

# Øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene

Status 2019

---

Rapport  
SAMDATA kommune  
IS-2941





# Innhold

|   |           |
|---|-----------|
| Sammendrag  | 4         |
| <b>1. Innledning</b>  | <b>5</b>  |
| 1.1 Bakgrunn  | 5         |
| 1.2 Om datagrunnlaget   | 5         |
| <b>2. Bruk av øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene</b>             | <b>8</b>  |
| 2.1 Status for øyeblikkelig hjelp døgntilbud                            | 8         |
| 2.2 Organisering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud                       | 10        |
| 2.3 Henvisninger til og fra ØHD og tidspunkt for innleggelse            | 11        |
| 2.4 Aldersfordeling og årsak til innleggelse                            | 14        |
| 2.5 Antall innleggelser og liggedøgn                                    | 16        |
| <b>3. Bruk av ØHD innen psykisk helsevern og rus</b>                    | <b>20</b> |
| 3.1 Status for øyeblikkelig hjelp døgntilbud innen psykisk helse og rus | 20        |
| 3.2 Henvist av, kommer fra og utskrevet til                             | 22        |
| 3.3 Alder og liggetidsfordeling   | 24        |



# Sammendrag

Fra 2018 til 2019 var det liten endring i aktiviteten ved øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD). Antall innleggelser ble svakt redusert, mens antall estimerte liggedøgn var tilnærmet uendret fra 2018 til 2019. Beleggsprosenten holdt seg stabil på 42 prosent.

Ett av formålene med øyeblikkelig hjelp døgntilbud 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. Tidligere analyser har vist at aktiviteten ved ØHD har vært lav, og det er derfor viktig å følge videre med på utviklingen i tilbudet. Helsedirektoratet har samlet inn data for aktiviteten i ØHD siden 2012. For 2019 mottok vi rapportering fra 216 enheter, som til sammen representerer 406 kommuner.

## **Svak reduksjon i antall innleggelser**

Fram til og med 2018 var det årlig vekst i antall innleggelser i ØHD. I 2019 ble det totalt rapportert 40 084 innleggelser. Antallet innleggelser ble svakt redusert fra året før. Totalt antall innleggelser per 1 000 innbyggere i 2019 var 7,5 innleggelser. Det er en reduksjon på 0,5 innleggelser per 1 000 innbyggere fra 2018.

## **Flere estimerte liggedøgn**

I 2019 var det totalt 108 289 estimerte liggedøgn. Det er tilnærmet uendret fra 2018. Korrigert for befolkningsutvikling var det 21 liggedøgn per 1 000 innbyggere i 2019. Beleggsprosenten var på 42 prosent i 2019, og lik som året før.

## **Variierende bruk blant kommunene**

Analysene viser at det var sykestuene og vertskommunene som brukte tilbudet mest. De minst folkerike kommunene hadde flere innleggelser per innbygger enn de mer folkerike kommunene. Når det gjelder størrelsen på enheten, hadde de minste enhetene (tre plasser eller mindre) flere innleggelser per innbygger enn de største enhetene (15 plasser eller mer). Tidligere år har det vært en klar trend at tilbud som startet opp tidlig, har flere innleggelser per innbygger enn mer nyetablerte ØHD-enheter. For 2019 fant vi ikke et tilsvarende mønster.

# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Fra 1.1.2016 fikk kommunene plikt til å ha et 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.

Øyeblikkelig hjelp-innleggelse er definert som: *innleggelse av pasienter med behov for hjelp som er påtrengende nødvendig, og hvor innleggelsen ikke er planlagt på forhånd*. Hensikten med opprettelsen av øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) i kommunene, er blant annet å unngå innleggelse i sykehus når det ikke er medisinsk faglig nødvendig. ØHD-plassene gir også pasientene et tilbud nærmere hjemmet og involverer kommunene tidligere i pasientforløpet.

Denne rapporten beskriver bruken av ØHD for perioden 2012 til 2019, med fokus på siste år. For årene 2012 til 2016 inngår i hovedsak somatiske innleggelse, mens fra 2017 inngår også tall som viser bruk av ØHD-plasser i psykisk helsevern og rus. I del 2 av rapporten viser vi data for ØHD samlet for somatiske innleggelse og innleggelse knyttet til psykisk helsevern og rus. I del 3 presenterer vi data for innleggelse i ØHD kun innen psykisk helsevern og rus.

Helsedirektoratet er pålagt av Helse- og omsorgsdepartementet å samle inn data for ØHD. 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 svært tidkrevende rapportering. I tillegg gir manuelle rutiner økt risiko for flere feilkilder. Det jobbes derfor med å få rapporteringen inn i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Første versjon av KPR ble implementert i 2017, og arbeidet med å utvide eksisterende datagrunnlag til KPR er godt i gang. Et av resultatmålene for det pågående prosjektet, er at KPR skal kunne levere statistikkdata for ØHD, slik at tidligere års særreportering bortfaller.

## 1.2 Om datagrunnlaget

Data for ØHD ble samlet inn i perioden fra januar til mars 2020. Rapporteringsperioden for 2019 var fra 1. januar til 31. desember, samme rapporteringsperiode som i 2016, 2017 og 2018. Rapporteringsperioden for tidligere år var fra 1. september til 31. august. I tabellene oppgis dette som 2012-13, 2013-14 og 2014-15. Vi gjør oppmerksom på at ikke alle tabellene/figurene inneholder data tilbake til 2012-13. Det må utvises forsiktighet ved å sammenligne data mellom år, da utvalget, hvem og hvor mange som har rapportert, varierer fra år til år.

Informasjonsinnhenting har foregått ved at kommunene ble bedt om å fylle ut et Excel-skjema som gir aggregert informasjon om bruk av tilbudet. Mange kommuner har etablert ØHD i samarbeid med en eller

flere andre kommuner. I rapporten bruker vi 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, hadde vertskommunen rapporteringsansvaret, og rapporterte 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 kommunen bedt om å rapportere på innleggelser i tilbudet knyttet til denne pasientgruppen. Flere enheter har opplyst at det er problematisk 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. Noen kommuner, som inngår i et samarbeid om somatiske innleggelser, har etablert eget tilbud i egen kommune for innleggelser i ØHD knyttet til psykisk helse og rus. Der vi har fått informasjon om dette, har vi sendt rapporteringsskjemaet til de gjeldene kommunene og bedt de om å fylle ut skjemaet med data om innleggelser i ØHD for psykisk helse og rus. Vi har grunn til å tro at vi ikke har fått informasjon om alle kommunene dette gjelder for. Data for ØHD psykisk helse og rus vil derfor være noe mangelfulle.

For 2019 har vi mottatt rapportering fra 216 enheter, som til sammen representerer 406 kommuner. For noen kommuner har vi mottatt rapportering fra én av enhetene kommunen samarbeid med, men ikke for det andre. Det varierer hvor komplett rapporteringen er fra de ulike enhetene. For ØHD psykisk helse og rus, var det 235 kommuner som registrerte minst én innleggelse i tilbudet.

Antall enheter/kommuner som ligger til grunn for de ulike tabellene/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 var like lett tilgjengelig for alle kommuner, manglende rutiner for registrering og/eller problemer knyttet til statistikkuttrekk fra fagsystemene. Dette og risikoene for feilregistrering, påvirker kvaliteten av dataene. Videre har ikke alle enhetene levert kommunefordelte tall for innleggelser og oppholdstid.

Data fra sykestuene har tidligere år blitt samlet inn av Norsk Pasientregister (NPR). For 2018 og 2019 ble disse dataene samlet inn på samme måte som øvrige ØHD-enheter. I likhet med tidligere år har sykestuene registrert alle øyeblikkelig hjelp-innleggelser. NPR samlet inn faktiske antall liggedøgn ved sykestuene, mens for 2018 og 2019 har vi estimert antall liggedøgn for sykestuene, tilsvarende øvrige ØHD enheter. Data for sykestuene inngår ikke i alle tabellene/figurene. Det skyldes at ikke alle opplysningene har inngått i data fra NPR. For å få mest mulig sammenlignbare tall over år, har vi valgt å ekskludere sykestuene i de gjeldende tabellene/figurene også for 2018 og 2019. I figur-/tabelloverskriftene står det oppgitt om sykestuene er inkludert eller ikke.

Rapporteringsskjemaet gir aggregert kommunefordelt informasjon om *kjønn, alder, innleggelser og liggedøgn*. I tillegg gir det informasjon om *innleggelsesdiagnose, innleggelsestidspunkt, hvor pasienten er henvist fra, hvem pasienten er henvist av og hvor pasienten er skrevet ut til* per rapporteringsenhet. I 2020 ble det totalt registrert 592 innleggelser av pasienter som ble innlagt ved et annet ØHD enn i sin egen

bostedskommune. Dette kan være pasienter som var på ferie eller lignende. Disse innleggelsene inngår ved det tilbudet de ble lagt inn ved. Unntaket er ved rateberegning, da er de ekskludert.

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. For enheter vi ikke har mottatt antall plasser for i 2019, har vi brukt det kommunen oppga i 2018.

Antall liggedøgn ble estimerte fra registrert oppholdstid. Innleggelser med oppholdstid mindre enn ett døgn er omregnet til 0,5 liggedøgn, og innleggelser med oppholdstid på mer enn fem døgn er regnet om til syv liggedøgn. Vi har fått tilbakemelding fra kommuner om at de har hatt inneliggende pasienter i langt flere enn syv dager, det kan derfor være at vi underestimerer antall liggedøgn.

Ved beregning av rater, både antall innleggelser og estimerte liggedøgn, er enheter som ikke har levert kommunefordelte tall ekskludert. Videre er også innleggelser av pasienter ved en annen ØHD-enhet enn den som er i tilknytning til eget bosted ekskludert. Dersom en kommune inngår i to samarbeid, er det beregnet total rate for denne kommunen. Dersom kommunen er oppgitt som vertskommune ved ett av samarbeidene, blir kommunen angitt som vertskommune i beregningene. Befolkningstall brukt i beregning av rater er hentet fra SSB, og er per 31.12.2019.

Beleggsprosent er beregnet ut fra oppgitt antall plasser og estimerte liggedøgn (estimerte liggedøgn/antall plasser \* 365). Ettersom det er knyttet usikkerhet til både antall plasser og estimerte liggedøgn, innebærer det at også beleggsprosenten kan være noe unøyaktig.



## 2. Bruk av øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene

### 2.1 Status for øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Først i dette avsnittet presenterer vi antall plasser, antall innleggelser og estimerte liggedøgn for regionene og landet samlet. Videre viser vi utvikling fra 2017 til 2019 i antall opphold og estimerte liggedøgn for de kommunene som har levert data for alle tre årene. På denne måten kan vi bedre sammenligne utviklingen i ØHD. For å undersøke om det kan være sammenheng mellom bruk av ØHD og øyeblikkelig hjelp-innleggelser i sykehus for eldre, har vi til slutt i avsnittet en figur som viser aktivitet i sykehus fordelt på aktivitet i ØHD for vertskommuner, samarbeidskommuner og totalt.

