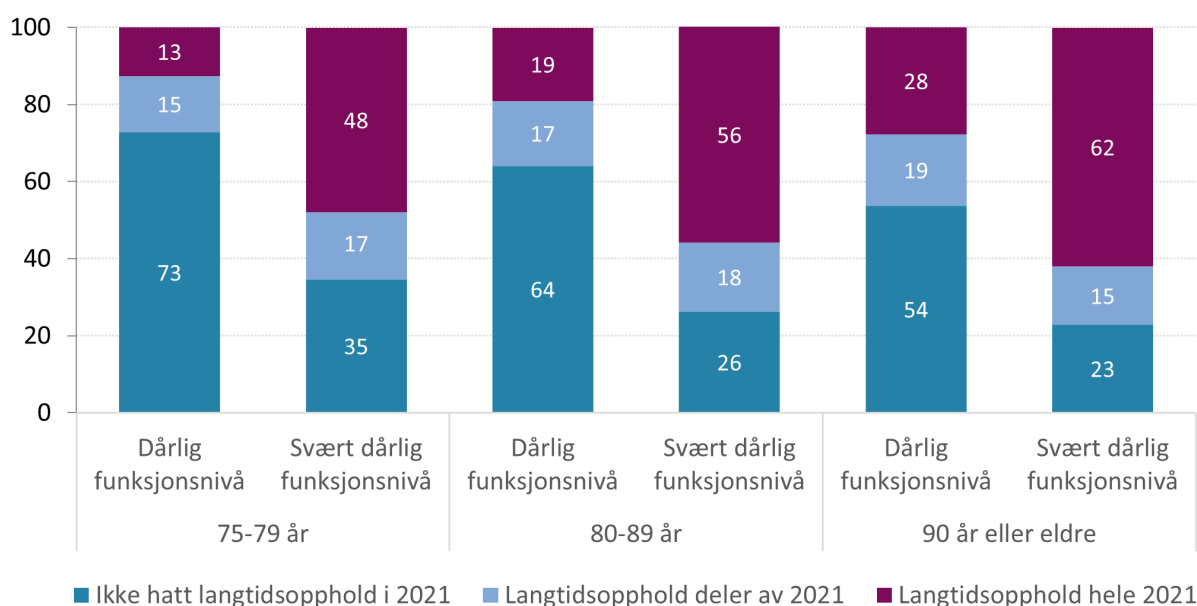
Figur 3: Andel av skrøpelige eldre som mottok ulike tjenestetyper i KPR- Helse og omsorg, 2021. En person kan motta flere typer tjenester i samme år. N=140 648.

6.1

Langtidsopphold i institusjon

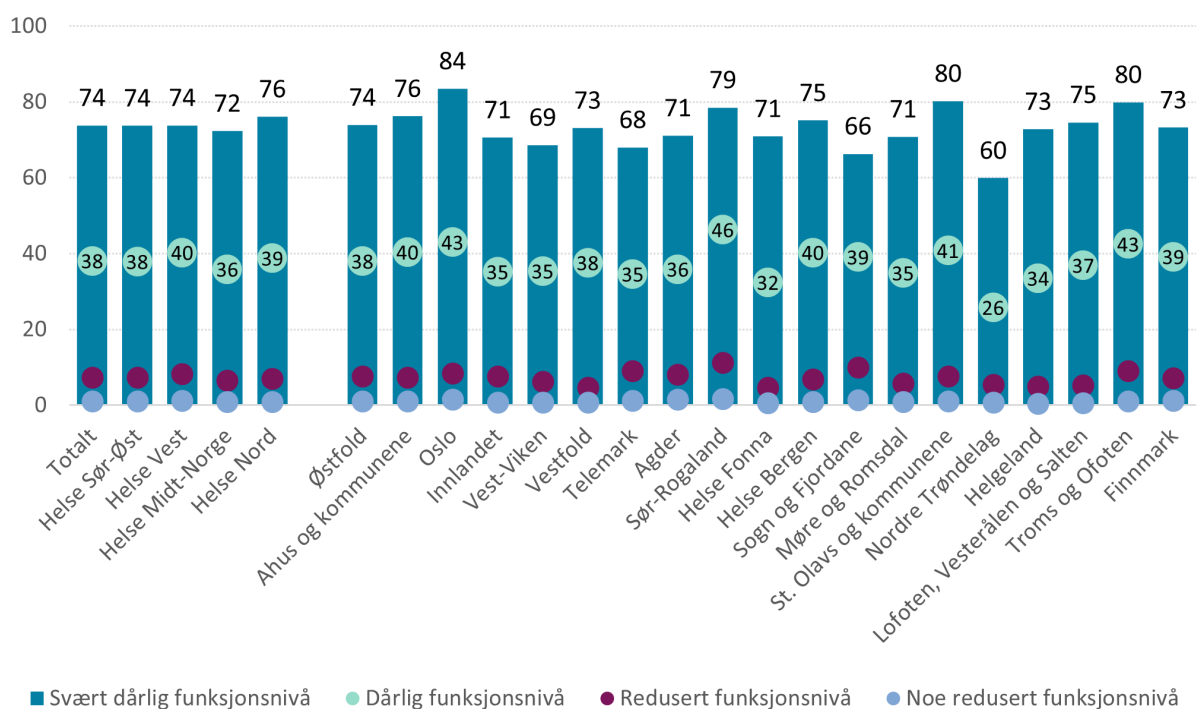
Figur 4 viser andelen som har vært på langtidsopphold i institusjon hele eller deler av 2021 etter funksjonsnivå og alder. Andelen som har vært på langtidsopphold hele 2021 var høyest for skrøpelige eldre med svært dårlig funksjonsnivå, men alder spiller også inn. Bruk av langtidsopphold var høyere blant

de i alderen 90 år og eldre sammenlignet med de i aldersgruppen 75-79 år. Dette gjaldt både for gruppen med dårlig funksjonsnivå og gruppen med svært dårlig funksjonsnivå.



Figur 4: Andel av skrøpelige eldre med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå som var på langtidsopphold i institusjon hele eller deler av 2021. N totalt=61 715.

Figur 5 viser variasjoner i andelen som var på langtidsopphold i institusjon etter region, helsefelleskap og funksjonsnivå. Blant regionene varierte andelen fra 72 prosent i Helse Midt-Norge til 76 prosent i Helse Nord, om vi ser på de med svært dårlig funksjonsnivå. Blant helsefelleskapene var variasjonen større. Andelen var høyest i Oslo (84 prosent), mens Nordre Trøndelag hadde lavest andel (60 prosent). Bruk av langtidsopphold i institusjon kan variere etter tilgang på omsorgsboliger og andre former å organisere tjenestetilbudet på.

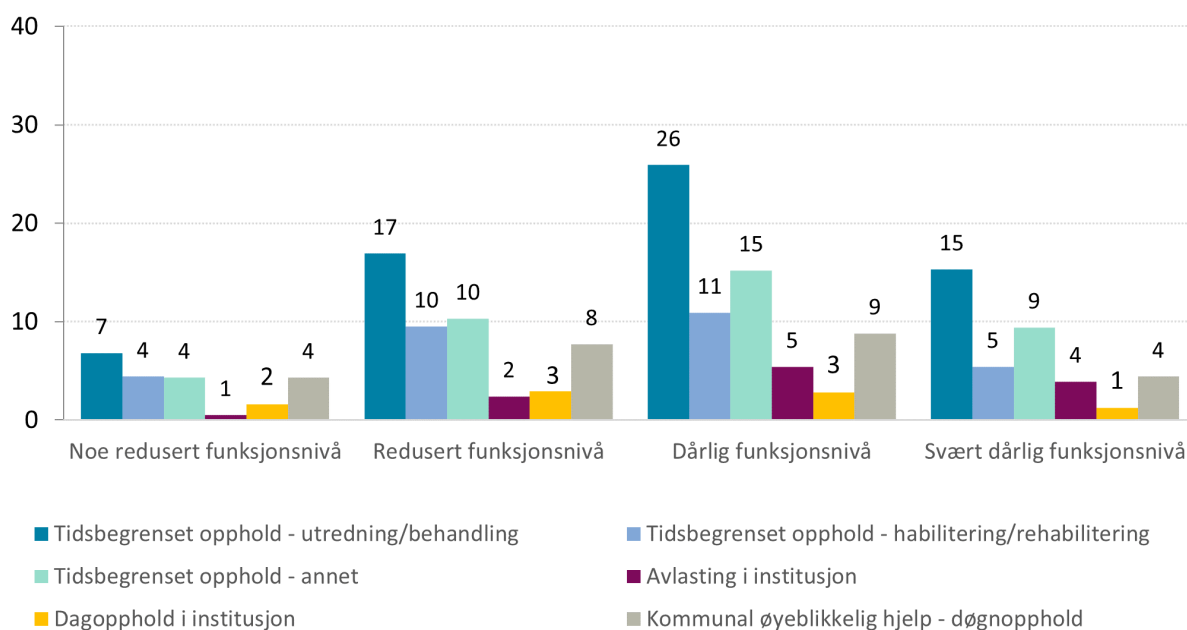


Figur 5: Andel av skrøpelige eldre som var på langtidsopphold i institusjon i 2021 hele eller deler av året, etter funksjonsnivå, region og helsefelleskap. N totalt=140 648.

6.2

Tidsbegrensede institusjonstjenester

I dette kapittelet presenteres bruk av tidsbegrensede institusjonstjenester blant skrøpelige eldre inndelt etter funksjonsnivå (figur 6). Deretter vises variasjoner i bruk av tidsbegrensede institusjonstjenester etter hvorvidt de har vært hjemmeboende eller deler av året på langtidsopphold i institusjon, samt etter region og helsefelleskap (figur 7 og figur 8).



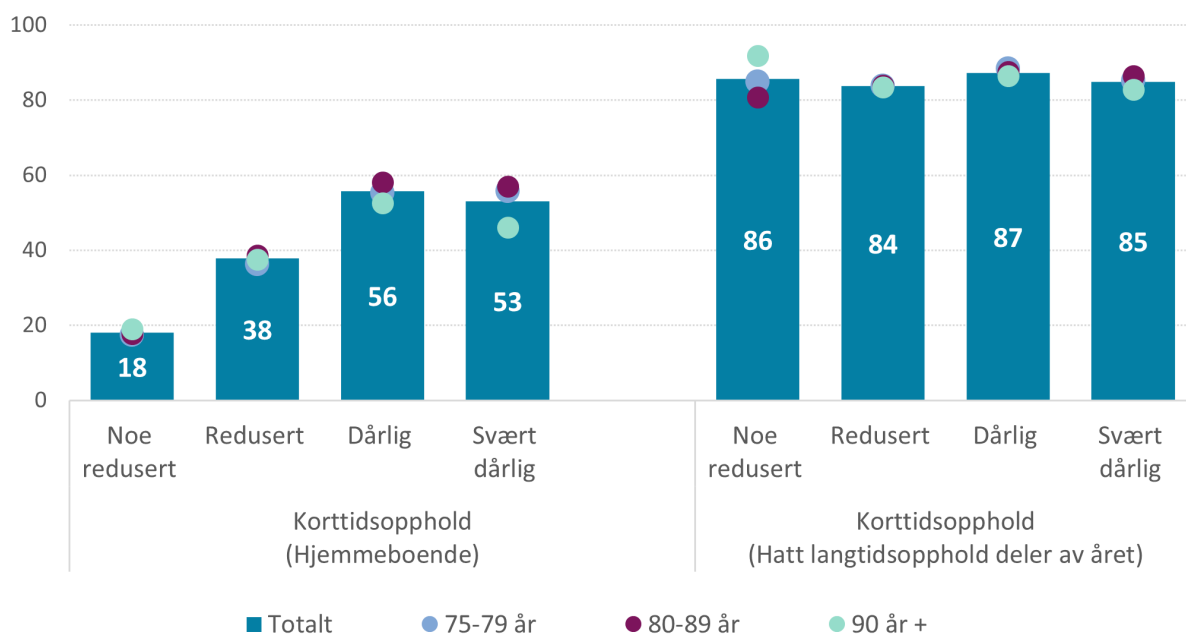
Figur 6: Andel av skrøpelige eldre som mottok ulike typer tidsbegrensede institusjonstjenester i 2021[13]. En person kan motta flere typer tjenester i samme år. N=140 648.

Blant skrøpelige eldre var opphold knyttet til utredning og behandling mest utbredt av de tidsbegrensede institusjonstjenestene, etterfulgt av opphold knyttet til habilitering/rehabilitering og annet. Dagopphold i institusjon og avlastning i institusjon ble lite benyttet, ut fra det som her er registrert.

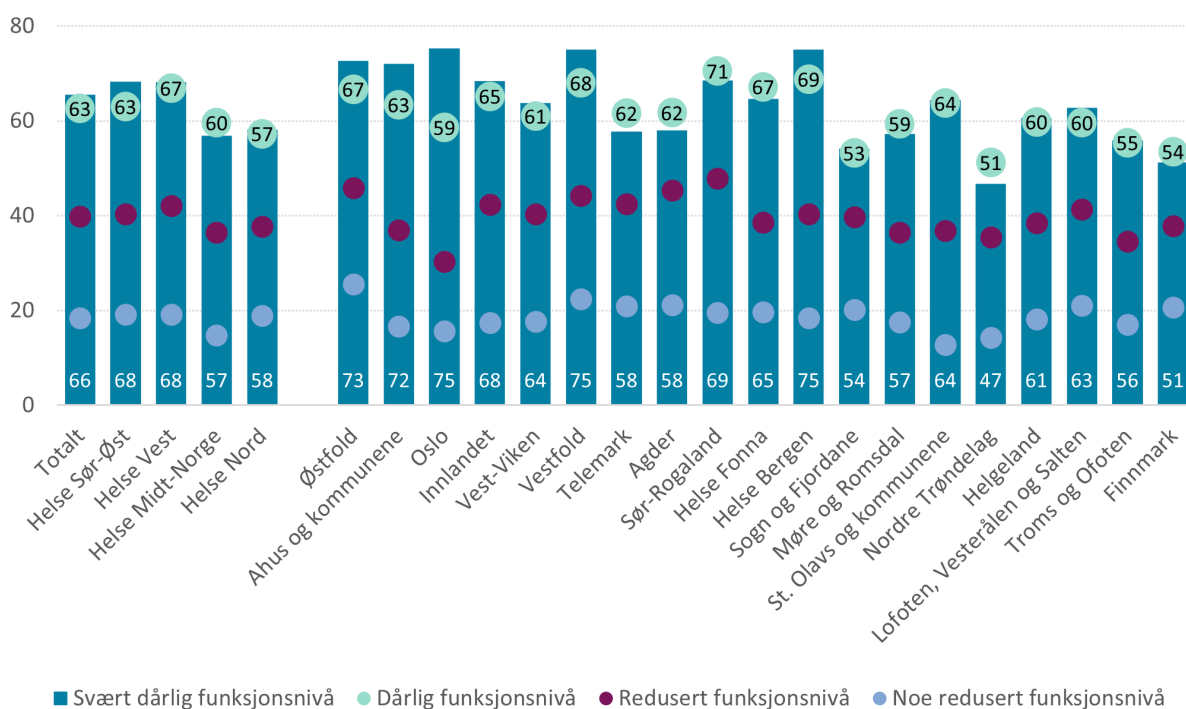
De med dårlig funksjonsnivå hadde høyest andel mottakere av tidsbegrensede institusjonstjenester. Andelen var lavere i gruppen med svært dårlig funksjonsnivå, noe som kan ha sammenheng med at det blant disse personene var flere som mottok langtidsopphold i institusjon.

