

Akuttinnleggelser av pasienter 75 år og eldre i sykehus

2015 – 2040

05. juni 2025

Innhold

Sammendrag.....	2
Introduksjon	3
Utvikling i perioden 2015 – 2024	4
Utvikling i antall akuttinnleggelser	4
Reinnleggelser	7
Antall liggedøgn pr. akuttinnleggelse	8
Forventet utvikling i antall akuttinnleggelser av eldre, 2024 – 2040	10
Kan sykehusene håndtere økningen i antall akuttinnleggelser?	12

Sammendrag

Antall akuttinnleggelser av eldre i sykehus økte med 25% fra 2015 til 2024. Økningen skyldes et økende antall eldre. Trenden forventes å fortsette i årene fremover. Det er viktig at sykehusene forbereder seg på å håndtere den forventede økningen i antall akuttinnleggelser av eldre.

Av:

Hanne Sigrun Byhring, SKDE

Årlig antall akutte innleggelser av eldre har økt fra om lag 140 000 i 2015 til 175 000 i 2024, en økning på 25%. Mesteparten av økningen skjedde i perioden etter 2020.

Forutsatt at dagens innleggespraksis videreføres vil økningen i antall eldre i årene fremover medføre en betydelig økning i antall akuttinnleggelser av eldre. Allerede i 2027 eller 2028 kan årlig antall akuttinnleggelser av pasienter 75 år og eldre passere 200 000. Dersom det ikke skjer endringer i praksis og organisering av tjenestene kan årlig antall akuttinnleggelser av eldre i 2040 ha passert 300 000. Det er viktig at både sykehus og kommuner forbereder seg på å håndtere den forventede økningen i behovet for akutt helsehjelp til alvorlig syke eldre.

En antakelse som ofte legges til grunn er at eldre i fremtiden vil ha flere friske leveår enn før. For den enkelte vil imidlertid behovet for helsehjelp mot livets slutt sannsynligvis ikke forsvinne med en friskere alderdom. Det vil kun forskyves fremover i tid. En friskere eldrebefolkning vil således kunne forsinke veksten i bruk av akuttinnleggelser. Dette kan gi sykehusene noe mer tid til å omstille seg.

Introduksjon

Akuttinnleggelser av eldre pasienter står for en vesentlig andel av ressursbruken i sykehusene. I 2024 utgjorde akuttinnleggelser av pasienter i alderen 75 år og eldre 31,5% av alle akuttinnleggelser i somatisk spesialisthelsetjeneste.

Eldrehelsetlas for Norge (Balteskard & m.fl., 2017) viste at tilstandene hjertesvikt, lungebetennelse, kols, hoftebrudd og hjerneslag til sammen utgjorde om lag 22% av alle innleggelser av eldre pasienter og at innlegglesraten for disse tilstandene varierte forholdsvis lite mellom opptaksområdene. Dette ble tolket som at disse innlegglesene var beheftet med lite faglig uenighet og i liten grad var påvirket av tilgjengelighet på sykehussenger. Videre ble det påpekt i atlasen, med bakgrunn i analyser av reinnleggelse og død innen 30 dager, at disse pasientgruppene representerte en utfordring både under behandling i sykehus, ved utskrivelse og for mottaksapparatet i kommunene.

Helsepersonellkommisjonen peker på at den demografiske utviklingen vil gi en økning i etterspørselen etter helsetjenester – og helsepersonell – samtidig som en fortsatt personellvekst i sektoren vil bli vanskelig (NOU, 2023:4). Kunnskap om de siste årenes utvikling i bruk av akuttinnleggelser av eldre og forventet utvikling i årene fremover kan derfor være nyttig for ledere både i sykehus og kommunale tjenester, i arbeidet med å finne løsninger på de utfordringene som helsepersonellkommisjonen beskriver.

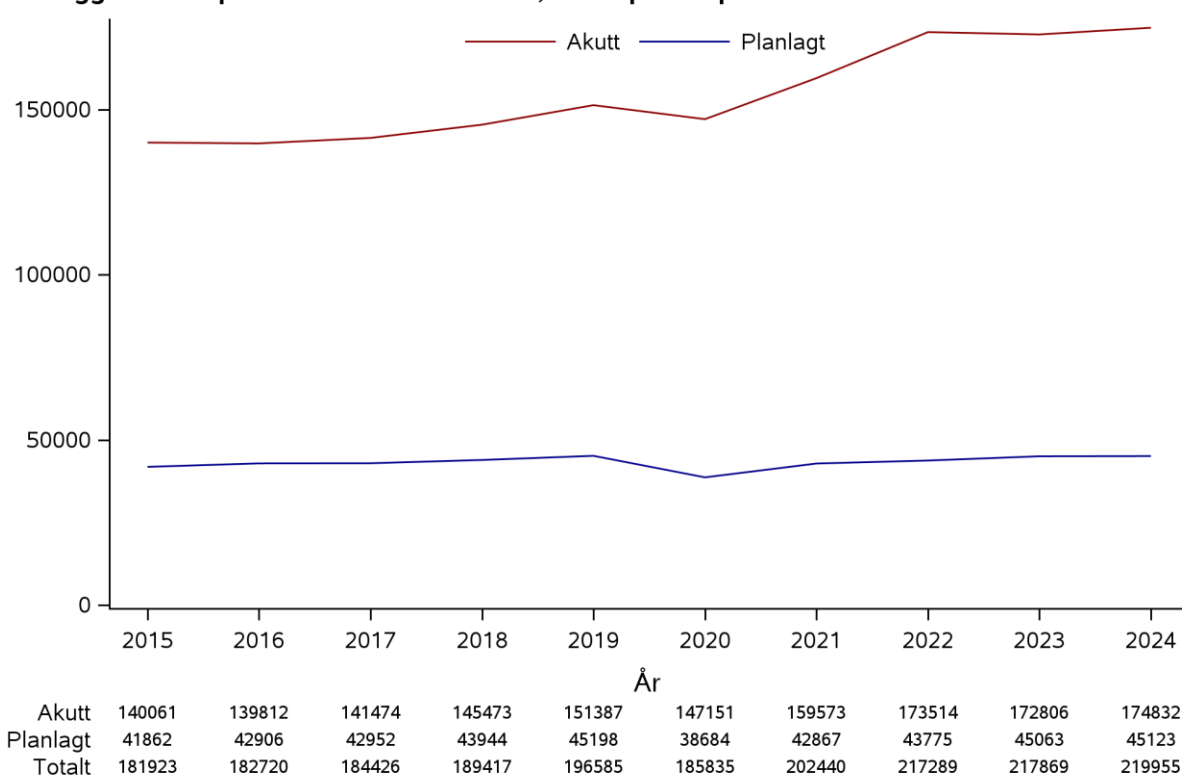
I dette notatet vil vi gi en oversikt over utviklingen i bruk av akuttinnleggelser av eldre, andel reinnleggelser og antall liggedøgn pr. opphold for perioden 2015 – 2024. Vi vil deretter vise et estimat på forventet utvikling i årene fremover, dersom en legger til grunn dagens innlegglespraksis og forventet demografisk utvikling.

Fremskrivningen viser en forventet utvikling under forutsetning av det ikke skjer endringer i praksis og organisering av tjenestene. Mange alvorlig syke eldre vil også i fremtiden ha behov for akutt hjelp på sykehus, mens andre antakeligvis kan ivaretas for eksempel på sykehjem eller i akutte døgnenheter. Uansett er det viktig at både sykehus og kommuner forbereder seg på å håndtere den forventede økningen i behovet for akutt helsehjelp til alvorlig syke eldre.

