

Status for kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp 2022

Først publisert: 22. september 2023

Siste faglige endring: 22. september 2023

Innhold

1. Sammendrag	3
2. Innledning	4
3. Kompletthet, rapporterte innleggelser og oppholdstid	7
4. Pasientsammensetning	9
5. Innleggelser, oppholdstid og beleggsprosent i 2022	13
6. Utvikling, 2017-2022	16

Sammendrag

Det var færre innleggelser, men lengre oppholdstid i kommunenes øyeblikkelige hjelp døgntilbud (ØHD) i 2022 enn perioden 2017-2019. For 2022 var beleggsprosenten samlet 47 prosent, men det var store variasjoner mellom ØHD-enhetene.

Et av formålene med øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene er å unngå innleggelser i spesialisthelsetjenesten når dette ikke er nødvendig eller ønskelig. For at tilbudet skal fungere, kreves både god pasientbehandling og god kapasitetsutnyttelse.

Størst andel eldre kvinner

I likhet med tidligere år, var de fleste som ble innlagt i ØHD eldre pasienter, og andelen kvinner var høyere enn menn. I 2022 var 72 prosent av pasientene 67 år eller eldre og 60 prosent var kvinner. Sykdommer i muskel-/skjelettsystem og sykdommer i luftveier, samt allmenn og uspesifisert tilstand, var de tre største diagnosegruppene. Samlet sto brukere med disse diagnosene for om lag 55 prosent av innleggelserne i 2022.

Varierende bruk av ØHD blant kommunene i 2022

Analysene viser at tilbudet ble brukt mest i kommuner med sykestuer og i vertskommuner. Små kommuner i innbyggertall, hadde flere innleggelser per innbygger enn større kommuner. Vertskommunene i de minst folkerike kommunene hadde flest innleggelser og estimerte oppholds-døgn per innbygger i 2022. Videre hadde kommuner med tilbudet lokalisert på legevakten høyere rate for innleggelser enn kommuner hvor ØHD var lokalisert andre steder.

Totalt var beleggsprosenten 47 prosent i 2022. ØHD-enheter som dekket befolkningsrike områder hadde høyere belegg enn de som dekket mindre områder. Områdene med en befolkningsstørrelse mellom 0 og 2 000 hadde laveste belegg, mens områder med en befolkningsstørrelse fra 20 000 til 49 999 hadde høyest belegg.

Færre innleggelser og estimerte oppholds-døgn i 2022

For å kunne se på utviklingen av aktiviteten i ØHD over tid, har vi sett på de kommunene som har levert data for alle fem årene. Disse analysene viser at antall innleggelser per innbygger var svakt høyere i 2022 enn i 2021, men lavere enn i årene fra 2017 til 2019. Av regionene hadde Nord flest innleggelser per innbygger, mens Midt-Norge hadde færrest. Andelen opphold med varighet på over fem døgn har økt jevnt i perioden. Mindre reduksjon i antall oppholds-døgn enn i antall innleggelser betyr at brukere av ØHD i gjennomsnitt hadde en lengre oppholdstid i 2022 enn tidligere år. I 2022 var gjennomsnittlig oppholdstid 4,4 døgn, ett døgn lengre enn i 2017.

Innledning

Bakgrunn

Fra 1.1.2016 fikk kommunene plikt til å ha et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp, jf. Helse og omsorgstjenesteloven § 3-5. De første plassene ble opprettet i 2012, og tilbudet ble fasett inn i kommunene fram mot 2016. I første omgang omfattet tilbudet i hovedsak somatiske diagnoser, men fra 1.1.2017 ble plikten utvidet til å gjelde voksne pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer.

Helsedirektoratet har samlet inn informasjon om aktiviteten i øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) siden oppstarten av tilbudet, med unntak av 2020. Synonymt med ØHD brukes også KAD, kommunale akutte døgnenheter, men i dette notatet bruker vi den juridiske termen ØHD og vi beskriver bruken av ØHD for årene 2017, 2018, 2019, 2021 og 2022.

Hensikten med opprettelsen av øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene, er blant annet å unngå innleggelser i sykehus når dette ikke er nødvendig eller ønskelig. ØHD-plassene gir også pasientene et tilbud nærmere hjemmet og involverer kommunene tidligere i pasientforløpet.

Rapporteringen inngår ikke som en del av kommunenes ordinære rapporteringssystemer. Dette innebærer at rapporteringen, både ute i kommunene og sammenstilling av data i Helsedirektoratet, er preget av mye manuelt arbeid. Vi har fått tilbakemelding fra flere kommuner om at denne rapportering er svært tidkrevende. I tillegg vil mulige feilkilder være mange når data hentes inn på denne måten. Det jobbes med å implementere rapporteringen av ØHD i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), og et forslag om løpende rapportering ble sendt på høring våren 2023.

Om datagrunnlaget

Datainnsamlingen for 2022 ble samlet inn i perioden januar til april 2023. Informasjonsinnhenting har foregått ved at kommunene ble bedt om å fylle ut et Excel-skjema. Rapporteringsskjemaet gir aggregert kommunefordelt informasjon om kjønn, alder, innleggelser og oppholdstid. I tillegg inngår informasjon om innleggelsesdiagnose, innleggelsestidspunkt, hvor pasienten er henvist fra, hvem pasienten er henvist av og hvor pasienten er skrevet ut til per rapporteringsenhet.

Mange kommuner har etablert ØHD i samarbeid med én eller flere andre kommuner. Vi bruker begrepet "vertskommune" om den kommunen som har tilbudet fysisk plassert hos seg, og begrepet "samarbeidskommune" om kommuner som ikke har tilbudet lokalisert i egen kommune. Begrepet "enhet" blir brukt om hver enkelt ØHD, uavhengig av om det inngår én eller flere kommuner. Dersom tilbudet er etablert i samarbeid med andre kommuner, har vertskommunene rapporteringsansvaret, og rapporterer på vegne av alle kommunene i samarbeidet.

Som en følge av at plikten for ØHD ble utvidet til også å gjelde pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer fra 1.1.2017, ble kommunene bedt om å rapportere på innleggelser i tilbudet også knyttet til denne pasientgruppen. Flere enheter har opplyst at det i statistikken er vanskelig å skille innleggelser for denne pasientgruppen fra andre innleggelser. Videre er det flere enheter som ikke har avsatt spesifikke plasser til denne pasientgruppen, men som bruker de allerede etablerte plassene uavhengig av årsak til innleggelse. På grunn av svakt datagrunnlag har vi i denne rapporten valgt å ikke se spesifikt på innleggelser innen psykisk helse og rus.

