

Voksne med utviklingshemming og bruk av helse- og omsorgstjenester

Først publisert: 07. mars 2025

Siste faglige endring: 07. mars 2025

Innhold

1. Sammendrag	3
2. Innledning	4
3. Metode	6
4. Resultater	9
5. Litteraturliste	25
6. Vedlegg	26

Sammendrag

I 2023 var det **30 786** voksne med utviklingshemming som mottok kommunale helse- og omsorgstjenester i Norge. Det innebærer 0,7 prosent av befolkningen, og varierte fra 0,5 i Oslo til 0,9 på Helgeland. Dette er høyere enn tidligere rapportert. Andel menn var 54 prosent og en av to hadde omfattende bistandsbehov.

Rundt 78 prosent mottok minst én kommunal helse- og omsorgstjeneste. Praktisk bistand (55 prosent) og helsetjenester i hjemmet (47 prosent) var de vanligste tjenestene, og som sammen med bolig tilrettelagt for helse og omsorgsformål, økte med økende alder. Variasjonen mellom helsefelleskapene var størst for helsetjenester i hjemmet og dagaktivitetstilbud. Median antall timer per uke var høyest for brukerstyrt personlig assistanse (60 timer) etterfulgt av dagaktivitetstilbud (24 timer) og praktisk bistand (20 timer). Median antall timer vises også for ulike grupperinger som aldersgrupper, helseregioner, helsefelleskap, kommune størrelse, bistandsbehov og de som mottok habilitering i spesialisthelsetjenesten.

I løpet av 2023 var 93 prosent av personer med utviklingshemming i kontakt med fastlegen, og her var det lite variasjon mellom helsefelleskapene. De hadde i gjennomsnitt 4,3 konsultasjoner, og *Allmenne og uspesifiserte symptomer og plager* var den vanligste tilstanden etterfulgt av *Muskel-skjelettplager*. Sammenliknet med befolkningen generelt var andelen med psykiske plager høyere for personer med utviklingshemming, spesielt for autisme, ADHD og schizofreni.

En av tre voksne med utviklingshemming hadde minst én konsultasjon på legevakt og 12 prosent hadde minst én konsultasjon hos fysioterapeut i 2023.

I underkant av 70 prosent av voksne med utviklingshemming var i kontakt med spesialisthelsetjenesten i løpet av 2023. En av tre av disse mottok habiliteringstjenester. Andelen som mottok habilitering avtok med alder. Det samme gjorde tjenester innen psykisk helsevern, mens andel med somatiske tjenester økte med økende alder. Det ble identifisert en del variasjon mellom helsefelleskapene i andel tjenester de mottok innen habilitering og psykisk helsevern. For eksempel var andelen som mottok habilitering i Oslo 36 prosent, mens tilsvarende i Sør-Rogaland var 12 prosent.

Utviklingshemming var registrert som hoved- eller tilleggstilstand ved 27 prosent av kontaktene i spesialisthelsetjenesten. *Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser* var den vanligste diagnosegruppen innen habilitering og psykisk helsevern mens *faktorer med betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z i ICD-10)* var mest vanlig innen somatikken.

Innledning

I Norge anslås det at rundt 1 prosent av befolkningen har en grad av utviklingshemming. Utviklingshemming er en samlebetegnelse for en rekke ulike medfødte og tidlig ervervede tilstander som fører til intellektuell funksjonsnedsettelse med tilhørende utfordringer i dagliglivet. I tillegg har personer med utviklingshemming økt risiko for å utvikle sykdommer og kroniske helseplager sammenliknet med andre. Utviklingshemming innebærer et langvarig, og ofte livslangt behov for bistand fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. For personer med utviklingshemming kan det være vanskelig å etterspørre tjenestene de har behov for, og man har ofte behov for hjelp av pårørende, verge eller andre omsorgspersoner.

Tidligere rapporter og tilsyn har pekt på utfordringer og mangler i helse- og omsorgstjenestetilbudet til personer med utviklingshemming (1,2,3). Manglende medvirkning, kompetanse i tjenestene, systematikk og svikt i helseoppfølging er blant temaene som går igjen. På bakgrunn av dette, kom Helsedirektoratet i 2021 med en nasjonal veileder om [gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming](#). Formålet med denne veilederen er å bidra til kunnskapsbasert praksis, riktige prioriteringer, god samhandling og redusert uønsket variasjon mellom kommunene. Veilederen beskriver i hovedsak krav og anbefalinger som kommunene skal sørge for å følge opp. Vernepleier anses som svært sentrale i dette arbeidet. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har ansvar for å gi nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming, og skal samordne sine tjenester med spesialisthelsetjenesten og andre velferdstjenester. Spesialisthelsetjenesten skal tilby spesialisert utredning/oppfølging, tilby veiledning til kommunen og sørge for samarbeid på tvers av avdelinger i spesialisthelsetjenesten ved behov. Kommunen og fastlegen skal legge til rette for årlige helsekontroller, i tillegg til at fastlegen har det medisinskfaglige koordineringsansvaret. Andre helse- og omsorgstjenester som fysioterapi og ergoterapi, i tillegg til aktuelle kommunale tjenester, skal tilbys ved behov.

Habilitering er et prioritert satsningsområde for regjeringen. I den forbindelse har Helsedirektoratet fått i oppdrag å øke kunnskapsgrunnlaget om habiliteringsaktivitet i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Omfanget av tjenestetilbud og uønsket variasjon mellom helseregioner og mellom helsefelleskapsområder er viktig styringsinformasjon for å kunne sette inn tiltak der det trengs. Tidligere rapporter, blant annet fra Riksrevisjonen, har avdekket store geografiske forskjeller og manglende samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste (2). Det ble også vist til utfordringer i datakvalitet, behov for å bedre kodeverk og mer enhetlig registrering. Et godt datagrunnlag er viktig for å øke kunnskapsgrunnlaget innen habilitering.

Helsedirektoratet har de senere årene publisert flere rapporter, og dashbord innen habiliteringsfeltet. I rapportene brukes begrepet "personer med habiliteringsbehov" som en samlebetegnelse på personer med tidlig og medfødte kognitive funksjonsnedsettelser og deres behov for helse- og omsorgstjenester, herunder habilitering. Oppmerksomheten i rapportene har lenge vært på spesialisthelsetjenesten, men i 2024 kom rapporten "[Bruk av tjenester i spesialisthelsetjenesten og i kommunene blant barn og unge med habiliteringsbehov](#)" (6), hvor også helse- og omsorgstjenestene i kommunene beskrives. Tjenester til barn og unge med utviklingshemming var en av undergruppene som ble inkludert i rapporten og dashbordet. Denne rapporten er en videreføring av dette arbeidet, med fokus på voksne. Overgangen fra barn til voksen anses som en kritisk fase og det har blitt hevdet at oppfølgingen for personer med habiliteringsbehov er mer fragmentert og mindre koordinert etter 18 år (5).

I denne rapporten inkluderes kun voksne personer med utviklingshemming. Siden voksne følges i mindre grad opp i spesialisthelsetjenesten, ble utvalget basert på data fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Samtidig er aktivitet rettet mot grupper med habiliteringsbehov vanskelig å identifisere i KPR. Begrepet habilitering er lite brukt i kommunen. Rehabilitering og habilitering i institusjon er en tjenestekode i KPR, men skiller ikke ut habiliteringsaktivitet. Vi har derfor valgt å identifisere utvalget på bakgrunn av tilgjengelig

diagnosekoder i ICPC-2 og ICD-10, og personer diagnostisert med utviklingshemming. Deretter har vi koblet disse dataene med Norsk pasientregister (NPR) for å få informasjon om tjenester mottatt i spesialisthelsetjenesten, både i habiliteringsavdelinger, innen psykisk helsevern og i somatiske avdelinger.

Rapporten beskriver hvilke tjenester personer med utviklingshemming har mottatt, både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester, basert på aktivitetsdata fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) og Norsk pasientregister (NPR). Dette er

- Kommunale helse- og omsorgstjenester; variasjon etter alder, helsefelleskap og bistandsnivå
- Bruk av fastlege, legevakt og fysioterapi; variasjon etter alder, helsefelleskap og bistandsnivå
- Mottak av spesialisthelsetjenester; variasjon etter alder, helsefelleskap og bistandsnivå

Metode

Datakilder

Følgende datakilder har blitt brukt i rapporten:

- Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)
 - Helse og omsorg (HOM)
 - Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR)
- Norsk pasientregister (NPR)
 - Somatiske helsetjenester
 - Psykisk helsevern
 - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Data har vært tilgjengelig for perioden 2019-2023. Ved hjelp av en koblingsnøkkel og et anonymt pasientnummer har data mellom ulike registre blitt koblet slik at man kan følge pasientene på tvers av tjenestenivå. Analysen i denne rapporten er avgrenset til 2023, men hele perioden ble brukt for å identifisere personer diagnostisert med utviklingshemming.