Figur 7 viser andelen som har vært på tidsbegrensede institusjonsopphold i løpet av 2021, skilt på funksjonsnivå og etter om de kun har vært hjemmeboende eller på langtidsopphold i institusjon deler av 2021. En høy andel, omkring 85 prosent, av de som var på langtidsopphold deler av 2021 var også på ett eller flere tidsbegrensede institusjonsopphold i 2021. Dette gjaldt for alle aldersgrupper og funksjonsnivå. Resultatene viser at mange får en tidsbegrenset institusjonstjeneste før de får langtidsopphold.

Blant de som var hjemmeboende hele 2021 hadde funksjonsnivå betydning for om for man hadde mottatt tidsbegrensede institusjonstjenester. Over halvparten av de hjemmeboende med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå var på tidsbegrensede institusjonsopphold i løpet av 2021, sammenlignet med kun 18 prosent av de med noe redusert funksjonsnivå.



Figur 7: Andel av skrøpelige eldre som mottok tidsbegrensede institusjonstjenester i 2021, etter funksjonsnivå og alder. N hjemmeboende=103 740, N langtidsopphold deler av året=12 033.



Figur 8: Andel av skrøpelige eldre som mottok tidsbegrensede institusjonstjenester i 2021, etter funksjonsnivå, region og helsefelleskap. Eksklusive personer med langtidsopphold hele 2021. N totalt=115 773.

Figur 8 viser variasjoner i bruk av tidsbegrensede institusjonsopphold etter funksjonsnivå og bosted. Resultatene gjelder for de som var hjemmeboende hele eller deler av 2021. Helse Vest hadde høyest andel mottakere av tidsbegrensede institusjonsopphold, mens Helse Midt-Norge og Helse Nord hadde lavest andel. Det var relativt store variasjoner mellom helsefelleskapene. Dersom vi ser på gruppen med svært dårlig funksjonsnivå var tre av fire på tidsbegrensede institusjonsopphold blant de som tilhørte områdene Oslo, Vestfold eller Helse Bergen, sammenlignet med under halvparten av de som tilhørte Nordre Trøndelag. Dette kan være ett uttrykk for ulik organisering av tjenestetilbudet, og en variasjon i bruk av andre tjenestetilbud til gruppen både i form av langtidsopphold, boligtilbud og tjenester i hjemmet.

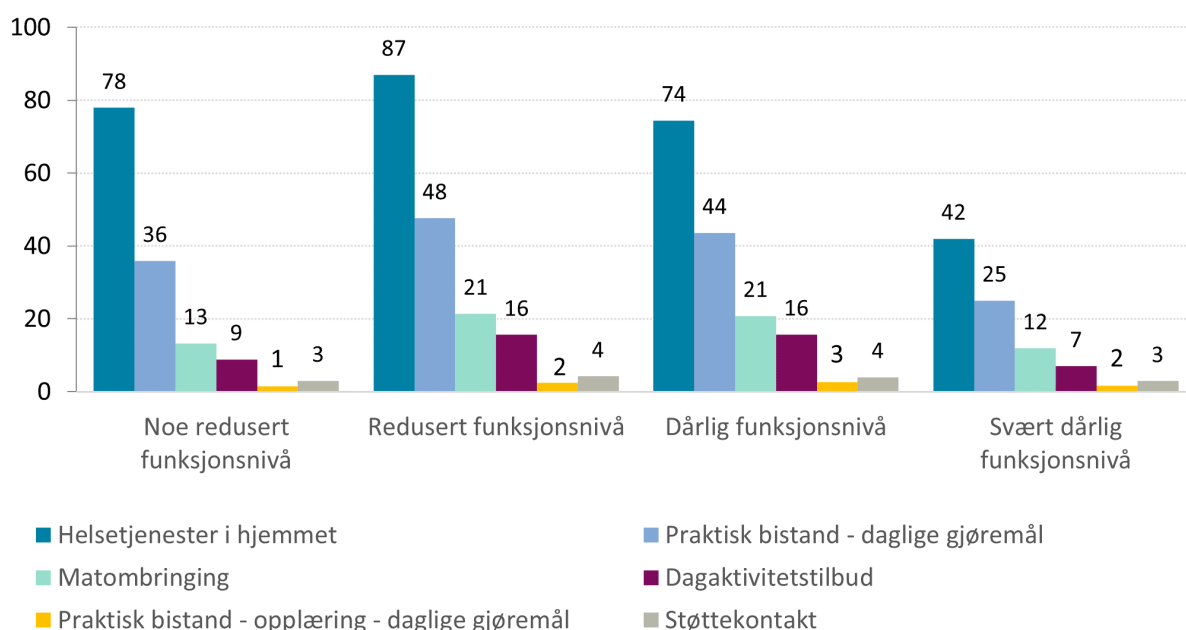
Fotnoter

[13] Nattopphold på institusjon er ikke med i oversikten fordi 0 prosent mottok dette.

6.3

Tjenester i hjemmet

I dette kapittelet presenteres bruk av tjenester i hjemmet blant skrøpelige eldre inndelt etter funksjonsnivå (figur 9). Deretter viser resultatene variasjoner i bruk av de mest utbredte hjemmetjenestene, etter hvorvidt de har vært hjemmeboende eller deler av året på langtidsopphold i institusjon, samt etter region og helsefelleskap.



Figur 9: Andel av skrøpelige eldre som mottok ulike typer hjemmetjenester i 2021[14]. En person kan motta flere typer tjenester i samme år. N=140 648.

En høy andel skrøpelige eldre var mottakere av helsetjenester i hjemmet. Dette var den mest utbredte hjemmetjenesten innenfor alle gruppene basert på funksjonsnivå. Deretter var praktisk bistand til daglige gjøremål, samt matombringning, de vanligste tjenestene.

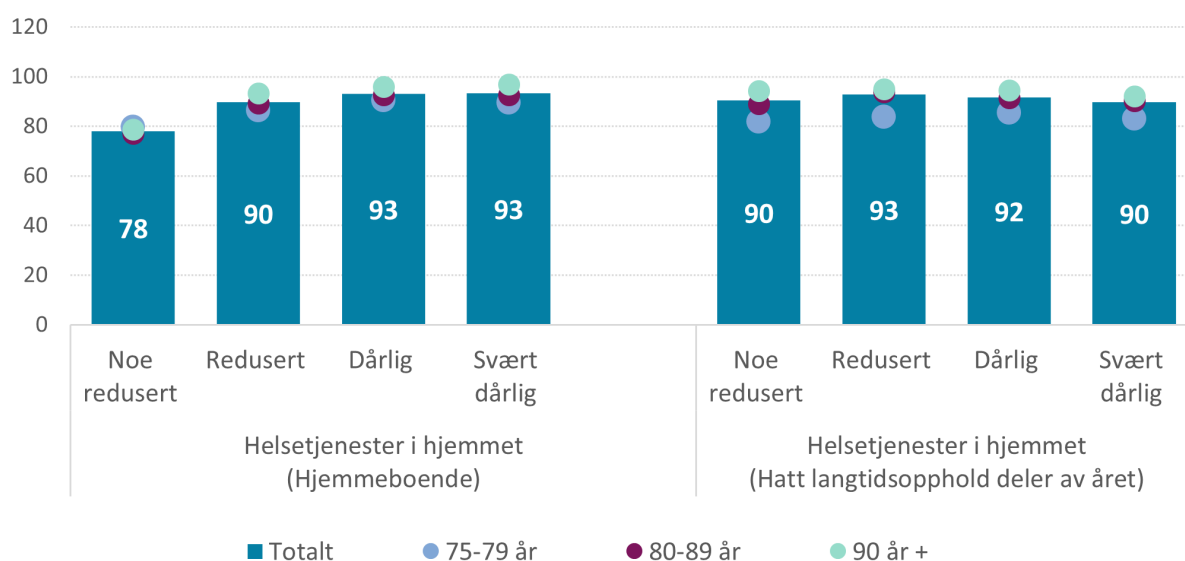
Andelen mottakere av de ulike tjenestene i hjemmet var høyest i gruppen med redusert funksjonsnivå, og lavest blant de med svært dårlig funksjonsnivå. Dette kan ses i sammenheng med at mange av de med dårligst funksjonsnivå i stedet benyttet langtidsplass i institusjon.

Videre vil vi se nærmere på variasjoner i bruk av helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand etter funksjonsnivå, og om de var hjemmeboende eller deler av året på langtidsopphold i institusjon.

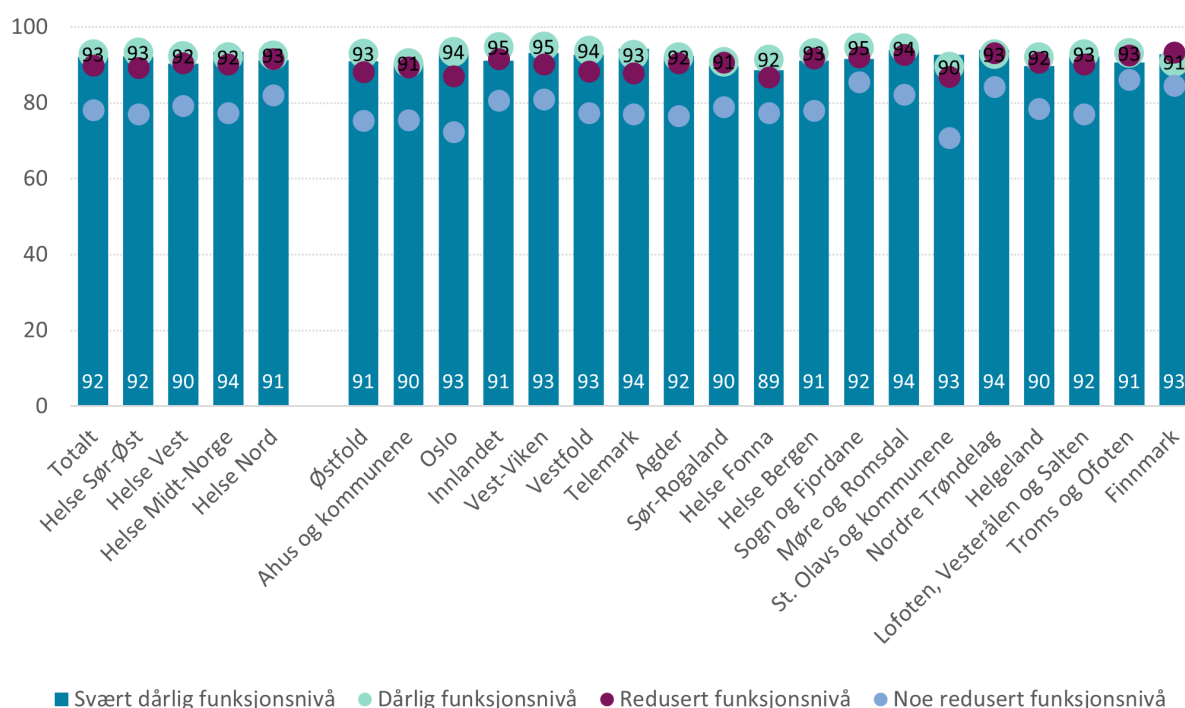
Helsetjenester i hjemmet

Om lag ni av ti av de som var på langtidsopphold deler av 2021 mottok helsetjenester i hjemmet i samme år, uavhengig av funksjonsnivå. Blant de som var hjemmeboende hele 2021 skilte gruppen med noe

redusert funksjonsnivå seg ut med en lavere andel mottakere av helsetjenester i hjemmet (78 prosent) enn øvrige (90 prosent eller mer).



Figur 10: Andel av skrøpelige eldre i 2021 som i løpet av året mottok helsetjenester i hjemmet, etter funksjonsnivå og alder. N hjemmeboende=103 740, N langtidsopphold deler av året=12 033.



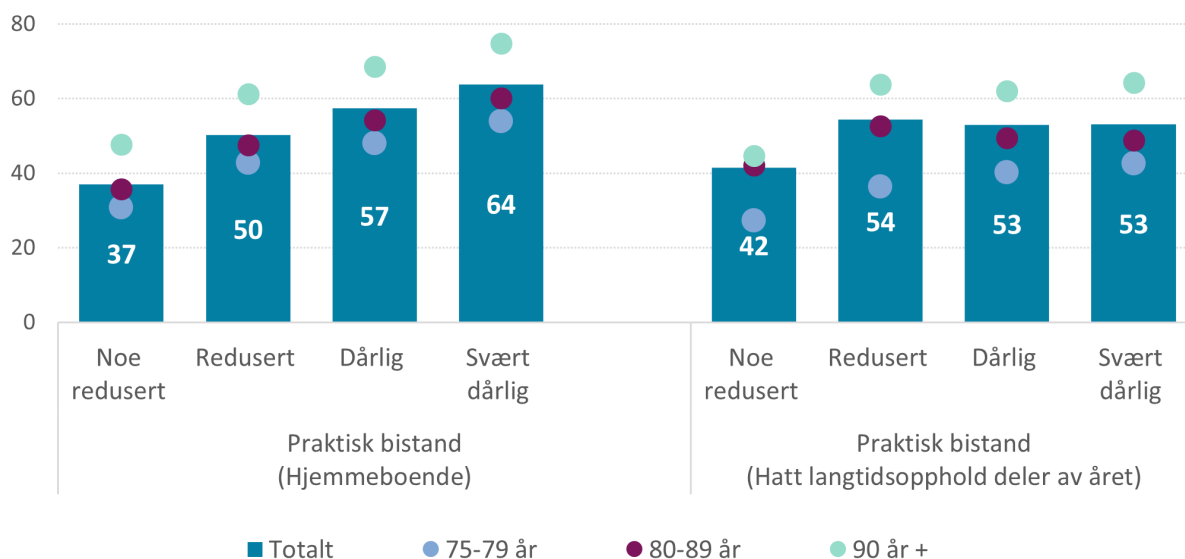
Figur 11: Andel av skrøpelige eldre i 2021 som i løpet av året mottok helsetjenester i hjemmet, etter funksjonsnivå, region og helsefelleskap. Eksklusive personer med langtidsopphold hele 2021. N totalt=115 773.