Tabell 1. Utvikling i antall plasser, innleggelser og liggedøgn, 2012/13-2019. Inklusive sykestuer i Finnmark

|                     |                         | 2012-13 | 2013-14 | 2014-15 | 2016   | 2017    | 2018    | 2019    | Prosent endring 2018-2019 |
|---------------------|-------------------------|---------|---------|---------|--------|---------|---------|---------|---------------------------|
| Antall plasser      | Sør-Øst                 | 181     | 269     | 318     | 357    | 367     | 369     | 367     | - 0,4                     |
|                     | Vest                    | 67      | 68      | 75      | 108    | 135     | 146     | 147     | 0,1                       |
|                     | Midt-Norge              | 47      | 67      | 77      | 68     | 108     | 106     | 102     | - 4,0                     |
|                     | Nord                    | 45      | 55      | 63      | 82     | 90      | 102     | 120     | 17,2                      |
|                     | Totalt                  | 340     | 458     | 533     | 615    | 700     | 723     | 735     | 1,7                       |
| Antall innleggelser | Sør-Øst                 | 1 738   | 8 659   | 13 308  | 20 115 | 19 237  | 20 843  | 20 695  | - 0,7                     |
|                     | Vest                    | 926     | 3 288   | 3 442   | 5 645  | 8 109   | 8 446   | 7 522   | - 10,9                    |
|                     | Midt-Norge              | 938     | 2 202   | 2 704   | 4 043  | 4 616   | 5 412   | 4 730   | - 12,6                    |
|                     | Nord ekskl. sykestuer   | 816     | 1 638   | 2 876   | 2 527  | 2 699   | 2 984   | 3 682   | 23,4                      |
|                     | Nord sykestuer          | 2 167   | 7 569   | 2 343   | 2 557  | 2 523   | 2 687   | 3 455   | 28,6                      |
|                     | Totalt ekskl. sykestuer | 4 418   | 14 887  | 22 330  | 32 330 | 34 661  | 37 685  | 36 629  | - 2,8                     |
|                     | Totalt inkl. sykestuer  | 6 585   | 22 456  | 24 673  | 34 887 | 37 184  | 40 372  | 40 084  | - 0,7                     |
| Estimerte liggedøgn | Sør-Øst                 | 4 769   | 22 726  | 35 395  | 50 491 | 55 149  | 56 255  | 57 406  | 2,0                       |
|                     | Vest                    | 1 877   | 5 717   | 9 117   | 14 039 | 19 592  | 22 355  | 20 931  | - 6,4                     |
|                     | Midt-Norge              | 2 333   | 6 415   | 7 874   | 11 554 | 13 598  | 14 326  | 12 554  | - 12,4                    |
|                     | Nord ekskl. sykestuer   | 1 089   | 3 827   | 5 660   | 6 996  | 8 258   | 9 448   | 9 795   | 3,7                       |
|                     | Nord sykestuer          | 5 990   | 3 675   | 9 416   | 8 018  | 7 542   | 5 910   | 7 604   | 28,7                      |
|                     | Totalt ekskl. sykestuer | 10 068  | 38 684  | 58 046  | 83 079 | 96 596  | 102 328 | 100 685 | - 1,7                     |
|                     | Totalt inkl. sykestuer  | 16 058  | 42 359  | 67 462  | 91 097 | 104 138 | 108 293 | 108 289 | - 0,0                     |

Tabell 1 viser alle rapporterte plasser, opphold og estimerte liggedøgn for årene fra 2012-13 til 2019. Dette innebærer at utvalget for de ulike årene varierer, og påvirker endringene mellom år. I 2019 ble det registrert totalt 735 plasser i ØHD, en liten økning fra 2018. Det var imidlertid flere enheter som rapporterte data i 2019 enn i 2018. I 2019 ble det totalt rapportert 40 084 opphold i ØHD, en svak nedgang fra året før. Estimerte liggedøgn var tilnærmet uendret fra 2018 til 2019.

Tabell 2 viser antall og rater (per 1 000 innbyggere) for opphold og estimerte liggedøgn for det samme utvalget for årene 2017, 2018 og 2019. Det var 310 kommuner som leverte både antall opphold og oppholdstid for alle tre årene. Det er ikke tatt hensyn til ev. skifte i samarbeid og status som vertskommune eller samarbeidskommune. For 2019 ble det rapportert 2 232 færre opphold enn i 2018, men 1 497 flere opphold enn 2017. Også antall opphold korrigert for befolkningsvekst var noe høyere i 2019 enn i 2017. Det var 3 850 flere estimerte liggedøgn i 2019 enn i 2017. Siste år var det en vekst på 502 døgn. Det var imidlertid en svak nedgang i estimerte liggedøgn korrigert for befolkningsvekst fra 2018 til 2019. Nedgangen i antall opphold fra 2018 til 2019 og den svake økningen i estimerte liggedøgn fra 2018 til 2019, innebærer at oppholdene i gjennomsnitt var lengre i 2019 enn i 2018. Gjennomsnittlig liggetid økte fra 2,7 liggedøgn i 2018 til 2,9 liggedøgn i 2019. Det er imidlertid viktig å huske at estimerte liggedøgn kun er et estimat, og at resultatet kunne ha sett annerledes dersom vi hadde tilgang til faktiske antall liggedøgn.

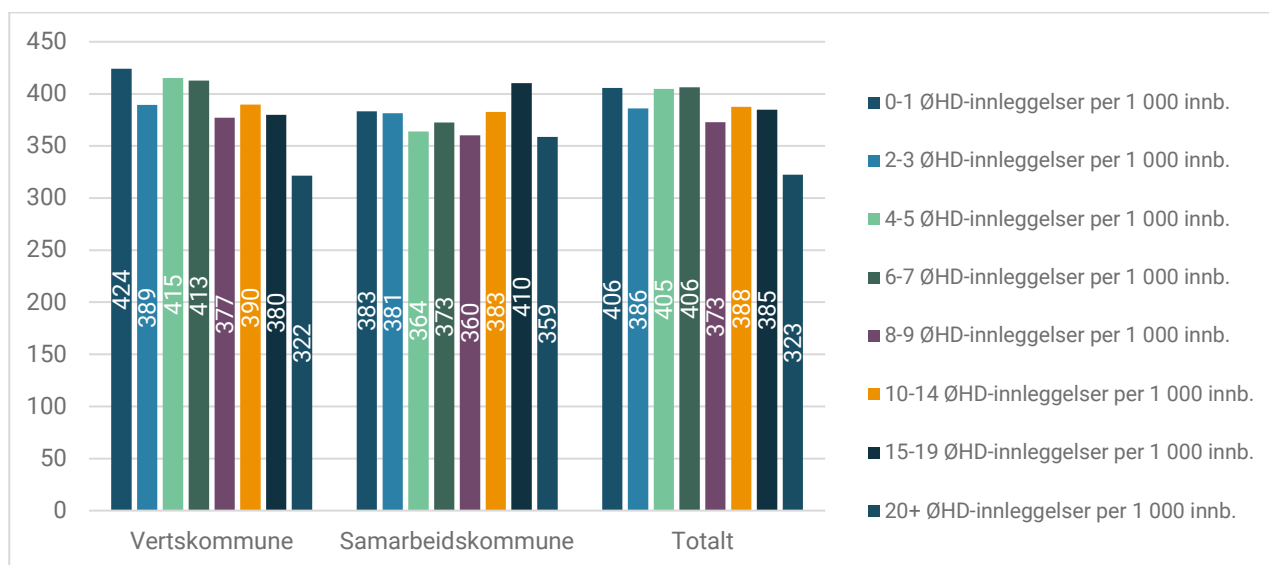
Tabell 2. Antall opphold og estimerte liggedøgn for kommuner som har levert data alle årene i perioden 2017 til 2019. Eksklusive sykestuer i Finnmark

|        |            | N   | Opphold |        |        | Estimerte liggedøgn |        |        |
|--------|------------|-----|---------|--------|--------|---------------------|--------|--------|
|        |            |     | 2017    | 2018   | 2019   | 2017                | 2018   | 2019   |
| Antall | Sør-Øst    | 129 | 16 905  | 19 108 | 18 340 | 51 146              | 50 325 | 51 856 |
|        | Vest       | 74  | 7 784   | 8 089  | 7 181  | 18 863              | 21 461 | 20 191 |
|        | Midt-Norge | 62  | 4 072   | 4 700  | 3 920  | 11 773              | 12 088 | 12 140 |
|        | Nord       | 45  | 2 300   | 2 793  | 3 117  | 7 559               | 8 816  | 9 005  |
|        | Total      | 310 | 31 061  | 34 690 | 32 558 | 89 341              | 92 690 | 93 191 |
| Rater  | Sør-Øst    | 129 | 6,7     | 7,5    | 7,1    | 20,2                | 19,9   | 20,1   |
|        | Vest       | 74  | 7,4     | 7,7    | 6,8    | 18,0                | 20,4   | 19,1   |
|        | Midt-Norge | 62  | 6,7     | 7,8    | 6,4    | 19,3                | 20,1   | 19,7   |
|        | Nord       | 45  | 7,0     | 8,5    | 9,5    | 23,2                | 26,9   | 27,5   |
|        | Total      | 310 | 6,9     | 7,7    | 7,1    | 19,8                | 20,6   | 20,3   |

Ett av hovedformålene for ØHD er å hindre innleggelser i sykehus ved tilfeller der kommunene selv kan ta ansvar for pasienten. Forskningsrådets evaluering av Samhandlingsreformen viste at ved enkelte enheter, samt ved enkelte kroniske tilstander, kan ØHD bidra til å forhindre innleggelser i sykehus. Effekten var størst for pasienter over 80 år og ved medisinske enheter. Vi har derfor i Figur 1 tatt ut medisinske øyeblikkelig hjelp-innleggelser i 2019 for pasienter i alderen 80 år og eldre. Figuren viser antall innleggelser i sykehus per 1 000 innbyggere for vertskommuner, samarbeidskommuner og totalt fordelt etter nivå (per 1 000 innbyggere) for ØHD. Antall innleggelser i ØHD er fortsatt lav sett i sammenheng med innleggelser i sykehus, så effekten ØHD vil ha på antall innleggelser i sykehus er begrenset. Figuren viser at både vertskommuner og samarbeidskommuner med høyest bruk (20 eller flere innleggelser per

1 000 innbyggere) av ØHD, hadde færrest antall innleggelse i sykehus per innbygger. For vertskommunene hadde kommuner med flere enn 8 innleggelse i ØHD per 1 000 innbyggere, færre innleggelse i sykehus enn kommuner med færre innleggelse per innbygger i ØHD. For samarbeidskommunene hadde kommuner med mellom 15 og 19 innleggelse per 1 000 innbyggere ved ØHD, høyest antall innleggelse i sykehus per innbygger. Korrelasjonen mellom vertskommunene sin bruk av øyeblikkelig hjelp døgntilbud og medisinske øyeblikkelig hjelp-innleggelse var negativ (-0,2) og signifikant. Dette betyr at kommuner som hadde høy bruk av det ene tilbudet hadde lav bruk av det andre. For samarbeidskommunen var korrelasjonen tilnærmet null og ikke signifikant. Det er viktig å presisere at korrelasjon ikke kan si noe om årsakssammenheng. Det kan for eksempel være at kommuner som har høyere bruk av ØHD i stor grad er de samme kommunene som har en høyere dekning av sykehjems plasser og andre kommunale tjenester, og som derfor har lavere rate for innleggelse i sykehus.

Figur 1. Medisinske øhjelps-innleggelse i sykehus for pasienter 80 år og eldre per 1 000 innbyggere etter bruk av ØHD, 2019. Eksklusive sykestuer i Finnmark



## 2.2 Organisering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Organisering av ØHD i kommunene er påvirket av demografi, geografi, kommunenes behov og hvilke tjenester som allerede er etablert. Kommunene står relativt fritt til å velge organisasjonsform, blant annet for lokasjon av tilbudet og om de skal samarbeide med andre kommuner eller ikke.

