SUNDHEDS- OG ÆLDREØKONOMISK ANALYSE

Kontaktmønstre på tværs af sektorer blandt befolkningen, kronikere og ældre medicinske patienter

SUNDHEDS-
OG ÆLDREMINISTERIET

Sundheds- og Ældreøkonomisk Analyse
Kontaktmønstre på tværs af sektorer blandt befolkningen, kronikere og ældre medicinske patienter

Copyright: Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse.

Udarbejdet af: Sundheds- og Ældreministeriet med bidrag fra Sundhedsdatastyrelsen

Udgivet af:
Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K
Telefon: 72 26 90 00

E-post sum@sum.dk

EAN –lokationsnummer: 5798000362055

Udgivelsesår: 2018
ISBN: 978-87-7601-382-0 (web)
Version:
Versionsdato: 5. oktober 2018
Publikationen er tilgængelig på http://www.sum.dk

Indledning og sammenfatning 5

Analyse 1: Ressourcer, aktivitet og kvalitet i sundhedsvæsenet og på ældreområdet 9

1.1 Ressourceforbrug på sundheds- og ældreområdet 10
1.3 Den sundhedsfaglige arbejdsstyrke 14
1.2 Det regionale sundhedsvæsen 17
1.4 Aktivitet i det regionale sundhedsvæsen 21
1.5 Kvalitet i det regionale sundhedsvæsen 24
1.6 Det kommunale sundheds- og ældreområde 27
1.7 Kommunale ydelser til ældre 31
1.8 Brugertilfredshed i ældreplejen 37

Analyse 2: Befolkningsudvikling og ressourceforbrug i det regionale sundhedsvæsen og på ældreområdet ... 40

2.1 Karakteristika ved den fremtidige befolkningsudvikling 41
2.2 Befolkningens forbrug i sundhedsvæsenet og på ældreområdet efter alder 45
2.3 Befolkningens forbrug i sundhedsvæsenet og på ældreområdet i de sidste leveår 47
2.4 Ikke-demografiske faktorers indflydelse på aktiviteten i sundhedsvæsenet 51

Analyse 3: Befolkningens kontaktmønstre og ressourceforbrug i sundhedsvæsenet og på ældreområdet 56

3.1 Borgernes kontakt til sundhedsvæsenet efter højeste specialiseringsniveau 57
3.2 Dekomponering af ressourceforbrug efter dækningsgrad, intensitet og tyngde 59
3.3 Dækningsgrad, intensitet og tyngde efter alder og år til død 63

Analyse 4: Hvem er borgeren med kronisk sygdom? 71

4.1 Forekomst og nye tilfælde af kroniske sygdomme 72
4.2 Borgernes karakteristika 80
4.3 Kontaktmønstre og ressourceforbrug i sundhedsvæsenet og på ældreområdet 83

Analyse 5: Hvem er den ældre medicinske patient? 92

5.1 Den ældre medicinske patient 92
5.2 Borgernes karakteristika 94
5.3 Kontaktmønstre og ressourceforbrug i sundhedsvæsenet og på ældreområdet 96
5.4 Akutte-, forebyggelige- og genindlæggelser 99

Analyse 6: Forløbet i sundhedsvæsenet før og efter en indlæggelse 104

6.1 Kontaktmønsteret før og efter en indlæggelse 105
6.2 Kontaktmønster opdelt på indlæggelsesart, boligstatus, arbejdsmarkedstilknytning og bopælsregion 108
6.3 Aktiviteten i de sidste 30 dage inden en indlæggelse 113

Analyse 7: Grænseflader mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen 117

7.1 Behandling på det lavest effektive omkostningsniveau (LEON) 119
7.2 Grænseflader mellem primær og sekundær sektor 119
7.3 Forebyggelse af indlæggelser og specialiseret behandling 126
7.4 Forskelle i organisering og kapacitet mellem primær sektor og sygehusene 129

Analyse 8: Risikofaktorer og effektiv patientrettet forebyggelse 134

8.1 Risikogrupper og behov for specialiserede indsatser 135
8.2 Udvalgte indsatser målrettet forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser 140
8.3 Lungefunktionsundersøgelse 143

Indledning og sammenfatning

Sundheds- og ældreområdet er et af de største og højest prioriterede velfærdsområder i Danmark. I de kommende år står sundheds- og ældreområdet over for store forandringer - både hvad angår efterspørgslen efter sundhedsydelser og pleje samt udbuddet heraf.

De store årgange fra efterkrigsårene vil de næste 10-20 år være blandt de ældste generationer i vores samfund. Vi lever samtidig længere og bliver ældre. Det betyder, at antallet af ældre vil stige og udgøre en større andel af befolkningen. Ældre borgere har et større behov for sundhedsydelser og pleje og har oftere en eller flere kroniske sygdomme på samme tid.

Sideløbende med den demografiske udvikling finder den største omstrukturering af sygehusvæsenet siden 1970'erne sted. Der investeres et historisk beløb i en ny sygehusstruktur, hvor større og mere specialiserede enheder skal sikre behandling af højeste kvalitet til borgere i hele landet. Alle sygehusbyggerier forventes ibrugtaget i 2025. Det vil have indflydelse på den optimale indretning af sundhedsindsatsen i det primære sundhedsvæsen.

Analyserne berører den fremtidige befolkningsudvikling og befolkningens nuværende kontaktmønstre på tværs af sundheds- og ældreområdet. Derudover ses der nærmere på ligheder og forskelle mellem aktivitetsmønstre og kapacitet i den primære og sekundærer sektor.[1]

Analyserne følger op på handlingsplanen om den ældre medicinske patient

Analyserne skal også ses som et led i opfølgningen på handlingsplanen om den ældre medicinske patient. I handlingsplanen blev det blandt andet konstateret, at vi i dag har sparsom viden om, hvilke indsatser og organiseringer der virker bedre end andre i forhold til at skabe sammenhængende forløb på tværs af sektorer og understøtte en tidlig og rettidig indsats fx i kommunerne.

I analyserne er der således særligt fokus på de ældre medicinske borgere, men også kronisk syge borgere, som ofte er karakteristeret ved høj alder og stort forbrug af sundhedsydelser. Herudover er der stort fokus på at få en sammenhængende og sammenlignelig beskrivelse af borgernes ressourceforbrug og kontaktmønstre på tværs af sundheds- og ældreområdet. Og der ses på sammenhæng mellem udvalgte indsatser og kontakter i primær sektoren på den ene side og sekundær sektoren på den anden side.

Flere ældre i befolkningen – og et anderledes sygdomsbillede

Siden 1990'erne har befolkningen på 75 år og derover udgjort en nogenlunde konstant befolkningsandel på 7-8 pct. I de kommende 30 år vil befolkningsandelen for disse aldersgrupper fordobles og udgøre ca. 15 pct. i 2050. Udviklingen afspejler, dels at store generationer er blandt de ældste i vores samfund og dels en længere levetid.

Ældre borgere har oftere en eller flere kroniske sygdomme. Befolkningsudviklingen forventes således også at være forbundet med et anderledes sygelighedsbillede.

En ældre befolkning, som følge af længere levetid, kan være udtryk for en befolkning med et bedre helbred. Der ses også indikationer på, at den stigende levetid har være forbundet med flere gode leveår blandt de ældre, hvor borgerne har et godt selvvurderet helbred.

Faldende antal nye borgere med kronisk sygdom – men længere levetid med sygdommen

Sygedomsforekomsten af flere kroniske sygdomme er steget det seneste årti. Men samtidig ses et fald i antallet af nye borgere med kronisk sygdom for flere af sygdommene de senere år. Det afsejler, at mange borgere lever længere med en kronisk sygdom.