Figur 11 viser variasjoner i mottak av helsetjenester i hjemmet etter funksjonsnivå og bosted. Resultatene gjelder for de som var hjemmeboende hele eller deler av 2021. Variasjonen mellom regioner og helsefelleskap var relativt lav. Blant de med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå var det fem prosentpoeng i differanse mellom helsefelleskapet med høyest og lavest andel mottakere av helsetjenester i hjemmet.

Praktisk bistand i hjemmet

Blant de som var hjemmeboende hele 2021 var det en sterk sammenheng mellom funksjonsnivå og andelen mottakere av praktisk bistand i hjemmet. 37 prosent av de med noe redusert funksjonsnivå fikk praktisk bistand, sammenlignet med 64 prosent av de med svært dårlig funksjonsnivå. Blant de som var på langtidsopphold deler av 2021 hadde 42 prosent av de med noe redusert funksjonsnivå mottatt praktisk bistand i hjemmet samme år. Dette gjaldt litt over halvparten av de med dårligere funksjonsnivå.

Resultatene viser at alder innvirker på mottak av praktisk bistand, og andelen mottakere av dette var høyest blant de eldste innenfor alle funksjonsgruppene.



Figur 12: Andel av skrøpelige eldre i 2021 som i løpet av året mottok praktisk bistand[15], etter funksjonsnivå og alder. N hjemmeboende=103 740, N langtidsopphold deler av året=12 033.

Figur 13 viser variasjoner i mottak av praktisk bistand i hjemmet etter funksjonsnivå og bosted. Resultatene gjelder for de som var hjemmeboende hele eller deler av 2021. Det var tydelige forskjeller mellom bostedsområdene i andelen som hadde mottatt praktisk bistand i hjemmet. Blant de med dårlig og svært dårlig funksjonsnivå var det høyest andel mottakere av praktisk bistand i hjemmet i Helse Midt-Norge, mens andelen var lavest i Helse Sør-Øst.

Blant gruppen med svært dårlig funksjonsnivå mottok 81 prosent av pasientene tilhørende området Sogn og Fjordane praktisk bistand i hjemmet, sammenlignet med 47 prosent av de som tilhørte området Ahus og kommunene. Det var omtrent samme differanse mellom området med høyest andel (St. Olavs og kommunene) og lavest andel (Østfold) for gruppen med dårlig funksjonsnivå.



Figur 13: Andel av skrøpelige eldre i 2021 som i løpet av året mottok praktisk bistand[16], etter funksjonsnivå, region og helsefelleskap. Eksklusive personer med langtidsopphold hele 2021. N totalt=115 773.

Fotnoter

[14] Tjenestene «praktisk bistand-brukerstyrt personlig assistanse», «Avlastning utenfor institusjon» og «Omsorgsstønad» er ikke med i figuren fordi andelen mottakere var mellom 0 og 1 prosent.

[15] Dette inkluderer de 3 typene praktisk bistand som registreres: Praktisk bistand - daglige gjøremål, Praktisk bistand - opplæring - daglige gjøremål, Praktisk bistand - brukerstyrt - personlig assistanse

[16] Dette inkluderer de 3 typene praktisk bistand som registreres: Praktisk bistand - daglige gjøremål, Praktisk bistand - opplæring - daglige gjøremål, Praktisk bistand - brukerstyrt - personlig assistanse

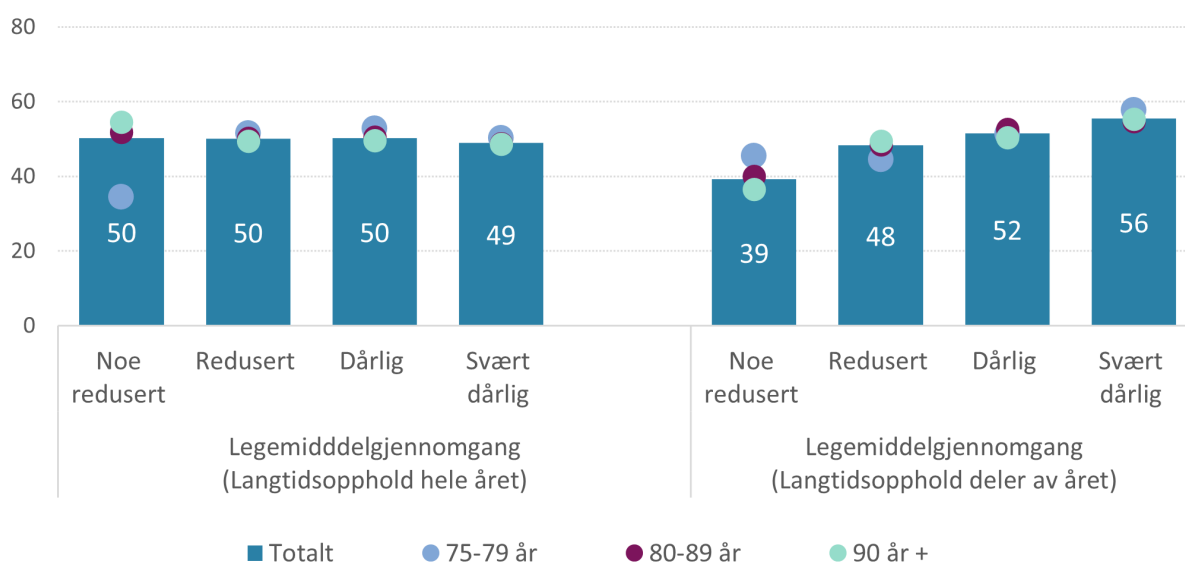
6.4

Legemiddelgjennomgang

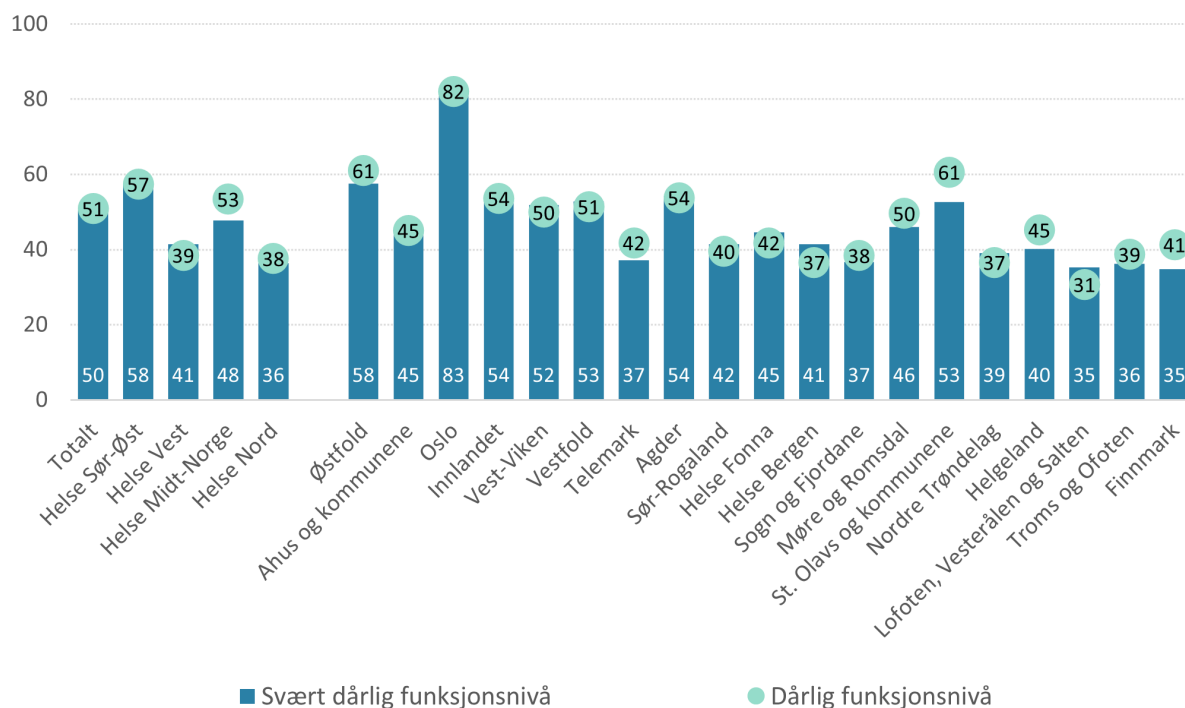
Rapportering av legemiddelgjennomgang til KPR- helse og omsorg er obligatorisk for personer på langtidsopphold på sykehjem, og skal bidra til å sikre god kvalitet ved behandling med legemidler i sykehjem. Det skal gjennomføres en systematisk legemiddelgjennomgang for pasienter med langtidsopphold i sykehjem ved innkomst og minst en gang årlig. Utover dette skal legemiddelgjennomgang utføres når det er nødvendig av hensyn til forsvarlig behandling.[17]

Figur 14 viser andelen med legemiddelgjennomgang i løpet av 2021. Dette inkluderer de med registrert ja på at legemiddelgjennomgang er gjennomført og med dato for gjennomføring i løpet av 2021.

Om lag halvparten av de som var på langtidsopphold hele 2021 hadde en registrert legemiddelgjennomgang i 2021. Dette gjaldt uavhengig av funksjonsnivå. Blant de som var på langtidsopphold deler av 2021 varierte andelen med legemiddelgjennomgang fra 39 prosent blant de med noe redusert funksjonsnivå til 56 prosent blant de med svært dårlig funksjonsnivå.



Figur 14: Andel av skrøpelig eldre i 2021 med langtidsopphold som fikk registrert legemiddelgjennomgang i løpet av året, etter funksjonsnivå og alder. N langtidsopphold hele året=24 875, N langtidsopphold deler av året=12 033.



Figur 15: Andel av skrøpelige eldre på langtidsopphold i 2021[18] med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå med registrert legemiddelgjennomgang etter funksjonsnivå, region og helsefelleskap.[19] N totalt=34 031.

Figur 15 viser andelen av de som har vært på langtidsopphold i 2021 som har hatt en legemiddelgjennomgang, etter funksjonsnivå og bosted. Det var store variasjoner mellom regioner og helsefelleskap. Av regionene var det Helse Vest og Helse Nord som hadde lavest andeler med gjennomført legemiddelgjennomgang, mens andelen var høyest i Helse Sør-Øst. Oslo skiller seg ut som

helsefellesskapsområdet med klart høyest andel som hadde en registrert legemiddelgjennomgang, der om lag åtte av ti av de med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå fikk dette. Andelene var betraktelig lavere blant de som var bosatt i øvrige områder, og lavest i Lofoten, Vesterålen og Salten, der kun om lag en tredjedel hadde en registrert legemiddelgjennomgang.

Fotnoter

[17]

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/rapportering-av-legemiddelgjennomgang>

[18] Omfatter både de med langtidsopphold hele 2021 og deler av 2021.

[19] På grunn av at lave andeler av de noe redusert eller redusert funksjonsnivå var på langtidsopphold i institusjon vises kun resultater for de med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå i figuren inndelt etter helsefellesskap.

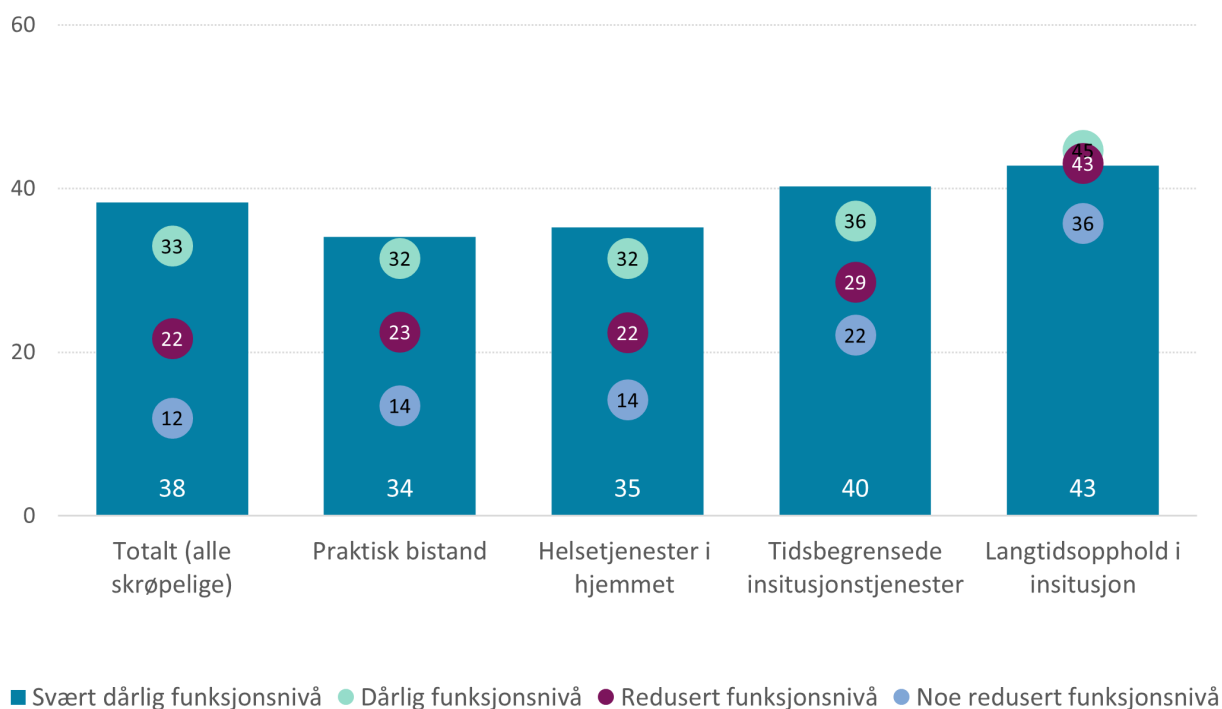
6.5

Ernæringskartlegging

Pasienter skal vurderes for risiko for underernæring ved innleggelse i helse- og omsorgsinstitusjon, ved oppstart av helse- og omsorgstjenester, og deretter etter en gitt frekvens, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg.[20]

Figur 16 viser andelen som fikk sin ernæringsstatus kartlagt i løpet av 2021. Dette inkluderer de med registrert ja på at ernæringsstatus er kartlagt og med dato for kartlegging i løpet av 2021.