Om utvalget

Personer som var registrert med diagnosekode for utviklingshemming i KPR HOM og KPR KUHR i perioden 2019-2023 ble inkludert. Utviklingshemming inkluderte diagnosene psykisk utviklingshemming, Downs syndrom, Angelmans syndrom, Retts syndrom og "Cri-du-chat" (Tabell 1). Man måtte være fylt 18 år innen 2023.

Tabell 1. Diagnosekoder som definerer personer med utviklingshemming i henholdsvis International Classification in Primary Care-2 (ICPC-2) og International Classification of Diseases-10 (ICD-10).

ICPC-2	ICD-10
A90/P85	F70-F79/F84,2/Q90/Q93,4/Q93,5

På bakgrunn av rapportert alder, ble det laget 7 aldersgrupper; 18-24 år, 25-29 år, 30-39 år, 40-49 år, 50-59 år, 60-69 år og 70 år og eldre.

Inndeling etter kommunestørrelse og helsefellesskap er basert på registrert bostedskommune i KPR. Dersom samme person er registrert med flere bostedskommuner samme år, ble siste gyldige registrerte kommunenummer gjeldende. Kommunene er delt inn i tre grupper basert på antall innbyggere; 1-4999 innbyggere, 5 000-19 999 innbyggere og $\geq 20\,000$ innbyggere.

Om datakildene

Kommunalt pasient- og brukerregister – Helse og omsorg (KPR HOM)

Alle vedtak om helse- og omsorgstjenester i kommunene registreres i KPR HOM. For hver tjeneste rapporteres informasjon om alder, kjønn, bosted og funksjonsnivå. Diagnose rapporteres enten fra NPR (ICD-10-koder) eller fra KPR KUHR (ICPC-2-koder).

Alle mottatte tjenester vil bli presentert i rapporten med fokus på tjenester som anses som mer relevante for personer med habiliteringsbehov. Avlastning utenfor og innenfor institusjon ble slått sammen til en kategori, da avlastning i institusjon er lite brukt for voksne med utviklingshemming. Det samme gjorde vi for praktisk bistand og praktisk bistand opplæring, samt for de tre kategoriene for tidsbegrenset opphold i institusjon. De lovpålagte rettighetene individuell plan og koordinator vil også bli omtalt i rapporten. På grunn av endringer i rapportering de siste årene vil vi kun angi andel som har individuell plan og koordinator i 2023. Endringer har medført at man kan begrunne årsak til at man ikke har individuell plan og koordinator, men rapportering er fortsatt mangelfull. For mer informasjon om rapportering av tjenester, se [Rapportering av tjenester med definisjoner og rapporteringskrav - Helsedirektoratet](#).

Hvert vedtak registreres med dato for oppstart og eventuelt når det avsluttes dersom det er fastsatt. For noen tjenester registreres også omfang i form av antall timer per uke. For disse tjenestene vil vi rapportere gjennomsnittlig antall timer per uke. Beregningen er kun gjort for vedtak som var gyldige per 31.12.23. Vedtak registrert med 0 timer per uke ble ekskludert. Der det ble fattet flere vedtak for samme tjeneste, var beregningen avhengig av type tjeneste. For helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand og dagaktivitetstilbud ble timeantallet summert. For støttekontakt ble det høyeste antallet benyttet, mens for BPA ble høyeste verdi for unike tjenesteutførende enheter summert opp.

Vurdering av funksjonsnivå og behov for bistand skal alltid gjøres når det fattes nye vedtak om helse og omsorgstjenester i kommunene. Det er i dag 20 funksjonsvariabler som 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. Bistandsbehovet øker med økende verdi, fra ikke noe bistandsbehov dersom man skårer 1 til fullt bistandsbehov hvis man skårer 5.

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

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

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

I rapporten har vi beregnet samleskår basert på den siste registrerte målingen i 2023. På bakgrunn av samleskåren er beboerne delt inn i de tre nevnte bistandsnivåene. Vi valgte også å se nærmere på personer som scoret høyt (3/4/5) på funksjonene "behov for bistand/assistanse til å styre egen atferd" (heretter kalt styre egen atferd) uavhengig av bistandsbehov, og deres bruk av kommunale tjenester.

Kommunalt pasient- og brukerregister – Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KPR KUHR)

KPR KUHR håndterer refusjonskrav fra private behandlere og helseinstitusjoner som er finansiert av staten, for å sikre god kontroll på utbetalinger, i tillegg til at det gir aktivitetsdata for kommunehelsetjenesten.

Alle kontakter mellom pasient og fastlege som utløser refusjonskrav rapporteres til KPR KUHR. Det samme gjør kontakter på legevakt og hos private fysioterapeuter og logopeder med kommunale driftsavtaler. Alle

registreringer i KPR KUHR skal inneholde minst en diagnosekode og en takstkode i tillegg til en rekke demografiske variabler.

Diagnosekodene registreres i henhold til ICPC-2. Hver kontakt er registrert med en hoveddiagnose og bidiagnoser dersom det er aktuelt. I rapporten inkluderte vi pasienter som var registrert med utviklingshemming som hoved- eller bidiagnose i KPR KUHR i tidsperioden 2019-2023. I tillegg vises hoveddiagnose ved alle kontakter som de inkluderte pasientene hadde i løpet av 2023.

Takstkoder definerer type kontakt. Konsultasjonene ble delt inn avhengig av type konsultasjon; fysisk konsultasjon, digital konsultasjon og hjemmekonsultasjon (sykebesøk). I tillegg vises informasjon om enkeltkontakter og årskontroller, legemiddelgjennomgang og tverrfaglige samarbeid hos fastlegen. Gruppebehandling hos fysioterapeut ble også rapportert. For mer informasjon om takster, se lenkene for [fastlege \(normaltariffen.no\)](https://fastlege.normaltariffen.no) og [fysioterapi \(PDF\)](#).

Konsultasjoner og kontakter hos de ulike helseprofesjonene er rapportert med andel som mottar tjenestene og gjennomsnittlig antall timer av hele utvalget.

Norsk pasientregister (NPR)

Alle kontakter i spesialisthelsetjenesten registreres i NPR. Det innebærer all aktivitet på alle offentlige sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner, hos avtalespesialister og aktivitet på private sykehus som er offentlig finansiert. Alle kontakter i spesialisthelsetjenesten for det aktuelle utvalget vil identifiseres, både habilitering og kontakter knyttet til andre helsemessige forhold innenfor somatikk og psykisk helsevern.

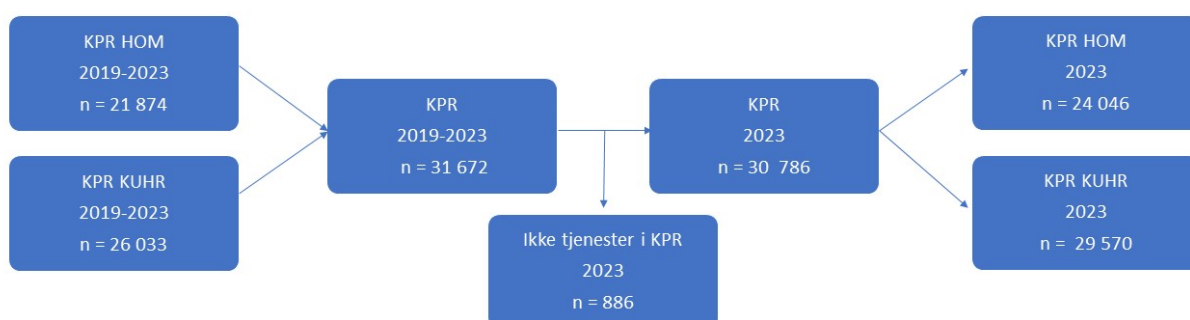
Aktivitet defineres som habilitering dersom den er klassifisert med episodefagkode 233/234 (habilitering barn og voksne) eller aktivitet som skjer i en [habiliteringsavdeling](#). Informasjon om type kontakt (poliklinisk, dagopphold, døgnopphold), hvor aktiviteten finner sted (psykisk helsevern, somatikk), diagnosekoder i henhold til ICD-10 og utførende helsepersonell vil inngå i analysene. For polikliniske kontakter vil vi rapportere andel ambulante og digital kontakter basert på henholdsvis sted for aktivitet (4, 5 og 9) og kontakttipe (6 og 7). Andel digitale kontakter vil basere seg på det totale antall kontakter minus kontakttipe 5 og 12 som innebærer henholdsvis indirekte pasientkontakt og pasientadministrert behandling.