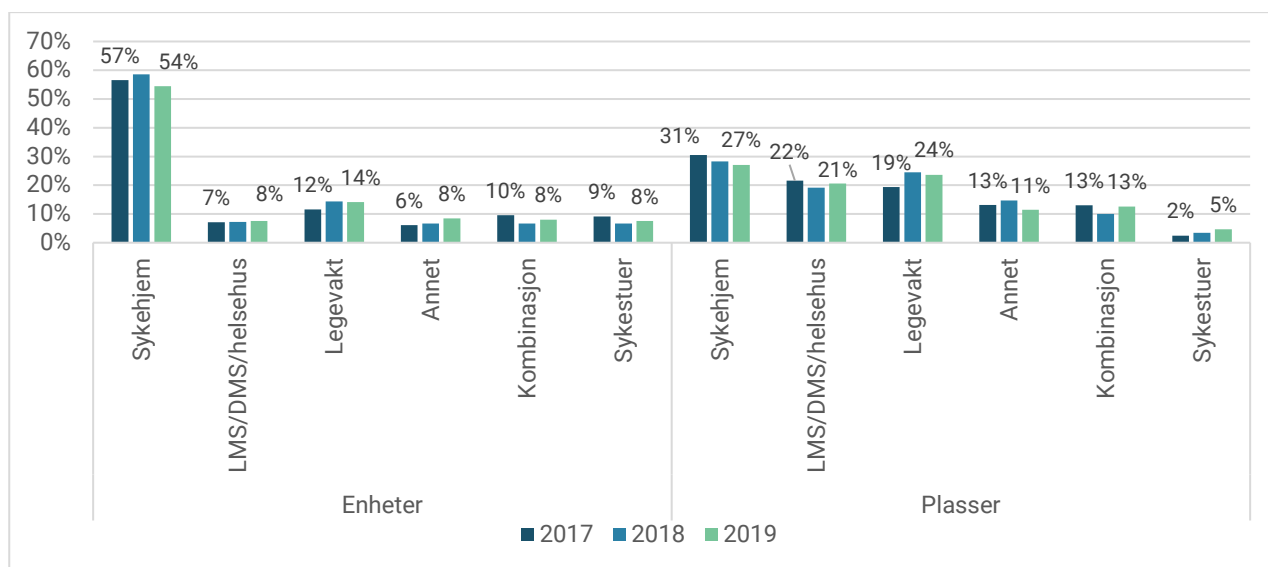
Folketall og reiseavstand til sykehus har betydning for om kommunene inngår i et ØHD-samarbeid eller ikke. Kommuner med en større befolkning inngår sjeldnere i et samarbeid enn mindre befolkningsrike kommuner. Videre er kommuner med lengre avstand til sykehus, sjeldnere med i samarbeid enn kommuner med kortere avstand til sykehus.<sup>1</sup> I 2019 oppga 134 kommuner at de ikke inngikk i samarbeid med andre kommuner. Det betyr at omtrent 67 prosent av kommunene inngikk i samarbeid i 2019. I 2018 var andelen 69 prosent. Samarbeidene mellom kommunene varierer i størrelsen fra to til 12 deltakende

<sup>1</sup> Tjerbo, Trond og Marianne Sundlisæter Skinner (2016). Interkommunalt samarbeid om døgntilbud kommunale akuttstenger og legevakt. Tar helsekommunen form? i Tidsskrift for omsorgsforskning Nr. 2. 2016.

kommuner. Merk at noen av disse kommunene inngår i et samarbeid når det gjelder somatikk, men ikke for plasser som er knyttet til psykisk helse og rus. For 2019 gjaldt det 13 kommuner.

Figur 2 viser andel enheter og andel plasser mellom ulike lokasjoner for ØHD for rapporteringsårene 2017, 2018 og 2019. I 2019 var fortsatt de fleste ØHD-ene lagt til sykehjem, og det var også sykehjem som til sammen hadde høyest andel plasser. Kommuner der ØHD er lokalisert til sykehjem har ofte få plasser. Kommuner som har enheten lagt til lokalmedisinsk senter(LMS)/distriktmedisinsk (DMS)/Helsehus o.l. er større enheter med flere plasser. Noe av endringene i tabellen må tilskrives at antall enheter som har rapportert varierer fra år til år.

Figur 2. Andel enheter og andel plasser for ØHD fordelt etter lokalisering, 2017-2019. Inklusive sykestuer i Finnmark



### 2.3 Henvisninger til og fra ØHD og tidspunkt for innleggelse

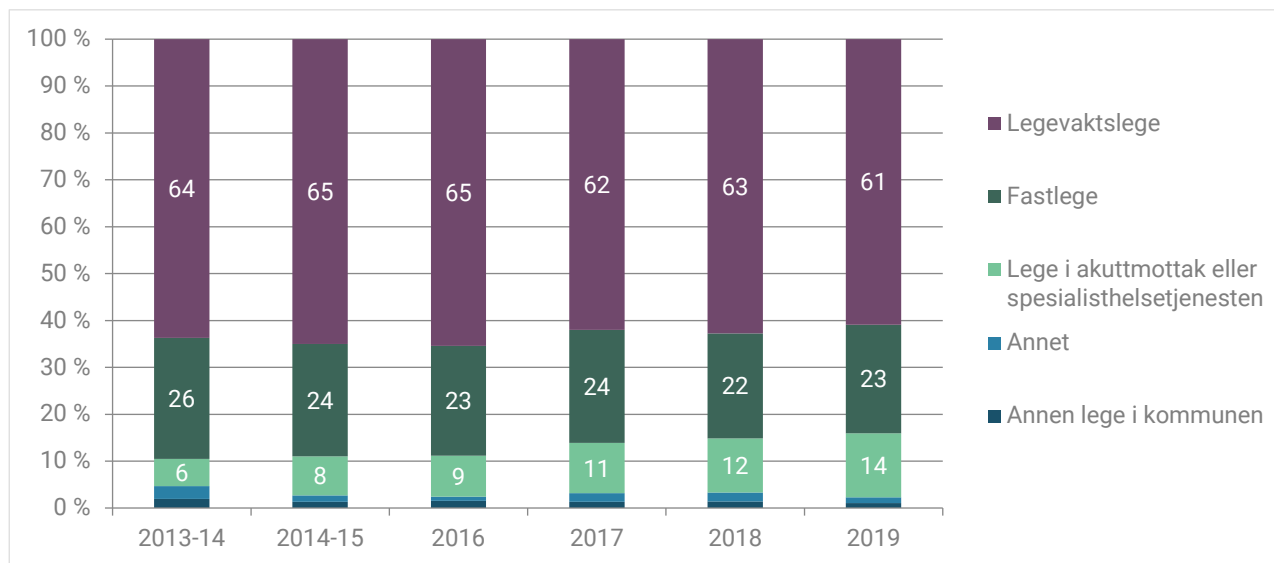
I dette avsnittet viser vi hvem som har henvist til ØHD, hvor pasienten kom fra, hvor pasienten ble utskrevet til og tidspunkt for innleggelse. For å bli innlagt ved en ØHD-enhet, er det nødvendig med henvisning eller innleggelseskriv fra lege. Det har blitt trukket fram at legenes manglende tiltro og/eller kjennskap til ØHD-enhetene har betydning for bruken av ØHD-tilbudet.<sup>23</sup>

Figur 3 viser oversikt over hvem som har henvist til ØHD for årene 2013-2014 til 2019. Siden oppstarten av ØHD har det ikke vært noen store endringer i hvem som har henvist pasienter til tilbudet. Omtrent 2/3 av henvisningene kom fra legevaktslege alle år. I 2019 var det en liten økning i andel henvisning fra lege i akuttmottak eller spesialisthelsetjenesten. I 2019 fikk vi informasjon om hvem som henviste til ØHD for 33 492 innleggelser.

<sup>22</sup> Deloitte (2014). Undersøkelse om bruken av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene. Oppdrag fra Helsedirektoratete oktober 2014.

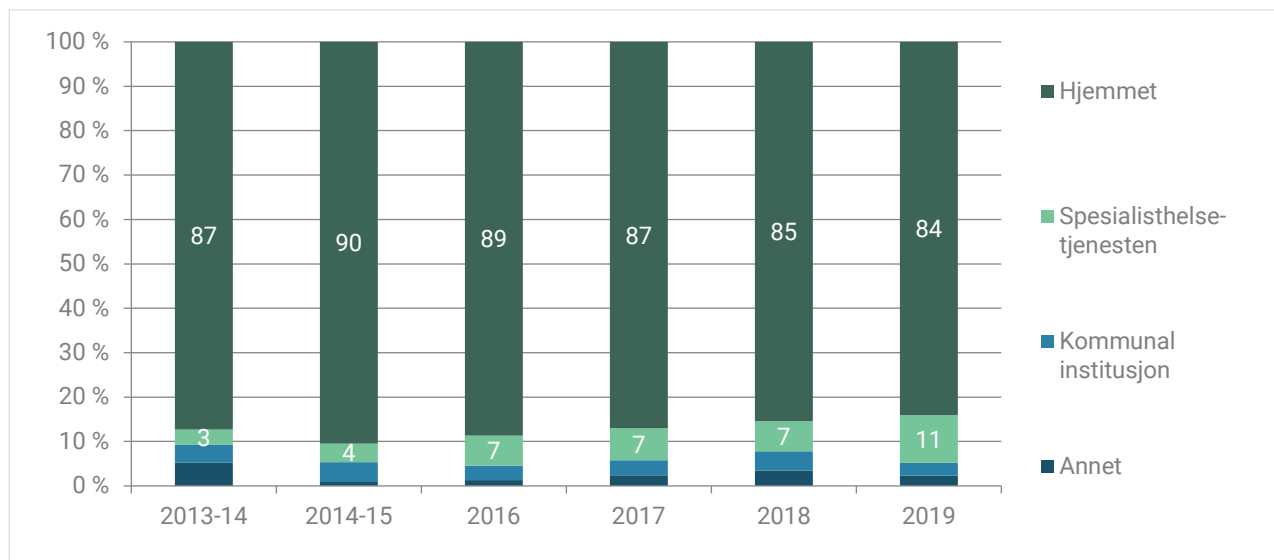
<sup>3</sup> Skinner, Marianne Sundlisæter (2015). Skeptiske leger og tomme senger? Senter for omsorgsforskning, øst.

Figur 3. Oversikt over henvisende instans til ØHD, 2013/14-2019. Eksklusive sykestuer i Finnmark



Figur 4 viser hvor pasienten kom fra da han/hun ble lagt inn ved ØHD. I 2019 kom de fleste, i likhet med tidligere år, fra eget hjem. Det har gradvis vært en vekst i antall som ble innlagt ved ØHD etter å ha vært innom spesialisthelsetjenesten, med en særlig vekst fra 2018 til 2019. Dette kan delvis skyldes at pasienter som har vært gjennom det som kalles diagnostisk sløyfe<sup>4</sup> inngår i kategorien spesialisthelsetjenesten. For 2019 har vi informasjon om hvor pasienten kom fra av 32 054 innleggelses.