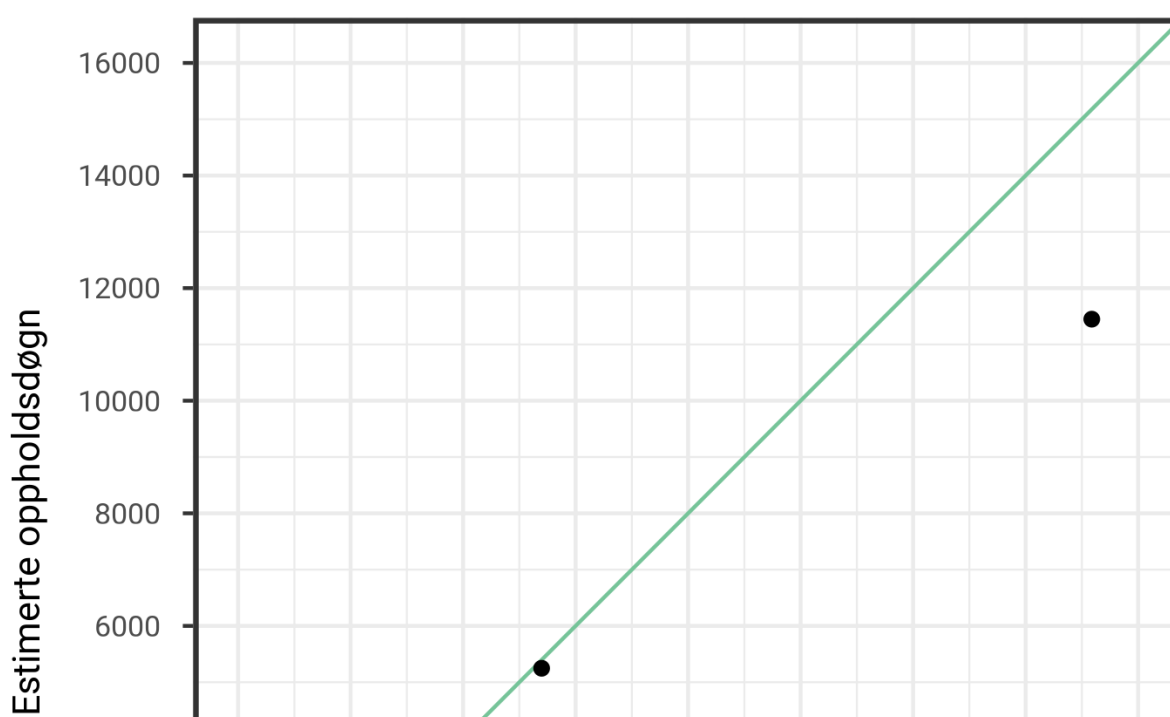
Antall enheter og kommuner som ligger til grunn for de ulike tabellene og figurene varierer. Dette skyldes at ikke alle rapporteringsenhetene har levert alle opplysningene som ble etterspurt i skjemaet. Årsakene til dette kan være at opplysningene ikke er lett tilgjengelig, manglende rutiner for registrering og/eller problemer knyttet til statistikkuttrekk fra fagsystemene. Dette, samt risiko for feilregistrering, påvirker kvaliteten av dataene.

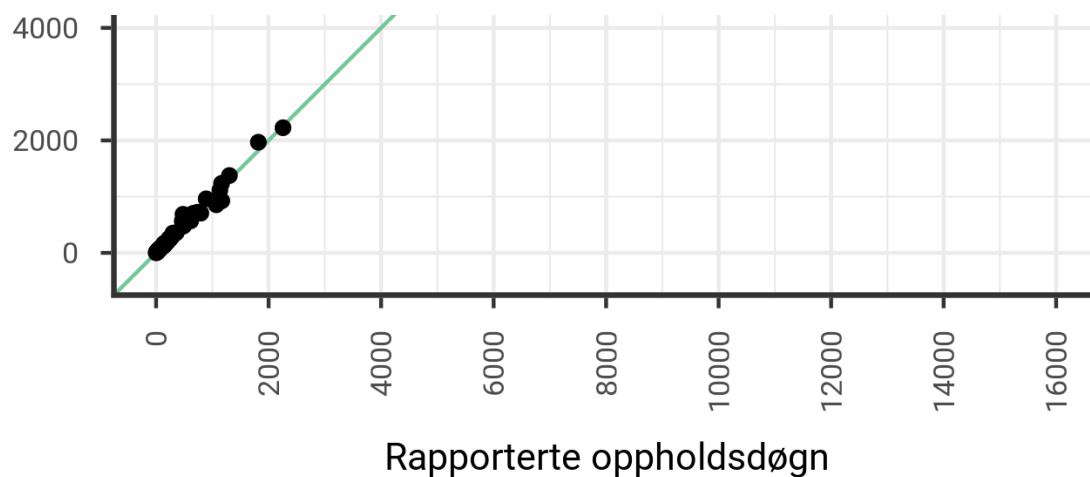
Data fra sykestuene ble til og med 2017 samlet inn av Norsk Pasientregister (NPR). Fra 2018 ble data fra sykestuene samlet inn på samme måte som øvrige ØHD-enheter. I tallene fra sykestuene inngår all aktivitet som er registrert som øyeblikkelig hjelp, noe som innebærer at det kan inngå innleggelser som ikke er knyttet til ØHD. Årsaken til dette er at vi har fått tilbakemeldinger om at det for enkelte sykestuer er vanskelig å skille mellom innleggelser i ØHD fra øvrige innleggelser.

I beregningen av antall plasser har vi tatt utgangspunkt i det som rapporteringsenhetene selv har oppgitt. Det er grunn til å tro at noen kommuner har oppgitt antall plasser etter det de får tilskudd til å ha, f.eks. 0,5 plass, mens andre kommuner har rundet dette opp til f.eks. én plass. Summen av plasser er derfor ikke helt nøyaktig, noe som har innvirkning på beregning av beleggsprosent.

Tidligere år har vi ikke bedt om eksakt antall dager pasienter har oppholdt seg i ØHD, men heller antall opphold som varer under ett døgn, ett døgn, to døgn, tre døgn, fire døgn eller fem døgn eller mer. Ved å bruke denne inndelingen har vi beregnet et estimat for totalt antall dager. For å gjøre dette har vi satt opphold som varer under ett døgn til 0,5 dager og opphold som varer fem døgn eller mer til ni dager. For 2022 ba vi også om eksakt antall dager pasientene har oppholdt seg i ØHD dersom det var tilgjengelig for enhetene. Figur 1 viser hvordan antall rapporterte dager og estimerte dager samsvarer for enhetene som ga oss informasjon om de faktiske oppholdsdagene. For de fleste kommunene vi kunne sammenligne med, stemte estimatene godt overens med de faktiske oppholdsdagene i 2022. Oslo kommune var imidlertid et unntak, og rapporterte 33 prosent flere døgn enn anslått i 2022. På bakgrunn av dette har vi gjort egne antagelser om varigheten på innleggelser over fem døgn hos Oslo i årene 2017–2019 og 2021, som medfører høyere anslag enn en antatt varighet på ni dager.[1]

Beleggsprosent er beregnet ut fra oppgitt antall plasser og estimerte oppholdsdøgn (estimerte oppholdsdøgn/(antall plasser * 365)). Ettersom det er knyttet usikkerhet til både antall plasser og estimerte oppholdsdøgn, kan beleggsprosenten være unøyaktig.





Figur 1: Estimerte døgn og rapporterte døgn, 2022.