Resultater

Kommunale helse- og omsorgstjenester

Utvalget

Fra 2019 til og med 2023 ble 21 874 personer identifisert med utviklingshemming i KPR HOM og 26 033 i KPR KUHR. Det utgjorde 31 672 unike individer hvor 30 786 av dem mottok kommunale helse- og omsorgstjenester i 2023 (Figur 1).



Figur 1. Flytskjema over personer med utviklingshemming som ble identifisert i Kommunalt pasient og brukerregister (KPR) mellom 2019 og 2023, og hvem av dem som mottok tjenester i 2023 og utgjør utvalget i rapporten (n = 30 786).

Alder og kjønn

Gjennomsnittlig alder (SD) for utvalget var 41 år (17), hvor en av tre personer var mellom 18 og 30 år (Figur 2). Lavest var gjennomsnittsalderen i Oslo på 38 år og høyest i Innlandet på 44 år. Andel menn var høyere totalt (54 prosent) og i alle aldersgrupper bortsett fra for de over 70 år.

Andel personer med utviklingshemming som mottar helse- og omsorgstjenester

Det bodde flest personer med utviklingshemming som mottok tjenester i Vest-Viken (2 862 personer) og færrest i Finnmark (451 personer). På landsbasis var andelen 0,73 prosent, med lavest andel i Oslo (0,5 prosent og høyeste andel i Helgeland (0,9 prosent) som vist i tabell 2.

Tabell 2. Oversikt over antall personer med utviklingshemming fordelt på aldersgrupper og helsefellesskap (n =30 737).

	Antall beboere over 17 år	Antall med utviklingshemming	Andel med utviklingshemming
Østfold	266 164	2035	0,76
A-hus	397 461	2422	0,61
Oslo	585 738	2845	0,49
Innlandet	280 878	2258	0,80
Vest-Viken	401 018	2862	0,71
Vestfold	206 357	1665	0,81
Telemark	143 388	1069	0,75
Agder	252 339	1852	0,73
Sør-Rogaland	299 253	1897	0,63
Helse Fonna	143 817	1102	0,77
Bergensområdet	376 363	2618	0,70
Sogn og Fjordane	85 080	691	0,81
Møre og Romsdal	215 885	1644	0,76
St. Olav	287 922	1761	0,61
Nordre Trøndelag	108 509	915	0,84
Helgeland	63 171	571	0,90
Lofoten mm.	113 585	875	0,77
Troms og Ofoten	158 440	1204	0,76
Finnmark	60 982	451	0,74

Forskning har vist at forekomsten av utviklingshemming ligger rundt 1 % i befolkningen, med variasjoner ut fra diagnostiske kriterier, registreringspraksis og sosioøkonomiske forhold (6). I Norge er det tidligere vist variasjoner mellom ulike fylker og kommuner. Dette kan skyldes demografiske forskjeller, tilgang på diagnostiske tjenester, historisk bosettingsmønster for personer med utviklingshemming samt ulik praksis for rapportering og registrering (2).

I denne rapporten er andelen på landsbasis 0,7. Det er betydelig høyere enn i en tidligere rapport fra Helsedirektoratet der andelen var rundt 0,4 prosent av befolkningen (7). Årsaken er trolig at man i denne rapporten definerer utvalget over flere år samt fra både KPR HOM og KPR KUHR. Det høye antallet som kun mottok tjenester i KPR KUHR (figur 1) viser at en betydelig andel voksne med utviklingshemming kun mottar lege og/eller fysioterapitjenester og ikke mottar noen øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester (n=5 790).

Andelen i Oslo ligger noe under landsgjennomsnittet. At urbane områder som Oslo ligger lavere enn flere distriktsområder kan trolig forklares med forskjeller i diagnostikk, tjenestetilbud, og befolkningssammensetning (8). Større byer tiltrekker seg i større grad unge, høyt utdannede voksne, mens enkelte grupper med utviklingshemming kan forbli i mindre sentrale strøk der de har familie og etablert nettverk.

Rapporten for barn og unge viste derimot at andel med utviklingshemming for de under 18 år var høyest i Oslo (4). Dette er et interessant funn, som må undersøkes nærmere.

Bistandsbehov

Omtrent halvparten av personer med utviklingshemming var kategorisert med omfattende bistandsbehov, og andelen økte fra 44 prosent i aldersgruppen 18-24 år til 66 prosent hos de som var 70 år og eldre (Figur 3).

Bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester

Av totalt 30 786 personene med utviklingshemming mottok 24 046 kommunale tjenester i 2023, med gjennomsnittlig 3 tjenester hver. Praktisk bistand (17 060) og helsetjenester i hjemmet (14 447) var de vanligste tjenestene etterfulgt av støttekontakt (9 459) og dagaktivitetstilbud (7 761) (Figur 4). I alt 736 personer hadde BPA og drøye 10 000 leide bolig som kommunen disponerer for helse- og omsorgsformål. Ser man nærmere på praktisk bistand og helsetjenester i hjemmet var andelen som hadde begge de to tjenestene på 36 prosent.

Andelen med praktisk bistand er forholdsmessig lav da man antar at personer med utviklingshemming har behov for hjelp i hverdagen, samtidig er andelen høyere enn vist i den forrige rapporten fra Helsedirektoratet (7). For støttekontakt og dagaktivitetstilbud publiseres det jevnlig nasjonale kvalitetsindikatorer. De viser høyere mottakerandel sammenliknet med denne rapporten, som trolig skyldes at utvalget i kvalitetsindikatorene har vært begrenset til de som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, det vil si at personer som kun er registrert i KPR KUHR ikke er inkludert. Nasjonalt kompetansemiljø for utviklingshemming (NAKU) er tydelig på at andelen med dagaktivitetstilbud er for lav og at det bør være et satsningsområde i fremtiden.

I tillegg til dagaktivitetstilbud er det mange personer med utviklingshemming som har varig tilrettelagt arbeid (VTA) gjennom NAV (9). Forekomst varierer mellom studier fra, 34,5 prosent (10) og 21,7 prosent (11).

Andelen med lokaliseringsteknologi i rapporten er svært lav og tilsvarer om lag 100 personer. Dette bekrefter tidligere antagelser om at lokaliseringsteknologi til denne gruppen er lite utbredt.

Variasjon etter alder

Figur 5 viser andel med tjenester for ulike aldersgrupper. Andel personer med praktisk bistand, helsetjenester i hjemmet og bolig økte med økende alder mens andel med avlastning, omsorgsstønad og BPA falt med økende alder. For støttekontakt og dagaktivitetstilbud var andelen stabil før den falt noe etter fylte 60 år (Figur 5).

Endringer i tjenester med alder samsvarer med brukere generelt. Andelen med bolig tilrettelagt for helse og omsorgsformål økte med alder, hvor tilnærmet 50 prosent i de eldste aldersgruppene var registrert med en bolig. Tidligere studier har vist at rundt 20 prosent av personer med utviklingshemming eier egen bolig (10). Det betyr at de resterende 30 prosentene leier privat, får bolig gjennom NAV eller bor hos foreldrene sine eller andre.

At dagaktivitetstilbud gikk noe ned i den eldste aldersgruppen skyldes trolig at man i noen kommuner mister tilbudet ved fylte 67 år.

Variasjon etter helsefelleskap

Variasjon mellom helsefelleskap vises i figur 6. Det var stor variasjon for helsetjenester i hjemmet med 60 prosent i Helgeland og 27 prosent i Åhus og kommunene. For dagaktivitetstilbud varierte det med 38 prosent i Sogn og Fjordane og 4 prosent Finnmark. Variasjonen var minst for BPA som lå rundt 2 prosent.

Forskjellene mellom de ulike helsefelleskapene kan skyldes ulik rapportering. For eksempel er det saksbehandler som definerer om en tjeneste faller inn under praktisk bistand eller helsetjenester i hjemmet. Variasjon i dagaktivitetstilbud kan trolig relateres til at det er vanskelig å opprette og vedlikeholde dagaktivitetstilbud noe steder i landet. Som det kommer frem av tabell 2 er det en del helsefelleskap med under 1000 personer med utviklingshemming som mottar tjenester. Fra Grønt hefte 2023, vet vi at det er 38 kommuner som har under 6 personer som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester og 41 kommuner som har under 10 personer (12). Dette kan medføre at utbyggingsgraden av dagtilbud er ulik i kommunene. Fra rapporten ser vi også at støttekontakt er et vanlig tilbud for personer med utviklingshemming. Fordi støttekontakt er utbredt, kan dette for noen fungere som et alternativ til dagaktivitetstilbud.