Figur 4. Oversikt over hvor pasienten kom fra, 2013/14-2019. Eksklusive sykestuer i Finnmark

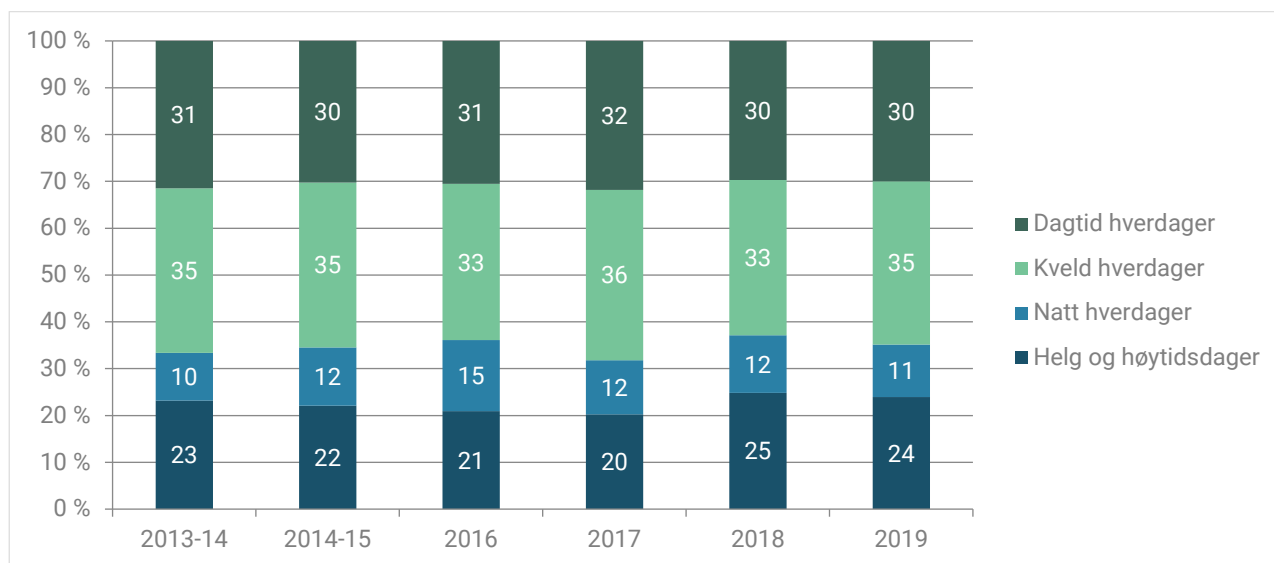


Figur 5 viser tidspunkt for innleggelse ved ØHD. For alle årene ble om lag 2/3 henvist til ØHD utenfor fastlegenes ordinære arbeidstid. I underkant av halvparten av innleggelsene skjedde ved hverdager kveld/natt, og om lag ¼ ble lagt inn ved helg og høytidsdager. Veksten i andel som ble innlagt ved helg og høytidsdager, kan skyldes bedret registrering de siste årene. Flere enheter oppga at de ikke hadde registrert innleggelses ved helg og høytidsdager i det hele tatt, eller at de ikke hadde registrert det godt

<sup>4</sup> I tilfeller hvor det er tvil om hvor det er riktig at pasienten henvises, kan pasienten bli sendt til akuttmottak eller annen sted i spesialisthelsetjenesten for å få en avklaring – det er dette som omtales som diagnostisk sløyfe.

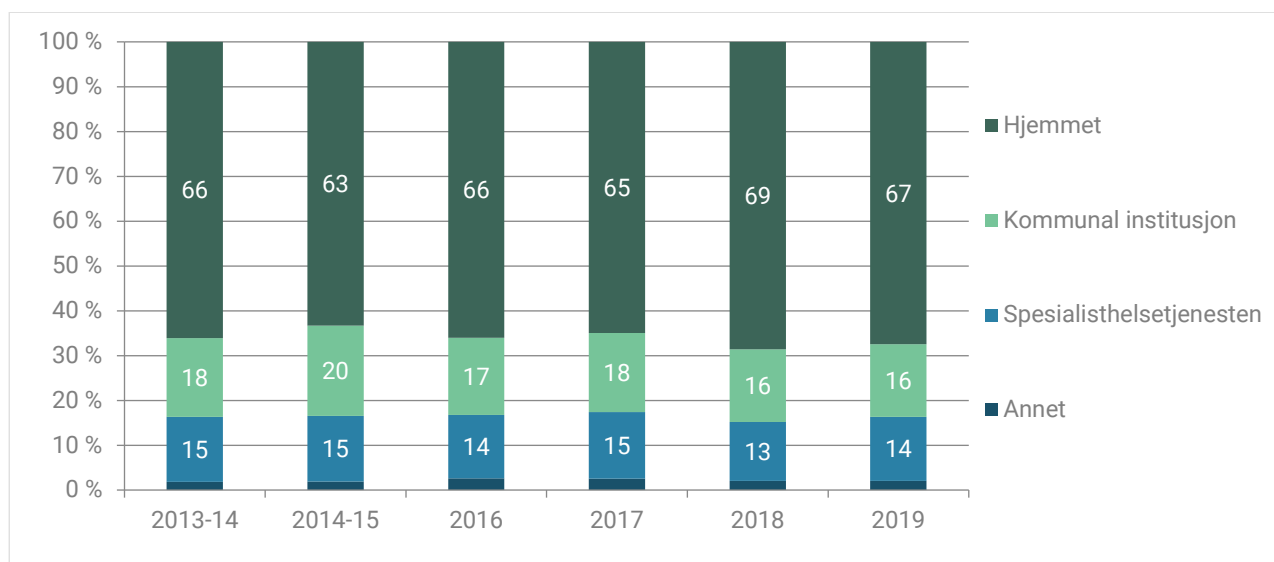
nok. Det kan også være noe ulik praksis i hva som defineres som helg og høytidsdager. For 2019 fikk vi informasjonen om innleggelsestidspunkt fra 33 949 innleggelser.

Figur 5. Tidspunkt for innleggelse ved ØHD, 2013/14-2019. Eksklusive sykestuer i Finnmark



Figur 4 viser at 84 prosent av pasientene kom fra eget hjem, mens Figur 6 viser at 67 prosent ble sendt tilbake til eget hjem etter innleggelse ved ØHD i 2019. Dette kan tyde på at en stor andel av pasientene som ble innlagt ved ØHD, ikke var innom spesialisthelsetjenesten, og at ØHD på den måten fungerer som tiltenkt. Fra 2018 til 2019 økte andelen som ble utskrevet til spesialisthelsetjenesten, og tilsvarende var det en nedgang i andel som ble utskrevet til hjemmet. Opplysninger om hvor pasienten ble skrevet ut til fikk vi for 33 241 innleggelser i 2019.

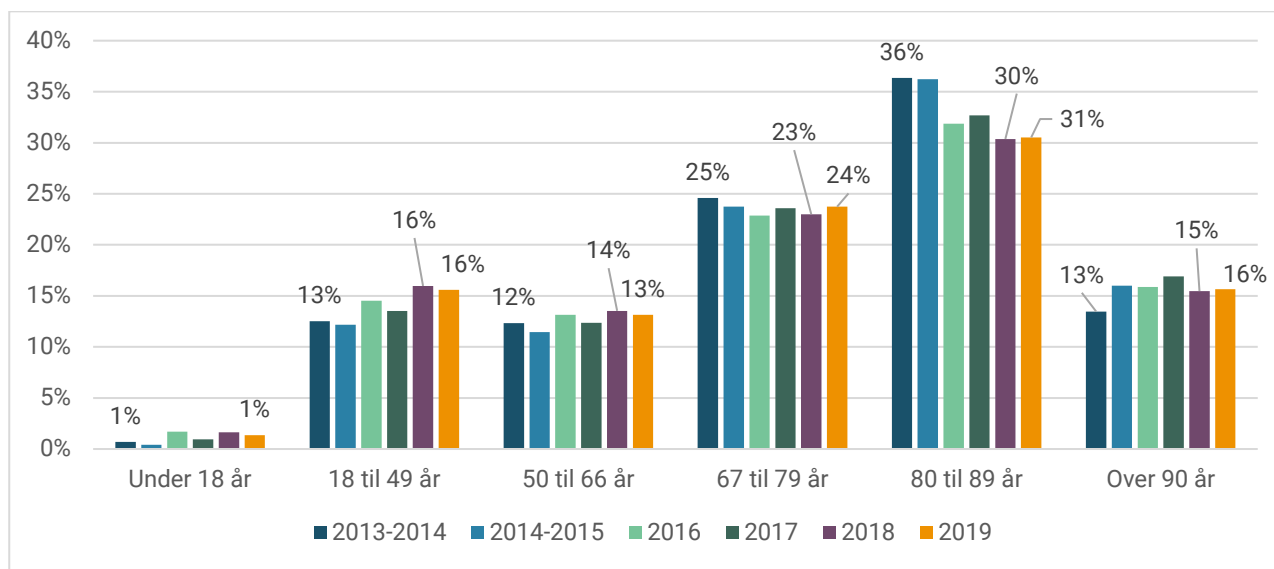
Figur 6. Oversikt over hvor pasienten ble skrevet ut til, 2013/14-2019. Eksklusive sykestuer i Finnmark



## 2.4 Aldersfordeling og årsak til innleggelse

I dette avsnittet viser vi aldersfordeling for pasienter som ble innlagt ved ØHD, samt årsak for innleggelse. Andel kvinner var i 2019 på 61 prosent, ett prosentpoeng lavere enn i 2018. Fra 2017 til 2018 økte andelen pasienter i aldersgruppen 18-66 år. Økningen var knyttet til at ØHD-tilbudet ble utvidet for pasienter med psykisk helse- og/eller rusproblematikk i 2017. Fra 2018 til 2019 holdt andelen for denne aldersgruppen seg stabil. Andelen pasienter over 66 år var i 2019 på 70 prosent, ett prosentpoeng høyere enn for 2018. For 2019 fikk vi informasjon om alder fra 33 995 pasienter og informasjon om kjønn fra 33 155 pasienter.

Figur 7. Aldersfordeling i andel av alle pasienter innlagt ved ØHD, 2013/14-2019. Inklusive sykestuer i Finnmark