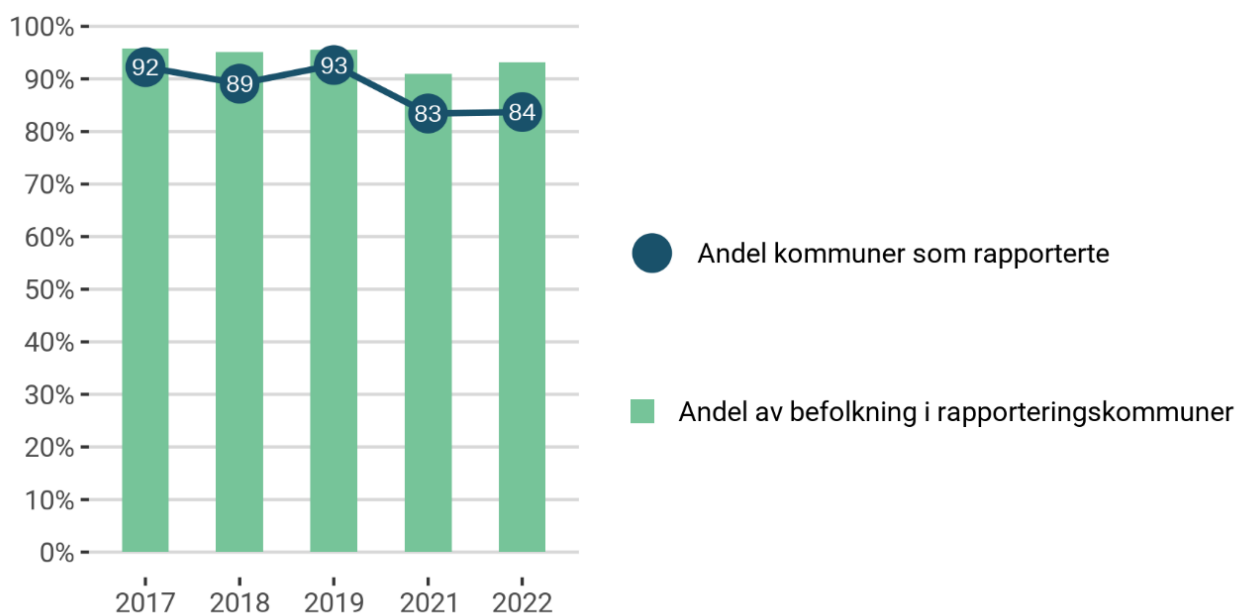
Fotnoter

[1] Innleggelser over fem døgn hos Oslo i 2022, hadde en gjennomsnittlig varighet på cirka 16,4 døgn, og utgjorde 15,1 prosent av innleggelsene. For Oslo i de øvrige årene, har vi anslått varigheten av innleggelser over fem døgn til $9 + (16,4 - 9) * (\text{andel innleggelser over fem døgn} / 0,151)$ døgn.

Kompletthet, rapporterte innleggelser og oppholdstid

Kompletthet og rapporterte plasser, innleggelser og estimerte oppholdsdoen

Figur 2 viser antall og andel kommuner som har rapportert data for årene 2017-2019 og 2021-2022. Andelen kommuner som rapporterte i 2021 og 2022 er lavere enn for årene 2017 til 2019. Vi har fått innrapportert data fra 298 kommuner for året 2022. Dette utgjør 84 prosent av alle kommunene og dekker i overkant av 90 prosent av befolkningen.



Figur 2: Andel kommuner som har rapporter og andel av befolkningen.

Tabell 1 gir en oversikt over alle rapporterte plasser, innleggelser og estimerte oppholdsdoen per år. På grunn ulik rapporteringsgrad og hvilke enheter som har rapportert de ulike årene, er ikke tallene sammenlignbare mellom årene. I kapittel 6 Utvikling, 2017-2021, ser vi på utviklingen i aktiviteten for de enhetene som har rapportert data for alle fem årene.

Tabell 1: Rapporterte plasser, innleggelser og oppholdstid, 2017-2022.

		2017	2018	2019	2021	2022	Prosent endring 2021-2022
Antall plasser	Sør-Øst	368	378	379	342	350	2,3
	Vest	135	139	147	140	139	-0,7
	Midt-Norge	108	107	102	84	79	-6,0
	Nord	92	107	120	119	120	0,8
	Totalt	703	731	747	684	688	0,6
	Sør-Øst	19	21	20	14	17	21,6
		312	116	656	634	790	

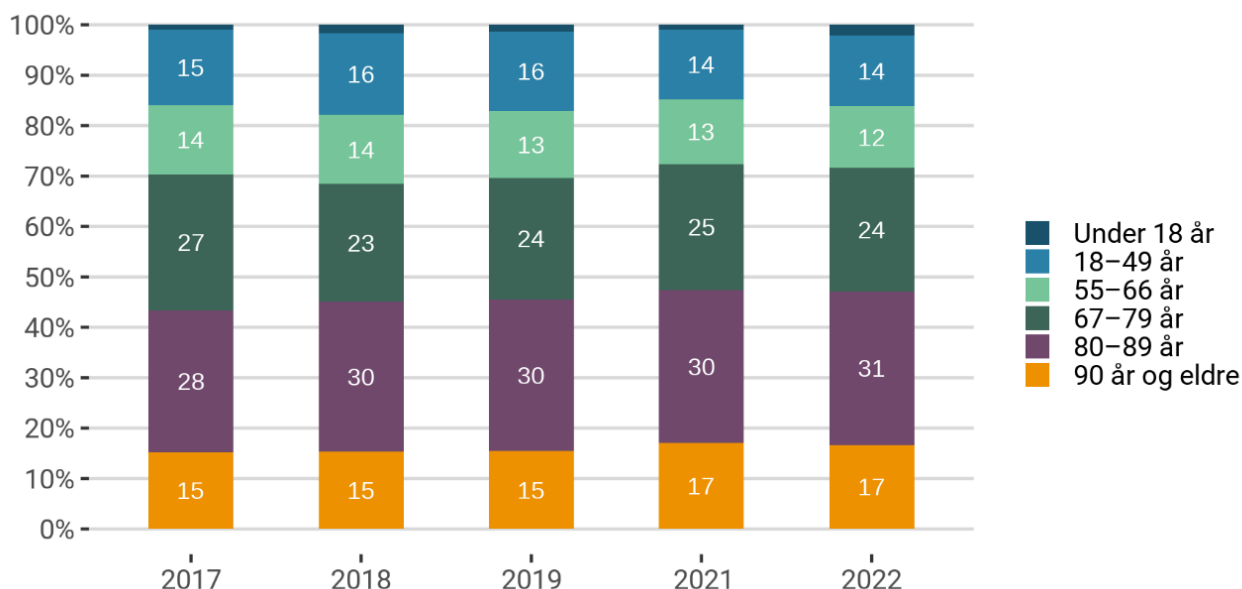
Antall innleggelser	Vest	8 099	8 522	7 523	5 560	6 101	9,7
	Midt-Norge	4 633	5 398	4 735	2 979	2 775	-6,8
	Nord ekskl. sykestuer	2 683	3 022	3 483	2 702	2 952	9,3
	Nord sykestuer	2 523	2 857	3 545	3 251	3 339	2,7
	Totalt ekskl. sykestuer	34 727	38 058	36 397	25 875	29 618	14,5
	Totalt	37 250	40 915	39 942	29 126	32 957	13,2
Estimerte oppholdsdøgn	Sør-Øst	64 560	66 984	69 992	54 515	69 286	27,1
	Vest	22 796	26 079	24 646	22 386	24 096	7,6
	Midt-Norge	15 368	16 768	13 372	10 778	10 936	1,5
	Nord ekskl. sykestuer	10 074	10 990	11 561	10 348	11 535	11,5
	Nord sykestuer	6 852	7 206	9 320	7 444	8 608	15,6
	Totalt ekskl. sykestuer	112 796	120 821	119 572	98 026	115 854	18,2
	Totalt	119 649	128 027	128 891	105 470	124 461	18,0

Pasientsammensetning

Kjønn, alder og årsak til innleggelse

I dette kapitlet inngår alle innleggelsene som er rapportert inn. Det betyr at utvalget av enheter som har rapportert varierer mellom årene, og noen av forskjellene mellom årene kan skyldes dette. Det er imidlertid ingen store endringer over tid når det gjelder hvordan aktiviteten er fordelt etter kjønn, alder og årsak til innleggelse.