[1] Opgørelser er så vidt muligt baseret på seneste historiske år. Blandt andet pga. brugen af forskellige registre og datakilder kan tidsperiode og sidste historiske år variere. I analyserne i 3, 4, 5, 6, 8 er hovedfokus på forskelle i kontaktmønstre og forbrug på tværs af alder, patienttype mv., som forventes mere stabile over tid, og der er opgørelsesåret 2015.

Denne udvikling behøver ikke at være i modstrid med sund aldring og flere gode leveår. Udviklingen i sygdomsforekomst (målt ud fra diagnoser) afspejler også udviklingen i medicinsk viden og brugen af sundhedsvæsenet og ikke nødvendigvis en udvikling i den underliggende sygelighed. Derudover kan udviklingen være forenelig med sund aldring i tilfælde af, at et godt helbred bibeholdes blandt de syge.

Ældre har større forbrug af sundhedsydelser og pleje

Efterspørgslen og forbruget af ydelser i sundhedsvæsenet og i den kommunale ældrepleje er generelt stigende med alderen. I det regionale sundhedsvæsen skyldes det aldersbetingede forbrug især et større forbrug af sundhedsydelser i det specialiserede sygehusvæsenet, som fx indlæggelser, hvor den ressourcemæssige tyngde af behandlingen er væsentlig større end øvrige sektorer.

Der ses et lignende mønster for ældre borgeres efterspørgsel efter den kommunale hjemmehjælp og hjemmesygepleje, men den aldersmæssige sammenhæng adskiller sig på enkelte punkter.

Den kommunale hjemmepleje er hovedsageligt koncentreret blandt de ældste borgere – typisk over 80 år. Det er meget få borgere under 80 år, som er i kontakt med den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje. Det betyder, at ressourceforbruget pr. borger i hjemmeplejen stiger meget kraftigt blandt de 80-90-årige, hvilket ikke ses tilsvarende i det regionale sundhedsvæsen. Stigningen skyldes mere en udbredelse af ydelserne til en bredere gruppe i befolkningen end stigende intensitet og tyngde i kontakten med borgerne.

Kronisk syge optager stor del af sundhedsvæsenets ressourcer

Kronisk syge borgere har et forholdsmæssigt stort træk på sundhedsvæsenet. Borgere med KOL og type-2 diabetes udgør hhv. 3 pct. og 4 pct. af den samlede befolkning, men optager ressourcer i sygehusvæsenet for omkring 8 mia. kr. eller 10 pct. hver især af det somatiske sygehusvæsens samlede ressourceforbrug.

Kroniske borgeres enhedsudgift i sygehusvæsenet er således markant større end den øvrige befolkning fx borgere over 65 år. For en borger med KOL er enhedsudgiften for en indlæggelse og et ambulant besøg hhv. 31.600 kr. og 15.000 kr., mens det for en +65 årig er hhv. 18.000 kr. og 11.000 kr.

Den ældre medicinske patient og den kronisk syge borger er mere udsatte

De ældre medicinske borgere er på flere punkter forskellige fra den generelle aldrende befolkning, fx borgere +65 år. De er blandt de ældste af de ældre borgere og mere udsatte i den forstand, at de har større komorbiditet og oftere bor alene, hvilket kan indikere manglende eller svage sociale relationer. På samme måde ses det, at kronisk syge borgere har en svagere tilknytning til arbejdsmarkedet og oftere bor alene.

Forbruget af sundhedsydelser i det primære sundhedsvæsen og på sygehusene er ofte forbundet med større udsathed i forhold til demografiske, sygeligheds- og socioøkonomiske faktorer fx høj alder, komorbiditet og svag arbejdsmarkedstilknytning.

Men mange kronisk syge er tilsyneladende også velfungerende og ligner den øvrige befolkning

Gruppen af borgere med kronisk sygdom dækker over en stor variation både i forhold til ressourceforbrug og karakteristika. Det er en lille andel af de kronisk syge borgere, som optager en stor del af ressourcerne i sundhedsvæsenet. Og mange kronisk syge borgere ligner den øvrige befolkning, når det kommer til overordnede karakteristika som ressourceforbrug, beskæftigelsesstatus og boligforhold.

Den kommunale pleje har en lille berøringsflade sammenlignet med almen praksis

De fleste borgere (eller næsten 9 ud af 10 borgere) er årligt i kontakt med almen praksis. Andelen af borgere med kontakt til øvrige sundhedssektorer er en del mindre. Det er fx kun 10 pct. af befolkningen, som har en indlæggelse i løbet af et år. Udgifter til indlæggelser er dog alligevel mange gange større pga. stor ressourcemæssige tyngde i sygehusindlæggelser.

Den kommunale hjemmepleje i eget hjem og den kommunale hjemmesygepleje er ligesom almen praksis en del af det primære sundhedsvæsen, som er tæt på borgernes daglige omgivelser. Men kontaktmønstrene er meget forskellige. Det er også en lille andel af befolkningen, som har besøg af den kommunale hjemmepleje i eget hjem eller knap 3 pct. af befolkningen. Blandt de ældste på +80 år er det en større andel på ca. 20 pct., men sammenlignet med almen praksis er det en relativt lille berøringsflade.

Den kommunale hjemmesygepleje har en bredere berøringsflade sammenlignet med hjemmeplejen, dog fortsat meget lille sammenlignet med praksissektoren. Ca. 5 pct. af befolkningen havde et besøg af hjemmesygeplejen. Blandt borgere med KOL ses en noget større andel på knap 30 pct. og blandt ældre medicinske patienter ca. 50 pct.

Til gengæld er omfanget af kontakter blandt modtagere af hjemmepleje i eget hjem og hjemmesygepleje meget mere intenst og markant højere, end det der ses i almen praksis, og ressourceforbruget pr. borger er i gennemsnit større i den kommunale pleje end hos almen praksis.

Blandt borgere med en indlæggelse (og uden forudgående indlæggelse i året inden) ses tilsvarende en begrænset kommunal berøringsflade op til indlæggelsen. Kontaktmønsteret til almen praksis og ambulatorier er stigende op til indlæggelsen og ligger et sted mellem 50-90 pct. af borgerne. Det er derimod kun mellem 10-20 pct. af borgerne, som har kontakt til hjemmeplejen i månederne op til indlæggelsen.

Det kan indikere, at den kommunale hjemmepleje via de hyppige og rutinemæssige besøg kun har mulighed for at opspore en uhensigtsmæssig helbredsudvikling blandt et lille antal af de kronisk syge og ældre svage borgere.

Det skal dog understreges, at opgørelser af den kommunale aktivitet er forbundet med en vis usikkerhed pga. datakvaliteten, jf. nedenfor.

Opgaveflytning eller forebyggelse af specialiseret behandling

Et grundlæggende princip i sundhedsvæsenet er "LEON-princippet". Det går ud på, at sundhedsvæsenet så vidt muligt skal tilbyde behandling på det laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau. Princippet skal understøtte nærhed og effektiv udnyttelse af ressourcerne i sundhedsvæsenet.

LEON-princippet kan i praksis dække over meget forskellige prioriteringer. Lidt forenklet kan der skelnes mellem to bevægelser. En mulighed er, at der "flyttes" opgaver og behandlinger fx fra sygehusenes ambulatorier mod det primære sundhedsvæsen. En sådan bevægelse forudsætter en vis grad af substitutionsmuligheder mellem praksissektoren og ambulatorierne.