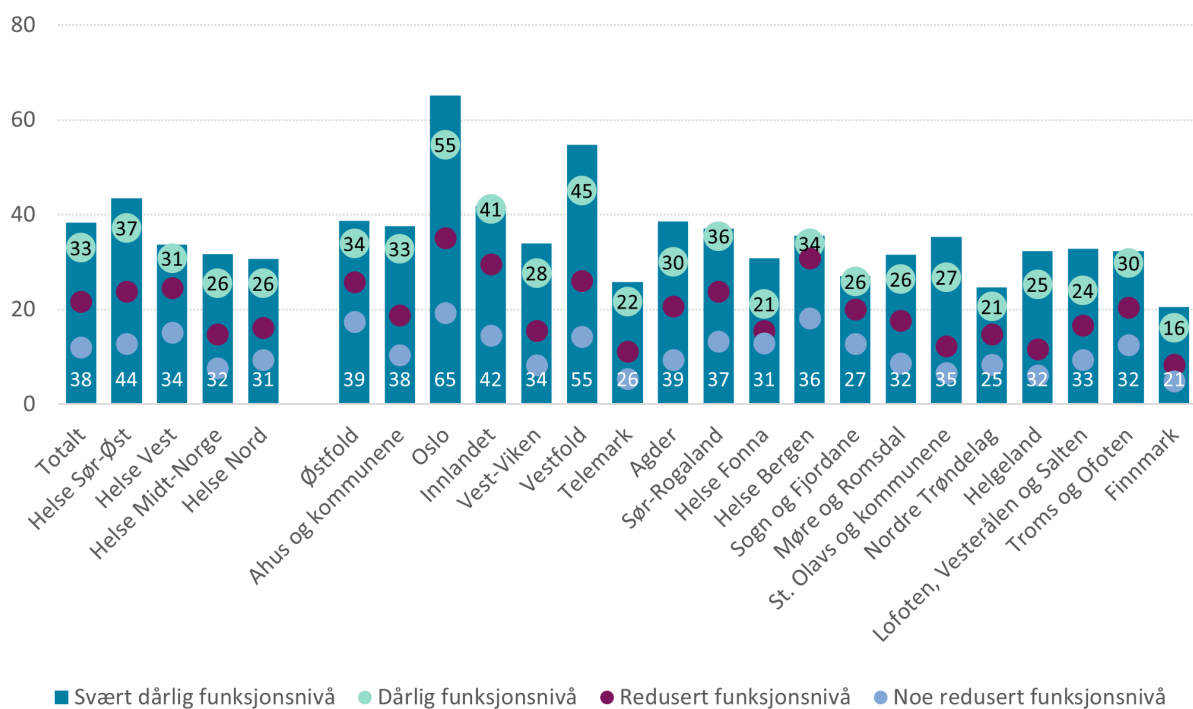
Totalt fikk 38 prosent av de med svært dårlig funksjonsnivå og 33 prosent av de med dårlig funksjonsnivå, kartlagt sin ernæringsstatus i løpet av 2021. Andelene var gjennomgående litt høyere blant de som mottok institusjonstjenester enn de som fikk praktisk bistand og helsetjenester i hjemmet.[21] Det var også variasjoner etter funksjonsnivå der kartlegging av ernæringsstatus var mest utbredt blant de dårligste.



Figur 16: Andel av skrøpelig eldre i 2021 med ernæringsstatus registrert kartlagt i løpet av året, etter funksjonsnivå og hvilke tjenester de mottok. N=140 648.

Figur 17 viser andelen som har fått sin ernæringsstatus kartlagt etter funksjonsnivå og bosted. På samme måte som for legemiddelgjennomgang var det betydelig variasjoner i andelen som fikk sin ernæringsstatus kartlagt i 2021. Av regionene var det lavest andeler i Helse Nord og Helse Midt-Norge, mens Helse Sør-Øst hadde høyest andel.

Blant de ulike Helsefelleskapene hadde Oslo, etterfulgt av Vestfold, de høyeste andelenene med skrøpelige eldre som fikk kartlagt sin ernæringsstatus. Finnmark var området med lavest andel som fikk ernæringsstatus kartlagt.



Figur 17: Andel av skrøpelige eldre i 2021 med ernæringsstatus registrert kartlagt i løpet av året, etter funksjonsnivå, region og helsefelleskap. N totalt=140 648.

Fotnoter

[20]

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/rapportering-av-risiko-for-i>

[21] Samme person kan motta flere typer tjenester i samme år.

Bruk av tjenester i somatiske sykehus

Av de totalt 140 648 personene definert som skrøpelige eldre i 2021 var 96 753 i kontakt med somatiske sykehus, noe som utgjør 69 prosent. Til sammen hadde 44 prosent av de skrøpelige eldre vært på døgnopphold i sykehus, mens 57 prosent mottok dagbehandling og/eller poliklinisk konsultasjon.

Andelen av skrøpelige eldre som var i kontakt med somatiske sykehus var høyest blant de med noe redusert eller redusert funksjonsnivå (om lag tre av fire), mens det gjaldt om lag halvparten av de med svært dårlig funksjonsnivå. Dette må ses i sammenheng med bruk av langtidsopphold i institusjon som var mest utbredt blant de med dårligst funksjonsnivå. Gruppen som var på langtidsopphold hele 2021 var i betraktelig mindre grad enn øvrige i kontakt med somatiske sykehus, både når det gjaldt døgnopphold og dag/poliklinisk behandling, som vist i tabell 2 og 3.

Det var mindre forskjeller mellom hjemmeboende og de som var deler av året på langtidsopphold når vi ser på andelen som var i kontakt med somatiske sykehus. Andelen med døgnopphold på sykehus var imidlertid gjennomgående litt høyere blant de som hadde vært deler av året på langtidsopphold. Når det gjaldt andelen som har vært på dagbehandling/polikliniske konsultasjoner var denne høyest blant de som ikke hadde vært på langtidsopphold blant de med noe redusert eller redusert funksjonsnivå. Blant de med svært dårlig funksjonsnivå var andelen med dagbehandling/poliklinisk konsultasjon høyest blant av de som hadde vært deler av året på langtidsopphold. Resultatene kan indikere at bruken av sykehustjenester øker i forkant av et langtidsopphold på institusjon.

Andelen av døgnoppholdene som var ø-hjelpsinnleggelser var høyest for pasientene med dårligst funksjonsnivå. Det gjaldt 78 prosent av døgnoppholdene til de med noe redusert funksjonsnivå og 93 prosent av døgnoppholdene til de med svært dårlig funksjonsnivå. Andelen var gjennomgående høyest blant de som hadde vært deler av året på langtidsopphold i institusjon, men forskjellen var liten om vi ser på pasientene med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå.

Det var også pasientene med langtidsopphold deler av 2021 som hadde høyest andel døgnopphold med oppholdsdøgn som utskrivningsklar. Dette gjaldt for 18 prosent av døgnoppholdene til de med dårlig funksjonsnivå og 16 prosent av døgnoppholdene til de med svært dårlig funksjonsnivå. Blant hjemmeboende var disse andelenene henholdsvis 14 og 13 prosent.

Gjennomsnittlig antall døgnopphold var totalt sett høyest blant pasientene med dårlig funksjonsnivå (2), og det samme gjaldt gjennomsnittlig antall ø-hjelpsinnleggelser per døgnpasient (1,8). Dersom vi ser på gruppen med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå var det liten forskjell mellom hjemmeboende og de som har vært deler av året på langtidsopphold. Tallene var gjennomgående lavere for de som hadde vært på langtidsopphold hele 2021. Antall dagbehandlinger/polikliniske konsultasjoner per pasient som mottok dette, var høyest blant de som var hjemmeboende hele 2021. Tallene var lavest for pasientene med dårligst funksjonsnivå.

Gjennomsnittlig oppholdstid var høyest blant pasientene med dårlig funksjonsnivå (5,7 døgn), og lavest blant de med noe redusert funksjonsnivå (5,2 døgn). De som var hjemmeboende hele 2021 hadde lengst oppholdstid, rett i underkant av 6 døgn blant de med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå.

Tabell 2: Bruk av somatiske sykehus i 2021 blant skrøpelige eldre etter funksjonsnivå, totalt og hjemmeboende.

	Totalt	Ikke hatt langtidsopphold i 2021 (Hjemmeboende)
--	--------	--

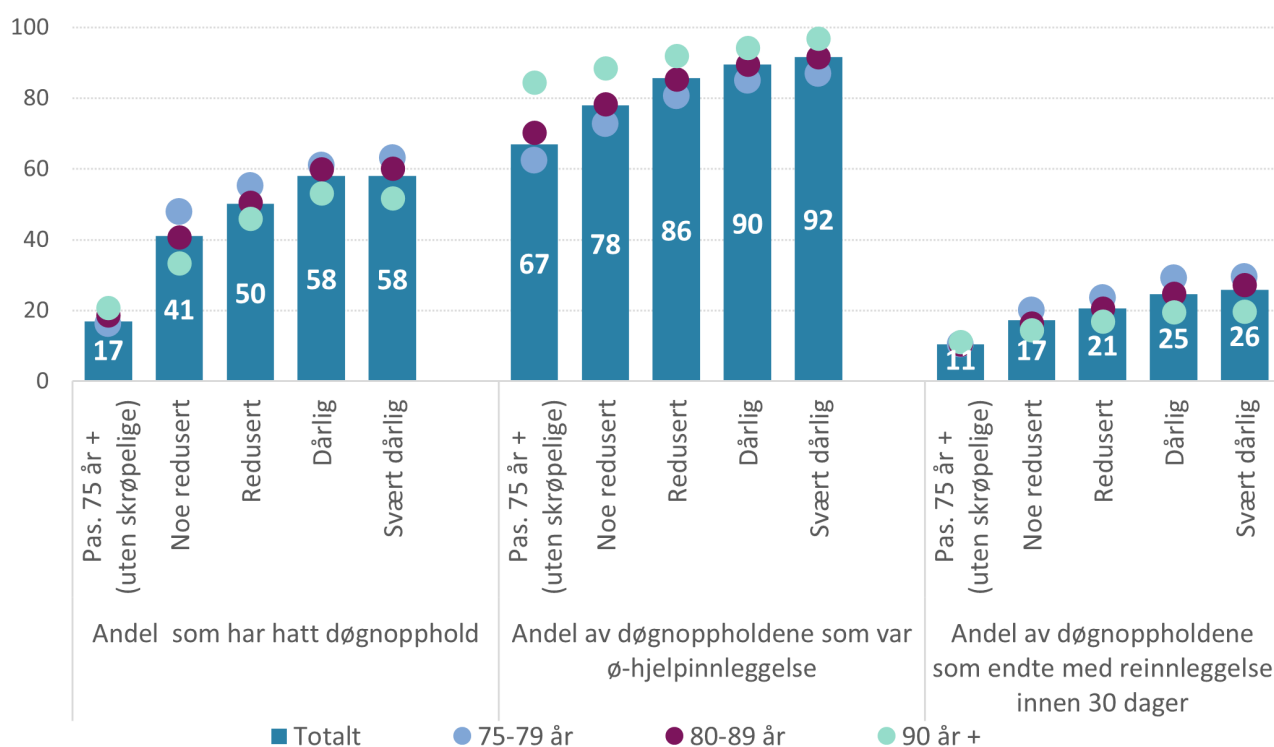
	Noe redusert	Redusert	Dårlig	Svært dårlig	Noe redusert	Redusert	Dårlig	Svært dårlig
Andel med kontakt med somatiske sykehus	75 %	76 %	70 %	51 %	75 %	77 %	77 %	71 %
Andel med døgnopphold	41 %	49 %	50 %	36 %	41 %	50 %	58 %	58 %
Andel med dagbehandling/poliklinisk konsultasjon	68 %	64 %	54 %	35 %	68 %	65 %	61 %	50 %
Andel av døgnopphold som var ø-hjelpsinnleggelse	78 %	86 %	91 %	93 %	78 %	86 %	90 %	92 %
Andel av døgnopphold med oppholdsdøgn som utskrivningsklar	5 %	10 %	14 %	12 %	5 %	10 %	14 %	13 %
Gj.snitt. antall døgnopphold per døgnpasient	1,8	1,9	2,0	1,8	1,8	1,9	2,1	2,1
Gj.snitt antall ø-hjelpsinnleggelse per døgnpasient	1,4	1,7	1,8	1,7	1,4	1,7	1,9	1,9
Gj.snitt oppholdstid per døgnopphold	5,2	5,5	5,7	5,3	5,2	5,6	5,9	5,9
Gj.snitt antall dagb./polikliniske konsultasjoner per dag/poli pasient	5,7	5,1	4,3	3,1	5,7	5,2	4,8	4,1
Antall skrøpelige eldre (N)	46394	32539	32232	29483	45908	30148	19948	7736

Tabell 3: Bruk av somatiske sykehus i 2021 blant skrøpelige eldre etter funksjonsnivå og om de var hele eller deler av året på langtidsopphold i institusjon.