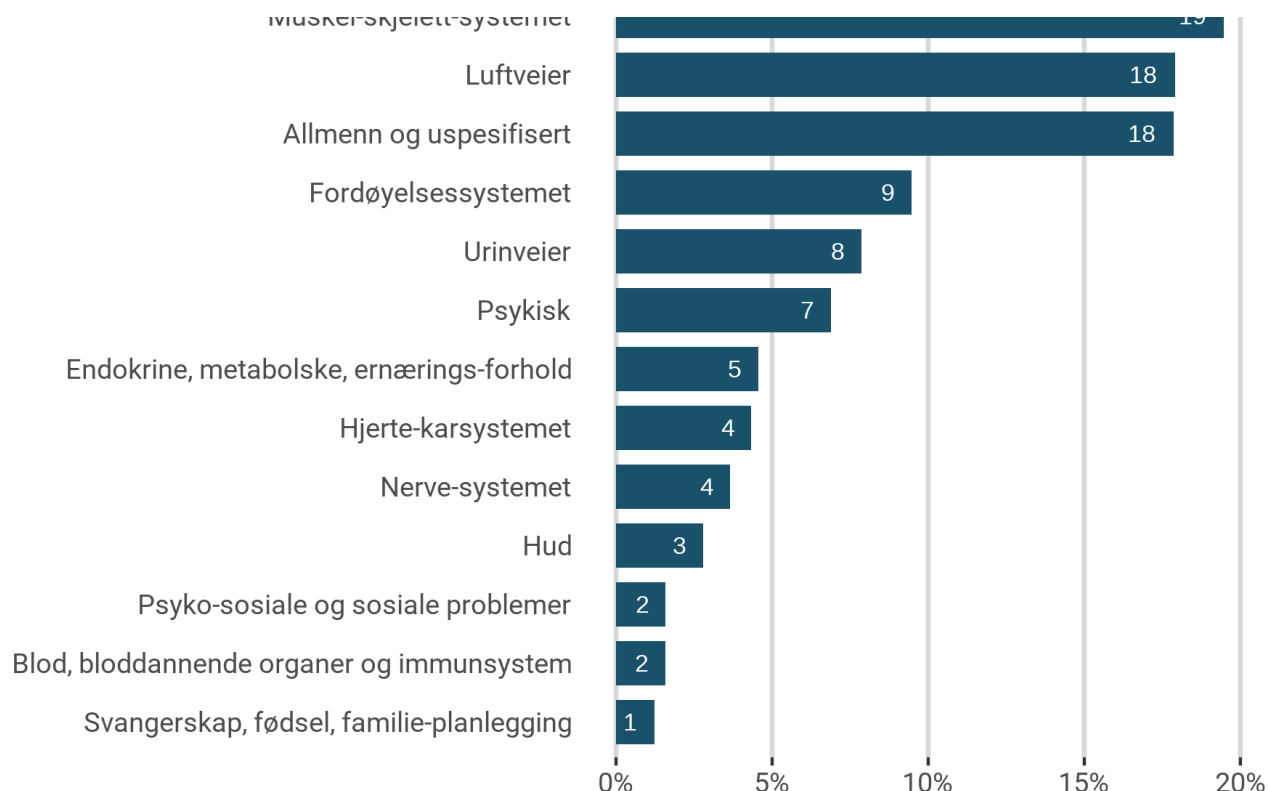
Figur 3 viser aldersfordelingen for innleggelser i ØHD for perioden 2017-2019 og 2021-2022. I 2022 var 60 prosent av pasientene kvinner og 40 prosent var menn, og dette har vært stabilt gjennom perioden. Aldersfordelingen har også vært stabil siden 2017. I både 2017 og 2022 var 72 prosent av pasientene 67 år eller eldre. Aldersgruppen 80-89 år utgjør den største gruppen alle år. Andelen pasienter under 18 år var 2,1 prosent i 2022, det er noe høyere enn tidligere år. Antallet pasienter i denne aldersgruppen var omtrent dobbelt så høyt som i 2021, men likt som i 2018.



Figur 3: Aldersfordeling, 2017-2022.

Figur 4 viser andel innleggelser etter innleggingsdiagnose for 2022, gruppert etter kodeverket ICPC-2. Hvilke pasienter som kan legges inn i ØHD vil avhenge av blant annet kompetanse og ressurser i hver enkelt ØHD-enhet. I det første veiledningsmaterialet[2] til ØHD var det i hovedsak stabile pasienter med avklarte diagnoser som ble anbefalt inn i ØHD. I det reviderte veiledningsmaterialet ble dette utvidet til også å gjelde stabile pasienter med uavklart diagnose, der pasienten trenger observasjon og utredning, men som ikke oppfattes som alvorlig syk.[3] Kommunene kan ta på seg både utredning, behandling og omsorg ved de mindre alvorlige tilfellene av øyeblikkelig hjelp, forutsatt at kommunen har tilstrekkelig med kompetanse og ressurser.

Årsaker til innleggelse har vært stabil over tid. Sykdommer i muskel-/skjelettsystem, sykdommer i luftveier og allmenn og uspesifisert utgjør de tre største gruppene, og sto for om lag 55 prosent av innleggelsene i 2022. I perioden 2016 til 2018 var det en vekst i andel pasienter som ble innlagt med årsak innenfor hovedkapittel P Psykisk helse. Det skyldes trolig at fra 2017 ble plikten til å ha ØHD utvidet til å gjelde også for pasienter innenfor psykisk helse og rus. For 2019 og de to siste årene har andelen holdt seg stabil på 7-8 prosent.

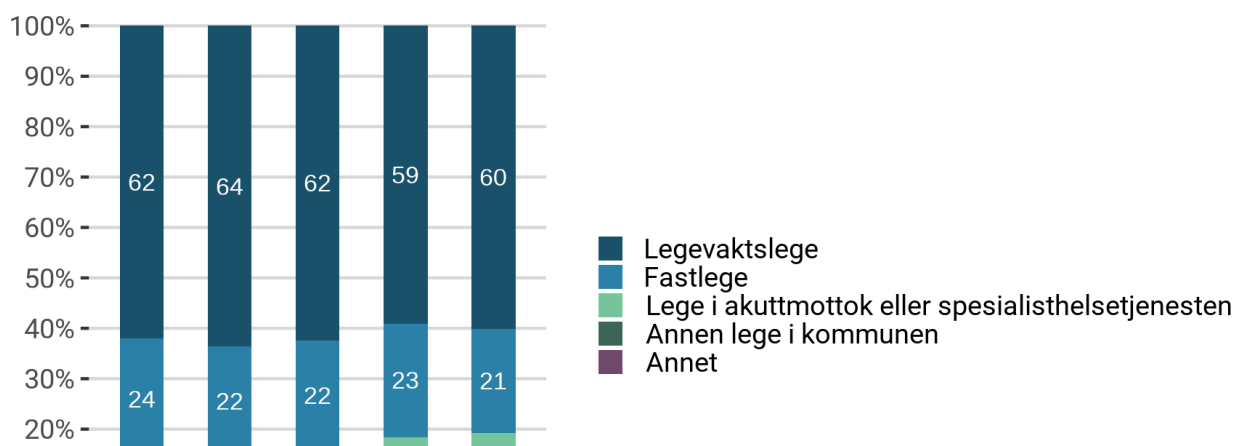


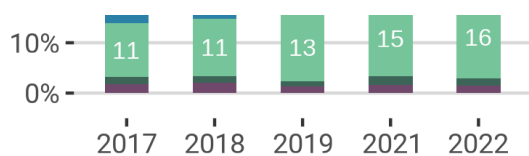
Figur 4: Årsak til innleggelse etter ICPC-2, 2022.

Kom fra, henvist av og skrevet ut til

Før innleggelse i ØHD skal pasienten vurderes av lege. Figur 5 viser hvilken instans (lege) som har henvist pasienter til ØHD og deres andel av henvisningene. Legevaktslegene står for de fleste henvisningene, med omtrent 60 prosent av henvisningene i alle år. I tillegg kommer flest øyeblikkelig hjelp innleggelser i spesialisthelsetjenesten fra legevaktslegene.⁴ Dette betyr at legevaktslegene spiller en sentral rolle i å avgjøre om pasienten skal legges inn i ØHD.