En anden mulighed er, at det primære sundhedsvæsen styrkes i forhold til patientrettede indsatser, som kan forebygge og forhindre unødig behandling i det specialiserede sundhedsvæsen. Det handler især om forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser samt tilhørende ambulant aktivitet.

Grænseflader mellem primær og sekundær dækker over forskellige patientgrupper

Der er i dag begrænset viden om potentialet ved de forskellige tilgange, og der gælder ikke nødvendigvis et generelt princip. Der er behov for at se på konkrete og veldefinerede indsatser og organisationsformer, hvor omkostningseffektiviteten og kvaliteten vurderes meget præcist.

Patientkontakter og -forløb på sygehusenes ambulatorier, som befinder sig i grænselandet til de praktiserende speciallæger, er generelt mere ressourcekrævende end i praksissektoren. Og borgerne på ambulatorierne dækker over en mere varierende og kompliceret gruppe af patienter, som blandt andet er kendetegnet ved større sygelighed. Det kan pege på, at større forskelle i det gennemsnitlige ressourceforbrug på tværs af sektorer blandt andet afspejler en anden type behandling og patientsammensætning.

Uhensigtsmæssige indlæggelser udgør stor andel af ressourceforbruget i sygehusvæsenet

Borgere kan opleve at blive indlagt, hvor indlæggelsen vurderes at kunne være undgået af forskellige grunde. Disse indlæggelser benævnes ofte som uhensigtsmæssige indlæggelser. Uhensigtsmæssige indlæggelser dækker primært over forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser, korttidsindlæggelser samt forlængede indlæggelser. Den samlede produktionsværdi udgør godt 8 mia. kr. og stammer hovedsageligt fra forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og akutte medicinske korttidsindlæggelser.

Ikke alle indlæggelserne er dog nødvendigvis uhensigtsmæssige. Genindlæggelser kan være velbegrundet og er ikke nødvendigvis forebyggelige, ligesom de forebyggelige indlæggelser kan dække over situationer, som ikke nødvendigvis har været forebyggelige. Men det er bemærkelsesværdigt, at omkring 20 pct. af sygehusenes ressourceforbrug på indlæggelser (somatisk) relaterer sig til denne type af indlæggelser.

Større potentiale for effektiv patientrettet forebyggelse via fokus på risikofaktorer

En effektiv patientrettet forebyggelsesindsats forudsætter en målrettet og effektiv indsats, som kan stå mål med de ressourcer, som medgår i indsatsen. Det giver i den sammenhæng mening at målrette forebyggelsesindsatser til borgere, som er mere udsatte og sandsynlige for at skulle få brug for behandling.

Flere hændelser kan fx virke destabiliserende på borgeres helbred og bringe borgere i en udsat gruppe. Mange borgere – især ældre og fysisk svage - er fx særligt udsatte i dagene efter en udskrivning. Derudover kan tabet af vigtige sociale

relationer, som skaber stabilitet i hverdagen, også have indflydelse på helbredet og behovet for behandling fx bortfald af ægtefælle eller samlever.

Identifikation af risikofaktorer og -grupper kan bidrage til tidlig opsporing om målretning af relevante forebyggelsesindsatser.

Derudover kan identifikation af risikogrupper understøtte finansieringen af sundhedsvæsenet. I flere andre lande ses fx risikojusterede honorar- og betalingssystemer, hvor betalingen for behandling af borgere differentieres efter borgernes patienttyngde og sandsynlighed for at efterspørge sundhedsydelser. Sådanne honorarsystemer kan fungere som en slags prædiktionsmodeller, såfremt finansieringen tydeliggør og tilskynder til en ekstra indsats over for højrisikogrupper.

Eksempel på risikofaktor: Sociale relationer og tab af ægtefælle

Sociale relationer har stor betydning for livskvaliteten, helbredet og levealderen. Personer med stærke sociale relationer bliver ikke så let syge som personer med svage sociale relationer. Dertil kommer de sig hurtigere, hvis de bliver syge, end personer med svage sociale relationer.

En betydningsfuld hændelse i alderdommen er tabet af en ægtefælle. Undersøgelser peger på, at tabet af ægtefælle kan være årsag til, at mange ældre mennesker føler sig ensomme og øger risikoen for eksempelvis depression. I en analyse undersøges ældre borgeres brug af sundhedsvæsenet før og efter ægtefællens bortfald. I tiden omkring ægtefællens bortfald ses et skift i borgernes brug af sundhedsvæsenet. Fx ses en stigning i det gennemsnitlige antal ydelser hos almen praksis såvel som en stigning i antal af indlæggelser. Det kan indikere, at ældre borgere er mere udsatte i tiden omkring og efter tabet af en ægtefælle.

Stort potentiale for bedre kommunale data

I flere af analyserne er der fokus på potentialerne ved i større grad at koble og sammenstille data om ressourceanvendelse og aktivitet på tværs af sundheds- og ældreområdet i regionerne og kommunerne. Derved fås en større viden om borgernes kontaktmønstre og bedre indsigt i forløb og sammenhænge på tværs af sektorer.

Det er imidlertid en vanskelig opgave, idet der i dag kun er få landsdækkende, systematisk indsamlede data om indsatserne på det kommunale sundheds- og ældreområde. Og flere af disse data er i dag ufuldstændige pga. kommunernes manglende indberetninger, uens registreringspraksis og manglende fælles terminologi.

Inddragelse og anvendelse af den kommunale sundheds- og ældredata på lige fod med den regionale sundhedsdata forudsætter derfor antagelser og skøn. Det er derfor forbundet med usikkerhed at beskrive specifikke befolkningsgruppers ressourceforbrug og kontaktmønstre i den kommunale sundheds- og ældrepleje.

På kort sigt er der således et potentiale for at opnå større og mere sikker viden om de kommunale sundheds- og plejeindsatser via fuldt dækkende indberetninger fra kommunerne. Det er fx kun et udsnit af kommunerne, som i dag indberetter oplysninger om den kommunale hjemmesygepleje, hvorfor det ikke er muligt at beskrive det samlede niveau og dækningen af hjemmesygeplejeydelser i kommunerne i dag. Det begrænser også muligheden for at få et repræsentativt billede af sammenhængen mellem regionale indsatser og hjemmesygeplejen.

På et længere sigte er det behov for udvikling af et mere systematisk og dækkende dokumentation af den kommunale sundheds- og ældreindsats, der giver et retvisende og validt billede af aktivitet, kvalitet og ressourceanvendelse i kommunerne. Det skal blandt andet ses i lyset af, at kommunerne forventes at løse flere sundhedsopgaver i fremtiden. Kommunerne er i gang med at systematisere dokumentationen via det fælleskommunale projekt ”Fællessprog III”. Det forventes, at Fællessprog III vil bidrage til et bedre vidensgrundlag om den kommunale sundheds- og ældreindsats.

Analyse 1: Ressourcer, aktivitet og kvalitet i sundhedsvæsenet og på ældreområdet

Staten, regionerne og kommunerne er fælles om at drive et effektivt og sammenhængende sundhedsvæsen. Folketinget og staten fastsætter de overordnede lovgivningsmæssige rammer blandt andet via sundhedsloven og serviceloven og sætter mål for det offentlige sundhedsvæsen. Kommunerne har ansvaret for den borgernære forebyggelse og for at skabe rammer for sund levevis tæt på befolkningen. Det er også kommunerne, som har myndighedsansvaret for at sikre ydelser som hjemmehjælp, hjemmesygepleje m.v. til borgere, som har behov for hjælp.

Tilvejebringelsen af sundhedsydelser og ydelser til ældre, som er til gavn for borgerne, går således på tværs af den offentlige sektor, og involverer mange ressourcer og ansatte, og spænder over flere forskellige opgaver og specialer.