Utvikling i perioden 2015 – 2024

Utvikling i antall akuttinnleggelser

Innleggelser for pasienter 75 år eller eldre, antall pr. år i perioden 2015-2024



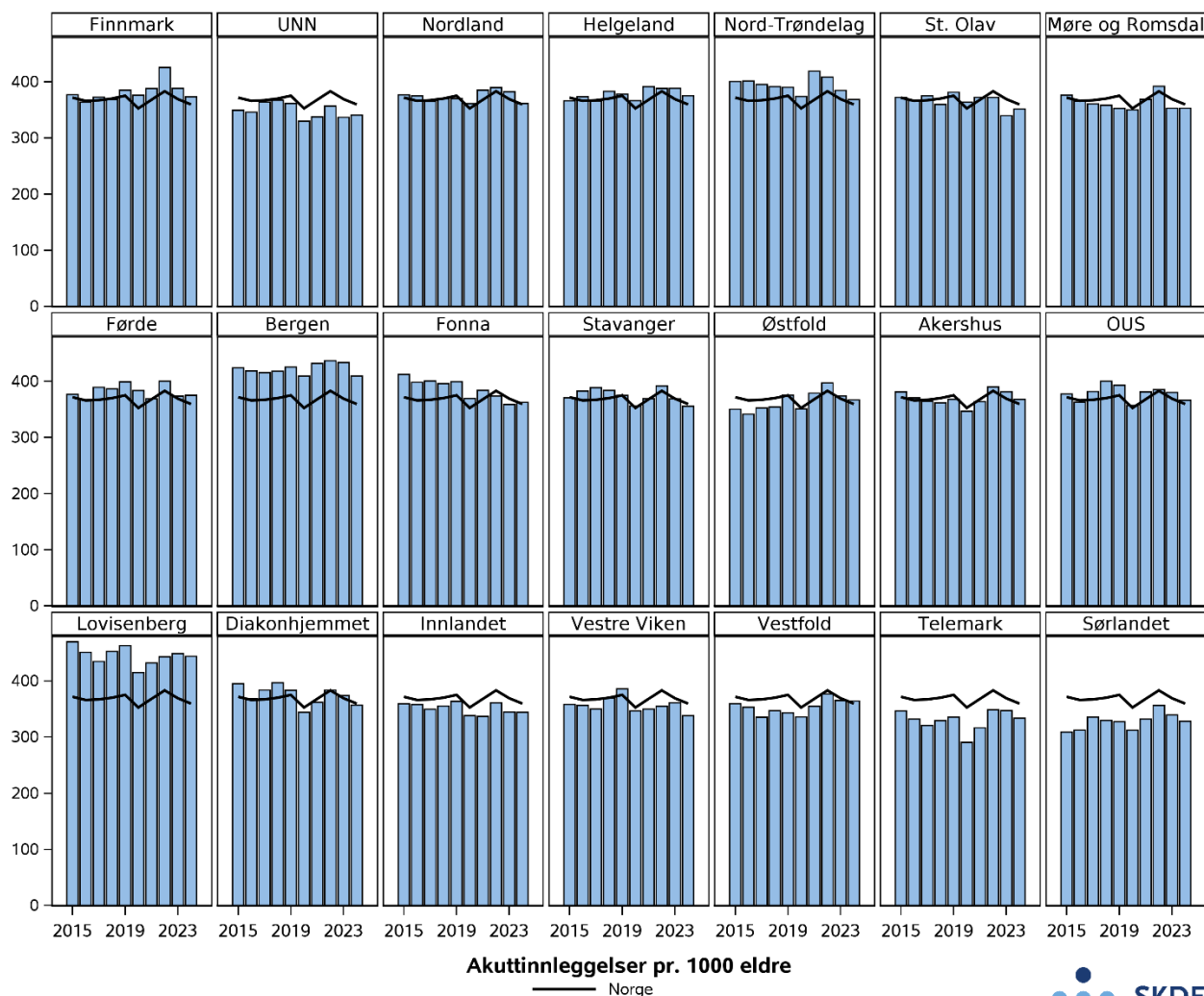
Kilde: NPR



Figur 1: Antall innleggelser for pasienter 75 år og eldre i perioden 2015 – 2024 fordelt på hastegrad (akutt eller planlagt).

Figur 1 viser årlig antall innleggelser for pasienter 75 år og eldre i perioden 2015 – 2024 fordelt på hastegrad (akutt eller planlagt). Årlig antall akutte innleggelser har økt fra om lag 140 000 i 2015 til 175 000 i 2024. Økningen startet allerede i perioden før 2019, bremsset opp i 2020 og fortsatte i perioden etter det første pandemiåret.

Årlig antall planlagte innleggelser har ligget stabilt på mellom 42 000 og 45 000 i hele perioden, med unntak av 2020 da antallet planlagte innleggelser var noe lavere.



Kilde: NPR/SSB



Figur 2: Antall akuttinnleggelser pr 1 000 innbyggere 75 år og eldre i perioden 2015 – 2024 fordelt på helseforetakenes opptaksområder.

Nasjonalt var akuttinnleggesratesen stabil på om lag 370 akuttinnleggelser pr. 1000 eldre gjennom hele perioden, med unntak av 2020 og 2022¹ (se figur 2). Det betyr at økningen i antall akuttinnleggelser skyldes et økende antall eldre i aldersgruppen 75 år og eldre.

Den geografiske variasjonen i akuttinnleggesratesen for eldre har vært stabil og ganske beskjeden i hele perioden. Opptaksområdene Bergen og Lovisenberg skiller seg ut med markant høyere rater enn landsgjennomsnittet gjennom hele perioden. Opptaksområdene Telemark og Sørlandet har gjennom hele perioden rater som ligger tydelig lavere enn landsgjennomsnittet. Stabiliteten i den geografiske variasjonen kan tyde på at de forskjellene vi ser mellom opptaksområder enten skyldes forskjeller i sykkelighet eller stabile strukturelle faktorer f.eks. knyttet til

¹ Folkehelseinstituttet fant en betydelig overdødelighet i 2022, og covid-19 assosierte dødsfall sto for en stor andel av overdødeligheten (Knutsen & m.fl., 2022). Antall akuttinnleggelser av eldre var også særlig høyt dette året, noe som antakeligvis har sammenheng med den høye dødeligheten.

kapasitet i sykehusene eller funksjonsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester.

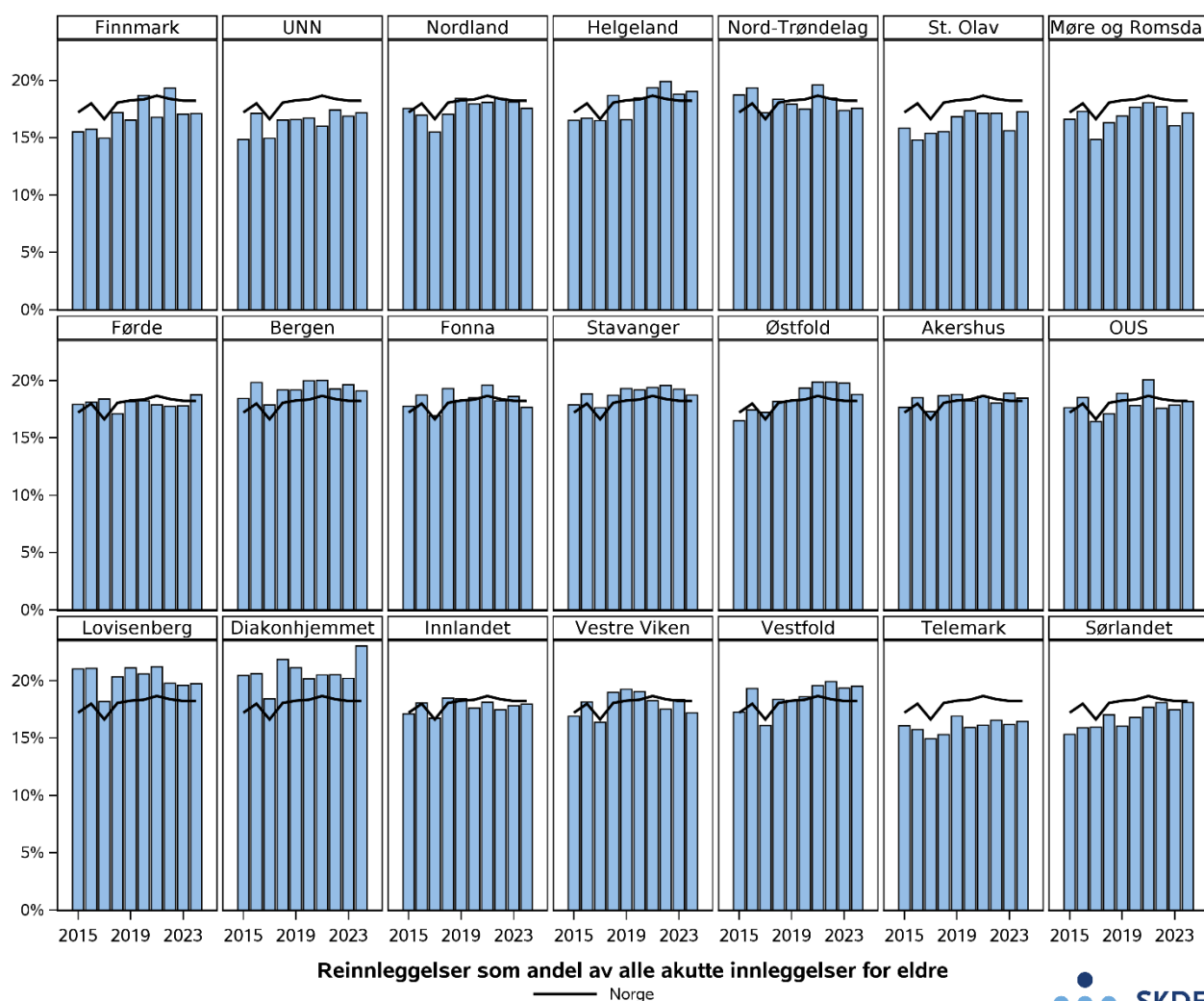
Den beskjedne geografiske variasjonen og stabiliteten i raten over så mange år tyder på at akuttinnleggelser av pasienter 75 år og eldre i all hovedsak kan forstås som nødvendige helsetjenester (Wennberg, 2010), det vil si tjenester der det er enighet om nytten av behandling.