Variasjon etter kommunestørrelse

Som vist i figur 7, var det lite variasjon i andel med tjenester etter kommunestørrelse for de fleste tjenestetypene. Det var derimot forskjell mellom små og mellomstore kommuner i andelen med dagaktivitetstilbud på henholdsvis 19 og 27 prosent.

Antall timer med kommunale tjenester

I dette avsnittet viser vi median antall timer per uke for et utvalg kommunale tjenester til personer med utviklingshemming. Det er naturlig at det er stor variasjon mellom ulike type tjenester da de har ulike formål. Median antall timer per uke var høyest for BPA med 60 timer, etterfulgt av dagaktivitetstilbud og praktisk bistand på henholdsvis 24 og 20 timer. Antall timer varierte også mellom aldersgruppene ([vedlegg 1, figur 1](#)). For praktisk bistand, dagaktivitetstilbud og BPA gikk antall timer ned med økende alder, mens det gikk opp for helsetjenester i hjemmet.

Variasjon i timer etter helseregioner

Figur 8 viser variasjon mellom regionene. Dagaktivitetstilbud varierte fra 18 timer i region Nord til 24 timer i de andre regionene. Personer i region Sør-Vest mottok flest timer praktisk bistand (22 timer) og omsorgsstønad (12 timer), mens antall timer BPA var høyest i region Vest (81 timer). For støttekontakt var det lite forskjell mellom helseregionene. I region Nord mottok personer med utviklingshemming 24 timer per uke med avlastning sammenliknet med 13,5 timer i region Vest. For å se variasjon mellom helsefelleskapene, se [vedlegg 1, figur 2](#).

At det er store geografiske forskjeller i tildeling av helse- og omsorgstjenester, er et kjent fenomen. Slike variasjoner kan ha flere forklaringer: organisatoriske forskjeller mellom kommuner og regioner, ulik prioritering av tjenestetyper, og variasjoner i tilgjengelig kompetanse og ressurser.

Disse tallene viser at BPA kan gi svært omfattende hjelp, mens tjenester som dagaktivitet og praktisk bistand også utgjør en betydelig tidsressurs for mange. For BPA er det ganske store forskjeller i median antall timer. Variasjonen her kan være tilfeldig, da det er forholdvis få personer som har tjenestene organisert som BPA. For de andre tjenestetypene er det mindre variasjon. Personer med utviklingshemming har store behov for sammensatte helse- og omsorgstjenester, og mottar dermed et betydelig høyere antall timer kommunale helse- og omsorgstjenester enn andre grupper (13).

Variasjon i timer etter bistandsbehov

Figur 9 viser median antall timer per uke etter bistandsbehov samt for personer som scoret 3, 4 eller 5 på funksjonen styre egen atferd. Personer med omfattende bistandsbehov eller 3, 4 eller 5 på funksjonen styre egen atferd hadde gjennomsnittlig flere timer per uke med praktisk bistand, helsetjenester i hjemmet, omsorgsstønning, avlastning og BPA sammenliknet med personer med mindre bistandsbehov. Derimot var det lite variasjon i antall timer for støttekontakt og dagaktivitetstilbud.

Variasjon etter kommunestørrelse

Median antall timer for kommunale tjenester etter kommunestørrelse vises i figur 10. Her var det størst variasjon innen helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand og BPA. De største kommunene hadde lavest median antall timer med helsetjenester i hjemmet og høyest med praktisk bistand, mens median antall timer for BPA var høyest i de mellomstore kommunene. For støttekontakt og avlastning hadde derimot små kommuner noe høyere median antall timer enn de større kommunene.

Variasjonen i antall timer med tjenester etter kommunestørrelse kan tyde på at kommunestørrelse påvirker tilbudet av tjenester. Det er derimot viktig å se dette i sammenheng med bistandsbehov, sammensetningen av tjenestene totalt til samme person og bruk av både andre kommunale tjenester (fastlege, legevakt og fysioterapi) og spesialisthelsetjenester.

Kommunale helse- og omsorgstjenester blant habiliteringspasienter

Av figur 11 og 12 kan man se at andel personer som mottok praktisk bistand og helsetjenester i hjemmet var høyere blant personer som mottok habilitering i spesialisthelsetjenesten i 2023.

Figur 13 viser median antall timer med kommunale helse- og omsorgstjenester for alle personer med utviklingshemming og for personer med utviklingshemming som mottok habiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten i løpet av 2023. De som mottok habiliteringstjenester hadde gjennomgående flere timer med kommunale helse- og omsorgstjenester med størst relativ forskjell for praktisk bistand.

Habiliteringstjenester for voksne i spesialisthelsetjenesten er rettet mot pasienter med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse av komplisert eller sammensatt karakter (14). Pasientene kan ha flere diagnoser og funksjonsnedsettelse. Det innebærer at de som mottar bistand fra habiliteringstjenesten, ofte er pasienter som har et mer komplekst og vedvarende støttebehov enn de som ikke får slik oppfølging.

Koordinator og individuell plan

Av de som mottok kommunale tjenester i 2023, hadde 40 prosent koordinator og 23 prosent individuell plan som vist i figur 14. For både koordinator og individuell plan var andelen størst i de yngste aldersgruppene og falt med økende alder. Andelen med koordinator var størst i Sør-Rogaland med 51 prosent. Vestfold hadde laveste andel for både koordinator og individuell plan på henholdsvis 22 prosent og 7 prosent. Sogn og Fjordane var blant helsefelleskapene med høyeste andel for både koordinator (48 prosent) og individuell plan (27 prosent).

Individuell plan og koordinator er sentrale virkemidler for å sikre helhetlige, forutsigbare og koordinerte tjenester til personer med utviklingshemming og andre med langvarige og sammensatte behov. Funnene tyder på at det fortsatt er et potensial for å øke bruken av individuell plan, som er et verktøy, i form av planleggingsdokument, og en strukturert samarbeidsprosess i koordinering og målretting av

tjenestetilbudet. Tilgangen på koordinator kan sikre bedre oversikt og oppfølging i hverdagen. For både individuell plan og koordinator har Helsedirektoratet erfart underregistrering som vil kunne påvirke andelen som blir registrert.

Fastlege, legevakt og fysioterapi

I alt 29 570 personer med utviklingshemming var i kontakt med offentlig fastlege, legevakt, privat fysioterapi, ridefysioterapi og/eller logoped i løpet av 2023 (Tabell 3). På grunn av lave tall for ridefysioterapi og logoped vil ikke disse bli beskrevet nærmere.

Nittitre prosent av personer med utviklingshemming hadde minst en kontakt med fastlegen, og 83 prosent var registrert med minst en konsultasjon i løpet av 2023. Rundt 25 prosent hadde minst en legemiddelgjennomgang, 19 prosent hadde minst en konsultasjon som inkluderte samarbeid med spesialisthelsetjenesten og 15 prosent var på årskontroll hos fastlegen.

Tabell 3. Oversikt over aktivitet i KUHR fordelt på ulike type kontakter, andel vises som del av hele utvalget.

	Antall personer (%)	Konsultasjoner	Enkeltkontakter
Fastlege	28 509 (92,6)	124 364	280 731
Årskontroll	4 541 (14,7)	4 579	-
Legemiddelgjennomgang	7 770 (25,2)	12 135	-
Samarbeid m/spesialist	19 247 (18,6)	175 190*	-
Legevakt	10 080 (32,7)	18 299	22 046
Privat fysioterapi	3 777 (12,3)	85 033	3 771
Privat ridefysioterapi	430 (1,5)	9 530	-
Logoped	398 (1,3)	9 089	-

Mange personer med utviklingshemming har store og kroniske helseutfordringer og komplekse behov. I befolkningen generelt har rundt 75 prosent minst en kontakt med fastlegen i løpet av året (15), som betyr at betydelig flere med utviklingshemming er i kontakt med fastlegen.

I Normaltariffen har fastleger en takst for årlig undersøkelse (takst 660) av blant annet personer med utviklingshemming (16). Undersøkelsen skal omfatte forhold av sosial, kognitiv og sansemessig karakter. Å legge til rette for en årlig helsekontroll er et sentralt tiltak i nasjonal veileder om gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming og studier har vist stor effekt av disse årskontrollene (14,17). I 2015 var andelen 10 prosent (7), som betyr at det har vært en økning siden det, til 15 prosent i 2023.

Fastlege

Andelen med minst én konsultasjon hos fastlegen var noe lavere blant den yngste og den eldste aldersgruppen, og høyest for aldersgruppen 50 til 59 år (Figur 15). Det var liten variasjon mellom helsefelleskapene, fra 79 prosent i Nordre Trøndelag til 86 prosent i Telemark. For mer om forskjellene mellom helsefelleskap, se [vedlegg 1, figur 3](#).