I denne analyse gøres status over ressourceforbruget og aktiviteten på sundheds- og ældreområdet. Derudover beskrives udviklingen i en række kvalitative mål for sundhedsvæsenet som fx ventetid, forebyggelige indlæggelser, kræftoverlevelse.

Hovedresultaterne i analysen er:

- *Sundheds- og ældreområdet er et højt prioriteret velfærdsområde. Udgiftsvæksten det seneste årti har oversteget væksten på øvrige offentlige velfærdsområder. Det afspejler især en relativ høj udgiftsvækst op gennem 00'erne. Udgiftsvæksten siden 2010 har været mere moderat set i et historisk perspektiv, dog fortsat højere end væksten på øvrige offentlige områder.*

- *Den overordnede udvikling i ressourcerne ledsages af en stigende sundhedsfaglig arbejdsstyrke. Den sundhedsfaglige arbejdsstyrke består af mange forskellige faggrupper og finder hovedsagligt beskæftigelse i sundhedsvæsenet i regionerne eller socialsektoren, som blandt andet omfatter den kommunale ældrepleje. Læger, sygeplejersker og plejepersonale udgør de største faggrupper i arbejdstyrken. Der ses en stigning i alle disse faggrupper i forhold til tidligere, og det er en stigende andel af befolkningen i den erhvervsaktive alder, som uddanner sig med henblik på ansættelse i sundhedsvæsenet eller ældreplejen.*

- *Siden 2007 er flest penge i det regionale sundhedsvæsen gået til sygehusvæsenet. Udgiftsvæksten har været lavere i praksissektoren, mens udgifterne til tilskudsmedicin er faldet. Derudover ses en relativ høj vækst i udgifterne til central administration, som dog udgør en lille andel af regionernes budget.*

- *Den stigende udgiftsvækst er forbundet med stigende aktivitet i det regionale sundhedsvæsen. I sygehusvæsenet behandles flere borgere og intensiteten af kontakter for den enkelte er på nogle områder steget. Det ses hovedsageligt for den ambulante aktivitet på sygehusene. Derimod er der ikke flere indlæggelser pr. indbygger i dag i forhold til tidligere, og indlæggelsestiden har været faldende. I almen praksis ses i de senere år et lille fald i antallet af kontakter, mens antallet af borgere med kontakt er steget. I perioden er befolkningen imidlertid også steget, og set i forhold til befolkningsudviklingen ses et fald i andelen af befolkningen, som har kontakt til almen praksis.*

- *Flere kvalitative indikatorer peger på, at de tilførte ressourcer er forbundet med bedre behandling for borgerne. Ventetiden på en operation er faldet. Kræftoverlevelsen er steget, og hjertedødeligheden er faldet. Ligeledes ses et fald i forebyggelige indlæggelser og færdigbehandlingsdage, men derimod en stigning i genindlæggelsesfrekvensen.*

- *I den kommunale ældrepleje ses en stigning i udgifterne til forebyggende indsatser til ældre og handicappede. Til gengæld er udgifterne til pleje og omsorg faldet. Denne udvikling afspejler bl.a. et fald i antallet af visiterede timer hjemmehjælp som følge af, at færre borgere visiteres til hjælp, mens intensiteten af hjemmehjælp blandt modtagere af hjælp er nogenlunde uændret. Udviklingen skal bl.a. ses i sammenhæng med stigende restlevetid blandt ældre og flere gode leveår med et godt selvvurderet helbred. Blandt kommunale sundhedsydelser ses en relativ høj vækst i udgifterne til genoptræning.*

1.1 Ressourceforbrug på sundheds- og ældreområdet

Der er overordnet set en tæt sammenhæng mellem ydelser relateret til sundhed og alderdom. Ældre borgere har ofte et større behov for sundhedsydelser og pleje og har oftere en eller flere kroniske sygdomme på samme tid. Efterspørgslen efter såvel behandling i sundhedsvæsenet som pleje og omsorg i ældreplejen følges således ad i takt med stigende alder.

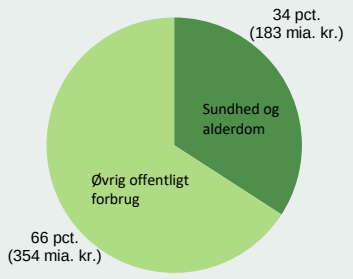
I det følgende beskrives ressourceforbruget på sundheds- og ældreområdet først under ét ud fra nationalregnskabsstatistikken. Nationalregnskabsstatistikken gør det muligt at belyse ressourceforbruget i forhold til det samlede offentlige forbrug og over en længere tidsperiode. Opgørelsen kan ikke sammenlignes direkte med de kommunale og regionale regnskaber pga. forskellige opgørelsesprincipper og afgræsninger, jf. boks 1.1.

Senere beskrives sundhedsvæsenet og ældreområdet mere detaljeret ud fra regionernes og kommunernes regnskaber.

Sundheds- og ældreområdet udgør to store velfærdsområder

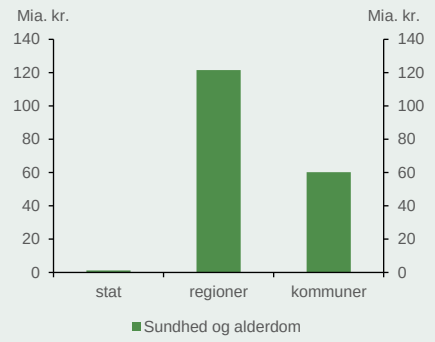
Ud af en offentlig forbrugsudgift i 2017 på knap 540 mia. kr. gik godt 180 mia. kr. eller en tredjedel af udgifterne til sundheds- og ældreydelser i stat, regioner og kommuner, jf. figur 1.1. Hovedparten af udgifterne eller ca. 120 mia. kr. afholdes i regionerne til drift af sygehuse og praksissektoren fx den alment praktiserende læge, jf. figur 1.2. Sundheds- og ældreudgifterne i kommunerne udgjorde i 2017 ca. 60 mia. kr.

Figur 1.1
Offentlige forbrugsudgifter til sundhed og ældre ud af de samlede forbrugsudgifter, 2017



Anm.: Forbrugsudgifterne er opgjort ud fra nationalregnskabsmæssige principper og afgrænsninger. Opdelingen på sundhed og ældre følger COFOG-klassifikationen hhv. COFOG 7 vedr. sundhed og 10.2 vedr. alderdom. Opgørelsen kan ikke sammenlignes direkte med de kommunale og regionale regnskaber pga. forskellige opgørelsesprincipper og afgræsninger. Udgiftsniveauet i 2017 er sat lig udgiftsniveauet i 2016.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 1.2
Offentlige forbrugsudgifter til sundhed og ældre fordelt på stat, regioner og kommuner, 2017



Anm.: Forbrugsudgifterne er opgjort ud fra nationalregnskabsmæssige principper og afgrænsninger. Opdelingen på sundhed og ældre følger COFOG-klassifikationen hhv. COFOG 7 vedr. sundhed og 10.2 vedr. alderdom. Opgørelsen kan ikke sammenlignes direkte med de kommunale og regionale regnskaber pga. forskellige opgørelsesprincipper og afgræsninger. Udgiftsniveauet i 2017 er sat lig udgiftsniveauet i 2016.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