De 20 vanligste hovedtilstandene ved akutte innleggelser for eldre i 2024 er oppgitt i tabell 1. Til sammen utgjorde innleggelser med disse hovedtilstandskodene 42% av alle akuttinnleggelser av eldre i 2024.

Tabell 1: Hyppigste hovedtilstander ved akutte innleggelser for eldre i 2024.

Hovedtilstandskode	Antall akuttinnleggelser
J15 Bakteriell pneumoni , ikke klassifisert annet sted	9709
I50 Hjertesvikt	7877
S72 Brudd i lårben (femur)	7667
J44 Annen kronisk obstruktiv lungesykdom	6003
I48 Atrieflimmer og atrieflutter	5328
N39 Andre forstyrrelser i urinsystemet	5178
I63 Hjerneinfarkt	4477
S06 Intrakraniell skade	3207
N10 Akutt tubulointerstitiell nefritt	3186
I21 Akutt hjerteinfarkt	3143
R07 Smerte i svelg og bryst	2310
G45 Forbigående cerebrale iskemiske anfall og beslektede syndromer	2149
J18 Pneumoni , uspesifisert mikroorganisme	1936
N17 Akutt nyresvikt	1900
R55 Synkope og kollaps	1882
K80 Gallesten (cholelithiasis)	1880
K56 Paralytisk ileus og tarmobstruksjon uten brokk (hernia)	1855
T81 Komplikasjoner til kirurgiske og medisinske prosedyrer, ikke	1850
J12 Virus pneumoni , ikke klassifisert annet sted	1807

Reinnleggelser



Kilde: NPR



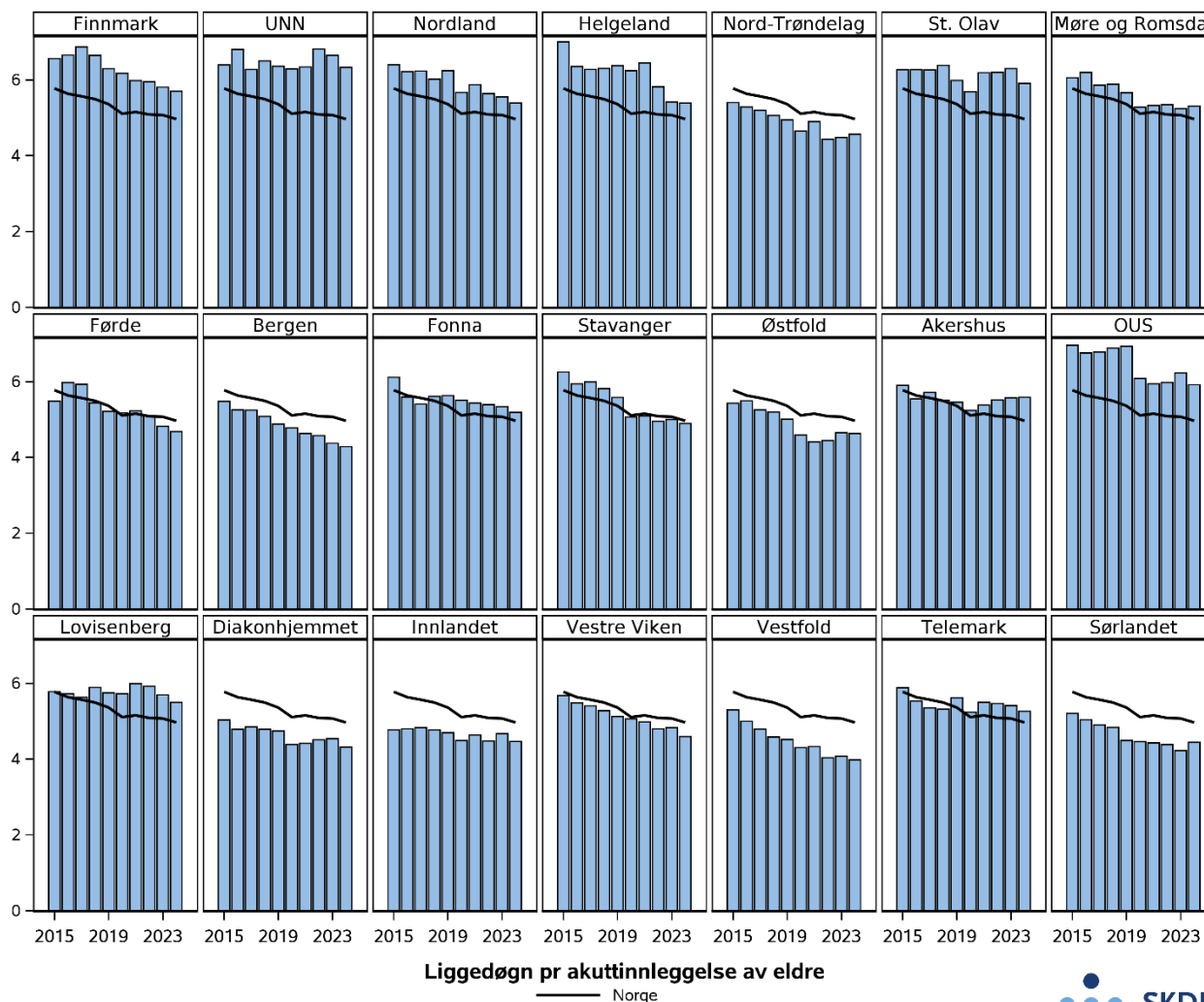
Figur 3: Reinnleggelser som andel av alle akutte innleggelser for pasienter 75 år og eldre, for perioden 2015 – 2024.

Om lag 20% av eldre pasienter som legges inn akutt får en ny akutt innleggelse innen 30 dager etter utskrivelse. Dette gjelder i overkant av 20 000 pasienter årlig. Figur 3 viser reinnleggelser som andel av alle akutte innleggelser, for pasienter 75 år og eldre i perioden 2015 – 2024. Nasjonalt har andel reinnleggelser ligget stabilt på om lag 17-18% i hele perioden 2015 – 2024. Det er lite geografisk variasjon, noe som kan tyde på forholdsvis lik medisinsk praksis og at kapasitet i liten grad påvirker andel reinnleggelser.