Antall konsultasjoner

Gjennomsnittlig antall konsultasjoner for voksne med utviklingshemming var 4,3, og varierte fra 3,1 i den yngste aldergruppen til 4,7 i gruppen 50-59 år (Figur 16). Helgeland hadde lavest antall konsultasjoner med 3,3 mens Sogn og Fjordane hadde høyest med 5,1. Det ble også beregnet gjennomsnittlig antall konsultasjoner etter bistandsbehov, vist i [vedlegg 1 figur 4](#). Her var antall konsultasjoner lavest for utviklingshemmede med omfattende bistandsbehov sammenliknet for de med middels eller noe bistandsbehov.

Mange med utviklingshemming trenger hjelp til å bestille time hos fastlegen, kommunisere plager og følge opp tiltak i etterkant. Dette vil trolig påvirke hvor ofte man kontakter fastlegen. Det kan også forklare hvorfor personer med omfattende bistandsbehov har færre konsultasjoner hos fastlegen enn de med noe/moderat bistandsbehov, som man også fant rapporten om legetjenester blant beboere i omsorgsbolig (18). Noe av variasjonen kan også skyldes at personer med omfattende bistandsbehov mottar flere kommunale tjenester, f. eks helsetjenester i hjemmet. Den geografiske variasjonen i organisering av fastlegeordningen kan trolig påvirke i hvor stor grad man benytter seg av fastlegen. I omsorgsboliger, som mange med utviklingshemming bor i, finnes det ulike organisering. Flere omsorgsboliger knytter til seg en eller flere fastleger som gir legetjenester til alle beboere. Dette for å skape en nærmere relasjon, bedre samhandling, men også gjøre det enklere å bruke fastlegen.

Type konsultasjoner

Ved rundt 80 prosent av konsultasjonene var pasienten til stedet på fastlegekontoret, fysisk konsultasjon, med lite variasjon mellom aldersgruppene (Figur 17). Digitale konsultasjoner varierte fra 20 prosent blant de yngste til 8 prosent blant de som var 70 år og eldre, mens andel konsultasjoner hjemme økte med økende alder. Mellom helsefelleskapene varierte andel fysiske konsultasjoner fra 75 prosent i Oslo til 87 prosent i Helse Fonna. Digitale konsultasjoner varierte fra 11 prosent i Helse Fonna til 23 prosent i Oslo, mens andelen konsultasjoner hjemme var lavest i Sør-Rogaland (1,6 prosent) og høyest i Finnmark (10 prosent).

Digital kompetanse hos både fastlege og pasient vil påvirke i hvor stor grad man benytter seg av digitale konsultasjoner. Dette kan variere etter alder og grad av utviklingshemming. At hjemmekonsultasjon er mest vanlig blant de eldste kan trolig skyldes at eldre er mindre mobile og har mer alvorlig sykdom som gjør det vanskelig å reise til fastlegen. Som nevnt over kan det også være flere hjemmekonsultasjoner i omsorgsboliger som har en fastlege tilknyttet boligen.

Legevakt

I løpet av 2023 var 10 080 personer med utviklingshemming i kontakt med legevakten, som utgjorde 33 prosent. Andel personer med minst en konsultasjon ved legevakten varierte fra 24 prosent i den yngste alderskategorien til 32 prosent hos de eldste (Figur 15). Mellom helsefelleskapene varierte det fra 22 prosent i Oslo til 39 prosent i Finnmark. Gjennomsnittlig antall konsultasjoner var 0,6 med lite variasjon mellom aldersgrupper, bistandsnivå og helsefelleskap ([Vedlegg 1, figur 5](#)). Fysiske konsultasjoner på legevakten var mest vanlig og lå på rundt 70 prosent mens 25 prosent var hjemmekonsultasjon hos pasienten og 5 prosent digital konsultasjon. Andel fysiske konsultasjoner var høyest for de under 40 år og lavest for de over 60 år (Figur 18). Tilsvarende var andel konsultasjoner hjemme høyest for de over 60 år, og lavest for de under 40 år mens andelen digitale konsultasjoner var forholdsvis stabil. Figuren viser at det var en del variasjon mellom helsefelleskapene. Fra 82 prosent fysiske konsultasjoner i Helse Fonna til 33 prosent i Finnmark. Motsatt hadde Helse Fonna lavest andel digitale konsultasjoner (2 prosent) mens Finnmark hadde høyest andel konsultasjoner hjemme (61 prosent).

Finnmark skiller seg ut med betydelig høyere andel som konsulterte legevakten, flere gjennomsnittlig antall konsultasjoner og høyere andel med konsultasjoner hjemme. Dette kan trolig relateres til organiseringen av allmennlegetjenesten. I en rapport fra SSB viser de til at det er fastlegene som bidrar med vakter hele døgnet på legevakten i Sør-Varanger, og at daglegevakten foregår på legekontoet (19).

Fysioterapi

I løpet av 2023 hadde 3 777 personer med utviklingshemming minst en kontakt med privat fysioterapeut med driftsavtale, som utgjorde i overkant av 12 prosent. Andelen med minst en konsultasjon var lavest blant den yngste og den eldste aldersgruppen (Figur 15). Fordelt på helsefelleskapene var andelen lavest i Oslo med kun 9 prosent og høyest i Helgeland med 21 prosent. Gjennomsnittlig antall konsultasjoner var også lavest for den yngste og eldste aldersgruppen med 2,3 (Figur 19). Helgeland lå høyest med 5,3 konsultasjoner, og lavest med rundt 2 konsultasjoner var flere helsefelleskap (Søndre Trøndelag, Nordre Trøndelag, Bergensområdet, Oslo og Ahus og kommunene).

Personer med omfattende bistandsbehov hadde betydelig flere konsultasjoner hos fysioterapeuten enn de med noe/moderat bistandsnivå, 28 versus 21/22 (tall basert på kun de som har beregnet bistandsbehov) (Se [vedlegg 1, figur 5](#)).

Variasjonen i andel som mottok fysioterapitjenester og gjennomsnittlig antall konsultasjoner mellom helsefelleskapene vil trolig påvirkes av hvordan tjenesten er organisert. Fysioterapi er en tjeneste som inngår i helsetjenester i hjemmet som ytes av kommunalt ansatte fysioterapeuter. Den andelen klarer vi ikke å synliggjøre i rapporten. Fordelingen mellom kommunalt ansatte og private fysioterapeuter med driftsavtale vil kunne påvirke andelen som oppsøker privat fysioterapeut. Andre faktorer kan være venteliste og tilgang til privat fysioterapi med kun egenbetaling.

Type konsultasjon etter alder og helsefelleskap

Av i alt 85 033 konsultasjoner var 70 prosent på arbeidssstedet til fysioterapeuten, 18 prosent hjemme hos pasienten og 12 prosent gruppebehandling hos fysioterapeuten. Nesten ingen konsultasjoner var digitale og vises derfor ikke i figurene. Andel fysiske konsultasjoner var lavest blant de yngste og de eldste, mens andel gruppebehandlinger økte med økende alder og andel konsultasjoner hjemme minsket med økende alder (Figur 20).

Andel fysiske konsultasjoner var høyest i Bergensområdet med 86 prosent og lavest i Vestfold med 53 prosent. For hjemmebehandling varierte det fra rundt 5 prosent i Sør-Rogaland, Bergensområdet og Nordre Trøndelag til 43 prosent i Vestfold og 45 prosent i Finnmark. I Finnmark var i underkant av 1 prosent av konsultasjonene i gruppe, høyest lå Søndre Trøndelag på 26 prosent.

Organisering av driftsavgiftene med fysioterapeutene i kommunen vil trolig også kunne påvirke hva slags type tjeneste man gir. I driftsavgifter med kommunen kan man pålegge fysioterapeuten å yte tjenester hjemme hos pasientene og eventuelt andre tilpassede avtaler. Her vil trolig geografiske forhold også påvirke hvordan tjenesten er organisert.

Årsaker til kontakt med fastlege, legevakt eller fysioterapeut

Tabell 4 viser oversikt over hoveddiagnoser registrert ved konsultasjoner hos fastlege, legevakt og fysioterapeut. Psykiske plager var den vanligste hoveddiagnosen hos fastlegen, også dersom man ser bort i fra psykisk utviklingshemming (P85). Psykisk utviklingshemming var registrert som hoveddiagnose ved 9 prosent av alle konsultasjoner hos fastlegen, 1,6 prosent på legevakten og 11 prosent hos fysioterapeuten, mens andelen med Downs syndrom var på henholdsvis 5 prosent, 0,4 prosent og 10 prosent. Hos fastlegen fulgte allmenne og uspesifiserte symptomer (16 prosent), muskelskjelettplager (10 prosent) og endokrine, metabolske og ernæringsmessige problemer (9 prosent). På legevakten var også psykiske plager (18 prosent) og allmenne og uspesifiserte symptomer (17 prosent) de mest vanlige diagnosene. En av tre konsultasjoner hos fysioterapeuten skyldtes muskelskjelettplager etterfulgt av sykdommer i nervesystemet (28 prosent) og psykiske plager (17 prosent).