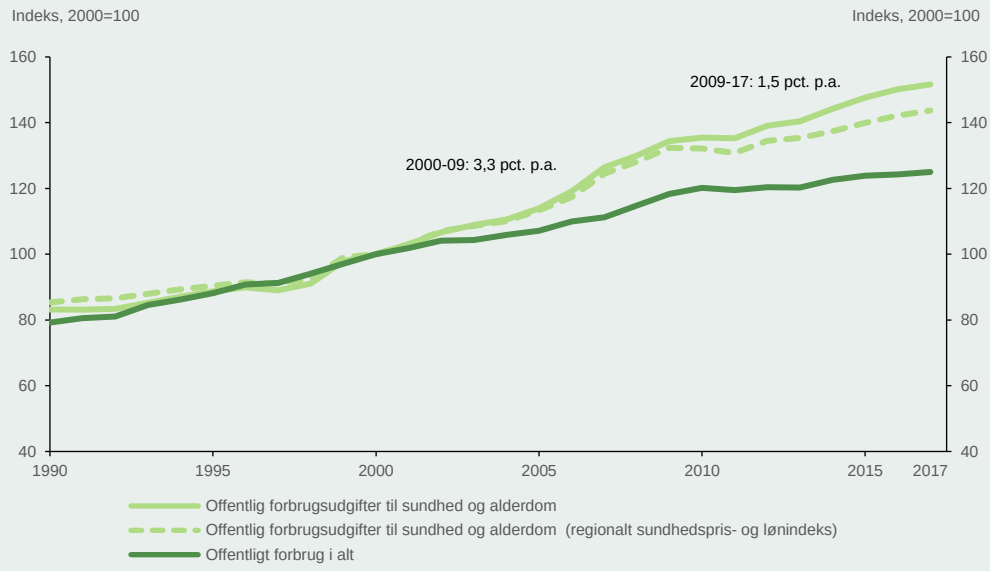
Højt prioriterede velfærdsområder

Sammenlignet med de øvrige offentlige forbrugsområder har sundheds- og ældreområdet været højt prioriteret og oplevet en relativ høj vækst de sidste 10-17 år.

Op gennem 1990'erne har forbruget til sundheds- og ældreområdet fulgt den generelle udvikling i det offentlige forbrug, jf. figur 1.3. I 00'erne har væksten i forbruget været større end væksten i det samlede offentlige forbrug, og området har udgjort en stigende andel af den offentlige forbrugsudgift.

Forbrugsvæksten var særlig høj frem til 2009 med en årlig realvækst i udgifterne på godt 3 pct. i gennemsnit. Siden 2009 har væksten været mere afdæmpet på 1,5 pct. årligt, dog stadig højere end den samlede offentlige forbrugsvækst.

Figur 1.3
Udvikling i offentlige forbrugsudgifter i alt og til sundhed og alderdom, faste priser, 1990-2017



Anm.: Opdelingen på sundhed og ældre følger COFOG-klassifikationen hhv. COFOG 7 vedr. sundhed og 10.2 vedr. alderdom. I perioden 1990-2000 vises alene udviklingen i udgifter til sundhed (COFOG 7). I perioden fra 2000 og frem vises udviklingen i udgifter til sundhed og alderdom samlet set (COFOG 7 og 10.2). Udviklingen fra 2016-17 er dog kun væksten i forbrug til sundhed De offentlige forbrugsudgifter til sundhed og alderdom er opgjort i faste priser ud fra den implicitte deflator for det samlede offentlige forbrug.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

En del af væksten i perioden afspejler en ikke-planlagt vækst. Gennem 00'erne var der flere år overskridelser af de planlagte rammer i regioner og kommuner. Serviceudgifterne for kommuner og nettodriftsudgifterne for regioner har siden 2014 været underlagt udgiftslofter som et led i budgetloven. Udgiftslofterne understøttes af sanktioner, som bl.a. iværksættes såfremt de regionale eller kommunale regnskaber overskrider budgetterne. Budgetterne er fastsat under hensynstagen til de årligt aftalte udgiftsrammer, som ligeledes udgør udgiftslofterne. På det regionale område er nettodriftsudgifterne til sundhed underlagt et særskilt loft. De samlede kommunale serviceudgifter, herunder de kommunale sundheds- og ældreudgifter, er underlagt det kommunale udgiftsloft.

Realvæksten i de offentlige forbrugsudgifter til sundhed og alderdom er opgjort ud fra pris- og lønudviklingen i det samlede offentlige forbrug (den offentlige forbrugsdeflator) – og ikke for sundhed og alderdom specifikt. De offentlige forbrugsudgifter til sundhed og alderdom opgøres nemlig ikke i faste priser af Danmarks Statistik. Hvis pris- og lønudviklingen i forbrugsudgifter til sundhed og alderdom har været lavere eller højere end pris- og lønudviklingen for de samlede forbrugsudgifter kan realvæksten hhv. over- eller undervurderes.

Pris- og lønudviklingen i de regionale sundhedsudgifter (opgjort ud fra regionernes regnskaber[2]) følger overordnet væksten i den offentlige forbrugsdeflator. Pris-og lønvæksten har dog i gennemsnit været lidt højere i det regionale pris- og lønindeks. Det ses særligt i de senere år fx i perioden 2009-17. Det kan betyde, at realvæksten i udgifterne overvurderes, når den offentlige forbrugsdeflator lægges til grund. Der skønnes en realvækst i de offentlige forbrugsudgifter til sundhed på omkring 1,0 pct. om året, når det regionale pris- og løndindeks lægges til grund, jf. figur 1.3, dog fortsat højere end væksten i de samlede offentlige forbrugsudgifter.

Flere opgørelser af sundheds- og ældreudgifter afspejler bl.a. tætte grænseflader mellem områder

Flere ydelser kan siges at ligge i grænselandet mellem sundheds- og ældreydelser, og det kan være vanskeligt at lave en skarp og entydig opdeling af hhv. sundheds- eller ældreområdet.

Dette forhold kommer bl.a. til udtryk ved, at der anvendes flere forskellige afgræsninger af udgifter på sundheds- og ældreområdet – både i nationale og internationale statistikker. Afgrænsningen af udgifter til sundheds- og ældreydelser er en anden i nationalregnskabsstatistikken end den afgræsning, som følges i de regionale og kommunale regnskaber, jf. boks 1.1. Udgifter til personlig hjemmepleje indgår fx i nationalregnskabsstatistikken som en sundhedsydelse, mens disse ydelser delvist opgøres som ældreydelser i opgørelsen af ældreudgifter pba. kommunernes regnskaber, jf. afsnit 1.6 senere.

---

[2] *Udgifterne i de regionale sundhedsregnskaber følger en anden afgrænsning og andre opgørelsesprincipper end de offentlige forbrugsudgifter til sundhed, jf. boks. 1.1.*

Derudover anvendes en helt tredje afgræsning i OECD's internationale sundhedsstatistikker. Sundhedssystemer varierer på tværs af lande fx i forhold til organisering og finansiering, og formålet med OECD's sundhedsstatistik er at opnå en international sammenlignelig statistik over bl.a. udgifter. Af hensyn til sammenlignelighed indgår i OECD's statistik både offentlige og private udgifter til sundhed. I OECD's statistik tælles udgifter til personlig pleje (long-term care) endvidere med sundhedsudgifter.