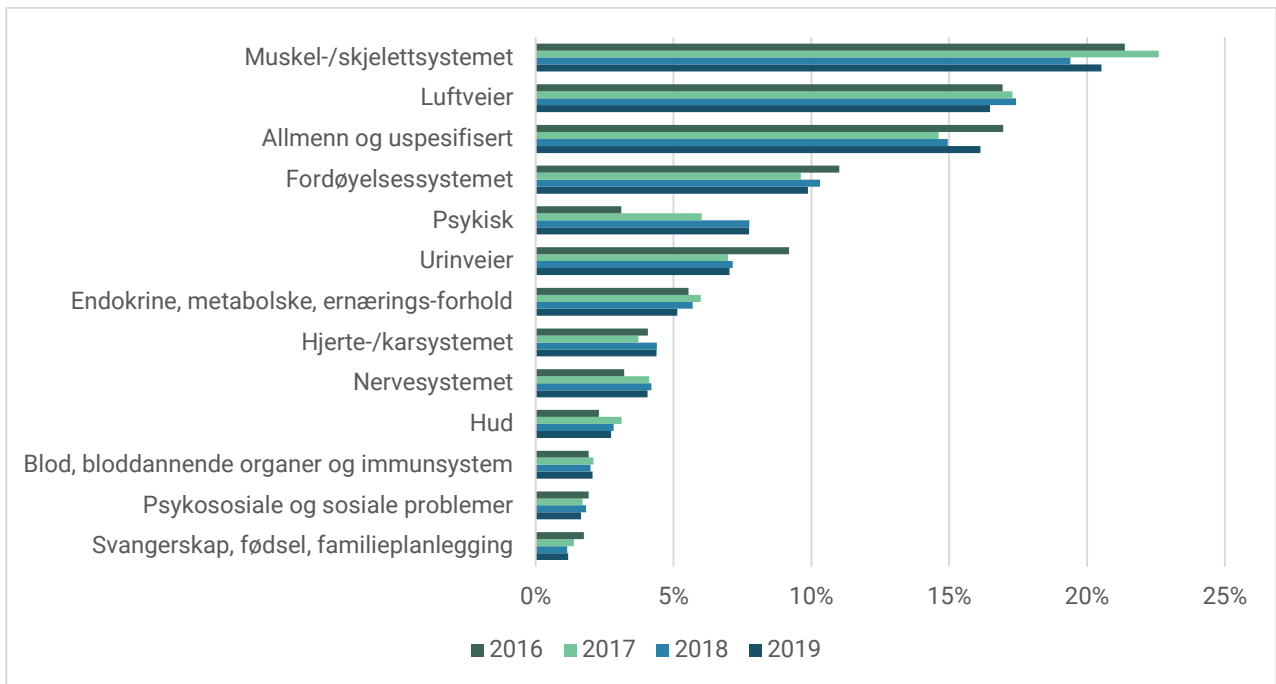
Figur 8 viser andel innleggelser etter innleggingsdiagnose. Gruppering av diagnoser er etter ICPC-2 kodeverk. Pasienter som er aktuelle for innleggelser ved ØHD vil ofte være de samme pasientene som er aktuelle for innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Hvorvidt kommunen har nok kompetanse og ressurser til å behandle den aktuelle tilstanden vil være avgjørende for om pasienten kan legges inn på en ØHD i stedet for i sykehus. I det første veiledningsmaterialet<sup>5</sup> til ØHD var det i hovedsak stabile pasienter med avklarte diagnoser som ble anbefalt inn i ØHD. Fra 2016 ble dette utvidet til også å gjelde stabile pasienter med uavklart diagnose, der pasienten trenger observasjon og utredning, men som ikke oppfattes som alvorlig syke.<sup>6</sup> 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.

I likhet med tidligere år var de tre største gruppene av innleggingsdiagnoser i 2019 *muskel-skjelettsystem, luftveier* og *allmenn og uspesifisert*. Disse tre gruppene utgjorde 53 prosent av innleggelsene med registrert innleggingsårsak. Fra 2016 til 2018 var det en vekst i andelen pasienter som blir innlagt for hovedkapitlet *P Psykisk*. Siste to år holdt andelen seg stabil på åtte prosent. *Sykdommer i øye, mannlige kjønnsorgan, kvinnelig kjønnsorgan* og *øret* utgjorde til sammen én prosent av årsakene til innleggelse. I 2019 ble årsak til innleggelse oppgitt for 33 322 innleggelser.

<sup>5</sup> Helsedirektoratet (2013). Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Veiledningsmatriell.

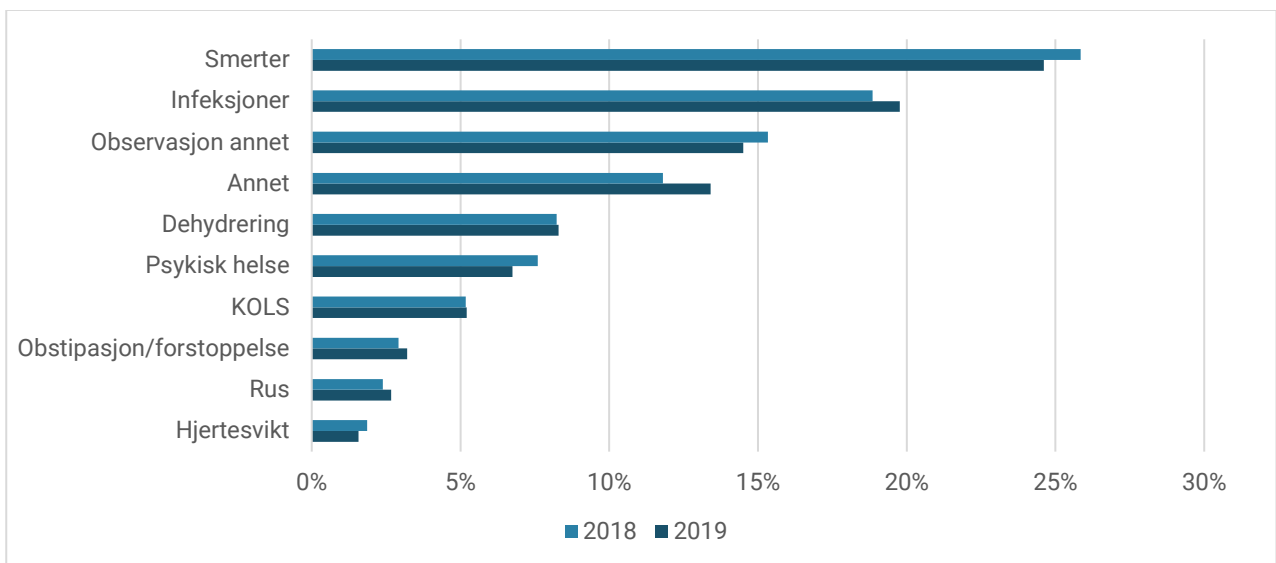
<sup>6</sup> Helsedirektoratet (2016). Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Veiledningsmatriell.

Figur 8. Årsak til innleggelse etter ICPC-2, 2016-2019. Eksklusive sykestuer i Finnmark



I tillegg til å oppgi innleggesårsak etter hovedkapitlene til ICPC-2, har kommunene mulighet til å oppgi særlig relevante årsaker, se Figur 9. Noen kommuner har oppgitt årsak til innleggelse både etter ICPC-2 og særlig relevante årsaker, mens andre kommuner har oppgitt en av delene. I likhet med for 2018 var *smerter, infeksjoner og observasjon annet* de hyppigste årsakene til innleggelser i 2019. Til sammen utgjorde disse tre gruppene i underkant av 2/3 av innleggelsene som var registrert med særlig relevant årsak. I 2019 fikk vi informasjon om særlige relevante årsaker for 11 892 innleggelser, det tilsvarer en andel på 30 prosent av alle rapporterte innleggelser.

Figur 9. Årsak til innleggelse etter særlig relevante årsaker, 2018-2019



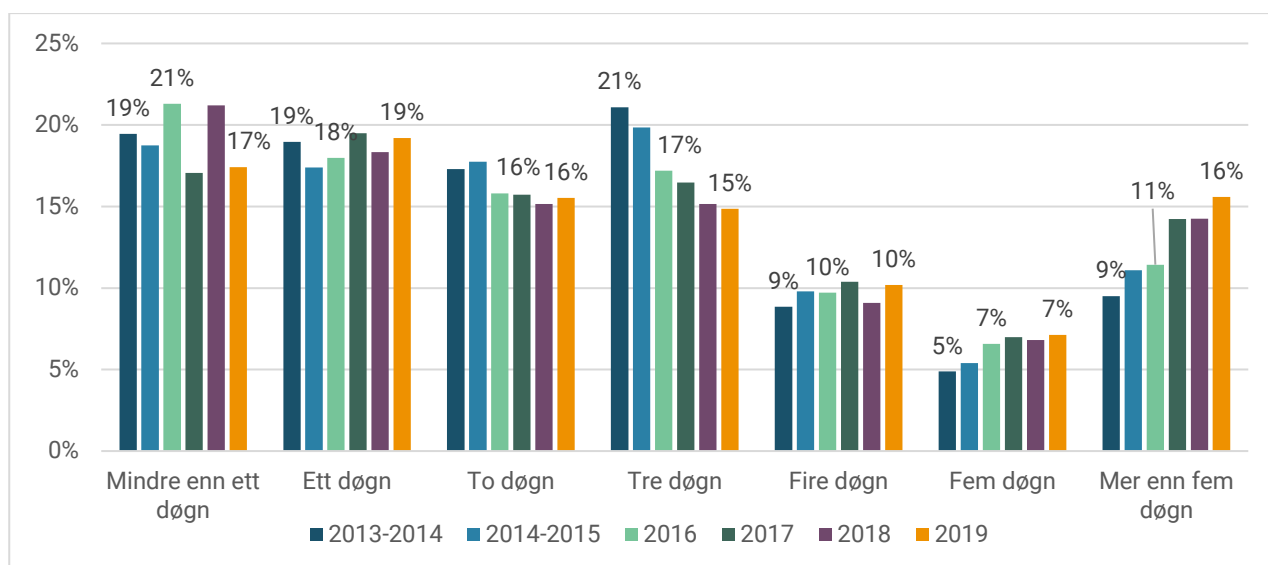


## 2.5 Antall innleggelser og liggedøgn

I det første veiledningsmaterialet til ØHD ble det oppgitt at opphold i ØHD burde avgrenses til 72 timer, dette ble det senere gått bort i fra. Nå sier retningslinjene at det er pasientens tilstand samt psykososiale forhold rundt pasienten som skal avgjøre om pasienten er klar for utskrivning eller ikke. Figur 10 viser andel innleggelser etter liggetid.

Omtrent 2/3 av oppholdene hadde oppholdstid under fire døgn. Fra 2018 til 2019 var det en nedgang på fire prosentpoeng i andel innleggelser med oppholdstid mindre enn ett døgn. Andelen innleggelser med oppholdstid fire døgn eller mer, økte med fire prosentpoeng fra 2018 til 2019. I 2019 fikk vi informasjon om oppholdstid fra 37 062 innleggelser.

Figur 10. Liggetidsfordeling, 2013/14-2019. Inklusive sykestuer i Finnmark



Tabell 3 viser antall innleggelser og estimerte liggedøgn for vertskommuner, samarbeidskommuner og totalt. I 2019 var det totalt 7,7 innleggelser og 21 estimerte liggedøgn per 1 000 innbyggere i ØHD.<sup>7</sup> Antall innleggelser ble redusert med 0,5 innleggelser per 1 000 innbyggere fra 2018 til 2019. Det var store forskjeller mellom kommunene i antall innleggelser per innbygger, fra ingen innleggelser på det laveste nivået til 145 innleggelser per 1 000 innbyggere på det høyeste. Antall estimerte liggedøgn holdt samme nivå de to siste år. Vertskommuner hadde i gjennomsnitt flere innleggelser og flere estimerte liggedøgn per 1 000 innbyggere enn samarbeidskommuner.

Regionen Nord hadde i 2019 høyest rate for innleggelser og estimerte liggedøgn, både for vertskommuner og samarbeidskommuner. Dette gjelder også når tall fra sykestuer er ekskludert. Når sykestuene er inkludert, øker antallet innleggelser og estimerte liggedøgn betraktelig. Sykestuene i Nord har, i likhet med tidligere år, høyest rate både for innleggelser og estimerte liggedøgn. I dataene for sykestuer inngår alle øyeblikkelig hjelps-innleggelser og ikke bare innleggelser ved ØHD.

<sup>7</sup> Enheter som ikke har levert innleggelser eller oppholdstid fordelt per kommune, er ekskludert. Det samme gjelder innleggelser og oppholdstid av tilreisende.