De aller fleste eldre pasienter som reinnlegges har kun en reinnleggelse i løpet av et år. Årlig er det imidlertid ca. 2 500 pasienter som reinnlegges tre eller flere ganger. Disse utgjør litt mer enn 2% av alle eldre pasienter som akuttinnlegges. Andelen pasienter som reinnlegges tre eller flere ganger i løpet av et år har ligget ganske stabilt på om lag 2% de siste ti årene.

Den forholdsvis høye og stabile andelen reinnleggelser underbygger forståelsen av akuttinnlagte eldre som en gruppe alvorlig syke pasienter med stort behov for helsehjelp, og som representerer en utfordring både under behandling i sykehus, ved utskrivelse og for mottaksapparatet i kommunene.

Antall liggedøgn pr. akuttinnleggelse



Kilde: NPR



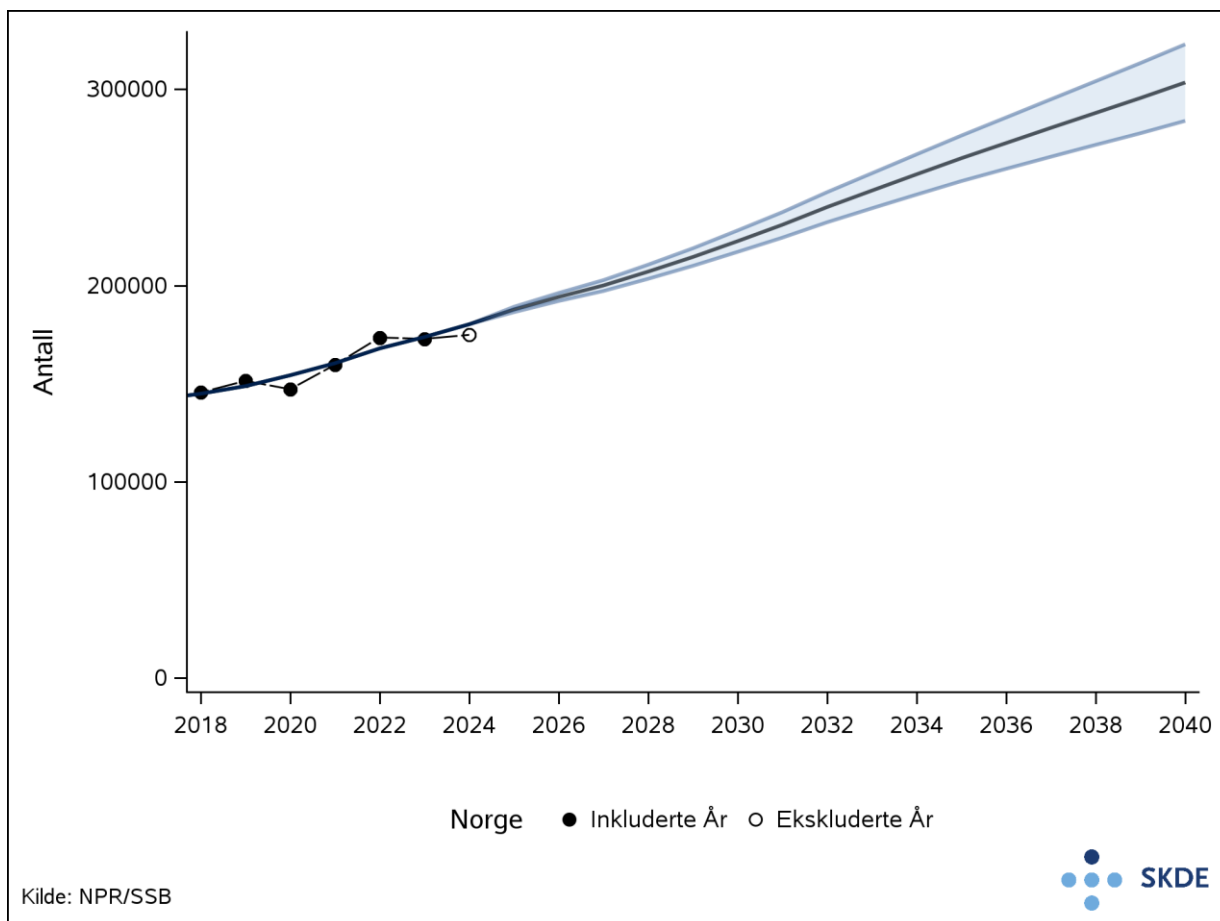
Figur 4: Antall liggedøgn pr. akuttinnleggelse av pasienter 75 år og eldre, i perioden 2015 – 2024.

For landet sett under ett har antall liggedøgn pr. akuttinnleggelse sunket år for år gjennom hele perioden, fra 5,75 døgn pr. innleggelse i 2015 til 5 døgn pr innleggelse i 2024 (se figur 4)². Det er betydelig geografisk variasjon i antall liggedøgn pr. innleggelse.

² Utvikling i liggedøgn pr. innleggelse for et utvalg tilstander er vedlagt (se vedlegg D).

Antall liggedøgn pr. innleggelse påvirkes både av hvor tidlig i behandlingsforløpet sykehusene skriver pasientene ut, og av mottaksapparatet i kommunene. Gjennomsnittlig reisetid til sykehus er også en faktor som muligens kan påvirke gjennomsnittlig liggetid. En analyse fra SAMDATA fra 2022 (Helsedirektoratet, 2024) viste at både antall opphold med overliggerdøgn pr. 1000 innbyggere og gjennomsnittlig antall døgn som utskrivningsklar varierer mellom regionene og helseforetakenes opptaksområder.

Forventet utvikling i antall akuttinnleggelser av eldre, 2024 – 2040



Figur 5: Observert og estimert antall akuttinnleggelser av pasienter 75 år og eldre i perioden 2018 – 2040.

Dersom en forutsetter at dagens praksis videreføres og at sykeligheten i denne befolkningsgruppen ikke vil endre seg betydelig i årene fremover er det mulig å estimere årlig antall akuttinnleggelser med bakgrunn i forventet befolkningsutvikling for perioden 2025 – 2040.

Figur 5 viser antall akuttinnleggelser av perioden 2018 – 2024 (sirkler) og estimert antall akuttinnleggelser av perioden 2024 – 2040 (linjer). Antall akuttinnleggelser i 2024 (sirkel uten fyll) lå litt lavere enn fremskrivningskurven, som er basert på aktiviteten i perioden 2018 – 2023 og tall for forventet befolkningsutvikling fra SSB. Den svarte linjen korresponderer til det ene av SSBs hovedscenarier for befolkningsvekst (alternativet med middels befolkningsvekst) og de to blå linjene

viser utviklingen dersom en legger til grunn de to andre hovedscenariene for befolkningsvekst (lav og høy vekst).

På grunn av koronapandemien er fremskrivningen basert på en forholdsvis lang periode, som inkluderer både årene før, under og etter pandemien. Sannsynligvis ble antall akuttinnleggelser av eldre vesentlig påvirket av pandemien både i pandemiårene 2020 og 2021, og i 2022 da samfunnet var gjenåpnet fullstendig og den eldste delen av befolkningen igjen ble utsatt for virusmitte i større grad. Folkehelseinstituttet fant en betydelig overdødelighet i 2022, og covid-19 assosierte dødsfall sto for en stor andel av overdødeligheten (Knutsen & m.fl., 2022). Antall akuttinnleggelser av eldre var også særlig høyt dette året, noe som antakeligvis har sammenheng med økt sykkelighet og den høye dødeligheten.

Fremskrivningen viser at dersom en legger dagens innleggespraksis til grunn kan vi i 2040 kan forvente nærmere 300 000 akuttinnleggelser årlig for pasienter 75 år og eldre, en nær dobling av antallet for perioden 2015-2019. Allerede i 2027 forventes årlig antall akuttinnleggelser av pasienter 75 år og eldre å passere 200 000, dersom en legger til grunn alternativet for høy eller middels befolkningsvekst. Dersom en legger til grunn alternativet for lav vekst vil denne grensen nås året etter.