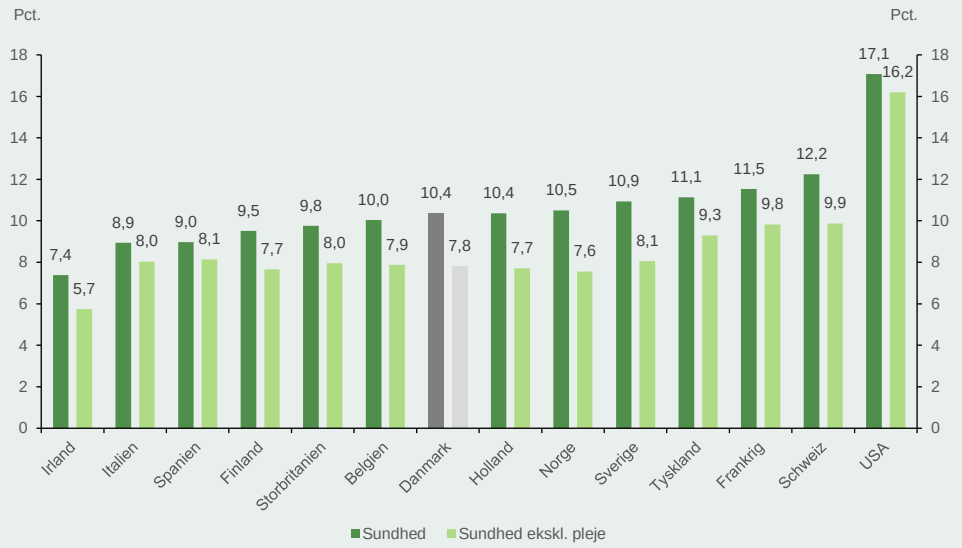
De forskellige statistikker og afgræsninger af sundheds- og ældreudgifter understreger den tætte sammenhæng mellem områderne, men betyder også, at man skal være forsigtig med at sammenligne niveau og udvikling i de forskellige opgørelser.

Danmarks sundhedsudgifter på niveau med sammenlignelige lande

I OECDs internationale sundhedsstatistik ligger Danmarks udgifter til sundhed i pct. af BNP (såvel private som offentlige udgifter) på niveau med sammenlignelige lande, jf. figur 1.4. Danmarks udgifter til sundhed udgjorde 10,4 pct. af BNP i 2015. I lande som Sverige, Tyskland og Frankrig udgør sundhedsudgifterne en lidt større andel eller omkring 11 pct. af BNP, mens lande som Storbritannien og Finland bruger en lidt mindre andel af BNP.

Når opgørelsen fratrækkes udgifter til personlig pleje er niveauet ca. 2½ pct. point lavere, og Danmarks udgifter udgør 7,8 pct. af BNP. Blandt de valgte lande har de fleste lande et udgiftsniveau ekskl. plejeudgifter på omkring 8 pct. af BNP. Holland, Irland, Norge og Finland har lavere udgifter i pct. af BNP end Danmark, når der ses bort fra plejeudgifterne, mens øvrige lande har flere udgifter i pct. af BNP.

Figur 1.4
Danmarks sundhedsudgifter i pct. af BNP i forhold til sammenlignelige lande, 2016



Anm.: Opgørelsen følger OECD's internationale retningslinjer for opgørelse af det nationale sundhedsregnskab. Opgørelsens afgrænsning af sundhedsudgifter adskiller sig fra den danske sektorspecifikke kontekst, da den fx indeholder udgifter til personlig pleje på ældreområdet. Sundhed dækker over til de samlede udgifter til sundhed herunder udgifterne "long-term care" (HC1-7, 9) og pleje er opgjort som sundhedsudgifter til "long-term care" (HC3).

Kilde: OECD

Boks 1.1
Opgørelse af udgifter til sundhed og ældre

Ressourceforbruget på sundheds- og ældreområdet kan belyses ud fra flere forskellige opgørelser og statistikker. Der er især tre statistikker, som finder anvendelse:

- Regionernes og kommunernes regnskaber
- Nationalregnskabet
- OECD's internationale sundhedsstatistikker

Den rette opgørelse afhænger af det konkrete spørgsmål, som ønskes belyst. De regionale og kommunale regnskaber er fx relevante til at belyse udviklingen i regionernes og kommunernes økonomi på et detaljeret niveau, og regnskaberne spiller en vigtig rolle i styringen af økonomien i kommuner og regioner.

Nationalregnskabet er velegnet til at sammenligne udgiftsområder på tværs af den offentlige sektor og i forhold til den samlede økonomi (fx BNP). Derudover giver nationalregnskabet mulighed for en konsistent opgørelse af udgifterne, som strækker sig over en længere periode fx både før og efter kommunalreformen. OECD's internationale sundhedsstatistik kan anvendes i forbindelse med sammenligninger af forbrug på sundhed mellem lande.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at der følges forskellige opgørelsesprincipper, når de forskellige opgørelser anvendes og sammenlignes.

De regionale og kommunale budgetter og regnskaber
I de regionale regnskaber konteres hhv. drifts- og anlægsudgifter til det regionale sundhedsvæsen såsom sygehuse, sygesikringen og medicintilskud. Og i de kommunale regnskaber konteres drifts- og anlægsudgifter til kommunale sundhedsopgaver fx genoptræning og sundhedsfremme og forebyggelse, men også udgifter til ydelser som hjemmepleje og hjemmesygepleje.

De regionale udgifter betegnes som regel udelukkende som sundhedsudgifter, mens de kommunale udgifter kan opdeles i sundheds- og ældreudgifter. Der foretages en officiel opgørelse af ældreudgifterne ud af de kommunale regnskaber og en fordelingsnøgle jf. afsnit 1.6. I denne opgørelse er hovedparten af udgifterne til praktisk og personlig hjemmehjælp defineret som ældreudgifter.

Udgifter opgøres ved udgiftsprincippet, således at udgifter bogføres på betalingstidspunktet. Det vil sige, at udgiften til fx en investering bogføres på betalingstidspunktet. Det er til forskel fra bogføring ved omkostningsprincippet, hvor en investering ikke bogføres ved betalingstidspunktet, men via afskrivninger i takt med anvendelsen af det aktiv, som der er investeret i. Udgifterne opgøres endvidere ekskl. moms og opdeles på drift og anlæg ud fra definitionerne i den regionale og kommunale kontoplan. Det betyder bl.a., at det kan være vanskeligt at sammenholde udgiftsniveauerne i regnskaberne med den øvrige offentlige økonomi eller den samlede nationalindkomst fx givet ved BNP.

Nationalregnskabet
I nationalregnskabet opdeles offentlige udgifter bl.a. på offentligt forbrug og offentlige investeringer, som følger en lidt anden afgræsning end drift og anlæg i de regionale og kommunale regnskaber. Nationalregnskabsudgifterne til forbrug er endvidere inkl. afskrivninger på anlæg og er opgjort inkl. moms. I nationalregnskabet følger offentlige sundheds- og ældreudgifter COFOG- klassifikationen (Classification of the Functions of Government), som er et sæt af internationale retningslinjer for opdeling af de offentlige udgifter efter formål.

I COFOG-klassifikationen indgår hhv. "sundhed" og "alderdom", som følger en anden definition end den i regionale og kommunale regnskaber. Ifølge COFOG dækker sundhedsudgifter hovedsageligt sygehuse, sygesikringen og medicintilskud i det regionale sundhedsvæsen, og i det kommunale sundhedsvæsen hovedsageligt over genoptræning og vedligeholdelsestræning, vederlagsfri fysioterapi, kommunal tandpleje, sundhedsfremme og forebyggelse. Men derudover dækker det kommunale sundhedsvæsen også en delmængde af udgifterne til pleje og omsorg af ældre og handicappede samt forebyggende indsatser for ældre og handicappede. Disse ydelser opgøres som ældreudgifter i opgørelsen af ældreudgifter pba. de kommunale regnskaber.

Nationalregnskabet indeholder endvidere en opgørelse af de private udgifter til sundhed og ældre via nationalskabets opgørelse af privatforbruget fordelt på forbrugsarter.