Tabell 3. Innleggelser og estimerte liggedøgn per 1 000 innbyggere etter region, kommunestørrelse, oppstartsår og lokalisering, 2019. Inklusive sykestuer i Finnmark

|                      |                         | Innleggelser |               |                    | Estimerte liggedøgn |               |                    |
|----------------------|-------------------------|--------------|---------------|--------------------|---------------------|---------------|--------------------|
|                      |                         | Totalt       | Verts-kommune | Samarbeids-kommune | Totalt              | Verts-kommune | Samarbeids-kommune |
| Region               | Sør-Øst                 | 7,1          | 7,5           | 5,9                | 20                  | 21            | 17                 |
|                      | Vest                    | 6,8          | 6,8           | 7,2                | 19                  | 20            | 15                 |
|                      | Midt-Norge              | 6,5          | 6,8           | 5,7                | 17                  | 19            | 11                 |
|                      | Nord ekskl. sykestue    | 8,7          | 8,9           | 7,5                | 25                  | 26            | 20                 |
|                      | Nord inkl. sykestuer    | 14,9         | 15,9          | 7,5                | 41                  | 44            | 20                 |
| Kommunestørrelse     | 0-1 999 innb.           | 15,3         | 30,7          | 6,2                | 33                  | 65            | 14                 |
|                      | 2 000-4 999 innb.       | 13,1         | 22,4          | 7,1                | 31                  | 54            | 16                 |
|                      | 5 000-9 999 innb.       | 8,7          | 11,9          | 6,1                | 22                  | 30            | 14                 |
|                      | 10 000-19 999 innb.     | 7,6          | 8,8           | 5,7                | 21                  | 23            | 15                 |
|                      | 20 000-49 999 innb.     | 6,6          | 6,7           | 5,9                | 20                  | 20            | 21                 |
|                      | 50 000-99 999 innb.     | 7,8          | 7,8           | -                  | 21                  | 21            | -                  |
|                      | 100 000 innb.+          | 6,2          | 6,2           | -                  | 18                  | 18            | -                  |
| Oppstartsår          | Sykestue                | 57,7         | 57,7          | -                  | 127                 | 127           | -                  |
|                      | 2013 eller tidligere    | 7,6          | 7,8           | 6,8                | 21                  | 22            | 17                 |
|                      | 2014                    | 6,2          | 6,8           | 4,8                | 21                  | 22            | 18                 |
|                      | 2015                    | 7,0          | 7,4           | 4,4                | 21                  | 23            | 7                  |
|                      | 2016                    | 6,2          | 6,0           | 7,3                | 16                  | 16            | 16                 |
|                      | 2017                    | 7,6          | 8,2           | 6,1                | 6                   | 8             | -                  |
|                      | 2018 eller 2019         | 7,6          | 8,2           | 6,1                | 18                  | 18            | 19                 |
| Størrelse på enheten | Mindre enn 3            | 9,3          | 10,0          | 4,0                | 25                  | 27            | 7                  |
|                      | 3-5 plasser             | 7,7          | 8,1           | 6,7                | 20                  | 22            | 15                 |
|                      | 6-9 plasser             | 8,7          | 9,5           | 7,1                | 25                  | 28            | 19                 |
|                      | 10-14 plasser           | 8,4          | 9,5           | 6,5                | 20                  | 22            | 16                 |
|                      | 15 plasser +            | 6,1          | 6,3           | 4,9                | 19                  | 19            | 20                 |
| Lokalisering         | Sykehjem                | 6,9          | 7,3           | 3,7                | 21                  | 22            | 13                 |
|                      | Legevakt                | 6,5          | 6,5           | 6,2                | 15                  | 16            | 13                 |
|                      | LMS/DMS/helsehus o.l.   | 7,2          | 7,6           | 6,3                | 22                  | 25            | 17                 |
|                      | Annet                   | 6,4          | 6,3           | 6,7                | 20                  | 19            | 23                 |
|                      | Kombinasjon             | 9,7          | 10,0          | 8,0                | 21                  | 23            | 9                  |
|                      | Totalt ekskl. sykestuer | 7,1          | 7,4           | 6,2                | 20                  | 21            | 16                 |
|                      | Totalt inkl. sykestuer  | 7,7          | 8,1           | 6,2                | 21                  | 22            | 16                 |

Vertskommunene i regionene Vest og Midt Norge hadde omtrent likt nivå av innleggelser per innbygger i 2019, mens samarbeidskommunene i region Midt-Norge hadde lavere rate sammenlignet med region Vest. De minst folkerike kommunene hadde høyere rate, både for innleggelser og estimerte innleggelser, enn de mer folkerike kommunen. For de to minst folkerike kommunegruppene bidrar sykestuekommunene til den relativt høye raten.

Av Tabell 3 går det fram at det vertskommuner med færrest antall plasser<sup>8</sup> har høyest rate, både for innleggelser og estimerte liggedøgn. For de største ØHD-enhetene (15 plasser eller mer) har vertskommuner relativt lav rate for innleggelser, men høyest rate for estimerte innleggelser. For antall innleggelser har vi fått informasjon fra 198 vertskommuner og 198 samarbeidskommuner. For estimerte liggedøgn fikk vi informasjon fra 192 vertskommuner og 182 samarbeidskommuner.

Tabell 4. Beleggsprosent etter region, oppstartsår, størrelse på enheten og lokalisering for 2019, samt beleggsprosent 2018. Data per rapporteringsenhet. Inklusive sykestuer i Finnmark

|                      |                         | Antall enheter | Sum plasser | Estimerte liggedøgn | Beleggsprosent | Beleggsprosent |
|----------------------|-------------------------|----------------|-------------|---------------------|----------------|----------------|
|                      |                         | 2019           | 2019        | 2019                | 2019           | 2018           |
| Region               | Sør-Øst                 | 68             | 348         | 57 355              | 45             | 44             |
|                      | Vest                    | 37             | 147         | 20 931              | 39             | 41             |
|                      | Midt-Norge              | 38             | 90          | 12 600              | 38             | 37             |
|                      | Nord ekskl. sykestue    | 37             | 79          | 9 735               | 34             | 33             |
|                      | Nord inkl. sykestuer    | 55             | 115         | 17 399              | 42             | 40             |
| Oppstartsår          | Sykestue                | 18             | 36          | 7 664               | 59             | 60             |
|                      | 2013 eller tidligere    | 78             | 379         | 62 427              | 45             | 44             |
|                      | 2014                    | 22             | 75          | 11 122              | 41             | 38             |
|                      | 2015                    | 34             | 73          | 9 098               | 34             | 36             |
|                      | 2016                    | 30             | 108         | 13 346              | 34             | 39             |
|                      | 2017                    | 9              | 11          | 774                 | 19             | 34             |
|                      | 2018 eller 2019         | 4              | 17          | 2 360               | 38             | -              |
| Størrelse på enheten | Mindre enn 3            | 128            | 174         | 21 451              | 34             | 33             |
|                      | 3-5 plasser             | 41             | 158         | 22 967              | 40             | 38             |
|                      | 6-9 plasser             | 11             | 78          | 13 133              | 46             | 48             |
|                      | 10-14 plasser           | 9              | 107         | 17 711              | 45             | 43             |
|                      | 15 plasser +            | 6              | 182         | 31 485              | 47             | 49             |
| Lokalisering         | Sykehjem                | 108            | 189         | 23 197              | 34             | 34             |
|                      | Legevakt                | 16             | 150         | 22 880              | 42             | 42             |
|                      | LMS/DMS/helsehus o.l.   | 29             | 170         | 27 862              | 45             | 44             |
|                      | Annet                   | 12             | 76          | 12 668              | 46             | 51             |
|                      | Kombinasjon             | 15             | 80          | 13 204              | 45             | 42             |
|                      | Totalt ekskl. sykestuer | 180            | 664         | 100 620             | 42             | 41             |
|                      | Totalt inkl. sykestuer  | 198            | 699         | 108 284             | 42             | 42             |

Tabell 4 viser beleggsprosent både for 2018 og 2019 etter region, oppstartsår, størrelsen på enheten (antall plasser) og lokalisering. Våre beregninger av beleggsprosent har åpenbare svakheter, da det er basert på estimert antall liggedøgn. Vi antar at beleggsprosenten er noe høyere enn det som blir angitt i tabellen. For 2019 var den totale beleggsprosenten inklusive sykestuer på 42 prosent, det er det samme som i 2018. I 2019 var det flere enheter som rapporterte, og til sammen var det flere estimerte liggedøgn

<sup>8</sup> Antall plasser er ikke korrigeret for befolkning.

og flere totalt antall plasser enn i 2018. Sykestuene har, som tidligere år, en høyere beleggsprosent (60 prosent) enn det som er gjennomsnittet for de andre kommunene (42 prosent).

# 3. Bruk av ØHD innen psykisk helsevern og rus

Fra 1.1.2017 ble kommunenes plikt til ØHD utvidet til å gjelde for pasienter med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Kommunenes ansvar er å tilby hjelp når det antas at hjelpen kommunen kan gi er både nødvendig og forsvarlig.<sup>9</sup>

Innføring av øyeblikkelig hjelp døgntilbud for psykisk helse og rus skal bidra til å styrke det samlede tilbudet i kommunene. Gode kommunale tilbud, egnede boliger og oppsøkende og teambaserte tjenester kan forhindre innleggelse i spesialisthelsetjenesten for disse pasientgruppene. Pasienter som er aktuelle for å bli innlagt i dette tilbudet, er pasienter som har lette eller moderate psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer, ofte i kombinasjon med somatisk sykdom/plager. Dette kan være pasienter med avklart tilstand eller kjent diagnose som får tilbakefall/forverring av psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblemer. I slike tilfeller kan en innleggelse bidra til å avhjelpe eller roe ned en vanskelig livssituasjon. Andre aktuelle pasienter er de som har behov for observasjon, behandling og oppfølging med omsorg, struktur og støtte. Eller pasienter som trenger hjelp til å ivareta egenomsorg, og til å opprettholde nære relasjoner. Når det gjelder pasienter med rusmiddelproblematikk, kan aktuelle pasienter være de som har behov for en innleggelse i et trygt miljø, for eksempel i påvente av oppstart av døgntilbud i tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelse (TSB). Det kan også være pasienter som gjennomgår kortvarig og ukomplisert avrusning, og som har behov for tilgang til medisinsk faglig kompetanse<sup>10</sup>.

## **3.1 Status for øyeblikkelig hjelp døgntilbud innen psykisk helse og rus**

Helsedirektoratet har gitt SINTEF<sup>11</sup> et årlig oppdrag for å kartlegge kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Fra 2017 ble det inkludert spørsmål om ØHD for pasienter med psykiske helse- og/eller rusmiddelproblematikk. I denne kartleggingen oppga 33 prosent av kommunene at de ikke hadde etablert ØHD for denne pasientgruppen i 2017. I 2018 ble andelen redusert til 17 prosent, og i 2019 var andelen åtte prosent.

Kartleggingen fra 2019 viste at 39 prosent av kommunene har etablert tilbudet i en interkommunal ØHD-enhet, mens 21 prosent hadde etablert tilbudet i egen kommune, da i forbindelse med legevakt, sykehjem og/eller bofellesskap. Ytterligere syv prosent oppga at de hadde valgt en annen løsning. Videre oppga 80 prosent av kommunene at de hadde integrert tilbudet i det eksisterende tilbudet for somatikk, en nedgang på tre prosentpoeng fra året før.

---

<sup>9</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven §3-5.

<sup>10</sup> Helsedirektoratet (2016). Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Veiledningsmaterieill.

<sup>11</sup> SINTEF (2019). Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2019: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene. IS-24/8.

I SINTEF sin undersøkelse fra 2019 svarer 12 prosent av kommunene at plassene ble benyttet i stor eller svært stor grad, mens 29 prosent oppga at tilbudet ble benyttet i noen grad. Videre svarte halvparten av kommunene at plassene for ØHD psykisk helsevern og rus ble benyttet i liten eller svært liten grad. Det var særlig de mindre folkerike kommunene som oppga at plassene ble lite brukt.