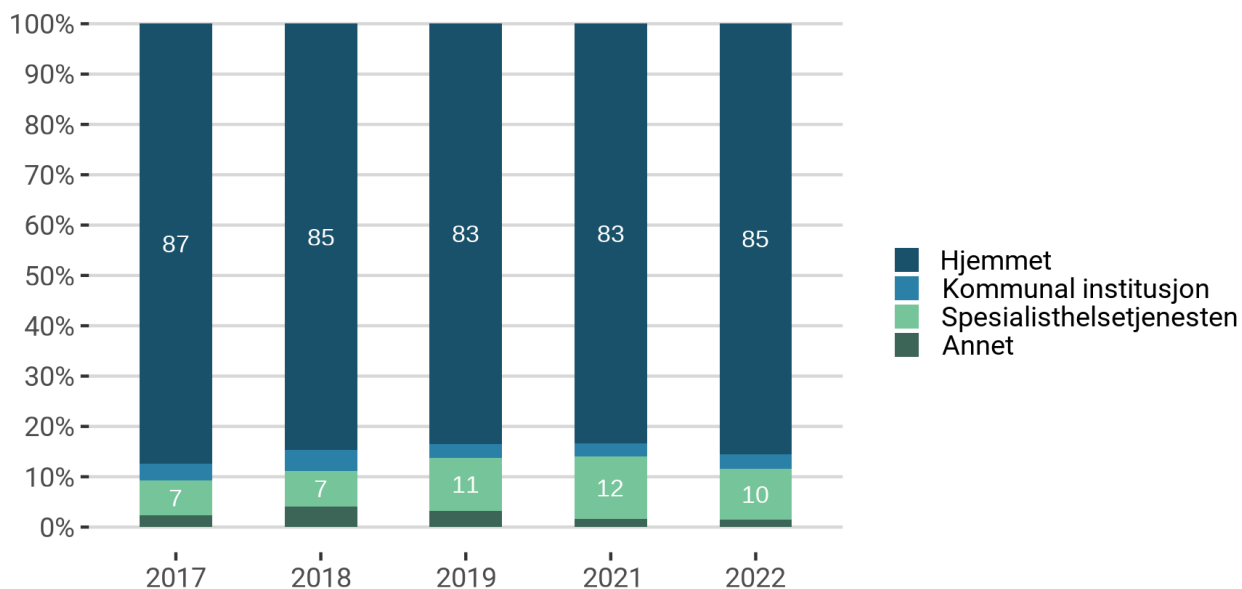
Andelen av innleggelser i ØHD henvist fra lege i akuttmottak eller spesialisthelsetjenesten økte fra 11 prosent til 16 prosent i perioden fra 2017 til 2022. I veiledningsmaterialet fra Den norske legeforening[4] anbefales det at det bør være mulig for innleggende lege å sende pasientene til det lokale sykehuset for en rask avklaring og diagnostikk før innleggelse i ØHD. Flere steder praktiseres det med diagnostisk sløyfe, der kommunale leger sender pasienter til akuttmottak for avklaring av om pasienten bør legges inn i ØHD eller i spesialisthelsetjenesten.





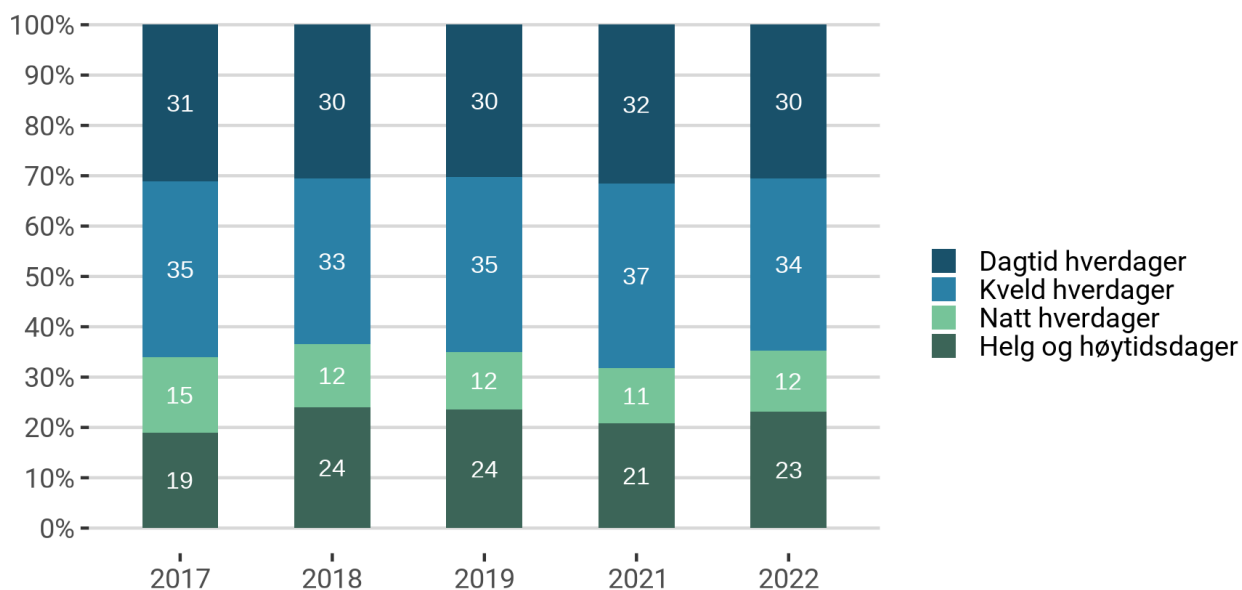
Figur 5: Henvisende instans til ØHD, 2017-2022

Figur 6 viser at de aller fleste av pasientene som legges inn ØHD kom fra eget hjem, med nesten ni av ti innleggelser. Ved om lag én av ti innleggelser kom pasienten fra spesialisthelsetjenesten.



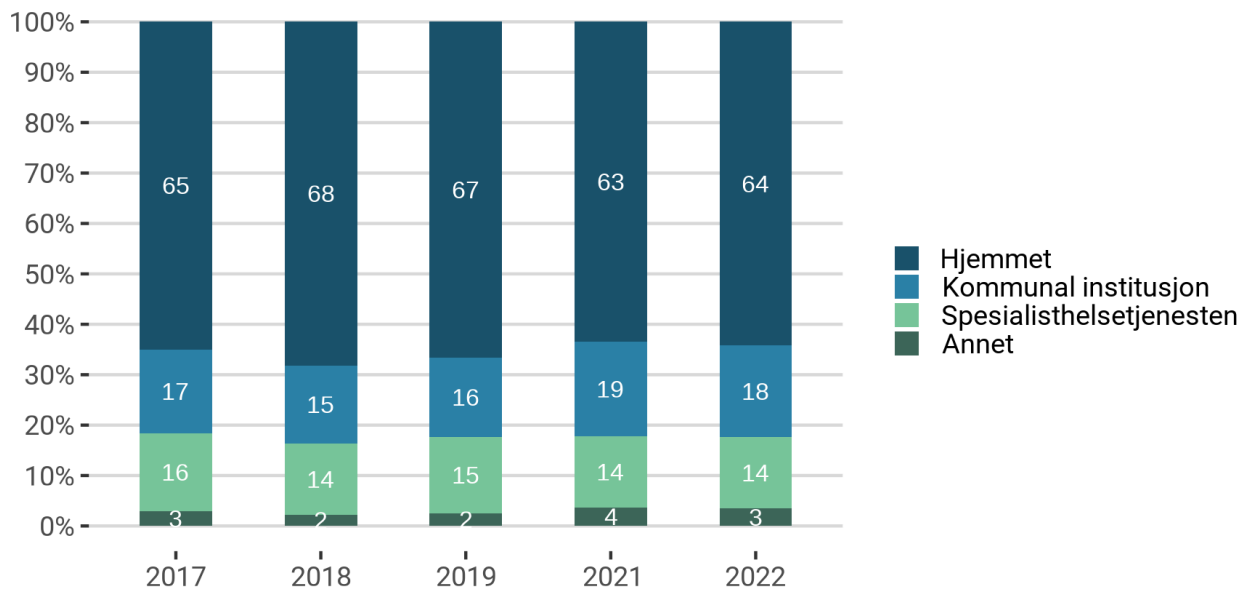
Figur 6: Hvor pasienten kom fra før innleggelser i ØHD, 2017-2022