I perioden 2015 – 2024 har akuttinnleggelser årlig gitt opphav til mellom 2,4 og 2,15 millioner liggedøgn. Andelen av disse liggedøgnene som gjelder pasienter 75 år og eldre har økt fra omkring 32% i perioden 2015-2017 til ca 36,5% i perioden 2022 – 2024. Dersom en antar

1. at kapasiteten knyttet til akuttinnleggelser i spesialisthelsetjenesten ligger på om lag 2,4 millioner liggedøgn årlig,
2. at kapasiteten ikke øker og
3. at eldre akuttinnlagte vil ha om lag 5 liggedøgn pr. akuttinnleggelse også i fremtiden,

betyr det at i 2027 eller 2028 vil akuttinnleggelser av eldre utgjøre 42% av kapasiteten på 2,4 millioner liggedøgn. Med 300 000 akuttinnleggelser av eldre i 2040, tilsvarende 1,5 millioner liggedøgn vil dette utgjøre 63% av kapasiteten på 2,4 millioner liggedøgn.

Kan sykehusene håndtere økningen i antall akuttinnleggelser?

Eldrehelsetatlas for Norge (Balteskard & m.fl., 2017) påpekte at dersom vi i fremtiden skulle kunne gi et tilfredsstillende tilbud til akutt syke eldre, ville behovet for sykehussenger trolig øke som følge av økningen i eldrebefolkningen. Særlig behovet for senger til behandling av indremedisinske tilstander ble trukket frem. Som forventet viser resultatene i dette notatet en betydelig økning i bruk av akuttinnleggelser av eldre etter 2020, i takt med at eldrebølgen har slått inn.

Fremskrivningen viser at hvis en viderefører dagens innleggelsespraksis og organisering av tjenesten vil denne økningen bare fortsette. Det er viktig at sykehusene forbereder seg på å håndtere en slik vekst. Allerede i dag utgjør akuttinnleggelser av eldre en vesentlig andel av alle akutte liggedøgn i sykehusene, ca. 36%. Om kapasitet og gjennomsnittlig liggetid holder seg på dagens nivå vil denne andelen øke raskt de kommende årene.

En antakelse som ofte legges til grunn er at eldre i fremtiden vil ha flere friske leveår enn før. For den enkelte vil imidlertid behovet for helsehjelp mot livets slutt sannsynligvis ikke forsvinne med en friskere alderdom. Det vil kun forskyves fremover i tid. En friskere eldrebefolkning vil således kunne forsinke veksten i bruk av akuttinnleggelser. Dette kan gi sykehusene noe mer tid til å omstille seg.

Dersom en skal lykkes i å håndtere den forventede økningen i behovet for helsehjelp hos alvorlig syke eldre kan det også bli nødvendig med økt samarbeid mellom sykehus og kommuner med sikte på å unngå unødvendige akuttinnleggelser, for eksempel for skrøpelige eldre som kan ivaretas på sykehjem eller i kommunale akutte døgnenheter.

Det økende antall eldre vil selvsagt også påvirke behovet for andre typer spesialisthelsetjenester enn akutte innleggelser i sykehus. Mange eldre har en eller flere kroniske sykdommer som krever oppfølging – ofte i spesialisthelsetjenesten. En økende eldrebefolkning betyr derfor i praksis en økende populasjon av kronisk syke med behov for jevnlig kontakt med spesialisthelsetjenesten. Dette vil komme på toppen av den forventede økningen i akutte innleggelser som er beskrevet i dette notatet.

Referanser

Balteskard, L., & m.fl. (2017). *Eldrehelsetatlas for Norge*. SKDE.

Helsedirektoratet. (2024). *Utskrivningsklare pasienter (somatikk), bostedsområder [nettdokument]*. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 07. juli 2023, lest 21. mai 2025). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/utskrivningsklare-pasienter-somatikk-bostedsomrader>.

Knutsen, A., & m.fl. (2022). *Dødelighet i Norge under koronapandemien 2020-2022*. Folkehelseinstituttet.

NOU. (2023:4). *Tid for handling*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.

Wennberg, J. E. (2010). *Tracking Medicine: A Researcher's Quest to Understand Health Care*. New York: Oxford University Press.

Versjoner

Følgende versjoner er publisert:

6 juni 2025: Første versjon publisert.

30 juni 2025: Rettet feil i oppgitt tidsperiode for figur 3 i tekst og figurtekst.

Vedlegg

A. Datagrunnlag

Det er benyttet aktivitetsdata fra Norsk pasientregister (NPR) for somatiske spesialisthelsetjenester for 2015 – 2024.

Analysene inkluderer alle bosatte i Norge i alderen 75 år og eldre. Innbyggertall fordelt på kjønn, alder og bostedskommune er hentet fra SSB. I analyser av geografisk variasjon er det tatt utgangspunkt i foretakenes opptaksområder. Det er derfor pasientens bosted, og ikke behandlingssted, som ligger til grunn i analyser av helsetjenesteforbruk i ulike områder.

Fraskrivelse

Publikasjonen har benyttet data fra Norsk pasientregister (NPR). Forfatterne er eneansvarlig for tolkning og presentasjon av de utleverte data. NPR har ikke ansvar for analyser eller tolkninger basert på de utleverte data.

B. Metode

Sykehusopphold

Som grunnlag for innsatssstyrt finansiering (ISF) grupperes alle enkeltkontakter registrert i NPR til sykehusopphold. Et sykehusopphold kan bestå av en eller flere kontakter, hvordan kontakter grupperes til sykehusopphold følger av det til enhver tid gjeldende ISF-regelverket. I analysene i dette notatet bruker vi sykehusopphold slik de er gruppert ihht. ISF-regelverket.

Det er i tillegg korrigert for overføringer mellom sykehus. I tilfeller der innlagte pasienter overføres mellom sykehus i løpet av et 8-timers tidsrom telles dette som ett sammenhengende sykehusopphold.

Når sykehusopphold grupperes sammen på grunn av overføringer mellom sykehus defineres omsorgsnivå og hastegrad for det sammenslåtte oppholdet ved en hierarkisk metode. Dersom ett av oppholdene i det sammenslåtte sykehusoppholdet er et døgnopphold vil hele det sammenslåtte oppholdet være definert som et døgnopphold. Dersom ett av oppholdene i det sammenslåtte sykehusoppholdet har hastegrad akutt vil hele det sammenslåtte oppholdet være definert som et akutttopphold.

Reinnleggelser

En reinnleggelser er definert som en akutt innleggelse med innskrivelse innen 30 dager etter utskrivelse fra en tidligere akuttinnleggelse. En ny akuttinnleggelse som kommer innen 30 dager etter en reinnleggelse er vil også være definert som en reinnleggelse. Det er altså mulig å ha flere reinnleggelser på rad.