Tabell 4. Oversikt over diagnoser registrert som hoveddiagnose i henhold til ICPC-2, ved konsultasjoner hos fastlege, legevakt og fysioterapeut i KUHR.

Diagnoser	ICPC-2	Fastlege (n=124 364)	Legevakt (n=18 299)	Fysioterapi (n=85 0
Psykisk plager	P00-99	24,0	18,1	17,3
Psykisk utviklingshemming	P85	9,2	1,6	11,3
Downs syndrom	A90	5,2	0,4	10,2
Nervesystemet	N00-99	6,2	7,5	28,3
Øye og øye	F00-99, H00-99	3,6	3,3	0,6
Hudsykdommer	S00-99	7,9	8,2	0,1
Allmenne og uspesifiserte symptomer og plager	A00-99	16,3	17,2	13,5
Blod, bloddannede organer og immunsystem	B00-99	0,7	0,2	0,2
Fordøyelsessystemet	D00-99	5,2	10,6	0,2
Hjerte-karsystemet	K00-99	4,4	2,4	2,6
Muskel og skjelettsystemet	L00-99	9,7	11,4	34,8
Luftveier	R00-99	7,2	11,8	0,7
Endokrine, metabolske og ernæring	T00-99	8,7	1,4	1,2
Urinveier	U00-99	2,8	5,8	0,1
Svangerskap, fødsel og familieplanlegging	W00-99	1,3	0,3	0,1
Kvinnelige kjønnsorganer	X00-79	1,3	0,4	0,2
Mannlige kjønnsorganer	Y00-99	0,6	0,6	0,0
Sosiale problemer	Z00-69	0,2	0,9	0,0
Diabetes	T89/90	3,7	0,5	0,1

Disse funnene må forstås i lys av helsetjenestens ulike roller og de komplekse behovene til personer med utviklingshemming. Fastlegen er et sentralt bindeledd i den helhetlige oppfølgingen, og den høye andelen konsultasjoner ved psykiske plager, og allmenne og uspesifiserte symptomer og plager, samt andelene relatert til utviklingshemming, speiler at fastlegen ofte ivaretar kontinuerlig oppfølging av en bredde av helseutfordringer. Her handler det ikke om "behandling" av selve grunntilstanden (utviklingshemming), men om håndtering av et sammensatt spekter av helseplager som kan oppstå på grunn av eller uavhengig av disse tilstandene. Fastlegen spiller en nøkkelrolle i kartlegging, forebygging og henvisning videre, og spiller en betydelig rolle i å avlaste andre deler av helsetjenesten.

Legevaktens profil, med høyere andeler luftveis- og fordøyelsesplager, vitner om at denne tjenesten håndterer mer akutte, tidsavgrensede symptomer. Personer med utviklingshemming kan i noen tilfeller ha

utfordringer med å uttrykke akutte plager tidlig, noe som kan føre til at problemene oppdages sent og dermed fører til legevaktsbesøk, spesielt ved mer alvorlige eller akutte symptomer.

Fysioterapitjenesten skiller seg ut med høye andeler diagnoser knyttet til nervesystemet og muskel- og skjelettlidelser. Dette understreker fysioterapiens rolle i rehabilitering, forebygging av funksjonsfall og støtte til daglig mestring, spesielt for personer med funksjonsutfordringer.

Psykiske lidelser hos fastlege

Tabell 5 viser en oversikt over andelen som fikk psykisk diagnose hos fastlegen i løpet av 2023, både for personer med utviklingshemming og resten av befolkningen. Psykisk utviklingshemming (P85) er ikke tatt med i oversikten. Spesielt andel psykiske lidelser som inkluderer autisme, ADHD og schizofreni var høyere blant personer med utviklingshemming enn for befolkningen generelt. Angstrelaterte plager (P01/P74) var også noe høyere blant personer med utviklingshemming mens psykisk ubalanse var noe lavere.

Tabell 5. Oversikt over andel som har blitt diagnostisert med psykiske tilstander ved konsultasjoner hos fastlegen i løpet av 2023, for personer med utviklingshemming og hele befolkningen.

Diagnoser	ICPC-2 kode	Personer med utviklingshemming	Hele befolkningen
Psykisk lidelse IKA, ink.l autisme	P99	7,7	0,5
Søvnforstyrrelse	P06	4,9	4,1
ADHD	P81	4,3	1,4
Depressiv lidelse	P76	3,6	3,3
Schizofreni	P72	2,5	0,3
Følelse av angst/nervøsitet	P01	2,7	1,7
Angstlidelse	P74	2,5	1,5
Psykiske symptomer/plager	P29	2,4	2,5
Psykisk ubalanse	P02	2,0	2,8
Depresjonsfølelse	P03	1,9	1,6
Rusmisbruk	P14-19	1,9	0,9

At personer med utviklingshemming i større grad registreres med visse psykiske lidelser, særlig de med nevroutviklingsrelaterte diagnoser som autisme, ADHD og schizofreni, støttes av tidligere forskning (20). Personer med utviklingshemming har høyere risiko for psykisk uhelse og sammensatte, ofte underdiagnostiserte eller kompliserte symptombilder. Det er også kjent at kommunikasjonsvansker og mangelfull tilrettelegging kan gjøre det vanskelig å oppdage og behandle psykiske lidelser, noe som kan føre til en høyere forekomst av alvorlige diagnoser i denne gruppen. At angstlidelser, depresjonsfølelse og rusmisbruk er mer utbredt blant personer med utviklingshemming enn i befolkningen generelt, kan også henge sammen med økt sårbarhet, diskriminering, isolasjon og utfordringer i hverdagslivet.

Spesialisthelsetjenester

Voksne med utviklingshemming og bruk av spesialisthelsetjenester

Av de 30 786 personene som var registrert med utviklingshemming i kommunene i perioden 2019-2023 hadde 21 248 personer minst en kontakt i spesialisthelsetjenesten i 2023. Andel menn var 51 prosent og gjennomsnittsalderen (SD) var 41 år (17).

Videre vil tall presenteres for habilitering, somatikk (u/hab) og PHV (u/hab). Habiliteringssaktivitet (episodefagkode 233/234 eller på habiliteringsavdeling) rapporteres samlet uavhengig om det er innen somatikk eller PHV.

I alt 6 111 personer med utviklingshemming mottok habiliteringstjenester i 2023. De hadde totalt 27 883 kontakter hvor 96 prosent var polikliniske, 3 prosent dagbehandling og kun 1 prosent døgnbehandling.

Antall personer som mottok tjenester innen somatikk (u/hab) var 18 079 personer, som til sammen hadde 83 672 kontakter. Det innebærer i underkant av 5 kontakter per pasient. I overkant av 80 prosent av kontaktene var polikliniske, 8 prosent dagbehandling og 10 prosent døgnbehandling.

Innen PHV (u/hab) ble det registrert 48 630 kontakter fordelt på 3 285 pasienter med utviklingshemming i 2023. Det innebærer i snitt 12 kontakter per pasient. I underkant av 95 prosent av kontaktene var polikliniske, 0,2 prosent var dagbehandling og 4,8 prosent var døgnbehandling.

Variasjon etter alder

Andelen som var i kontakt med spesialisthelsetjenesten var høyest i den yngste aldersgruppen (71 prosent), men variasjonen mellom aldersgrupper var liten (Figur 21). Videre viser figur 21 at andelen som mottok habiliteringstjeneste gikk ned med økende alder, og tendensen var det samme innenfor PHV (u/hab). Andel som mottok tjenester innen somatikken (u/hab) økte derimot med økende alder.

For alle spesialisthelsetjenester samlet ser man en liten nedgang med økende alder. Det samsvarer med en norsk studie fra 2016 (22). Derimot ser man ulik utvikling mellom de ulike tjenestetypene.

Nedgangen i bruk av habiliteringstjenester med økende alder kan skyldes at mange ferdigheter som krever spesiell oppfølging og tilrettelegging etableres tidlig i livet. Samtidig innebærer habilitering også tilrettelegging av miljøet, som personer med utviklingshemming kan ha behov for hele livet. Nedgangen kan også skyldes at kommunen tar over en større del av ansvaret, som vist i figur 6 med økende andel som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester.