Figur 7 viser når på døgnet pasientene ble lagt inn i ØHD. Omtrent syv av ti innleggelser skjer utenfor fastlegenes ordinære arbeidstid. Det kan skyldes at fastlegene er tilgjengelige på dagtid og kan håndtere de mindre akutte tilfellene. Tre av ti innleggelser skjer på dagtid på hverdager, mens omtrent det samme gjelder for kveldstid på hverdager. På natt, helg eller høytidsdager skjer omtrent fire av ti innleggelser. Tilbakemeldinger vi har fått fra enkelte enheter, gir oss grunn til å tro at rapportering av innleggelser på helg og høytidsdager kan være noe mangelfull.



Figur 7: Tidspunkt for innleggelse, 2017-2022

Figur 8 viser at i overkant seks av ti pasienter ble skrevet ut til hjemmet. Dette, sammenholdt med at de fleste pasientene kom fra eget hjem, tyder på at en stor andel av disse pasientene ikke hadde en innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Samtidig viser tallene også at noen pasienter kan ha behov for videre oppfølging fra spesialisthelsetjenesten (18 prosent) eller kommunale institusjoner (14 prosent) etter utskrivelse fra ØHD. Videre er det 3 prosent av oppholdene som er registrert som *annet*, hvor de som døde i løpet av oppholdet ved ØHD inngår.



Figur 8: Hvor pasientene ble skrevet ut til, 2017-2022

Fotnoter

[2] Helsedirektoratet (2013). Kommunenenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Veiledningsmateriell.

[3] Helsedirektoratet (2016). Kommunenenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Veiledningsmateriell.

[4] Den norske legeforening (2014): Medisinsk faglig veileder for kommunale akutte døgnplasser (KAD).

Innleggelser, oppholdstid og beleggsprosent i 2022

Innleggelser og oppholdstid i 2022

I det første veiledningsmaterialet til ØHD ble det anbefalt at opphold skulle avgrenses til 72 timer, men dette har senere blitt endret. De reviderte retningslinjene sier nå at pasientenes tilstand og psykososiale forhold rundt pasientene skal avgjøre om de er klare for utskrivning eller ikke. I medisinskfaglige veileder for kommunale akutte døgnplasser[5] anbefales det at gjennomsnittlig oppholdstid ikke bør overstige tre døgn. Dette for å sikre at riktig pasientkategori blir innlagt i tilbudet, og for å hindre at ØHD blir en sykehjemsavdeling.

Tabell 2 viser antall innleggelser og estimert oppholdstid totalt for vertskommunene og samarbeidskommunene. Alle som rapporterte kommunefordelt informasjon om antall innleggelser og oppholdstid i 2022 inngår i tabellen. I 2022 var det 6,2 innleggelser per 1 000 innbyggere. Det var store variasjoner mellom kommunene, fra ingen innleggelser til 171 innleggelser per 1 000 innbyggere. Antall estimerte oppholdsdøgn var totalt 22,2 døgn per 1 000 innbyggere. Også her var det store forskjeller mellom kommunene, fra ingen til over 300 døgn per 1 000 innbyggere. Vertskommunene hadde i gjennomsnitt flere innleggelser og flere estimerte oppholdsdøgn per innbygger enn samarbeidskommunene.

Det ser ut til å være store variasjoner i antall innleggelser og estimerte oppholdsdøgn per 1 000 innbyggere mellom kommunene. Regionen Nord hadde i 2022 høyest rate for innleggelser og estimerte oppholdsdøgn. Dette gjelder også når sykestuene er ekskludert. Datagrunnlaget for sykestuene i Nord er ulikt fra øvrige enheter, da det også er inkludert øyeblikkelig hjelp som ikke er knyttet til ØHD.

Videre viser resultatene at vertskommunene i de minst folkerike kommunene hadde høyest rate for innleggelser og estimerte oppholdsdøgn per 1 000 innbyggere, med henholdsvis 14 innleggelser og 42,6 døgn i 2022. Det samme gjelder for samarbeidskommunene, men for disse kommunene var forskjellene mellom kommunegruppene mindre. For kommuner med en befolkning mellom 50 000 og 99 999 innbyggere er det én kommune som skiller seg ut med en høy rate for innleggelser på rundt 38 per 1 000 innbyggere, mens de andre kommunene i denne størrelsesgruppen hadde en rate på mellom 3,6 og 9,1 per 1 000 innbyggere. Videre hadde kommuner med tilbudet lokalisert på legevakt høyere rate for innleggelser enn kommuner hvor ØHD var lokalisert andre steder. Enheter lokalisert ved legevakt hadde imidlertid færrest estimerte oppholdsdøgn per innbygger.

Tabell 2: Innleggelser og estimerte oppholdsdøgn per 1 000 innbyggere etter region, kommunestørrelse og lokalisering, 2022.

		Innleggelser			Estimerte oppholdsdøgn	
		Totalt	Verts-kommune	Samarbeids-kommune	Totalt	Verts-kommune
Region	Sør-Øst	5,7	5,9	5,0	21,9	22,0
	Vest	5,5	5,7	3,7	20,3	21,8
	Midt-Norge	3,2	3,3	2,0	11,9	12,2
	Nord ekskl. sykestuer	7,5	7,6	6,1	24,6	24,9
	Nord inkl. sykestuer	13,6	14,1	6,1	39,2	40,5
	0–1 999 innb.	9,6	14,0	5,8	29,4	42,6

Kommunestørrelse*	2 000–4 999 innb.	7,5	9,5	5,6	22,0	29,0
	5 000–9 999 innb.	7,1	8,7	4,2	21,7	26,1
	10 000–19 999 innb.	7,3	7,9	4,5	25,0	26,9
	20 000–49 999 innb.	4,3	4,4	4,0	16,6	15,8
	50 000–99 999 innb.	8,2	8,2		25,4	25,4
	100 000 innb.+	4,0	4,0		19,4	19,4
Lokalisering	Sykehjem	6,8	7,3	3,6	24,5	25,4
	Legevakt	7,9	10,1	5,1	12,3	16,0
	LMS/DMS/helsehus	4,4	4,4	3,9	18,4	18,9
	Annet	6,9	7,2	5,7	27,5	27,4
	Kombinasjon	7,6	7,7	6,2	24,8	25,1
	Sykestuer	52,0	52,0		131,2	131,2
	Totalt ekskl. sykestuer	5,6	5,7	4,5	20,7	21,2
	Totalt	6,2	6,4	4,5	22,2	22,8

* Sykestuer i Nord er ekskludert fra kommunestørrelse

Tabell 3 presenterer beleggsprosenten ved ØHD for de ulike regionene, samt etter samarbeidets størrelse (befolkning), antall plasser og hvor tilbudet er lokalisert. Totalt var beleggsprosenten 47 prosent i 2022. Sør-Øst hadde høyest belegg med 53 prosent, mens Nord, eksklusive sykestuene, hadde lavest belegg med 32 prosent.

ØHD-enhet som dekket befolkningsrike områder, hadde høyere belegg enn områder som dekket en mindre befolkning. Områdene med en befolkningsstørrelse mellom 0 og 2 000 hadde lavest belegg med 23 prosent, mens områder med en befolkningsstørrelse fra 20 000 til 49 999 hadde høyest belegg med 59 prosent. Det er tre prosentpoeng høyere enn de mest befolkningsrike områdene.