OECD's internationale sundhedsstatistik
Sundhedssystemer varierer på tværs af lande fx i forhold til organisering og finansiering. I Danmark er sundhedsvæsenet og ældreområdet overvejende en del af den offentlige forvaltning og service, hvor ressourceforbruget er en del af det offentlige forbrug, som finansieres via skatteopkrævning. I andre lande ses større brug af private forsikringsordninger, hvorfor en større del ressourceforbruget i stedet indgår i det private forbrug. Når vi ønsker at belyse, hvor mange ressourcer vi bruger på sundhed i Danmark i forhold til andre lande, er det derfor vigtigt, at tage højde for forskelle i organisering og finansiering. Det er blandt andet formålet med OECD's sundhedsstatistik. For at sikre international sammenlignelighed indgår både private og offentlige udgifter, og udgifterne er inklusive afgifter.

Statistikken er opbygget således, at hvert land indrapporterer forbruget på sundhed i et klassifikationssystem, SHA2011 (System of Health Account 2011). Klassifikationssystemet er sådan, at enhver omkostning både klassificeres ift. a) hvem der finansierer den (om den er offentlig eller privat), b) hvad formålet med omkostningen er (funktionel fordeling) og c) hvem der afholder aktiviteten (fx hospital). Sammenlignet med nationalregnskabet er der forskelle i den funktionelle definition, fx klassificeres omkostninger til plejehjem i nationalregnskabet som "social beskyttelse", mens de i SHA2011 klassificeres som sundhed. En anden forskel er, at SHA2011 ikke indeholder afskrivninger.

Ved sammenligninger på tværs af lande er det vigtigt at være opmærksom på, at der fortsat kan være forskelle mellem lande i klassifikation og bogføringspraksis.

1.3 Den sundhedsfaglige arbejdsstyrke

Den sundhedsfaglige arbejdsstyrke, som ofte finder beskæftigelse i sundhedsvæsenet og ældreområdet, dækker over mange forskellige faggrupper fx læger, sygeplejersker, SOSU'ere, bioanalytikere, ergo- og fysioterapeuter, jordmødre, radiografer, lægesekretærer.

Arbejdsstyrken udgjorde i alt ca. 300.000 personer i 2015. Lægerne udgør sammen med sygeplejersker og SOSU'ere de største faggrupper. I 2015 var der knap 25.000 læger, 66.000 sygeplejersker og 122.000 plejepersonale (social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, øvrig plejepersonale), jf. tabel 1.1.

Siden 2000 har der været en stigning i arbejdstyrken inden for stort set alle faggrupper, dog med undtagelse af tandlæger, bioanalytikere og øvrig plejepersonale (som dog modsvares af en stigning i social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere).

Tabel 1.1
Den sundhedsfaglige arbejdsstyrken fordelt på faggruppe over tid

	2000	2005	2010	2015	Årlig vækst 2000-15 (pct.)	Andel 2015
Læger	17.516	20.046	22.853	24.702	2,3	8,1
-heraf speciallæger	11.299	12.682	14.072	15.489	2,1	5,1
Sygeplejersker	57.957	61.150	65.279	69.225	1,2	22,8
Social- og sundhedsassistenter	18.548	30.273	40.407	49.484	6,8	16,3
Social- og sundhedshjælpere	39.653	51.545	57.070	60.577	2,9	20,0
Øvrig plejepersonale	38.052	27.988	19.693	14.342	-6,3	4,7
Tandlæger	5.267	5.298	5.211	4.996	-0,4	1,6
Tandplejere, tandklinikassistenter mv.	8.409	9.303	9.786	9.909	1,1	3,3
Bioanalytikere	8.343	8.482	8.355	8.249	-0,1	2,7
Ergoterapeuter	4.890	6.224	7.676	8.879	4,1	2,9
Fysioterapeuter	6.845	8.687	10.544	12.980	4,4	4,3
Jordemødre	1.430	1.615	1.979	2.416	3,6	0,8
Radiografer	1.045	1.339	1.797	2.236	5,2	0,7
Psykologer	4.492	5.910	7.031	8.242	4,1	2,7
Lægesekretærer	4.753	6.036	7.224	8.449	3,9	2,8
Øvrige	13.212	14.611	17.023	18.838	2,4	6,2
I alt	**230.412**	**258.507**	**281.928**	**303.524**	**1,9**	**1,1**

Anm.: Den sundhedsfaglige arbejdsstyrke er opgjort i antal personer. Dvs. ansatte på fuldtid og deltid tæller med samme vægt. Øvrige dækker hovedsageligt over farmaceuter, farmakonomer, fodterapeuter og optometrister.
Kilde: Bevægelsesregisteret 2015 og egne beregninger.

Den sundhedsfaglige arbejdsstyrke finder hovedsageligt ansættelse inden for sundhedsvæsenet eller socialsektoren. Det er ca. 80 pct. af arbejdsstyrken, som er beskæftiget i disse sektorer, jf. tabel 1.2.

Sundhedsvæsenet dækker især over de regionale sygehuse og praksissektoren, mens socialsektoren blandt andet dækker over den kommunale ældrepleje, hvor mange sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter og andet plejepersonale er beskæftiget.

Hovedparten af lægerne opnår ansættelse i sundhedsvæsenet på sygehusene eller i praksissektoren. Det er kun et begrænset antal læger, som er beskæftiget i den private industri eller i den offentlige forvaltning og forskning.

Tabel 1.2

Den sundhedsfaglige arbejdsstyrken fordelt efter branchebeskæftigelse

	Sundhedsvæsenet	Socialsektoren	Undervisning, forskning og offentlig forvaltning	Fremstilling og handel med medicinalvarer mv.	Øvrige brancher	Ikke i beskæftigelse	**I alt**
Speciallæger	14.331	95	421	46	589	7	**15.489**
Læger uden speciale	7.844	52	751	235	296	35	**9.213**
Sygeplejersker	50.056	10.136	2.904	1.040	4.563	526	**69.225**
Social- og sundhedsassistenter	9.534	32.887	1.177	196	4.366	1.324	**49.484**
Social- og sundhedshjælpere	2.902	42.687	1.864	220	9.355	3.549	**60.577**
Øvrig plejepersonale	1.500	7.962	1.223	138	3.241	278	**14.342**
Tandlæger	4.347	22	222	44	315	46	**4.996**
Tandplejere, tandklinikassistenter mv.	5.723	859	662	293	1.784	588	**9.909**
Bioanalytikere	5.521	128	690	620	1.161	129	**8.249**
Ergoterapeuter	3.964	3.113	780	39	697	286	**8.879**
Fysioterapeuter	8.862	1.797	918	87	1.069	247	**12.980**
Jordemødre	1.976	86	131	22	154	47	**2.416**
Radiografer	1.932	22	84	49	116	33	**2.236**
Psykologer	4.829	1.098	1.185	32	822	276	**8.242**
Lægesekretærer	7.203	140	321	127	552	106	**8.449**
Øvrige	4.241	934	1.447	8.579	2.983	654	**18.838**
I alt	**134.765**	**102.018**	**14.780**	**11.767**	**32.063**	**8.131**	**303.524**
Andel, pct.	**44,4**	**33,6**	**4,9**	**3,9**	**10,6**	**2,7**	**100,0**

Anm.: Den sundhedsfaglige arbejdsstyrke er opgjort i antal personer. Dvs. ansatte på fuldtid og deltid tæller med samme vægt. Øvrige dækker hovedsageligt over farmaceuter, farmakonomer, fodterapeuter og optometrister. Branchefordelingen følger Danmarks Statistiks branchekodning (seneste er Dansk Branchekode 2007). Sundhedsvæsenet dækker bl.a. over beskæftigede på sygehuse og i praksissektoren, men også den kommunale hjemmesygepleje. Socialsektoren dækker bl.a. over beskæftigede i hjemmeplejen og på plejehjem, men også andre institutionsophold for ældre og personer med handicap.