	Langtidsopphold deler av 2021				Langtidsopphold hele 2021			
	Noe redusert	Redusert	Dårlig	Svært dårlig	Noe redusert	Redusert	Dårlig	Svært dårlig
Andel med kontakt med somatiske sykehus	81 %	77 %	79 %	80 %	50 %	46 %	42 %	32 %
Andel med døgnopphold	59 %	56 %	60 %	66 %	20 %	21 %	19 %	17 %
Andel med dagbehandling/poliklinisk konsultasjon	61 %	59 %	59 %	56 %	41 %	36 %	31 %	22 %
Andel av døgnopphold som var ø-hjelpsinnleggelse	87 %	92 %	94 %	93 %	80 %	89 %	93 %	94 %
Andel av døgnopphold med oppholdsdøgn som utskrivningsklar	12 %	14 %	18 %	16 %	4 %	2 %	3 %	2 %
Gj.snitt. antall døgnopphold per døgnpasient	2,1	2,0	2,0	2,0	1,5	1,3	1,3	1,3

Gj.snitt antall ø-hjelpsinnleggelse per døgnpasient	1,8	1,9	1,9	1,8	1,2	1,2	1,2	1,2
Gj.snitt oppholdstid per døgnopphold	5,1	5,1	5,5	5,5	4,4	3,6	3,6	3,4
Gj.snitt antall dagb./polikliniske konsultasjoner per dag/poli pasient	3,9	4,1	3,5	3,1	5,0	3,5	2,5	2,1
Antall skrøpelige eldre (N)	301	1289	5493	4950	185	1102	6791	16797

Figur 18 sammenligner pasienter i alderen 75 år og eldre som ikke var kategorisert som skrøpelige eldre med resultater for hjemmeboende skrøpelige eldre, når det gjelder andelen med døgnopphold, andelen opphold som var ø-hjelpsinnleggelse og reinnleggelser. Pasienter i alderen 75 år og eldre som ikke var kategorisert som skrøpelige eldre vil videre i rapporten omtales som ikke-skrøpelige.



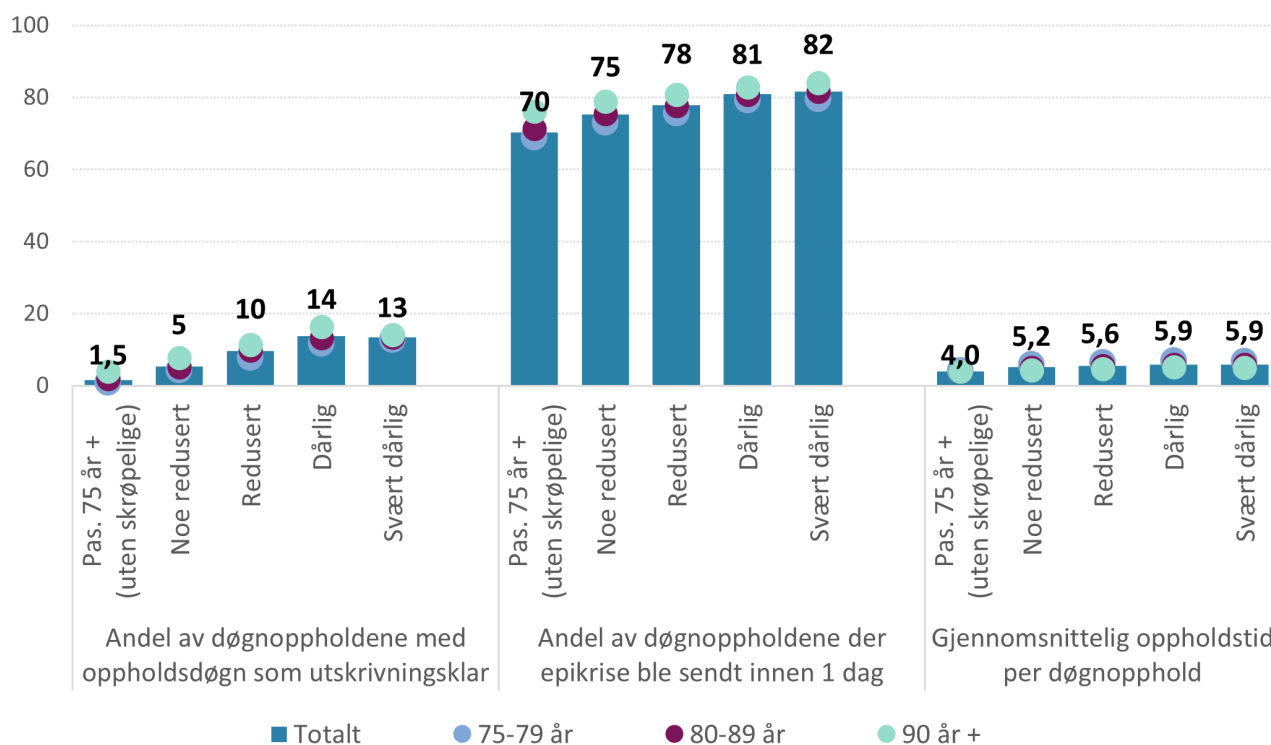
Figur 18: Andel som har hatt døgnopphold, andel av døgnoppholdene som var ø-hjelpsinnleggelse og andel reinnleggelser. Resultater for hjemmeboende skrøpelige eldre sammenlignet mot ikke-skrøpelige. Av befolkningen i alderen 75 år og eldre, som ikke var skrøpelige eldre slik det er definert i denne rapporten, hadde 17 prosent ett eller flere døgnopphold på sykehus i 2021.[22] Dette var betraktelig lavere enn blant hjemmeboende skrøpelige eldre, der 41 prosent av de med noe redusert funksjonsnivå og 58 prosent av de med svært dårlig funksjonsnivå, hadde vært på døgnopphold i sykehus.

Andelen av døgnopphold som var ø-hjelpsinnleggelse var betydelig høyere blant skrøpelige eldre sammenlignet med øvrige pasienter i samme aldersgruppe. 67 prosent av døgnoppholdene til ikke-skrøpelige var ø-hjelpsinnleggelse, sammenlignet med 78 prosent av de med noe redusert funksjonsnivå og 92 prosent av de med svært dårlig funksjonsnivå. Nivået av ø-hjelpinnleggelser var jevnt over høyest blant de eldste, og aldersforskjellen var størst blant pasienter som ikke var definert som skrøpelige eldre.

Andelen reinnleggelser for ikke-skrøpelige pasienter var elleve prosent i 2021, noe som var betraktelig lavere enn blant skrøpelige eldre. Reinnleggelser var mest utbredt blant opphold av skrøpelige eldre med svært dårlig funksjonsnivå (26 prosent).

Andelen reinnleggelser var betydelig lavere blant skrøpelige eldre som var på langtidsplass i institusjon hele 2021, sammenlignet med hjemmeboende. Differansen var størst blant de med svært dårlig funksjonsnivå, henholdsvis ti mot 26 prosent. Det var relativt små forskjeller mellom de som hadde vært deler av året på langtidsplass og hjemmeboende hele året.

Figur 19 viser epikrisetid, oppholdstid og andelen med oppholdsdøgn som utskrivningsklar for ikke-skrøpelige pasienter sammenlignet med hjemmeboende skrøpelige eldre.



Figur 19: Andel av døgnopphold med oppholdsdøgn som utskrivningsklar, andel av døgnoppholdene der epikrise ble sendt innen én dag[23], og gjennomsnittlig oppholdstid. Resultater for hjemmeboende skrøpelige eldre sammenlignet mot ikke-skrøpelige.

I underkant av to prosent av døgnoppholdene til ikke-skrøpelige eldre hadde oppholdsdøgn som utskrivningsklar. Dette gjaldt betydelig flere av døgnoppholdene til skrøpelige eldre, og blant hjemmeboende var andelen høyest blant de med dårlig funksjonsnivå (14 prosent).

Den gjennomsnittlige oppholdstiden på sykehus var fire døgn blant ikke-skrøpelige pasienter i alderen 75 år og eldre. Dette var nesten to døgn kortere enn oppholdstiden til hjemmeboende pasienter med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå.

Epikrise ble i større grad sendt innen én dag ved døgnopphold til skrøpelige eldre, sammenlignet med ikke-skrøpelige. Ved syv av ti opphold av ikke-skrøpelige pasienter i alderen 75 år og eldre ble epikrise sendt innen én dag, mens dette gjaldt over åtte av ti opphold av hjemmeboende pasienter med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå. Andelen med epikrise sendt innen én dag var enda litt høyere blant skrøpelige eldre som hadde vært på langtidsopphold hele eller deler av året. Det gjaldt om lag 85 prosent av døgnoppholdene til de med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå som hadde vært på langtidsopphold hele eller deler av 2021.

Fotnoter

[22] Andelen er beregnet fra antall i befolkningen i alderen 75 år og eldre per 01.01.2022 eksklusive antall skrøpelige eldre som var i live ved årsslutt i 2021.

[23] Prosent er beregnet av opphold med registrert epikrisedato. Ved om lag 1 prosent av oppholdene var det ikke registrert epikrisedato.

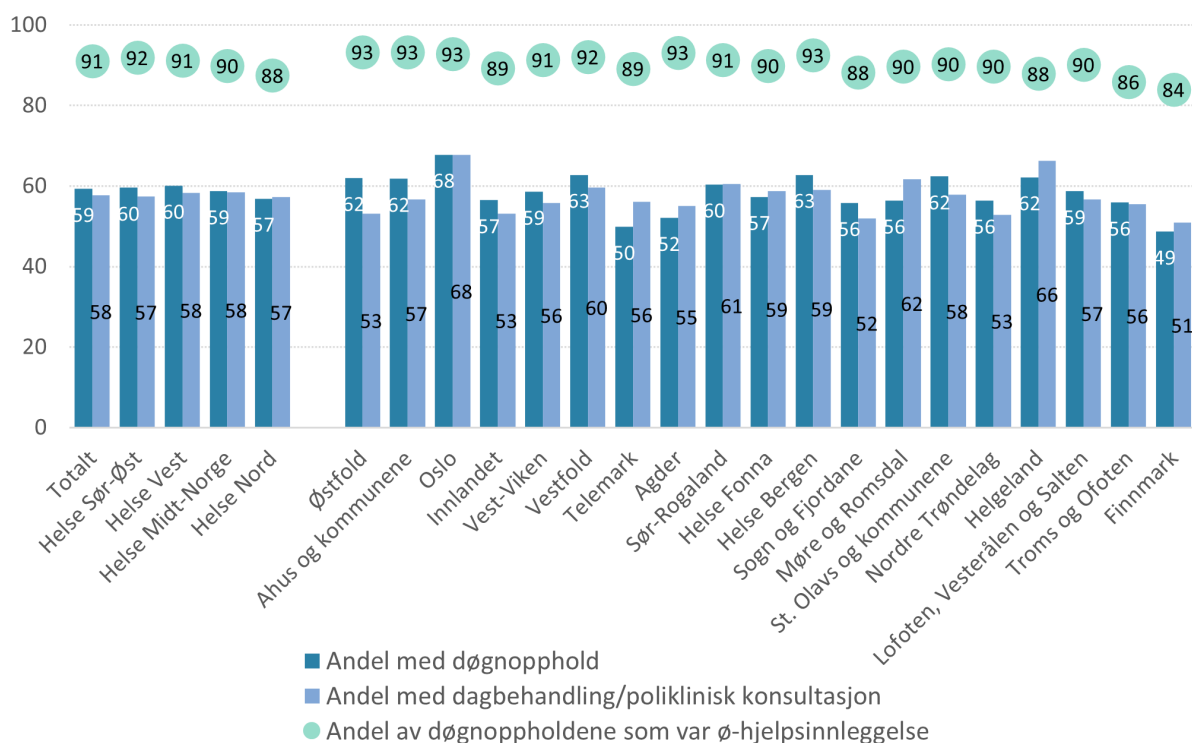
7.1

Variasjoner i bruk av somatiske sykehus etter helsefelleskap

I dette kapittelet ser vi på variasjoner i bruk av tjenester i somatiske sykehus etter region og helsefelleskap, hovedsakelig blant hjemmeboende og personer som var på langtidsopphold deler av 2021. Årsaken til at vi ekskluderer de som var på langtidsopphold hele 2021 er fordi deres bruk av sykehustjenester ofte skilte seg mye fra pasienter som kun var hjemmeboende eller deler av året på langtidsopphold. Når det gjaldt epikrisetid ble imidlertid pasienter på langtidsopphold hele året også inkludert, og de skilte seg relativt lite fra andre på dette området.

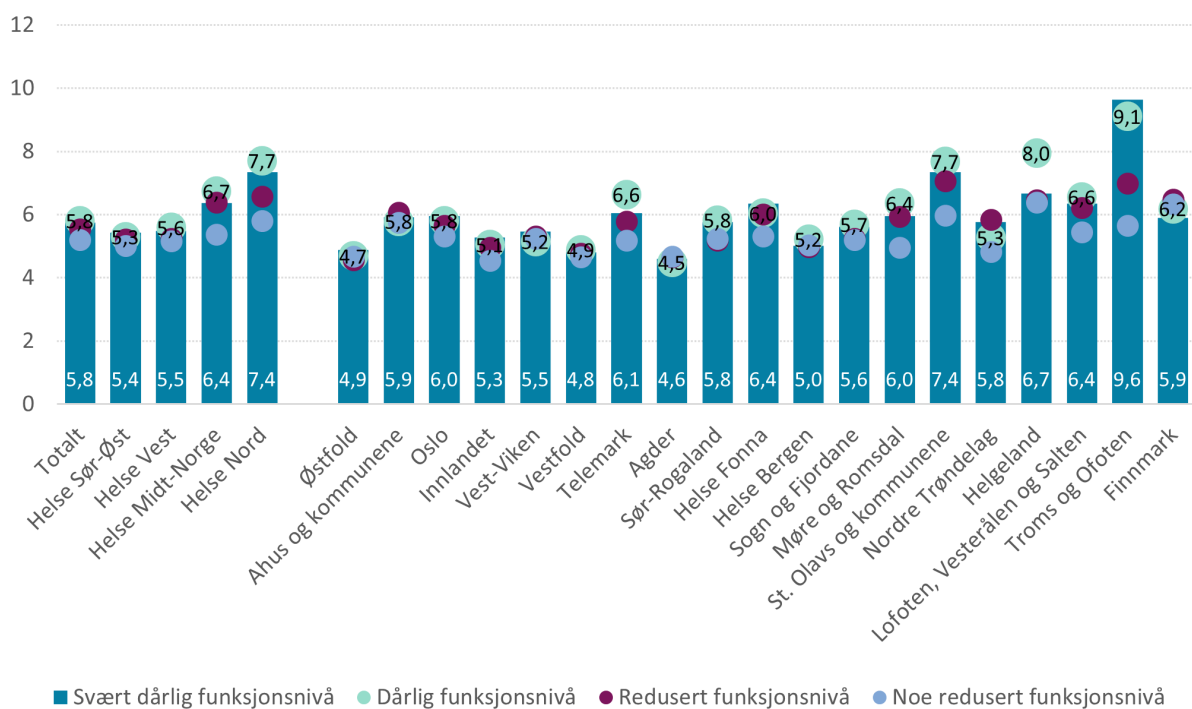
Figur 20 viser variasjoner mellom regioner og helsefelleskap i andelen av skrøpelige eldre med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå som har hatt døgnopphold og dagbehandling/poliklinisk konsultasjon. I tillegg vises andel av døgnoppholdene som var ø-hjelpsinnleggelse.