Størrelsen på befolkningen som ØHD-enhetene dekker, er relatert til antall plasser. Flertallet av enhetene hadde tre eller færre plasser (65 prosent). Tabellen viser at enheter med få plasser hadde lavere belegg enn enheter med flere plasser. Lokalisering av tilbudet ser også ut til å ha betydning for beleggsprosenten, det enheter lokalisert ved legevakt hadde høyere belegg enn enheter lokalisert andre steder

Tabell 3: Beleggsprosent etter region, samarbeidsstørrelse, antall plasser på enheten og hvor enheten er lokalisert, 2022.

		Antall enheter	Sum plasser	Estimerte oppholdsdøgn	Belegg i prosent
Region	Sør-Øst	72	350	67 157	53
	Vest	35	139	22 460	44
	Midt-Norge	29	79	10 068	35
	Nord ekskl. sykestuer	40	82	9 678	32

	Nord inkl. sykestuer	58	120	17 810	41
Samarbeidsstørrelse	0–1 999 innb.	31	42	3 562	23
	2 000–4 999 innb.	35	45	6 804	42
	5 000–9 999 innb.	36	58	7 596	36
	10 000–19 999 innb.	29	66	10 201	43
	20 000–49 999 innb.	37	134	17 575	36
	50 000–99 999 innb.	13	102	21 960	59
	100 000 innb.+	13	242	49 797	56
Størrelse på enheten	Mindre enn 3	126	178	22 682	35
	3–5 plasser	41	149	24 673	45
	6–9 plasser	14	102	15 807	43
	10–14 plasser	8	96	21 822	62
	15 plasser +	5	164	32 511	54
Lokalisering	Sykehjem	122	230	33 829	40
	Legevakt	7	36	5 384	41
	LMS/DMS/helsehus	32	224	40 104	49
	Annet	11	41	8 106	54
	Kombinasjon	22	157	30 072	53
	Totalt ekskl. sykestuer	176	650	109 362	46
	Totalt	194	688	117 494	47

Fotnoter

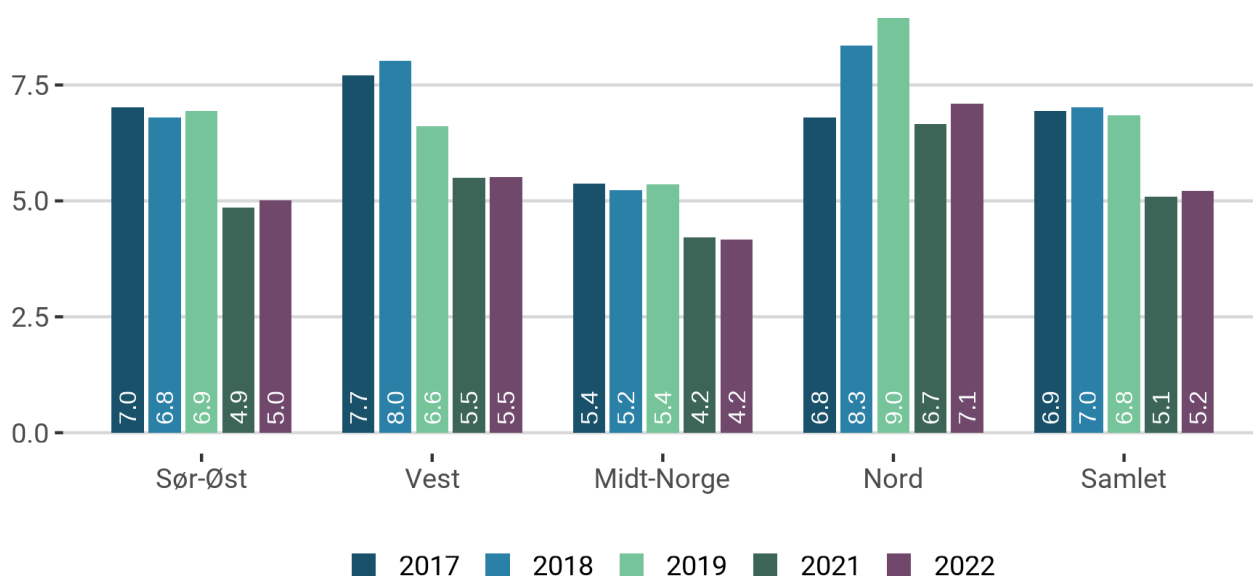
[5] Den norske legeforening (2014): Medisinsk faglig veileder for kommunale akutte døgnplasser (KAD).

Utvikling, 2017-2022

Utvikling i antall innleggelser og fordeling av oppholdstid fra 2017

I dette kapitlet inngår kun enheter som har rapportert antall innleggelser og oppholdstid alle fem år. Totalt er det 151 kommuner som inngår i utvalget, og disse kommunene dekket 63 prosent av samlet befolkning i 2022. Forskjellene i dekningsgrad varierer mellom regionene, med 63 prosent i Nord og 70 prosent i Vest. Alle figurene i dette kapitlet er eksklusive sykestuene i Nord.

I 2022 hadde enhetene inkludert her til sammen om lag 17 900 innleggelser, det er en nedgang på i overkant av 5 000 innleggelser fra 2017. Figur 9 viser at det var 5,2 innleggelser per 1 000 innbyggere i 2022. Det er en nedgang fra 2017-2019 med 1,7 innleggelser per 1 000 innbyggere, men svakt høyere enn i 2021. Regionene Sør-Øst, Vest og Midt-Norge hadde lavere rate i 2021 og 2022 enn i årene 2017 til 2019. I Nord var raten for 2022 svakt høyere enn 2017, men lavere enn i 2018 og 2019. Midt-Norge hadde i hele perioden lavere rate enn de tre andre regionene, men en mindre prosentvis nedgang fra både 2017 og 2019 enn for Sør-Øst og Vest.



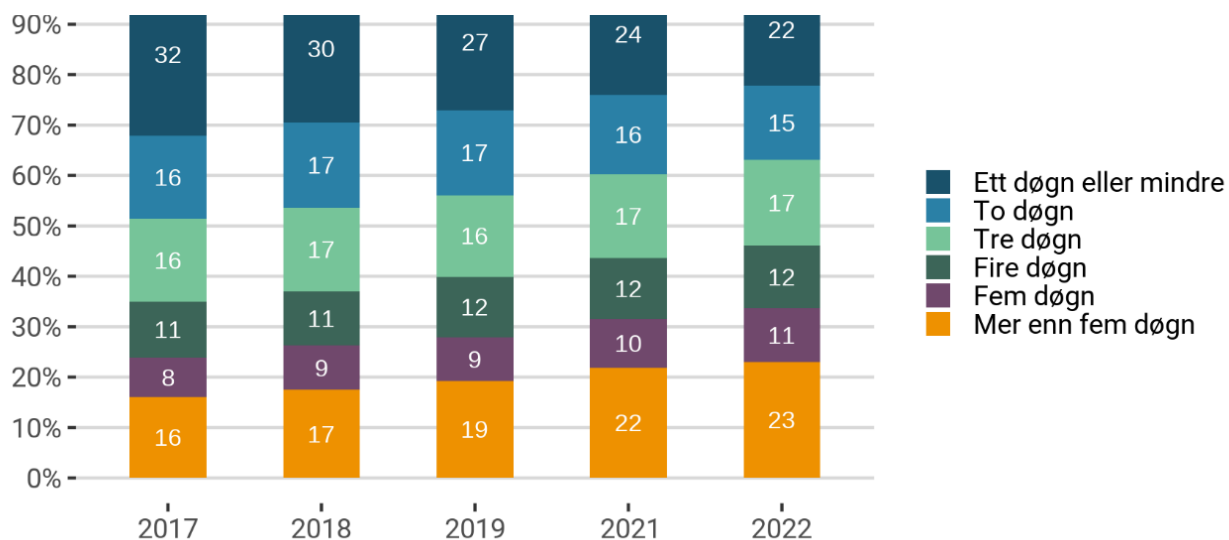
Figur 9: Utvikling i antall innleggelser per 1 000 innbyggere per region, 2017-2022. Samme utvalg alle år.