Fremskriving

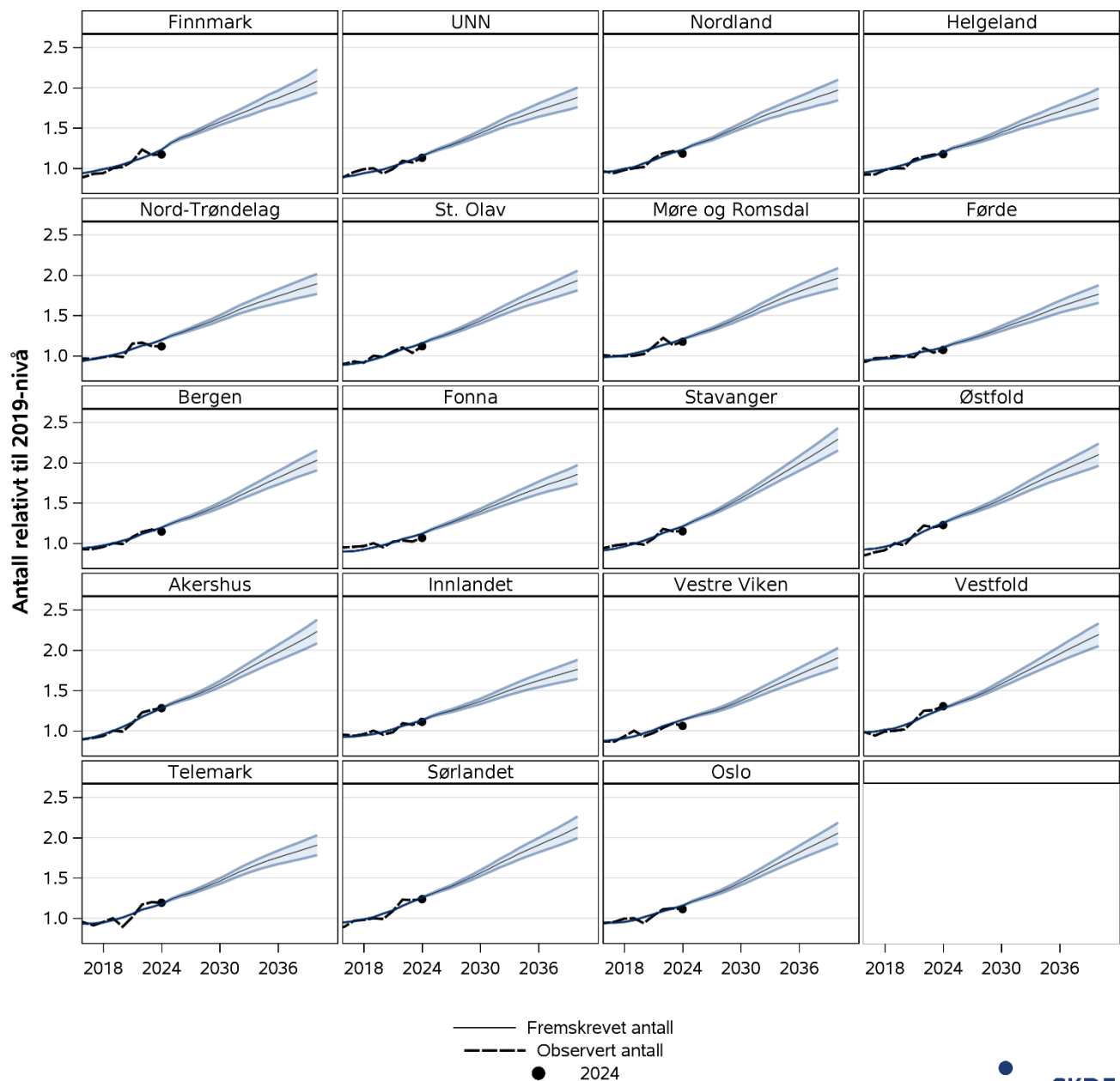
Fremskrivningen er basert på aktiviteten i perioden 2018 -- 2023 og tall for forventet befolkningsutvikling fra SSB. Befolkningen er inndelt i grupper basert på kjønn, bosted (helseforetakenes opptaksområder) og alder (5-årige aldersgrupper). For hver av gruppene har vi beregnet gjennomsnittlig antall akuttinnleggelser pr. innbygger pr. år i basisperioden. Disse kjønns- og aldersspesifikke ratene er deretter brukt for å beregne forventet antall akuttinnleggelser i perioden 2024 – 2040 ved bruk av SSBs tre hovedscenariene for befolkningsvekst.

C. Fremskriving av aktivitet i helseforetaksområdene

Figur A viser observert (stiplet, sort linje) og estimert antall akuttinnleggelser (blå linjer) relativt til 2019-nivå for 19 opptaksområder³.

Hvor stor økningen vil bli frem mot 2040 relativt til 2019-nivå varierer en del mellom opptaksområdene. I opptaksområdene Førde og Innlandet er det estimerte antall akuttinnleggelser i 2040 76\,\% høyere enn 2019-nivå, mens i opptaksområdet Stavanger er det estimerte antall akuttinnleggelser i 2040 2,3 ganger høyere enn i 2019 (altså en økning på 130\,\%).

³ Data for forventet befolkningsutvikling var ikke tilgjengelig på bydelsnivå i Oslo. Befolkningen i Oslo kommune deles normalt mellom opptaksområdene OUS, Diakonhjemmet, Lovisenberg og Akershus basert på bydelstilhørighet. Siden dette ikke var mulig er hele Oslo kommune her samlet i opptaksområdet «Oslo».



Kilde: NPR/SSB

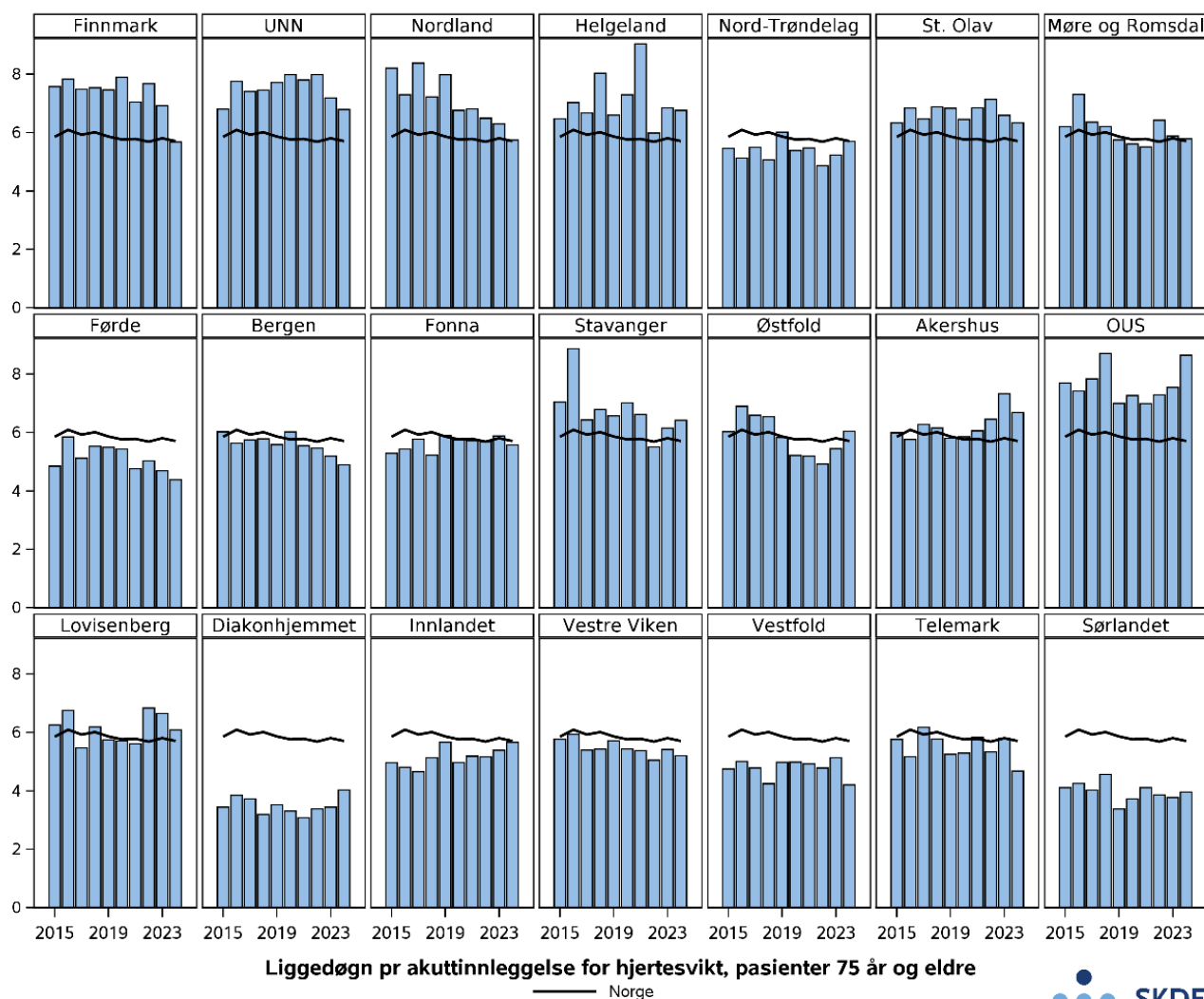


Figur A: Observert og estimert antall akuttinnleggelser relativt til 2019-nivå for pasienter 75 år og eldre i perioden 2018 – 2040.

D. Liggedøgn pr. akuttinnleggelse for utvalgte tilstander

Hjertesvikt

Hjertesvikt er definert ved I11.0, I13.0, I13.2, I50.1 eller I50.9 som hovedtilstand.