For Helsedirektoratet sin innsamling av bruk av ØHD innen psykisk helsevern og rus er det mange kommuner som har rapportert tall samlet for somatiske pasienter og pasienter som ble innlagt med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer. Det innebærer at antall innleggelser i ØHD for psykisk helse og rus var høyere enn det som blir presentert her. Vi har fått tilbakemelding fra enkelte rapporteringsenheter at det, særlig innen psykiske helsevern og rus, har betydning om det rapporteres på innleggesdiagnose eller diagnose ved utskrivning. Det foreligger mer informasjon om bakgrunnen for pasientens behov for øyeblikkelig hjelp ved utskrivelse. Pasienter kan bli innlagt med somatiske plager, mens den egentlige årsaken skyldes psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer. Følgelig kan antall innleggelser relatert til psykisk helsevern og rus være flere dersom diagnose ved utskrivelse legges til grunn.

Mange kommuner har samlokalisert tilbudet for somatiske pasienter og pasienter innen psykisk helsevern og rus, og bruker plassene fleksibelt og etter behov. Vi har derfor ingen oversikt over eksakt antall plasser som benyttes til disse pasientene. Det vi kan si, er at av de 735 plassene vi har mottatt rapportering for i 2019, var 77 plasser reservert særskilt for pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer Dette er 13 plasser flere enn det som ble registrert i 2018.

Tabell 5 viser oversikt over innleggelser og estimerte liggedøgn i ØHD for pasienter med psykiske helse- og/eller rusmiddelproblemer fra 2017 til 2019. Tabellen viser også antall kommuner som har registrert minst én innleggelser eller minst ett liggedøgn i samme periode. I 2019 hadde 235 kommuner minst én innleggelser i ØHD psykisk helse og rus, en økning på 23 kommuner fra 2018. Det ble rapportert 3 133 innleggelser i 2019, en svak økning fra 2018. Veksten i antall innleggelser fra 2018 til 2019 kom i region Nord, mens det var en nedgang for de andre regionene. I gjennomsnitt ble det rapportert omtrent 13 innleggelser per kommune i ØHD psykiske helsevern og rus for kommuner som registrerte minst én innleggelse, en nedgang på om lag to innleggelser i gjennomsnitt fra 2018.

Tabell 5. Antall rapporterte innleggelser og estimerte liggedøgn fordelt på region for ØHD psykisk helsevern og rus, 2017-2019

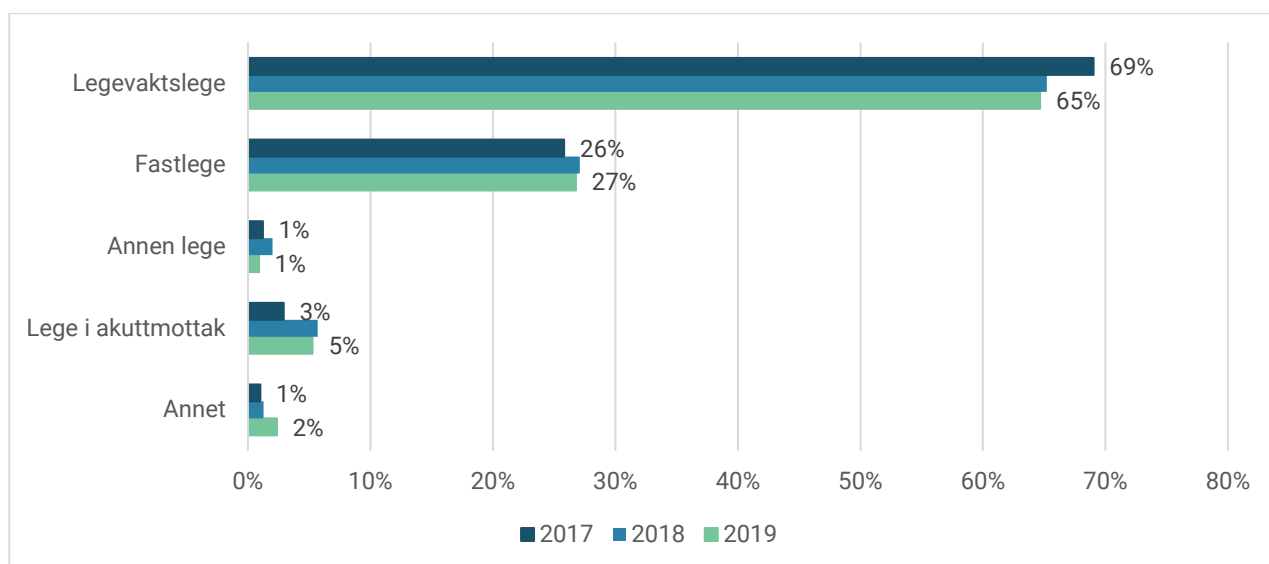
|                   | Innleggelser |       |       | Estimerte liggedøgn |       |       |
|-------------------|--------------|-------|-------|---------------------|-------|-------|
|                   | 2017         | 2018  | 2019  | 2017                | 2018  | 2019  |
| <b>Sør-Øst</b>    | 580          | 1 649 | 1 552 | 1 065               | 2 737 | 2 020 |
| <b>Vest</b>       | 702          | 797   | 697   | 1 353               | 1 545 | 1 442 |
| <b>Midt-Norge</b> | 145          | 197   | 162   | 422                 | 657   | 467   |
| <b>Nord</b>       | 181          | 270   | 444   | 470                 | 633   | 874   |
| <b>Sykestuer</b>  | 261          | 198   | 278   | 585                 | 424   | 505   |
| <b>Totalt</b>     | 1 869        | 3 111 | 3 133 | 3 895               | 5 996 | 5 307 |
| <b>N</b>          | 196          | 212   | 235   | 166                 | 187   | 182   |

Det var noen færre kommuner som leverte informasjon om hvor lang oppholdstid brukerne har enn for antallet innleggelses. Vi har estimert antall liggedøgn til 5 307 dager på bakgrunn av informasjon fra 2 167 rapporterte innleggelses med oppholdstid. Det er 689 færre estimerte liggedøgn enn i 2018, men det var også 500 færre rapporterte innleggelses med oppholdstid. I gjennomsnitt var det 29 liggedøgn per kommune, en nedgang på tre døgn i gjennomsnitt fra 2018.

### 3.2 Henvist av, kommer fra og utskrevet til

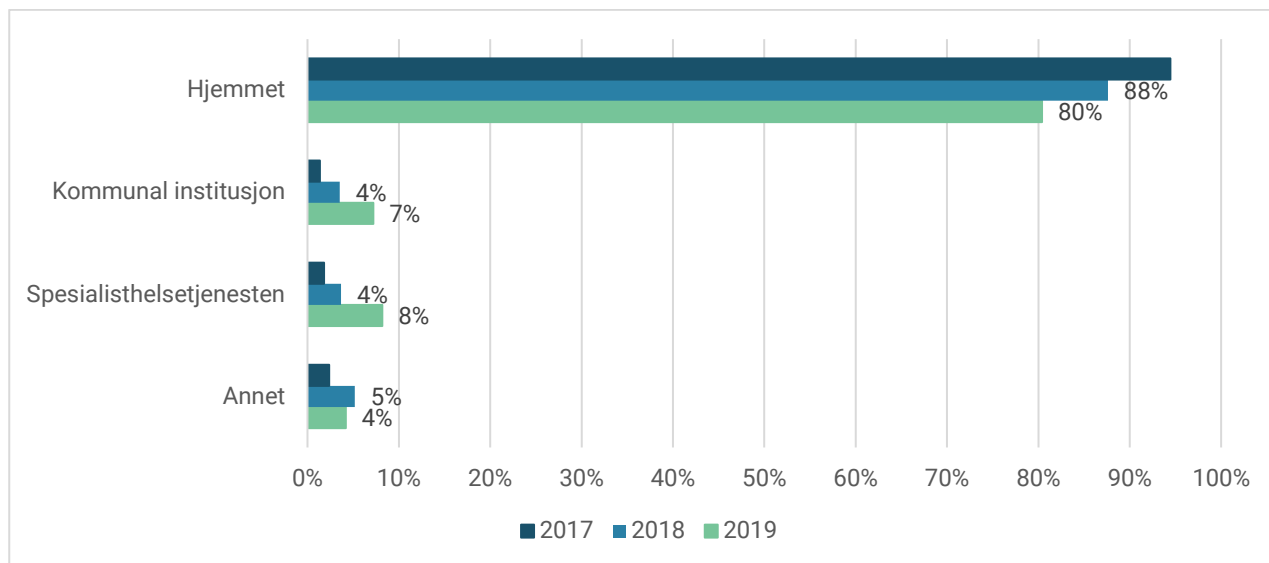
I 2019 ble 65 prosent henvist til ØHD psykisk helse og rus av legevakslege (Figur 11). Videre ble 27 prosent henvist av fastlege. Fordelingen av hvem som henviste til ØHD var relativ lik i 2018 og 2019. Sammenlignet med ØHD totalt (Figur 3), var det særlig andelen som ble henvist av lege i akuttmottak som var lavere for pasienter innen ØHD psykisk helse og rus enn for ØHD totalt. Andelen som ble henvist av legevakslege og fastlege var derimot noe høyere. Vi mottok informasjon om hvem som henviste til ØHD for 2 327 innleggelses (eksklusive sykestuer) i 2019, det er omlagt 400 flere enn i 2018.

Figur 11. Oversikt over hvem som har henvist til ØHD psykisk helse og rus, 2017-2019. Eksklusive sykestuer i Finnmark



Figur 12 viser oversikt over hvor pasienten kom fra til ØHD. I 2019 ble det rapportert at 80 prosent kom fra eget hjem, en nedgang på åtte prosentpoeng fra 2018. Videre kom åtte prosent fra spesialisthelsetjenesten, en økning på fire prosentpoeng fra året før. I tillegg var det også en vekst i andelen som kom fra kommunal institusjon, fra fire prosent i 2018 til syv prosent i 2019. For 2019 fikk vi informasjon om hvor pasienten kom fra for 2 437 innleggelses, 511 flere enn i 2018.

Figur 12. Oversikt over hvor pasienten kom fra til ØHD, 2017-2019. Inklusive sykestuer i Finnmark



Tabell 6 viser når på døgnet pasientene ble innlagt ved ØHD. I 2019 ble i overkant av 1/3 innlagt ved kveld, en økning fra året før. Om lag en av fire ble lagt inn på dagtid, det samme nivået som året før. Den var en svak nedgang i antall innleggelser på natt, helg og høytidsdager fra 2018. For 2019 fikk vi informasjon om innleggelsestidspunkt for 2 096 innleggelser, 336 færre enn i 2018. Fordelingen av innleggelestidspunkt er omtrent likt for innleggelser innen ØHD psykisk helse og rus som for ØHD totalt (Figur 5).