Bruken av psykisk helsevern avtar også med alderen. Samtidig er det veldokumentert at voksne og eldre med utviklingshemming har økt risiko for psykiske lidelser, blant annet angst og depresjon. Det kan derfor være en risiko for underdiagnostisering eller manglende henvisning til spesialisthelsetjenesten, spesielt hvis helsepersonell og kommunale tjenester ikke har tilstrekkelig kompetanse på psykisk helse hos denne gruppen.

Den økende bruken av somatiske spesialisthelsetjenester med alderen er i tråd med den generelle befolkningen. Eldre personer, uavhengig av funksjonsnivå, har økt risiko for kroniske sykdommer og aldersrelaterte helseutfordringer. For personer med utviklingshemming kan dette forsterkes på grunn av høyere risiko for komorbiditet, som hjerte- og karsykdommer, diabetes og muskel- og skjelettlidelser.

Variasjon etter helsefelleskap

Mellom helsefelleskapene varierte andelen som mottok tjenester i spesialisthelsetjenesten fra 65 prosent i Østfold og Vestfold til 77 prosent i Oslo (Figur 22). Andel personer med habiliteringstjenester varierte fra 12 prosent i Sør-Rogaland til 36 prosent i Oslo. For tjenester i somatikken (u/hab) var det lite variasjon mellom helsefelleskapene, mens innen PHV (u/hab) varierte det fra 6 prosent i Nordre Trøndelag til 19 prosent i Helse Fonna.

Andelen med utviklingshemming i Oslo var lavest i landet, samtidig viser figur 22 at en høyere andel av personer med utviklingshemming i Oslo mottar habiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten sammenlignet med andre regioner. Dette kan indikere at Oslo har et mer tilgjengelig eller bedre utbygd tilbud innen habilitering, eller at det er lavere terskel for henvisning til spesialisthelsetjenesten enn i andre deler av landet. De geografiske forskjellene kan også skyldes organisering av habiliteringstilbudet og hvordan man rapporterer denne aktiviteten.

Diagnoser i spesialisthelsetjenesten

Av 21 248 personer med utviklingshemming som mottok spesialisthelsetjenester var det kun 5 588 personer som var registrert med utviklingshemming på en eller flere av kontaktene. Andelen var høyest for lett utviklingshemming (40 prosent), etterfulgt av alvorlig/dyp (22 prosent) og moderat (21 prosent).

Tabell 6 viser andel pasienter med utviklingshemming i spesialisthelsetjenesten som ble diagnostisert med noen aktuelle diagnoser, enten som hoved eller tilleggsdiagnose i 2023.

Autismespekterforstyrrelser er mest utbredt blant de yngste voksne og faller jevnt med økende alder. Den samme tendensen ser man for ADHD og cerebral parese. Epilepsi derimot er mer vanlig på tvers av aldersgrupper, men også her er andelen noe høyere blant de yngste.

For psykiske lidelser, er angstlidelser, atferdsforstyrrelser og emosjonelle lidelser høyest i de yngre aldersgruppene og faller med økende alder. Psykoselidelser og stemningslidelser synes noe jevnere fordelt, men også her faller andelen hos de eldste. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser knyttet til bruk av psykoaktive stoffer er vanligst i aldersgruppen 30–39 år, og avtar i de eldste aldersgruppene. Søvnforstyrrelser øker noe mot midtre aldersgrupper og avtar deretter.

Tabell 6. Oversikt over andel personer som mottok spesialisthelsetjenester (n=21 248) som ble diagnostisert med de aktuelle diagnosene, uavhengig av om de ble behandlet innen habilitering, somatikk eller PHV.

		ICD-10	Antall	Alle	18-24 år	25-29 år	30-
Antall pasienter				21 248	4163	2829	44
Diagnoser	Autismespekterforstyrrelse	F84.0/1/9	1 679	7,9	13,9	10,8	8,6
	Cerebral parese	G80	1 190	5,6	8,1	6,7	6,4
	Medfødte misdannelser	G00-99	196	0,9	1,9	1,4	0,9
	Epilepsi	G40	2 886	13,6	16,6	16,0	14
	Søvnforstyrrelser	G47	769	3,6	2,6	2,8	3,7

	ADHD	F90	852	4,0	9,2	5,6	4,6
Psykiske lidelser	Psykoselidelser	F20-29	775	3,6	2,8	4,3	4,3
	Stemningslidelser	F30-39	728	3,4	3,2	4,0	4,1
	Angstlidelser	F40-48	1251	5,9	7,6	8,1	7,6
	Atferdsforstyrrelser og emosjonelle lidelser	F90-98	1014	4,8	10,4	6,2	5,7
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer		F10-19	649	3,1	2,2	4,2	5,3

At autismespekterforstyrrelser og ADHD er vanlige tilleggsdiagnoser for personer med utviklingshemming er i tråd med kjent kunnskap. Den høye andelen i de yngre aldersgruppene kan skyldes at de i større grad enn eldre mottar spesialisthelsetjenester. En annen forklaring kan være at disse tilstandene identifiseres tidlig i livet, og yngre generasjoner kan være mer gjennomgående diagnostisert enn eldre, som i mange tilfeller ikke ble vurdert for disse diagnosene i samme grad.

Den relativt høye andelen epilepsi blant personer med utviklingshemming er også godt dokumentert i litteraturen og henger sammen med andre nevrologiske tilstander. Når det gjelder psykiske lidelser, er det kjent at personer med utviklingshemming har høy risiko for psykiske utfordringer, men at symptomene kan arte seg annerledes og være vanskeligere å oppdage (20).

Årsaker til kontakt med spesialisthelsetjenesten

Tabell 7 viser oversikt over hoveddiagnoser som ble registrert ved konsultasjoner innen habilitering, somatikk (u/hab) og PHV (u/hab).

Habilitering

Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser var den vanligste diagnosen innen habilitering på 73 prosent. Utviklingshemming var registrert som hoveddiagnose ved 66 prosent av kontaktene mens rundt 10 prosent var relatert til sykdommer i nervesystemet og 9 prosent var knyttet til medfødte misdannelser, deformitet og kromosomavvik.

Somatikk (u/habilitering)

I underkant av 1 prosent av kontaktene hadde hoveddiagnosen utviklingshemming. Sykdom i nervesystemet var den mest vanlige diagnose med 10 prosent hvor epilepsi og cerebral parese utgjorde henholdsvis 4,3 prosent og 2,6 prosent av kontaktene. Deretter fulgte sykdom i øre og øye på 9 prosent og endokrine forstyrrelser, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser på 6 prosent. Nesten 16 prosent av konsultasjonene innen somatikken var kodet med Z-kode. Z-kode brukes ved gjentatte helsekontakter for samme sykdom eller ved helsekontakt som ikke utgjør en sykdom eller skade.

PHV (u/habilitering)

Rundt 88 prosent av alle kontaktene innen PHV var registrert med en psykiske lidelser som hoveddiagnose. Utviklingshemming utgjorde 15 prosent (Tabell 7). Deretter fulgte R-diagnose som knytter seg til symptomer, tegn og unormale resultater av kliniske eller andre undersøkelser på 10 prosent.

Tabell 7. Oversikt over hoveddiagnose i henhold til ICD-10, som er registrert ved konsultasjoner innen habilitering, somatikk (u/habilitering) og psykisk helsevern (u/habilitering).

Diagnoser	ICD-10	Habilitering n=27 297	Somatikk (u/hab) (n=83 67)
Utviklingshemming		18 136 (66,4)	613 (0,7)

Lett utviklingshemming	F70	6 610	96
Moderat utviklingshemming	F71	4 065	52
Dyp utviklingshemming	F72-73	4 198	118
Uspesifisert utviklingshemming	F78-79	1 836	55
Downs syndrom	Q90	1 213	201
Angelmans syndrom	Q93.5	14	29
Retts syndrom	F84.5	95	56
Cri-du-chats syndrom	Q93.4	105	29
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	F00-F99	20 418 (72,7)	1 062 (1,3)
Autismespekterforstyrrelser	F84.0/1/9	2 413	144
ADHD	F90	224	14
Sykdommer i nervesystemet	G00-99	2 828 (10,4)	8 467 (10,1)
Epilepsi	G40	912	3 626
Cerebral parese	G80	1 507	1 357
Medfødte misdannelser, deformitet og kromosomavvik	Q00-99	2 406 (8,8)	3 901 (4,7)
Sykdommer i åndedrettssystemet	J00-99		3 190 (3,8)
Faktorer med betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	Z00-99	111 (0,4)	13 205 (15,8)
Svulster	C00-D48		4 644 (5,6)
Sykdom øre eller øye	H00-99	54 (0,2)	9 611 (11,5)
Hudsykdom	L00-99		5 134 (6,1)
Symptomer, tegn, unormale kliniske funn/laboratoriefunn	R00-99	1 218 (4,3)	6 052 (7,2)
Skader og forgiftning	S00-T98	6	4 594 (5,5)
Endokrine forstyrrelser, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser	E00-99	257 (0,9)	6 138 (7,3)
Diabetes	E08-E13	8	2 578 (3,1)
Muskel-skjelettplager	M00-99	13	3 852 (4,6)
Sykdom fordøyelsessystemet	K00-93	14	4 462 (5,3)
Sykdom sirkulasjonssystemer	I00-I99	29	2 923 (3,5)
Sykdom urin/kjønnsorgan	N00-99		3 794 (4,5)