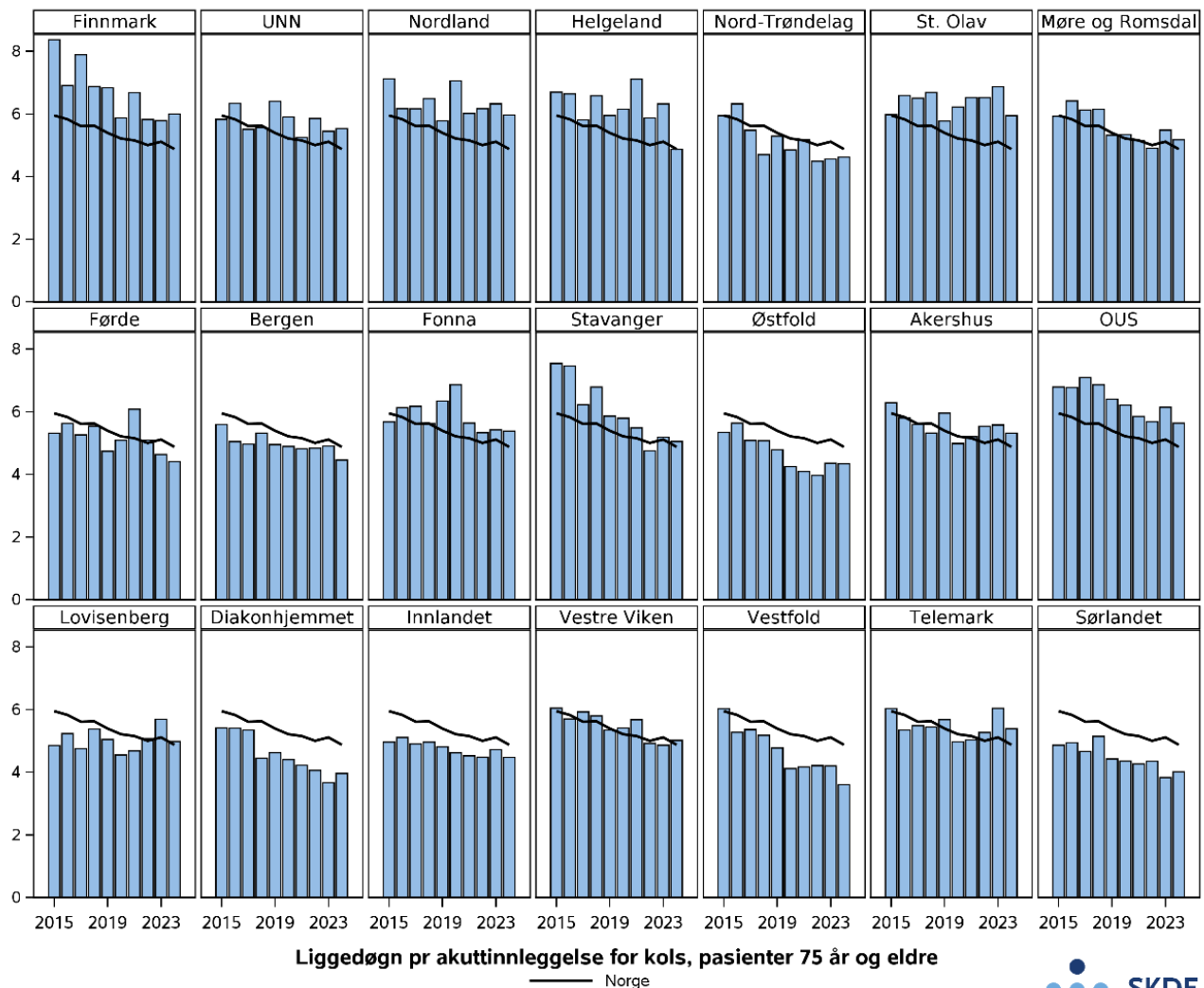


Kilde: NPR/SSB



Kols

Kols er definert ved J40 - J44 som hovedtilstand eller som bitilstand i kombinasjon med minst en av følgende som hovedtilstand: J09 - J18, J20, J22, J46, J96, R06.0.