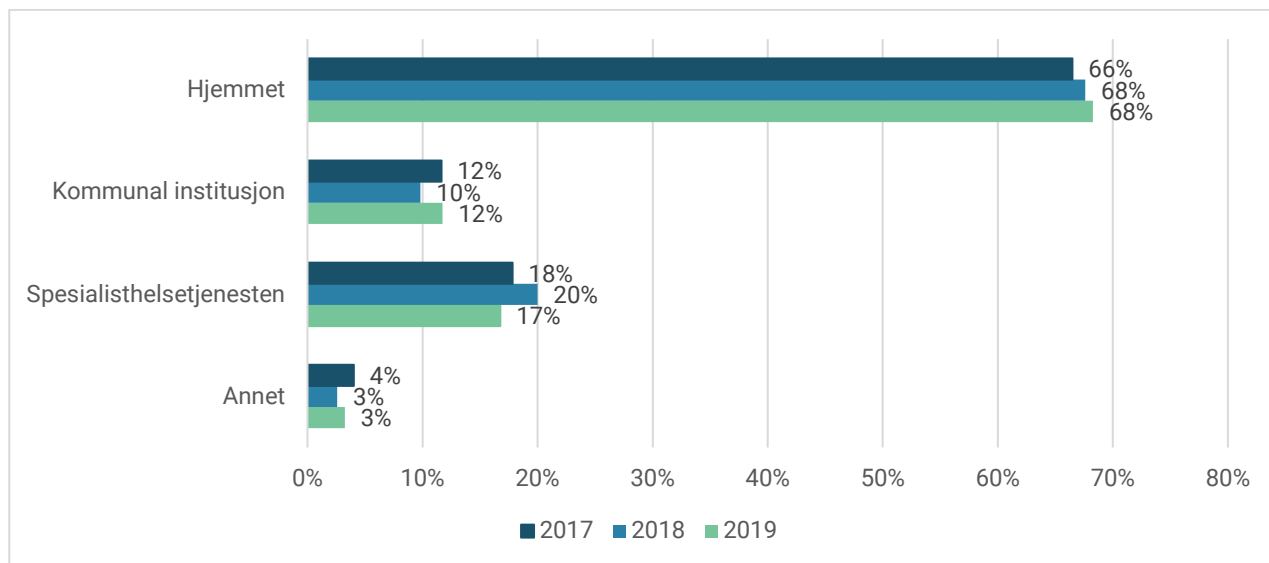
Tabell 6. Oversikt over innleggelsestidspunkt i ØHD psykisk helse og rus, 2017-2019

|                           | ØHD-rapportering, ekskl. sykestuer |      |      | Sykestuer |      |      |
|---------------------------|------------------------------------|------|------|-----------|------|------|
|                           | 2017                               | 2018 | 2019 | 2017      | 2018 | 2019 |
| <b>Dagtid (hverdager)</b> | 28 %                               | 26 % | 26 % | 19 %      | 31 % | 24 % |
| <b>Kveld (hverdager)</b>  | 30 %                               | 30 % | 35 % | 12 %      | 24 % | 36 % |
| <b>Natt (hverdager)</b>   | 15 %                               | 16 % | 12 % | 69 %      | 25 % | 15 % |
| <b>Helg og høytid</b>     | 27 %                               | 28 % | 26 % | -         | 20 % | 26 % |

Figur 13 viser hvor pasienten ble skrevet ut til etter en innleggelse ved ØHD. I overkant av 2/3 ble utskrevet til hjemmet. Det var en svak vekst (to prosentpoeng) i andelen som ble utskrevet til en kommunal institusjon fra 2018 til 2019, mens det var en svak nedgang (to prosentpoeng) i andelen som ble utskrevet til spesialisthelsetjenesten samme år. For 2019 fikk vi oppgitt opplysninger om hvor pasienten ble skrevet ut til for 1 683 innleggelser, det er 903 færre enn i 2018. Sammenlignet med ØHD totalt (Figur 6) ble en noe høyere andel av pasientene skrevet ut til spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende var det en lavere andel som ble utskrevet til kommunal institusjon.



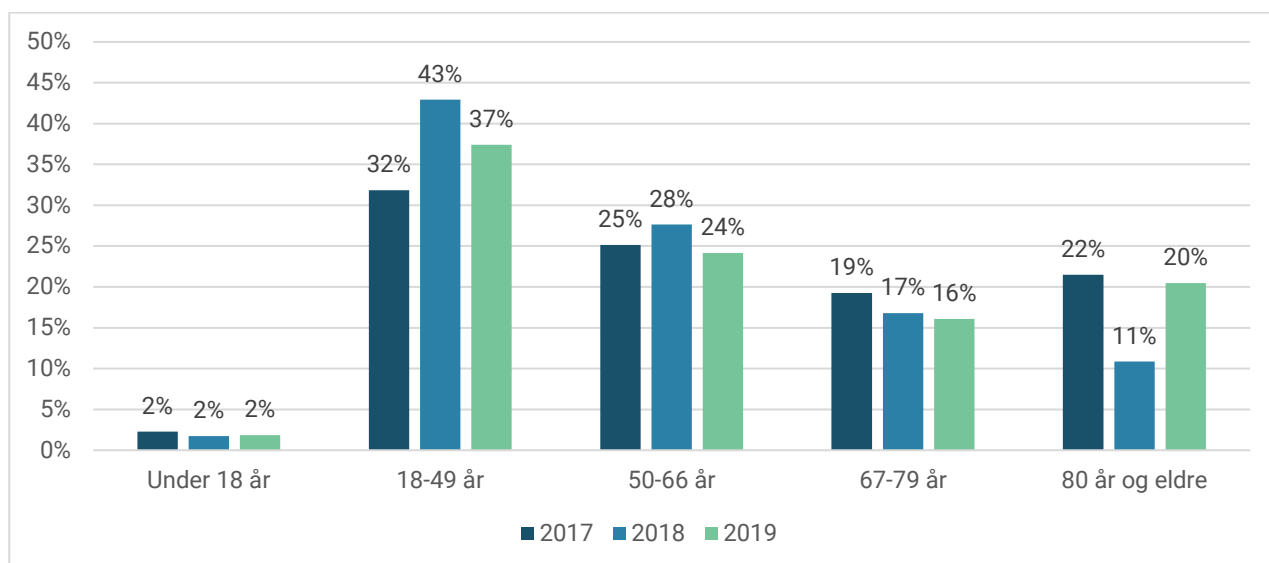
Figur 13. Oversikt over hvor pasienten ble skrevet ut til, 2017-2019. Inklusive sykestuer i Finnmark



### 3.3 Alder og liggetidsfordeling

Av pasienten i ØHD psykisk helse og rus var 54 prosent kvinner og 46 prosent menn i 2019, tilnærmet lik fordeling som i 2018. Figur 14 viser aldersfordelingen<sup>12</sup> for pasienter innlagt ved ØHD psykisk helse og rus. Fra 2018 til 2019 var det særlig nedgang i andelen pasienter i aldersgruppen fra 18 til 49 år, og vekst i aldersgruppen 80 år og eldre. I likhet med 2018, var det i 2019 flest pasienter i aldersgruppen 18 til 49 år. Andelen for denne aldersgruppen er betraktelig høyere for denne pasientgruppen enn for ØHD totalt (Figur 14). Også andelen for aldersgruppen 50 til 66 år var høyere. For de eldste pasientene (over 66 år) var andelen lavere enn for ØHD totalt. For ØHD psykisk helsevern og rus var andelen 66 år og yngre på 63 prosent, tilsvarende var den 30 prosent for ØHD totalt. For kjønn og alder fikk vi informasjon fra 2 183 innleggelser i 2019, det er 275 færre enn i 2018

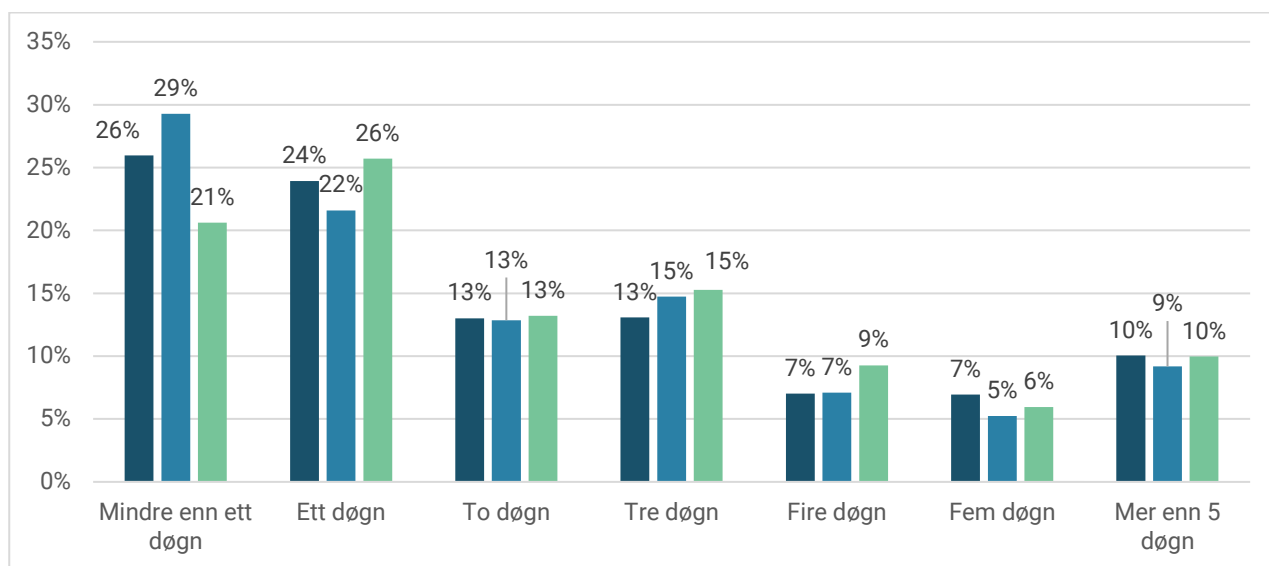
Figur 14. Pasienter etter aldersfordeling i ØHD psykisk helse og rus i andel, 2017-2019. Inklusive sykestuer i Finnmark



<sup>12</sup> Aldersgruppene 80-89 år og 90 år og eldre er slått sammen til 80 år og eldre på grunn av lavt antall pasienter i disse gruppene.

Figur 15 viser liggetidsfordelingen for ØHD psykisk helse og rus. Den største endringen fra 2018 til 2019, er en nedgang på 9 prosentpoeng for innleggelser med oppholdstid under ett døgn. Andelen innleggelser med oppholdstid på tre døgn holdt seg stabil fra 2018 til 2019. For de øvrige inndelingen var det en liten vekst i andel, med størst vekst for innleggelser med oppholdstid på ett døgn, som økte med fire prosentpoeng. Andelen opphold med oppholdstid på tre døgn eller mindre var i 2019 på 76 prosent, det er ett prosentpoeng lavere enn i 2018. I 2019 mottok vi informasjon om liggetidsfordeling fra 2 167 innleggelser, der er 500 færre enn i 2018. Sammenlignet med ØHD totalt (Figur 10) var det andelsmessig flere kort innleggelser (tre døgn eller mindre) for ØHD psykisk helse og rus, og det var særlig innleggelser med oppholdstid på ett døgn som hadde høyere andel enn for ØHD totalt.

Figur 15. Liggetidsfordeling for ØHD psykisk helse og rus. 2017-2019. Inklusive sykestuer i Finnmark





## Øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene

### Utgitt

Juni 2020

### Bestillingsnummer

IS-2941

### Forfatter

Silje M. Mortensen

### Utgitt av

Helsedirektoratet

Telefon: 47 47 20 20

(fra utlandet: +47 477 06 366)

### Oslo

Helsedirektoratet

### Postadresse

Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo

### Besøksadresse

Vitaminveien 4, 0483 Oslo

### Trondheim

Helsedirektoratet

avd. Helseregistre

avd. Komparativ statistikk og  
styringsinformasjon

### Postadresse

Postboks 6173, Torgarden

7435 Trondheim

### Besøksadresse

Holtermanns veg 70

7031 Trondheim

### Forsidefoto

© Wavebreakmedia/

Mostphotos (illustrasjonsbilde)

### Design

Itera as

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)