På regionnivå var ikke variasjonene spesielt store, men vi ser at Helse Nord hadde lavest andel som har vært på døgnopphold, samt den laveste andelen av døgnoppholdene som var ø-hjelpsinnleggelse. Finnmark er helsefelleskapsområdet hvor disse andelenene var aller lavest, mens Oslo skiller seg ut i motsatt retning. Tilsvarende mønster ser vi også når det gjelder andelen som har vært på dagbehandling/poliklinisk konsultasjon.



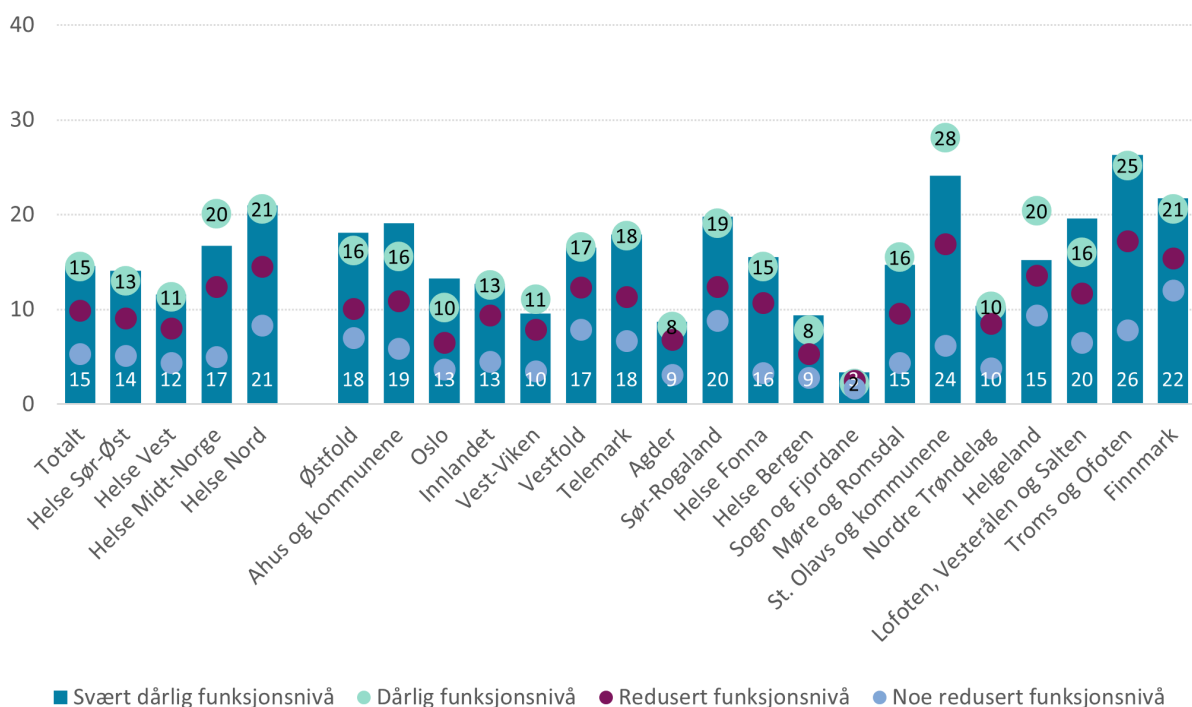
Figur 20: Andel av skrøpelige eldre med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå som har hatt døgnoophold og dagbehandling/poliklinisk konsultasjon på sykehus. Samt andel av døgnoopholdene som var ø-hjelpsinnleggelse. Eksklusive personer med langtidsopphold hele 2021.

Figur 21 viser variasjoner mellom regioner og helsefelleskap i gjennomsnittlig oppholdstid etter funksjonsnivå. Pasientene bosatt i Helse Nord hadde lengst oppholdstid på sykehus i gjennomsnitt, mens det var kortest oppholdstid i Helse Sør-Øst. Aller lengst varighet hadde døgnoopholdene til pasienter med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå bosatt i Troms og Ofoten. Agder var helsefelleskapsområdet med kortest oppholdstid. I Troms og Ofoten lå pasienter med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå omtrent dobbelt så lenge i sykehus sammenlignet med pasienter fra Agder-området.



Figur 21: Gjennomsnittlig oppholdstid per døgnopphold, etter funksjonsnivå, region og helsefelleskap. Eksklusive personer med langtidsopphold hele 2021.

Figur 22 viser variasjoner mellom regioner og helsefelleskap i andel av døgnopphold der pasienten hadde oppholdsdøgn som utskrivningsklar, etter funksjonsnivå.

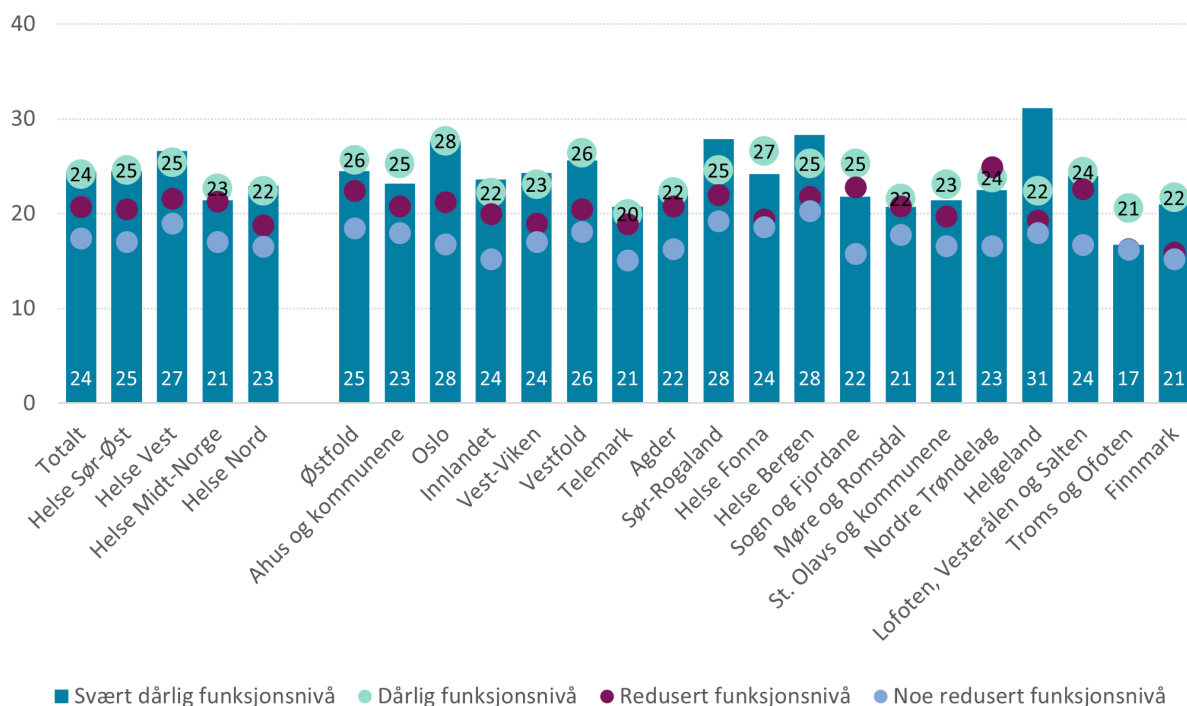


Figur 22: Andel av døgnoppholdene der pasienten hadde oppholdsdøgn som utskrivningsklar etter funksjonsnivå, region og helsefelleskap. Eksklusive personer med langtidsopphold hele 2021.

For personer med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå var andelen som hadde opphold med utskrivningsklare døgn høyest i Helse Nord, nesten dobbelt så høy som i Helse Vest, som var regionen med lavest andel. Av de ulike helsefelleskapsområdene var det St. Olavs og kommunene, samt Troms og Ofoten, som hadde høyest andel opphold med utskrivningsklare døgn, henholdsvis 24 og 26 prosent av de

med svært dårlig funksjonsnivå. Området Sogn og Fjordane hadde svært lavt nivå av opphold med utskrivningsklare døgn (mellom 2 og 3 prosent). Ellers skilte også Agder og Helse Bergen-området seg ut med lave andeler opphold med utskrivningsklare døgn.

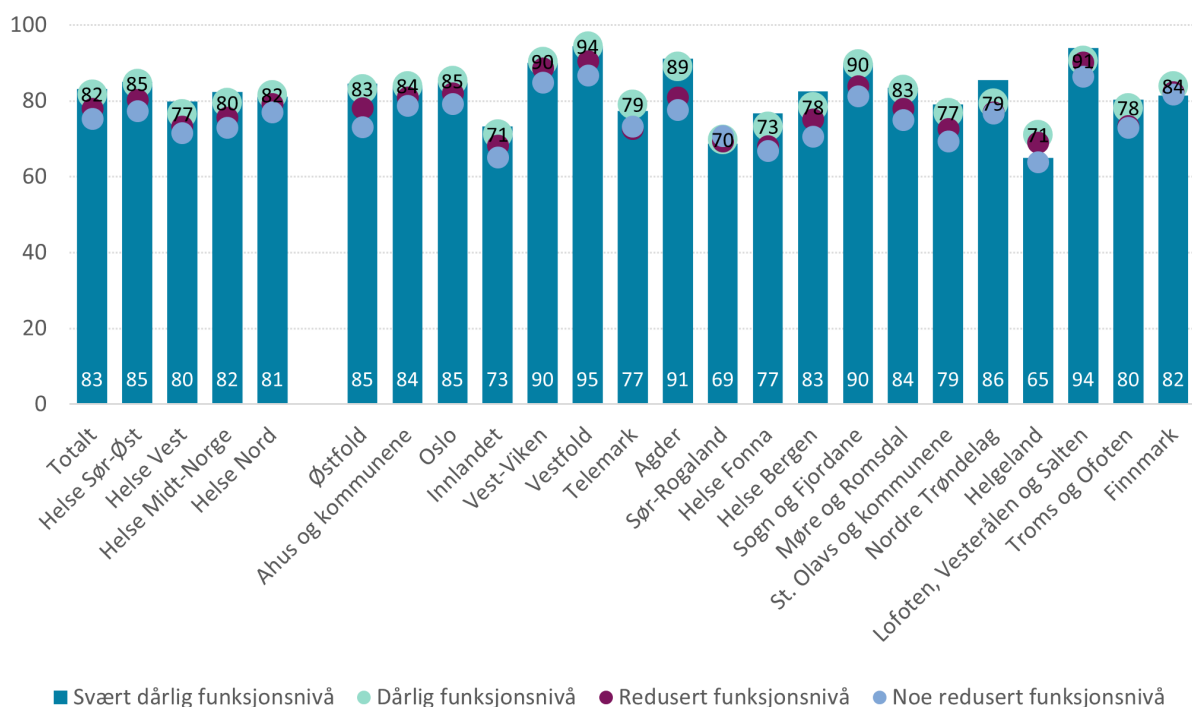
Figur 23 viser variasjoner mellom regioner og helsefelleskap i nivået av reinnleggelser etter funksjonsnivå. Av regionene var andelen reinnleggelser høyest i Helse Vest og Helse Sør-Øst, og lavest i Helse Midt-Norge og Helse Nord. Resultatene viser ganske store variasjoner mellom helsefelleskapsområdene. Blant de med svært dårlig funksjonsnivå var andelen reinnleggelser høyest på Helgeland (31 prosent). Denne andelen var nesten dobbelt så høy som i Troms og Ofoten, der nivået av reinnleggelser var lavest (17 prosent).



Figur 23: Andel reinnleggelser av døgnoppholdene etter funksjonsnivå, region og helsefelleskap. Eksklusive personer med langtidsopphold hele 2021 og de som dør under sykehusoppholdet.

Figur 24 viser variasjoner mellom regioner og helsefelleskap i andel av døgnopphold der epikrise ble sendt innen én dag etter utskrivelse av sykehusopphold. Av regionene var det Helse Sør-Øst som hadde høyest andel der epikrise ble sendt innen én dag, mens Helse Vest hadde lavest andel.

Vestfold var helsefelleskapsområdet der epikrise ble sent innen én dag ved høyest andel av oppholdene. Dette gjaldt ved 95 prosent av oppholdene til personer med svært dårlig funksjonsnivå. Blant pasientene tilhørende Innlandet, Sør-Rogaland og Helgeland ble epikrise innen én dag sendt ved lavest andel av oppholdene.



Figur 24: Andel av døgnoppholdene der epikrise er sendt innen én dag etter utskrivelse, etter funksjonsnivå, region og helsefelleskap. Eksklusive de som har dør under sykehusoppholdet.

7.2

Bruk av ressurser i somatiske sykehus

I 2021 ble det samlet brukt 1 554 201 DRG-poeng i somatiske sykehus.[24] Av disse gikk 407 360 poeng til pasienter i alderen 75 år og over, det tilsvarer 26 prosent av alle DRG-poeng. Pasienter kategorisert som skrøpelige eldre brukte 215 265 DRG-poeng, det er over halvparten av ressursene til pasientene i alderen 75 år og eldre. I gjennomsnitt brukte skrøpelig eldre 2,2 DRG-poeng i løpet av året. Tilsvarende brukte andre pasienter 75 år og eldre (ikke-skrøpelige) ett DRG-poeng i gjennomsnitt.