Disse tallene illustrerer tydelig den sektorvise arbeidsdeling i spesialisthelsetjenesten. Både innen habilitering og PHV dominerer diagnosene psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, men andelen med utviklingshemming er betydelig høyere innen habilitering. Selv om habiliteringstjenestene har betydelig

flere konsultasjoner knyttet til utviklingshemming, ser vi at antallet konsultasjoner for lett utviklingshemming er omtrent like høyt som innen PHV. For mer alvorlige grader av utviklingshemming er det betydelig flere konsultasjoner i habiliteringstjenesten enn innen PHV. Innen somatikken er bildet annerledes. Somatikk preges av et bredt spekter av fysiske helseplager, som sykdommer i nervesystemet og sykdom i øre/øye.

Habilitering i spesialisthelsetjenesten

Av de 6 111 personene med utviklingshemming som mottok habilitering i spesialisthelsetjenesten var gjennomsnittsalderen (SD) 35 år (14) og andelen menn 55 prosent. Nesten 65 prosent hadde omfattende bistandsbehov, 21 prosent middels bistandsbehov og 5 prosent noe bistandsbehov mens 9 prosent ikke hadde beregnet bistandsnivå. I de videre analysene vil kun de polikliniske kontaktene bli analysert (n=26 901).

Variasjon etter alder

I 2023 hadde personer med utviklingshemming i underkant av 27 000 polikliniske kontakter innen habilitering. Gjennomsnittlig antall polikliniske kontakter var 4, og som vist i figur 23 var den høyest i den yngste aldersgruppen og lavest i den eldste, på henholdsvis 5,2 og 2,6 kontakter.

Variasjon etter helsefellesskap

Figur 24 viser variasjon mellom helsefellesskap for gjennomsnittlig antall konsultasjoner innen habilitering. Den viser at det er en del variasjon mellom helsefellesskapene. Lavest var gjennomsnittlig antall kontakter i Helse Fonna med 2,4 og høyest var gjennomsnittlig antall i Nordre Trøndelag med 8,7.

Ambulante og digitale kontakter etter helsefellesskap

I figur 25 ser vi andel av polikliniske kontakter som var henholdsvis ambulante og digitale. For ambulante varierte andelen fra 4 prosent i Vest-Viken og Sør-Rogaland til 75 prosent i Innlandet. For digitale kontakter var det lite variasjon mellom aldersgrupper mens også her var det stor variasjon mellom helsefellesskapene, fra 3 prosent i Møre og Romsdal til 49 prosent i Vest-Viken.

For andel ambulante kontakter ligger de fleste helsefellesskapene mellom 20 og 40 prosent. Det kan tyde på en viss standardisering av praksis på tvers av helsefellesskapene. For digitale kontakter er det noe større variasjon hvor noen områder, som Møre og Romsdal, har svært lave andeler, mens andre, som Vest-Viken og Nordre Trøndelag, ligger vesentlig høyere. Dette kan indikere ulik bruk av digitale løsninger. Selv om digitale tjenester har blitt mer utbredt, viser tallene at det i mange regioner fortsatt utgjør en relativt liten andel av den totale oppfølgingen. Dette kan skyldes pasientenes behov, varierende tilgang til teknologi eller at enkelte tjenester ikke egner seg for digitale konsultasjoner. I denne rapporten velger vi å se bort fra tallene for Innlandet og Vest-Viken til disse er undersøkt nærmere, da de skiller seg markant ut og kan være påvirket av registreringspraksis eller andre forhold.

Utførende helsepersonell

Utførende helsepersonell ved polikliniske kontakter vises i tabell 7. Vernepleier var mest vanlig med 37 prosent etterfulgt av lege med 25 prosent og psykolog med 17 prosent.

Tabell 8. Oversikt over utførende helsepersonell ved polikliniske kontakter innen habilitering (n=26 901).

Utførende helsepersonell	Antall	Andel

Vernepleier	9 995	37,2
Lege	6 728	25,1
Psykolog	4 563	17,0
Fysioterapeut	1 350	5,0
Pedagog	1 306	4,9
Sykepleier	730	2,7
Ergoterapeut	715	2,7
Sosionom	484	1,8
Annet helsepersonell	459	1,7
Klinisk ernæringsfysiolog	333	1,2
Barnevernspedagog	218	0,8
Logoped	18	0,1

Tabell 8 viser at habiliteringstjenestene i stor grad drives av flere yrkesgrupper. Vernepleiere er den største gruppen med 37 % av alle kontakter, noe som understreker deres sentrale rolle innen habilitering. Leger (25 %), og psykologer (17 %), er også svært sentrale aktører og sammen står de for til sammen nesten 79 % av den totale andelen.

De øvrige profesjonene, som fysioterapeuter, pedagoger, sykepleiere, ergoterapeuter, sosionomer og andre, bidrar med spesialiserte tilnærminger, men utgjør en mindre andel.

Litteraturliste

1. Statsforvalteren i Agder, [Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering \(2017-2019\) | Statsforvalteren i Agder](#)
2. Riksrevisjonens undersøkelse av helse- og omsorgstjenester til barn med funksjonsnedsettelse- [For lite hjelp til barn med funksjonsnedsettelse](#)
3. [Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene Dokument 3:12 \(20232024\)](#)
4. Helsedirektoratet, 2024, <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/bruk-av-tjenester-i-spesialisthelsetjenesten-og-i-kommunene>
5. Tidsskriftet for Den Norske Legeforening, [Fra barn til voksen | Tidsskrift for Den norske legeforening](#), 2015.
6. Helsedirektoratet 2019- Utredning og diagnostisering av utviklingshemming- [Hdir_Rapportmal-gjeldende 14.2.19](#)
7. Helsedirektoratet, 2017, [Personer med utviklingshemmings bruk av fylkeskommunale og kommunale helse- og omsorgstjenester.pdf](#)
8. Helsedirektoratet, 2017, [Samdata kommune.pdf](#)
9. Stortingsmelding 8- Menneskerettar for personer med utviklingshemming- [Meld. St. 8 \(2022–2023\)](#), s.85
10. Reinertsen, S. (2015). *Arbeid, dagaktivitet, livskvalitet og utviklingshemming*. NTNU, [NTNU Open: Arbeid, dagaktivitet, livskvalitet og utviklingshemming](#)
11. Engeland, J. & Langballe, E. M. (2017). *Voksne og eldre med utviklingshemming og dagens bruk av samarbeidsfora i kommunene*. Nasjonal kompetansetjeneste Aldring og helse.
12. Regjeringen, [Grønt hefte - regjeringen.no](#)
13. Lenke til nye dashbord
14. Helsedirektoratet- Nasjonal veileder om gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming [Om veilederen - Helsedirektoratet](#)
15. SSB, Allmennlegetjenesten, [09535: Konsultasjoner hos fastlegen, etter alder og kjønn \(F\) 2010 - 2023. Statistikkbanken](#)
16. Den Norske Legeforening, [Normaltariffen](#)
17. Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming, [Helsesjekk ved utviklingshemming | Naku](#)
18. Helsedirektoratet 2024, [Legetjenester blant beboere i omsorgsbolig - Helsedirektoratet](#)
19. Legevaktjenesten i norske kommuner i 2021, [Legevaktjenesten i norske kommuner i 2021. Kartlegging av organisering av legevaktsarbeidet i kommunene](#)
20. Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming, 2024, [Psykisk helse: Forskning | Naku](#)
21. Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming, 2024, [Tilgang til psykisk helsehjelp for voksne pasienter med utviklingshemming - Oslo universitetssykehus HF](#)
22. Skorpen, S., Nicolaisen, M., & Langballe, E. M. (2016). Hospitalisation in adults with intellectual disabilities compared with the general population in Norway. *Journal of intellectual disability research: JIDR*, 60(4), 365–377. <https://doi.org/10.1111/jir.12255>

Vedlegg

Vedlegg 1 Figurer til rapporten



Vedlegg 2: PDF av figurer



[Last ned PDF av figurer](#)