Figur 10 viser at andelen opphold med oppholdstid ett døgn eller mindre, ble redusert med 10 prosentpoeng fra 2017 til 2022. Det var om lag 2 800 opphold med varighet på ett døgn i 2022, tilsvarende i 2017 var om lag 7 200 opphold.

Det var noen færre opphold med oppholdstid på to, tre og fire døgn i 2022 enn for 2017-2019, og liten endring i andelen for disse kategoriene. Antall opphold med varighet på fem døgn var omtrent lik i 2017 og 2022.

Andelen opphold med varighet på over fem døgn har økt jevnt i perioden. I 2022 var det omtrent 4 000 opphold med varighet på mer enn fem døgn. Det er på høyde med 2018 og 2019, og flere enn i 2017 og 2021.

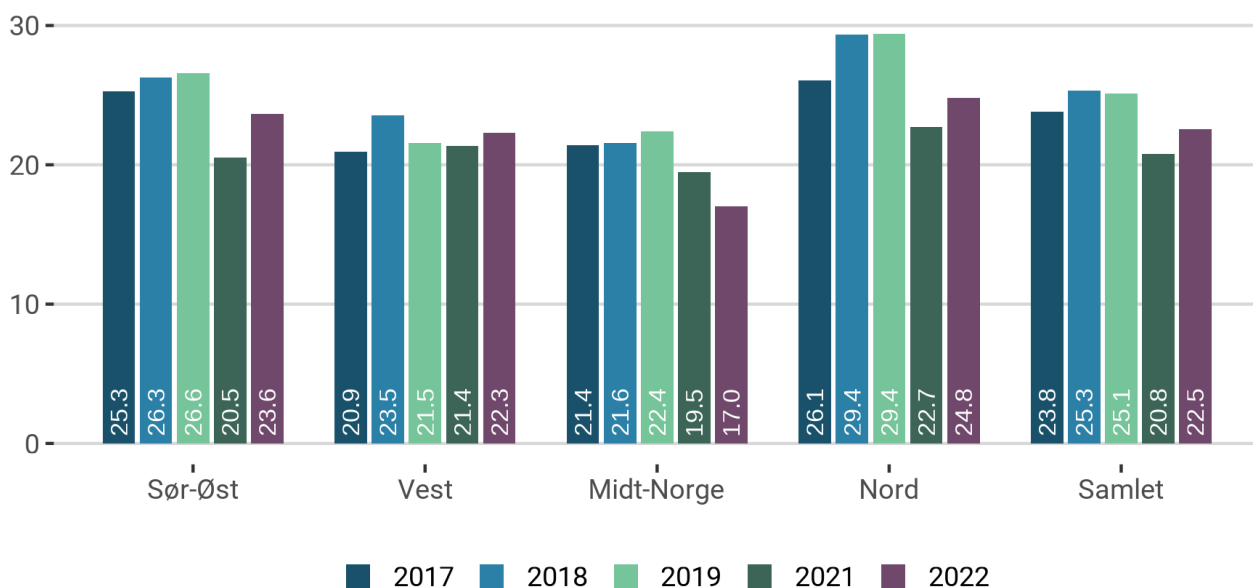




Figur 10: Utvikling i fordeling i oppholdstid, 2017-2022. Samme utvalg alle år.

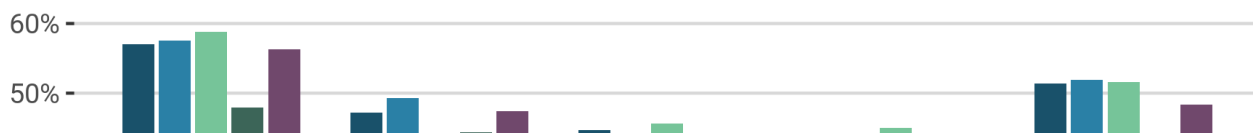
Figur 11 viser utviklingen i antall estimerte oppholdsdøgn per 1 000 innbyggere for regionene og samlet. Det var omtrent 77 200 estimerte døgn samlet for dette utvalget i 2022, en nedgang på cirka 1 700 døgn fra 2017 og 7 000 døgn fra 2018 og 2019.

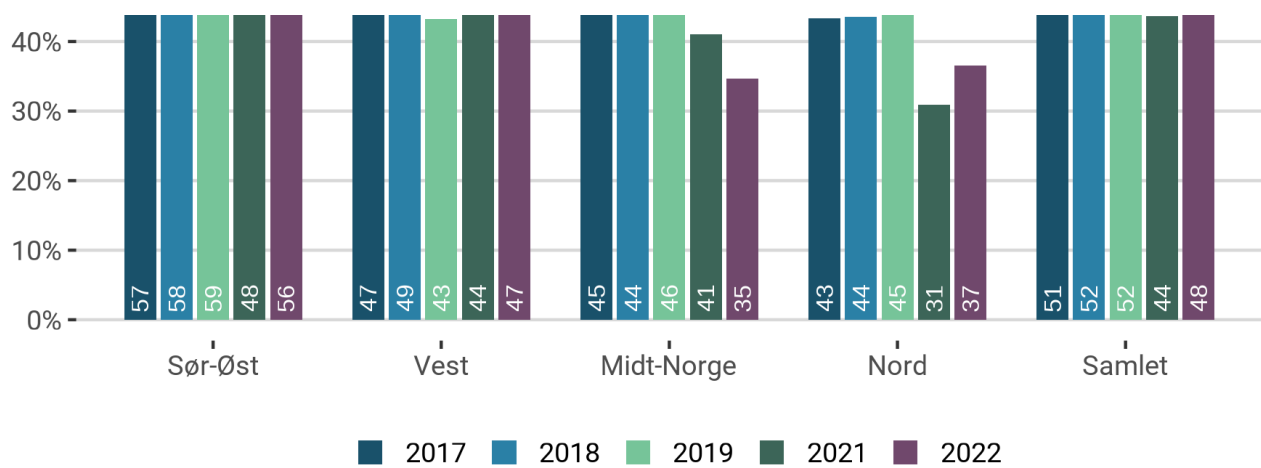
Antall oppholdsdøgn per innbygger økte fra 2021 til 2022, men var fortsatt lavere enn for årene 2017 til 2019. Midt-Norge var den eneste regionen som ikke hadde en vekst fra 2021 til 2022. Samlet var nedgangen i ratene svakere for oppholdstid enn for innleggelser, noe som betyr at gjennomsnittlig oppholdstid har økt. I 2017 var gjennomsnittlig oppholdstid 3,4 døgn, tilsvarende i 2022 var 4,4 døgn.



Figur 11: Utvikling i antall estimerte oppholdsdøgn,

Figur 12 viser utviklingen i beleggsprosenten for utvalget. I 2022 var beleggsprosenten samlet sett 48 prosent. Med unntak av Midt-Norge, var det en økning i beleggsprosenten fra 2021 til 2022. For Vest og Sør-Øst var beleggsprosenten i 2022 på samme nivå som i årene 2017 til 2019. Selv om det var en økning i belegg i Nord fra 2021 til 2022, var det betydelig lavere i 2022 enn i årene 2017 til 2019.





Figur 12: Utvikling i beleggsprosent, 2017-2022. Samme utvalg alle år.