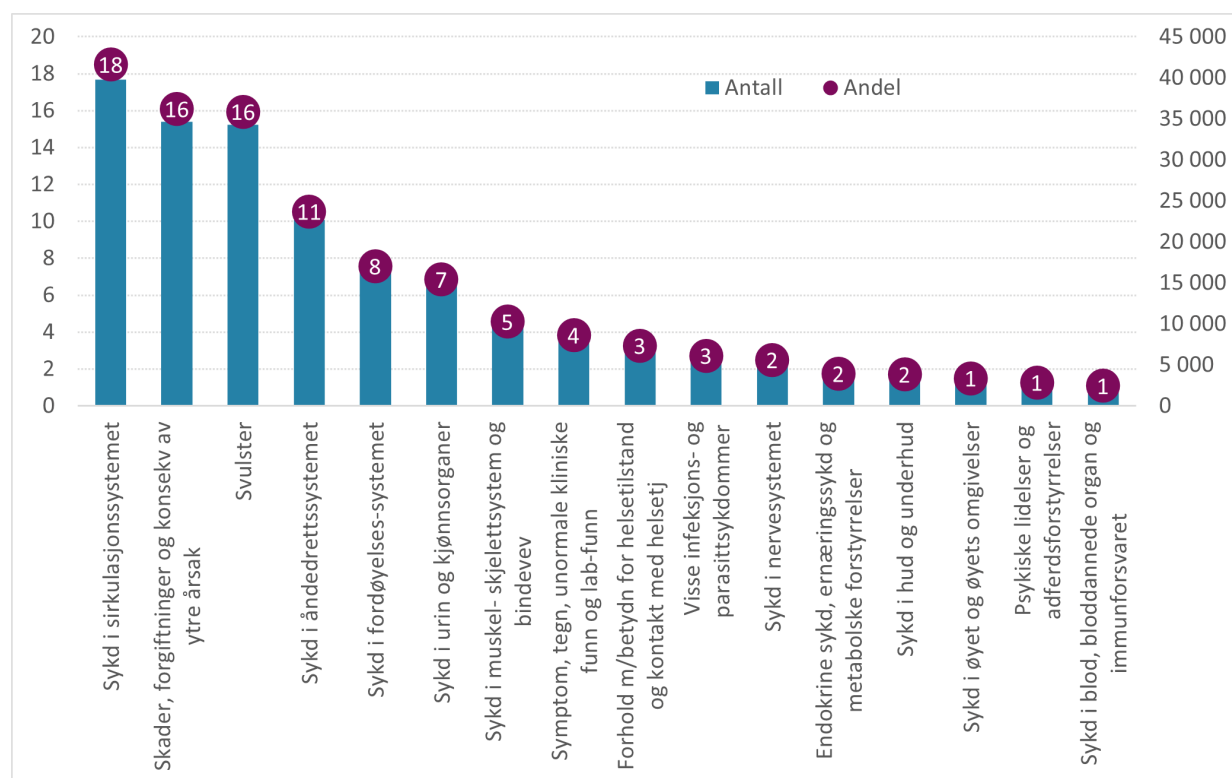
Inndeling etter hovedkapittel og tilstandsgrupper i henhold til ICD-10

ICD-10[25] er delt inn i 21 hovedkapittel, som igjen er delt opp i til sammen 217 kategoriblokker. Sistnevnte vil videre bli omtalt som tilstandsgrupper. Figur 25 og figur 26 viser fordeling av ressurser etter hovedkapitlene i ICD-10 for henholdsvis skrøpelige eldre og for øvrige pasienter i alderen 75 år og eldre.

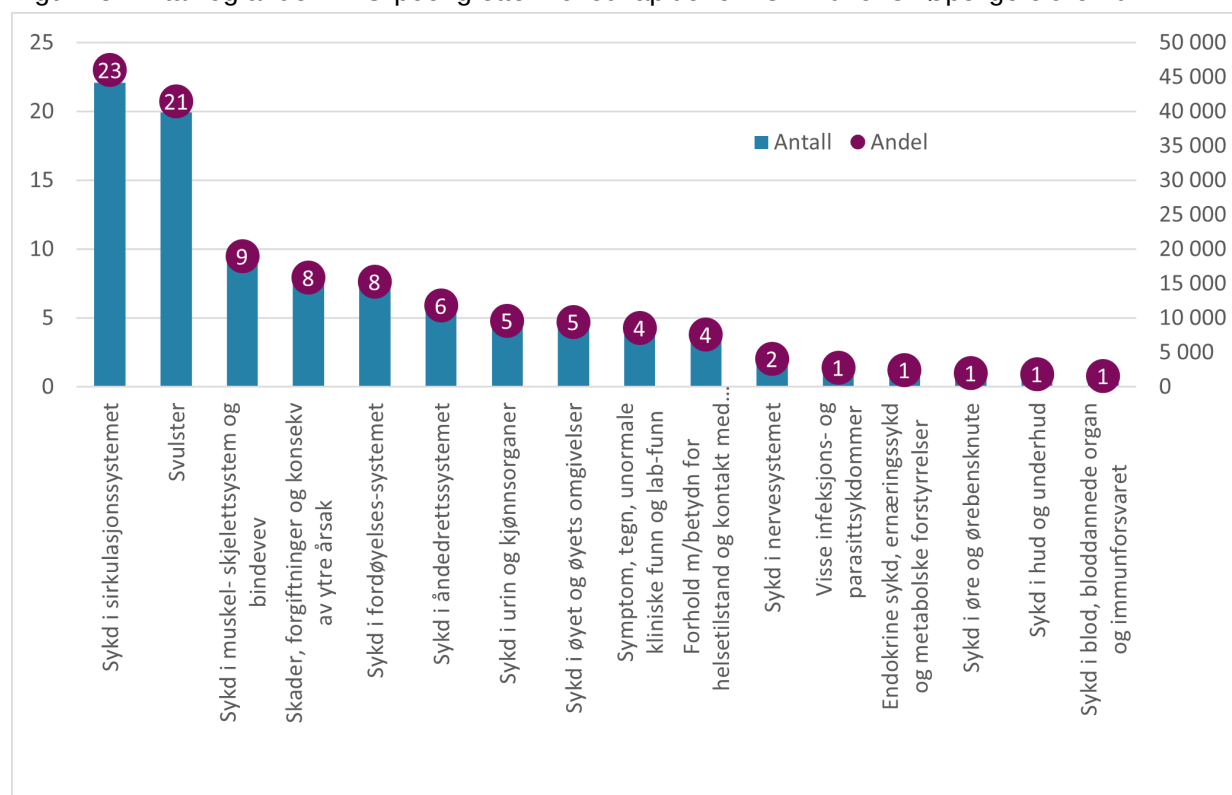
I overkant av halvparten av ressursene til skrøpelige eldre var innenfor tre hovedkapitlene: "sykdommer i sirkulasjonssystemet", "skader forgiftninger og konsekvenser av ytre årsak" og "svulster". Når det gjaldt tilstandsgruppene ble mest ressurser, omtrent en fjerdedel av samlet bruk for denne gruppen, anvendt innenfor "andre typer hjertesykdommer", "skader i hofter og lår", "influensa og lungebetennelse" og "hertekarsykdommer".

For øvrige pasienter i alderen 75 år og eldre ble 23 prosent av ressursene anvendt for hovedkapitlet "sykdommer i sirkulasjonssystemet", og 21 prosent for "svulster". Størst andel ressurser, omtrent en

fjerdedel av samlet bruk for disse pasientene, ble brukt til behandling innen tilstandsgruppene "andre typer hjertesykdommer", "leddlidelser", "iskemiske hjertesykdommer" og "ondartede svulster i fordøyelsesorganer".



Figur 25: Antall og andel DRG-poeng etter hovedkapitlene i ICD-10 for skrøpelige eldre 2021.



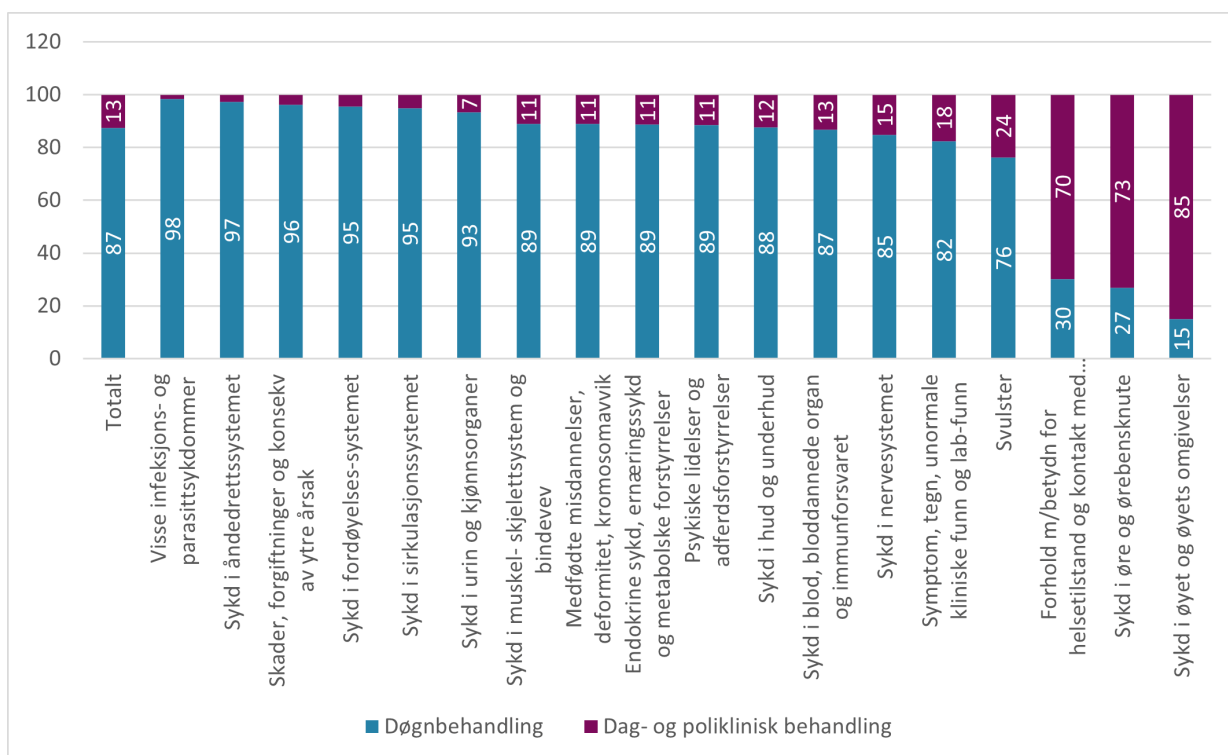
Figur 26: Antall og andel DRG-poeng etter hovedkapitlene i ICD-10 for pasienter 75 år og over som ikke er skrøpelige eldre 2021.

Figur 27 og figur 28 viser andel ressurser etter omsorgsnivå: døgnerbehandling og dag- og poliklinisk behandling for hovedkapitlene i ICD-10 i 2021. En høy andel ressurser ble brukt til døgnerbehandling

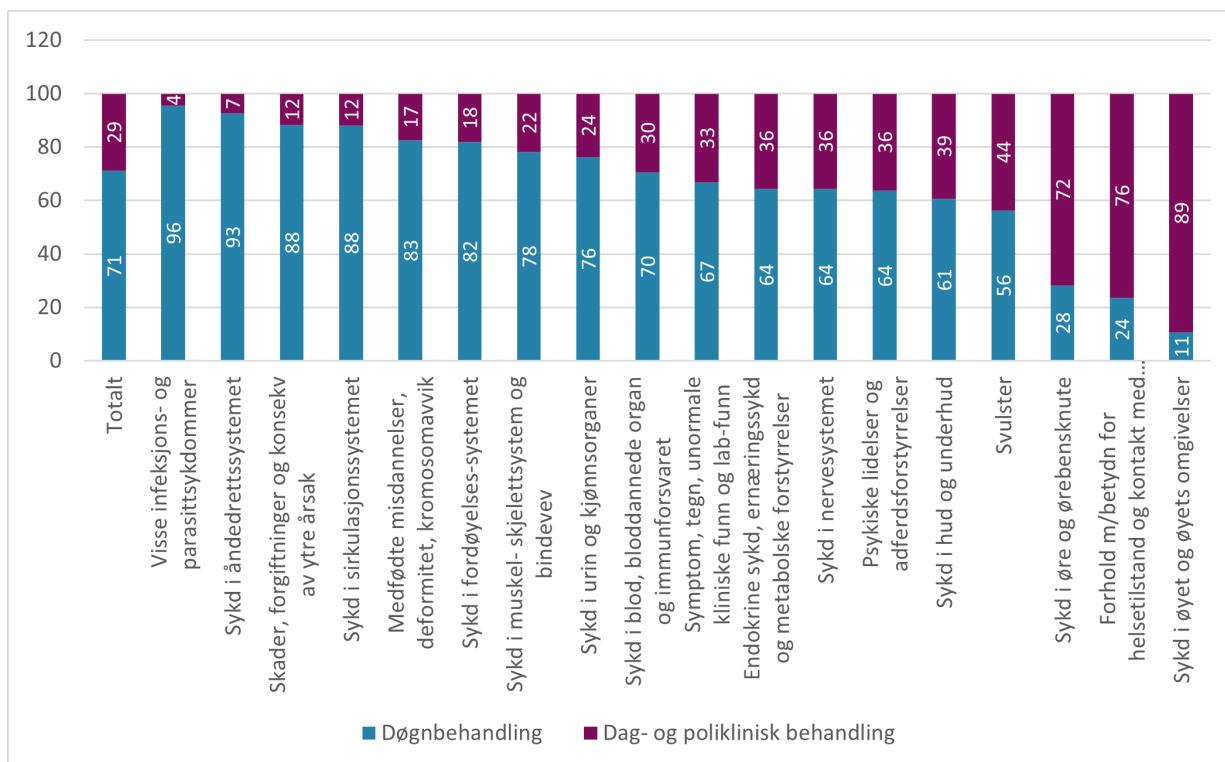
innenfor de fleste hovedkapitlene. For skrøpelige eldre var andelen som ble brukt til døgnbehandling på 87 prosent for all aktivitet samlet. Tilsvarende for andre pasienter i alderen 75 år og over var 71 prosent.

For skrøpelige eldre varierte andelen ressurser som ble brukt til døgnbehandling fra 98 prosent for hovedkapitlet "visse infeksjoner- og parasittsykdommer" til 15 prosent for "sykdommer i øyet og øyets omgivelser". Tilsvarende for ikke-skrøpelige pasienter var henholdsvis 96 prosent og 11 prosent.