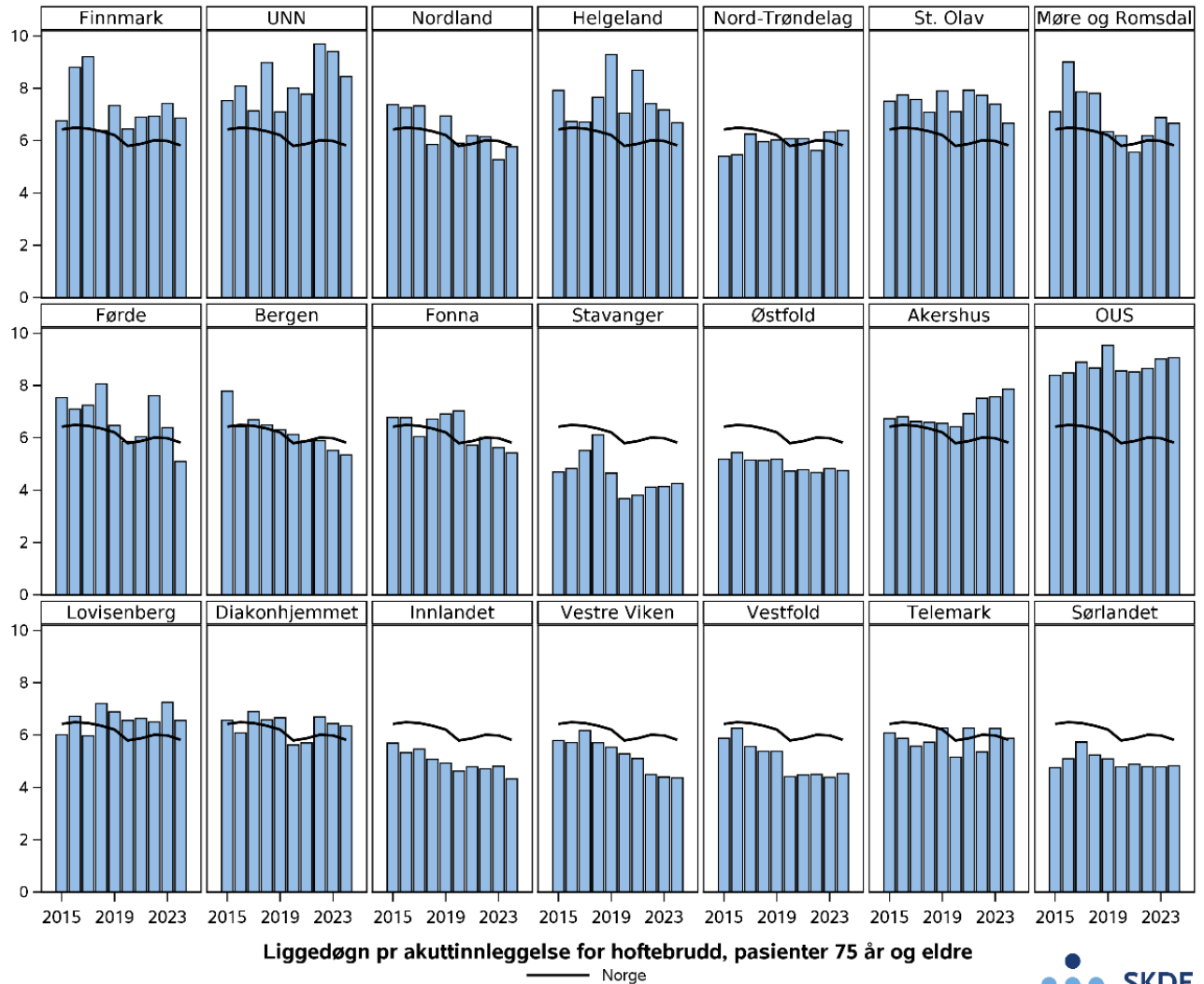


Kilde: NPR/SSB



Hoftebrudd

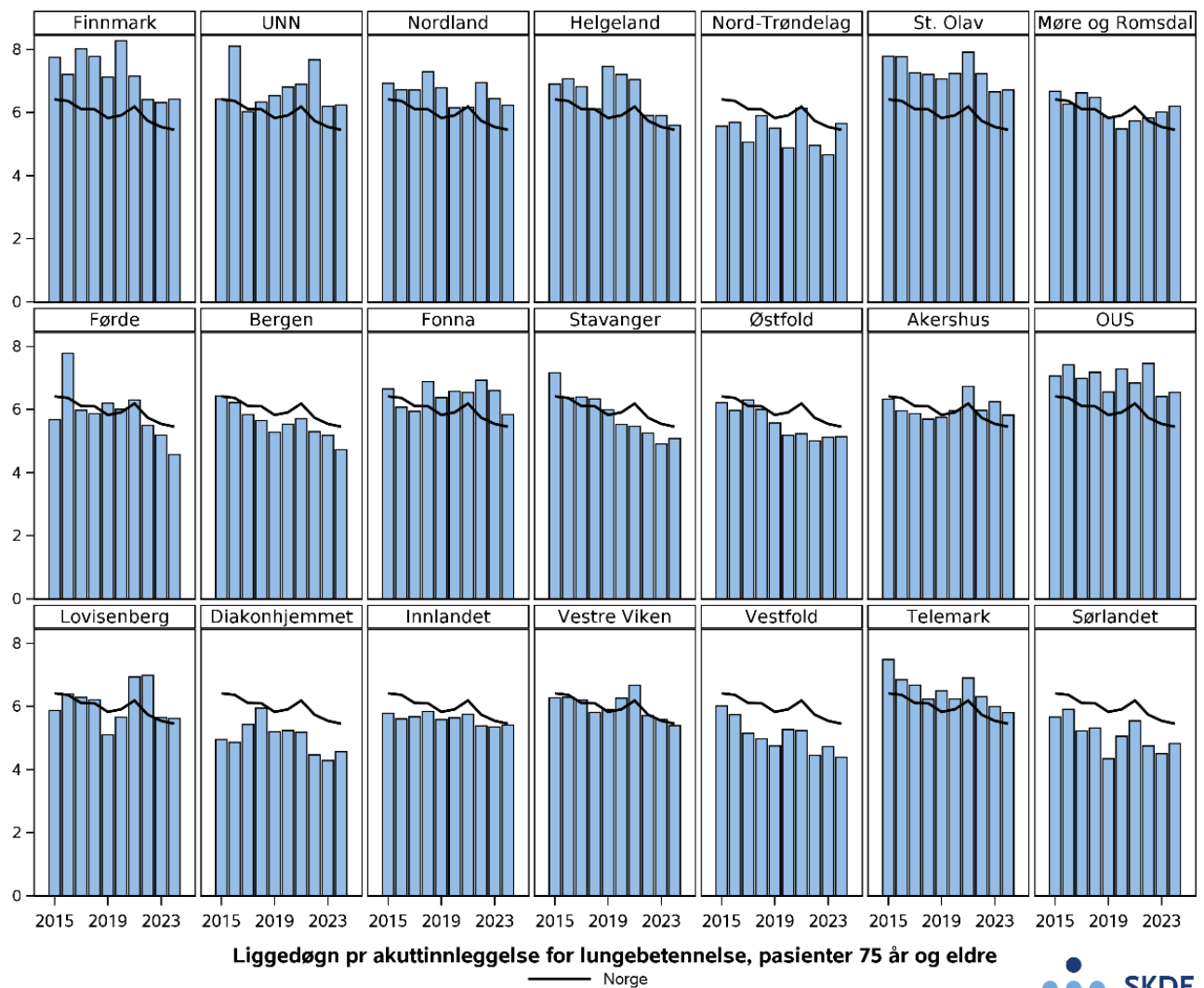
Hoftebrudd er definert ved S72.0, S72.1, S72.2 som hoved- eller bitilstand i kombinasjon med minst en av følgende prosedyrekoder: NFJ, NFB02, NFB12, NFB01, NFB11, NFB20, NFB30, NFB40, NFB99.



Kilde: NPR/SSB

Lungebetennelse

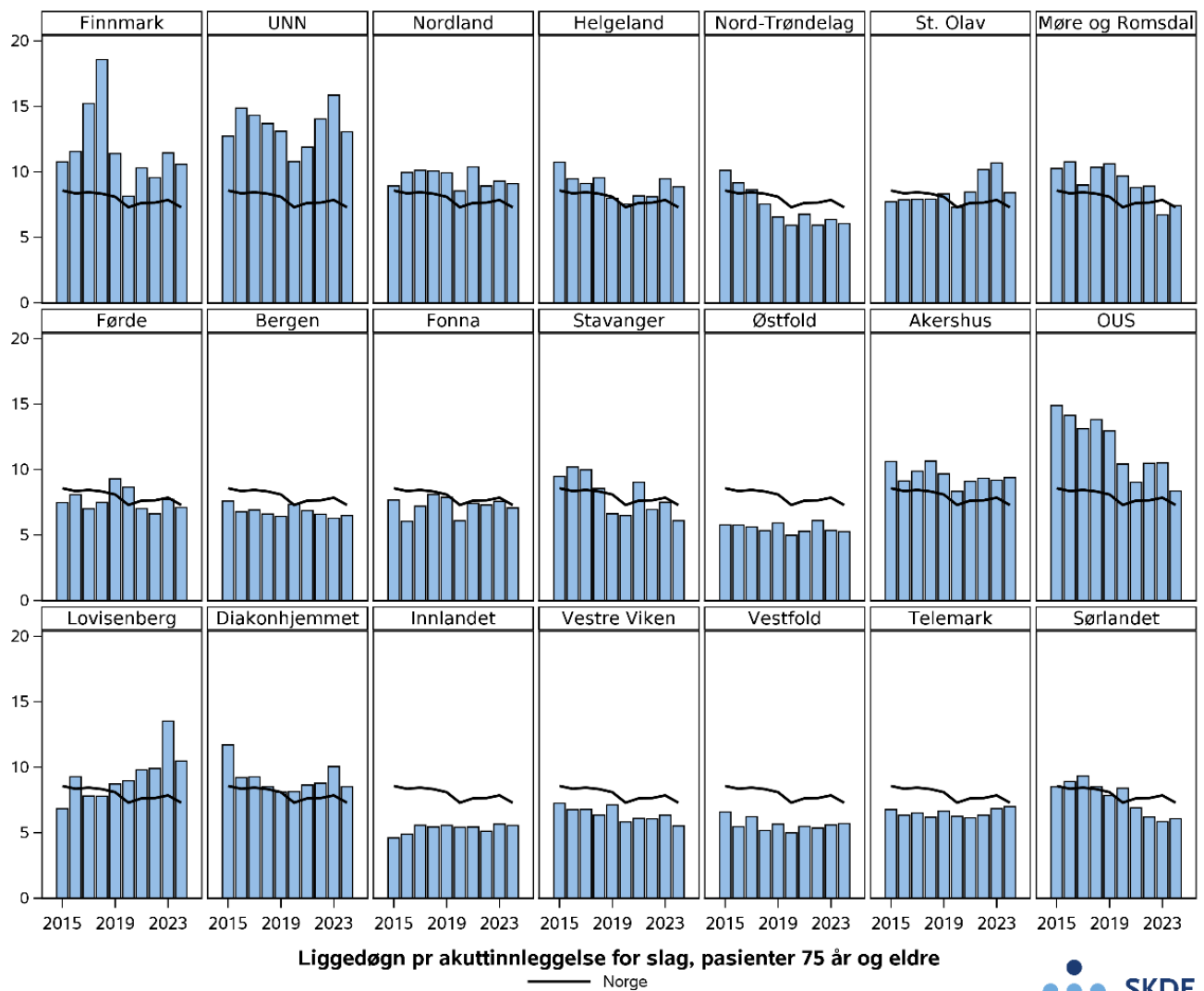
Lungebetennelse er definert ved J12 - J18 som hovedtilstand



Kilde: NPR/SSB

Hjerneslag

Hjerneslag er definert ved I61, I63 eller I64 som hovedtilstand.



Kilde: NPR/SSB