For flere av hovedkapitlene var det forskjeller mellom gruppene skrøpelige eldre og ikke-skrøpelige eldre i hvor stor andel som ble brukt til døgnbehandling. Særlig stor forskjell var det for hovedkapitlene "psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser" og "endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser", hvor en høyere andel av ressursene gikk til døgnbehandling for gruppen skrøpelige eldre. Også for hovedkapitlet "svulster" var det forskjeller mellom disse pasientgruppene. For skrøpelige eldre som mottok behandling innen dette hovedkapitlet, ble 76 prosent av ressursene brukt til døgnbehandling. Tilsvarende for ikke-skrøpelige var 56 prosent.



Figur 27: Andel ressurser fordelt på omsorgsnivå etter hovedkapitlene i ICD-10 for skrøpelige eldre 2021



Figur 28: Andel ressurser fordelt på omsorgsnivå etter hovedkapitlene i ICD-10 for pasienter 75 år og over som ikke er skrøpelige eldre 2021.

Ressurser til døgnbehandling

Figur 29 og figur 30 viser fordeling av ressurser til døgnbehandling, målt i DRG etter ICD-10 hovedkapittel (akse på høyre side), antall DRG-poeng til døgnbehandling per døgnpasient innenfor hovedkapitlet, antall døgnopphold per døgnpasient innenfor hovedkapitlet[26] og gjennomsnittlig oppholdstid (akse på venstre side), for henholdsvis skrøpelige eldre og øvrige pasienter i aldersgruppen 75 år og over.

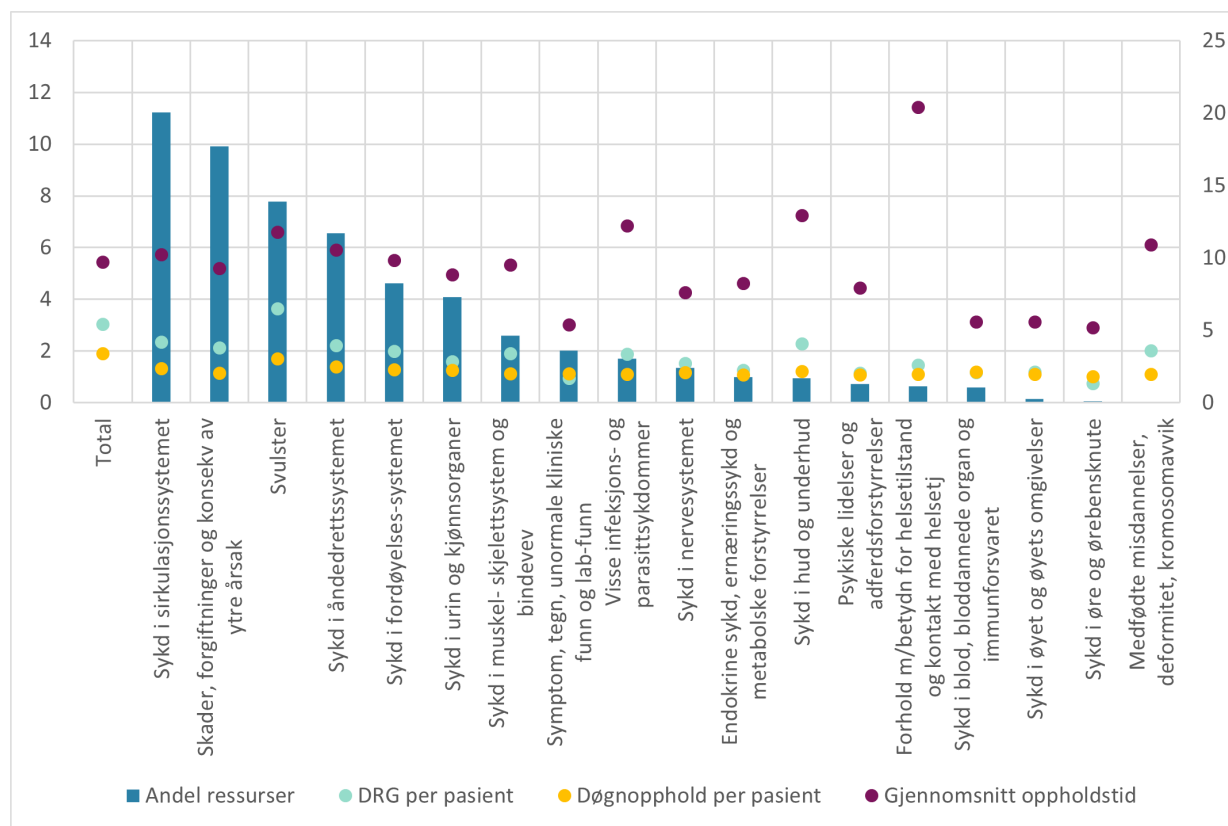
Av de skrøpelige eldre hadde 61 848 personer minst ett døgnopphold i 2021, og i gjennomsnitt brukte skrøpelige eldre som mottok døgnbehandling 3 DRG-poeng. I gjennomsnitt hadde disse pasientene 1,9 døgnopphold og 5,4 oppholdsdøgn (per opphold).

Av skrøpelig eldre som mottok døgnbehandling i 2021, fikk 24 prosent behandling for tilstander i to ulike hovedkapittel i løpet av året, mens 11 prosent mottok behandling innen tre eller flere. Pasienter som mottok døgnbehandling for tilstander i hovedkapitlet "svulster", hadde i gjennomsnitt 1,7 døgnopphold og oppholdstiden var i gjennomsnitt 6,6 døgn. I 2021 gikk 14 prosent av samlet døgnressurser til behandling av tilstander i dette hovedkapitlet. Pasienter brukte i gjennomsnitt 3,6 DRG-poeng i 2021 innenfor kapitlet "svulster".

Den største andelen av ressurser til døgnbehandling ble brukt til behandling for sykdommer i sirkulasjonssystemet. I gjennomsnitt brukte pasientene innen dette hovedkapitlet 2,3 DRG-poeng. Antall pasienter som mottok denne typen behandling var 16 087, noe som tilsvarer 26 prosent av alle døgnpasientene for skrøpelige eldre i 2021. Pasientene som mottok døgnbehandling innenfor dette hovedkapitlet hadde i gjennomsnitt 1,3 døgnopphold med en gjennomsnittlig oppholdstid på 5,7 døgn.

Skrøpelige eldre hadde i gjennomsnitt flere døgnopphold og lenge oppholdstid enn andre pasienter i samme aldersgruppe innen de aller fleste hovedkapitlene. Forskjellene i antall døgnopphold per pasient var størst for hovedkapitlene "svulster" og "sykdommer i åndedrettssystemet". For gjennomsnittlig

oppholdstid var forskjellen mellom de to pasientgruppen størst for hovedkapitlene "forhold m/betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten", "sykdommer i muskel- skjelettsystem og bindevev" og "svulster".

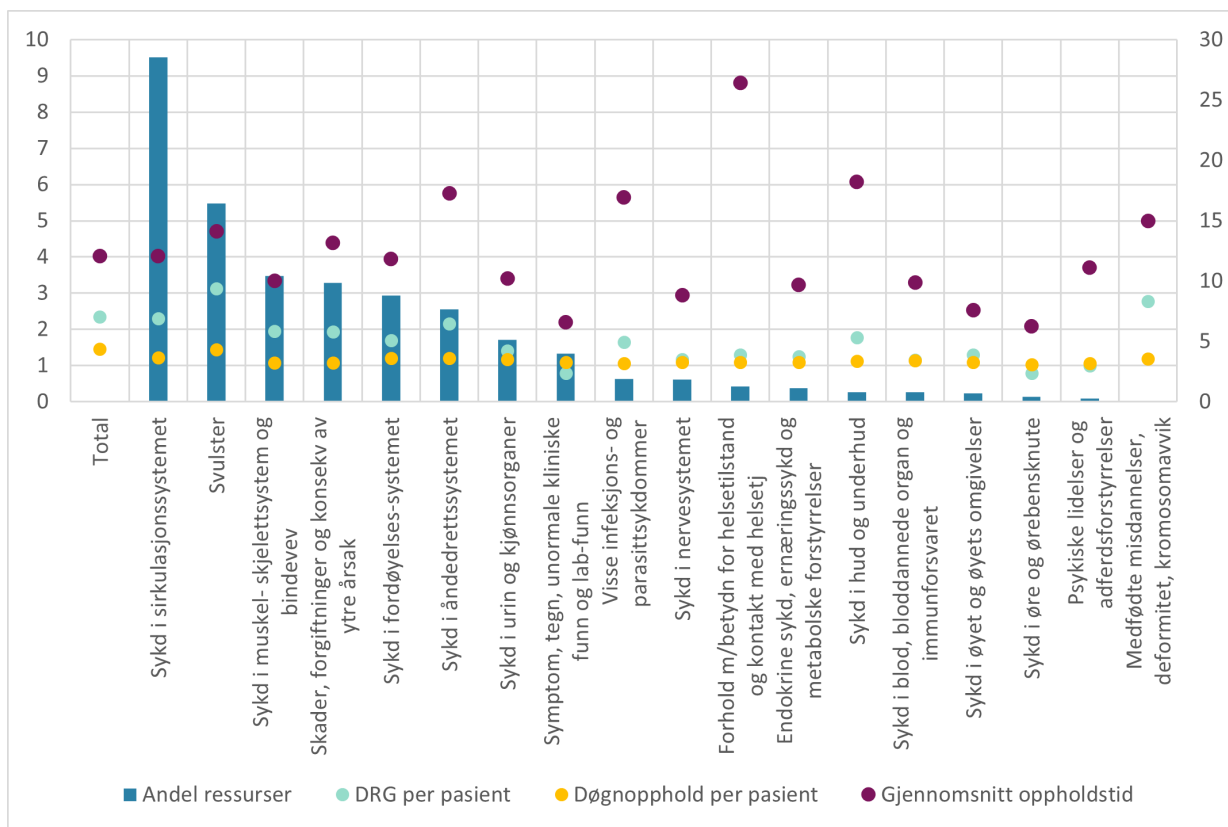


Figur 29: Andel av samlet døgnressurser, DRG-poeng per pasient, døgnopphold per pasient og gjennomsnittlig oppholdstid for skrøpelige eldre i 2021.

Blant personer som ikke var kategorisert som skrøpelige i alderen 75 år og over, hadde 58 024 personer minst ett døgnopphold i 2021. Disse pasientene hadde i gjennomsnitt 2,4 DRG-poeng, 1,5 døgnopphold og 4 oppholdsdøgn. Videre mottok 15 prosent døgnbehandling for tilstander innen to ulike hovedkapitler, mens 3,8 prosent mottok behandling innen flere enn to.

For denne pasientgruppen gikk en stor andel av ressursene, 28,5 prosent, til døgnbehandling for tilstander i hovedkapitlet "sykdommer i sirkulasjonssystemet". Pasienter behandlet for sykdommer i sirkulasjonssystemet, brukte i gjennomsnitt 2,3 DRG-poeng (innen hovedkapitlet). Gjennomsnittlig antall døgnopphold var 1,2, og gjennomsnittlig oppholdstid var 4,0 døgn.

Pasienter som mottok døgnbehandling innen hovedkapitlet "svulster" brukte i gjennomsnitt 3,1 DRG-poeng (innen hovedkapitlet). Videre hadde de 1,4 døgnopphold og 4,7 oppholdsdøgn i gjennomsnitt.



Figur 30: Andel av samlet døgnessurser, DRG-poeng per pasient, døgnoophold per pasient og gjennomsnittlig oppholdstid for pasienter 75 år og over som ikke er skrøpelige eldre 2021

Fotnoter

[24] DRG-poeng er et aktivitetsmål som tar hensyn til at ulike sykehus har ulike pasientsammensetning, der DRG-poengene uttrykker hva et opphold i en DRG (diagnoserelatert gruppe) koster i gjennomsnitt. For 2021 var enhetsprisen per DRG-poeng i somatikk satt til 46 719 kroner.

[25] ICD-10 Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (WHO).

[26] Antall døgnoophold per pasient er høyere når vi ser alle døgnoophold samlet, enn innenfor de ulike ICD-10 hovedkapitlene. Dette skyldes at døgnoophold samlet deles på antall unike døgnpasienter totalt, mens flere pasienter mottar behandling innenfor flere hovedkapittel.

Vedlegg 1 - gruppering av kommuner i Helsefellesskap 2021

Gruppering av kommuner i Helsefellesskap 2021

Helsefellesskap	Kommuner
Østfold	Halden, Moss, Sarpsborg, Fredrikstad, Hvaler, Aremark, Marker, Indre Østfold, Skiptvet, Rakkestad, Råde, Våler (Viken), Vestby
Ahus og kommunene	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
Vest-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
Agder	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
Sør-Rogaland	Eigersund, Stavanger, Sandenes, Sokndal, Lund, Bjerkreim, Hå, Klepp, Time, Gjesdal, Sola, Randaberg, Strand, Hjelmeland, Kvitsøy
Helse Fonna	Haugesund, Suldal, Sauda, Bokn, Tysvær, Karmøy, Utsira, Vindafjord, Etne, Sveio, Bømlo, Stord, Fitjar, Tysnes, Kvinnherad, Ullensvang, Eidfjord
Helse Bergen	Bergen, Ulvik, Voss, Kvam, Samnanger, Bjørnafjorden, Austevoll, Øygarden, Askøy, Vaksdal, Modalen, Osterøy, Alver, Austrheim, Fedje, Masfjorden
Sogn og Fjordane	Kinn, Solund, Hyllestad, Høyanger, Vik, Sogndal, Aurland, Lærdal, Årdal, Luster, Askvoll, Fjaler, Sunnfjord, Bremanger, Stad, Gloppen, Stryn, Gulen
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 og kommunene	Trondheim, Frøya, Oppdal, Rennebu, Røros, Holtålen, Midtre Gauldal, Melhus, Skaun, Malvik, Selbu, Tydal, Indre Fosen, Heim, Hitra, Ørland, Åfjord, Orkland, Rindal
Nordre 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
Lofoten, Vesterålen, Salten	Bodø, Meløy, Gildeskål, Beiarn, Saltdal, Fauske - Fuosko, Sørfold, Steigen, Røst, Værøy, Flakstad, Vestvågøy, Vågan, Hadsel, Bø (Nordland), Øksnes, Sortland - SuortÅi, Andøy, Moskenes, Hamarøy
Troms og Ofoten	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