Kilde: Bevægelsesregisteret 2015

Den sundhedsfaglige arbejdsstyrke udgør en stigende andel af befolkningen i den erhvervsaktive alder

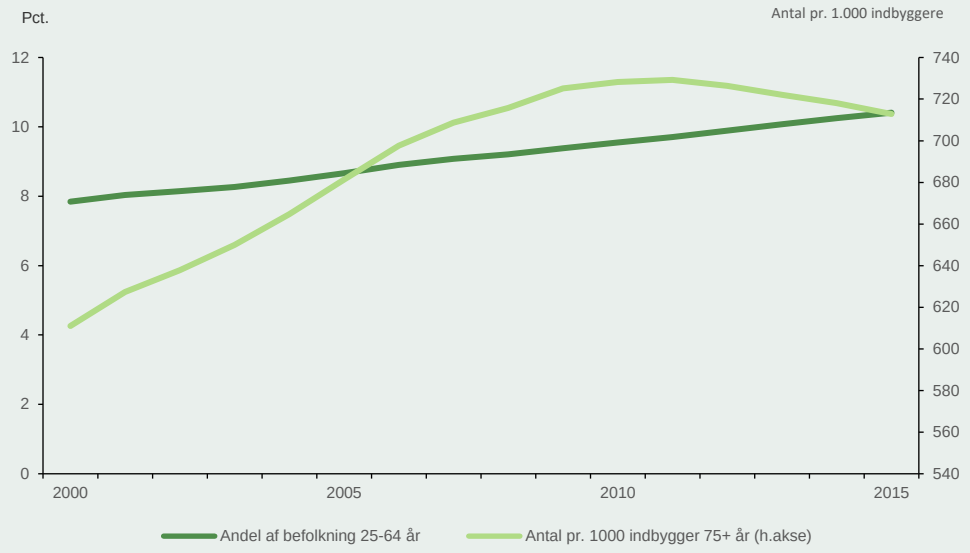
Sammenlignet med befolkningen i den erhvervsaktive alder på 25-64 år udgør den sundhedsfaglige arbejdsstyrke en stigende andel, jf. figur 1.5. I 2000 var ca. 8 pct. af befolkningen mellem 25-64 år en del af den sundhedsfaglige arbejdsstyrke. I 2014 var det ca. 10 pct. Dvs. flere og flere i befolkningen uddanner sig med henblik på ansættelse i sundhedsvæsenet.

Og flere sundhedsuddannede pr. ældre borger over 75 år

Sammenlignet med ældre borgere over 75 år, hvor behovet for behandling, pleje og omsorg for alvor er stigende, har arbejdstyrken også udgjort en stigende andel siden år 2000. I 2000 var der ca. 600 personer med en sundhedsuddannelse pr. 1.000 indbyggere over 75 år. I 2015 er der ca. 700 personer med en sundhedsuddannelse pr. 1.000 indbyggere i denne aldersgruppe.

De seneste 5 års tid har stigningen i borgere over 75 år imidlertid været større end udviklingen i arbejdsstyrken. Det afspejler den generelle befolkningsudvikling, hvor den ældre befolkning er stigende, da store årgange er blandt de ældste borgere i samfundet.

Figur 1.5
Udvikling i arbejdstyrken af sundhedsuddannede i forhold til befolkningen 25-64 år og befolkningen 75+ år



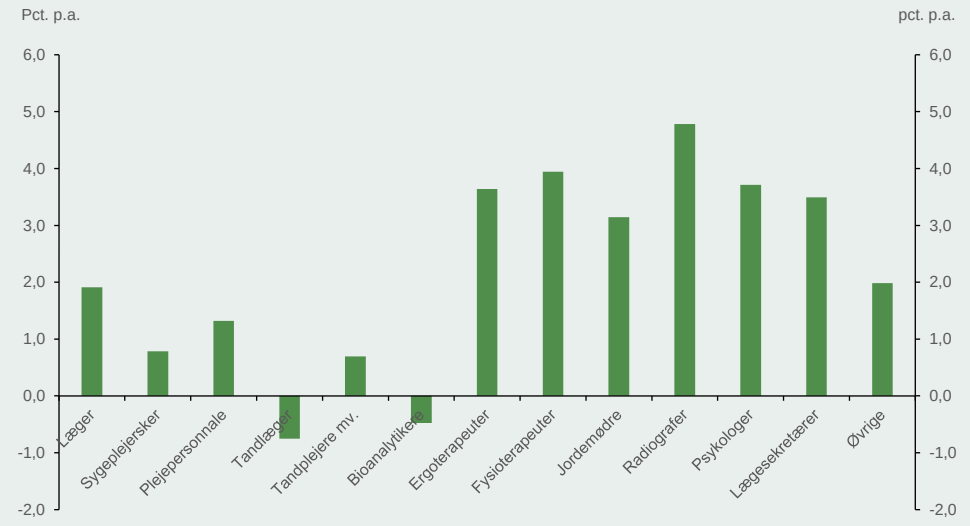
Anm.: I figuren sammenholdes arbejdsstyrke af alle sundhedsuddannede (opgjort til 303.524 personer i 2015) med befolkningen i aldersgruppen 25-64 år og befolkningen på 75 år eller derover.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Større arbejdsstyrke pr. indbygger for stort set alle faggrupper

Det er stort set alle faggrupper i den sundhedsfaglige arbejdsstyrke, som er steget mere end befolkningsudviklingen, jf. figur 1.6. Det gælder dog ikke tandlæger og bioanalytikere. Stigningen har været relativ størst for faggrupperne radiografer, ergoterapeuter, fysioterapeuter, jordemødre og lægesekretærer, som pr. indbygger er steget med 3-5 pct. om året i perioden.

Blandt læger, sygeplejersker og plejepersonale er lægerne den faggruppe, hvor der ses den relativt største stigning. Hvor der i 2000 var ca. 3,3 læger pr. 1.000 indbyggere, så er der i 2015 ca. 4,4 læger pr. 1.000 indbyggere, svarende til en stigning på 1,9 pct. om året, jf. figur 1.6. Stigningen i sygeplejersker og plejepersonale pr. indbygger har udgjort hhv. 0,8 pct. og 1,3 pct. om året. Den relative stigning i antallet af læger betyder således, at der i dag er relativt færre sygeplejersker og mindre plejepersonale pr. læger end tilbage i år 2000.

Figur 1.6
Udvikling i arbejdsstyrken pr. indbygger i pct. efter personalegrupper 2000-15



Anm.: Den sundhedsfaglige arbejdsstyrke er opgjort i antal personer. Dvs. ansatte på fuldtid og deltid tæller med samme vægt. Øvrige dækker hovedsageligt over farmaceuter, farmakonomer, fodterapeuter og optometrister.
Kilde: Bevægelsesregisteret 2015, Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Selvom den lægelige arbejdsstyrke har været stigende generelt set, kan der konstateres en geografisk fordelingsudfordring (Rapport fra regeringens Lægedækningsudvalg (2017)). I nogle områder af landet kan det være vanskelligt at sikre en tilstrækkelig lægedækning. Der er ikke tale om et generelt, landsdækkende lægedækningsproblem, men lokale udfordringer udvalgte steder i landet, jf. rapport fra regeringens lægedækningsudvalg.

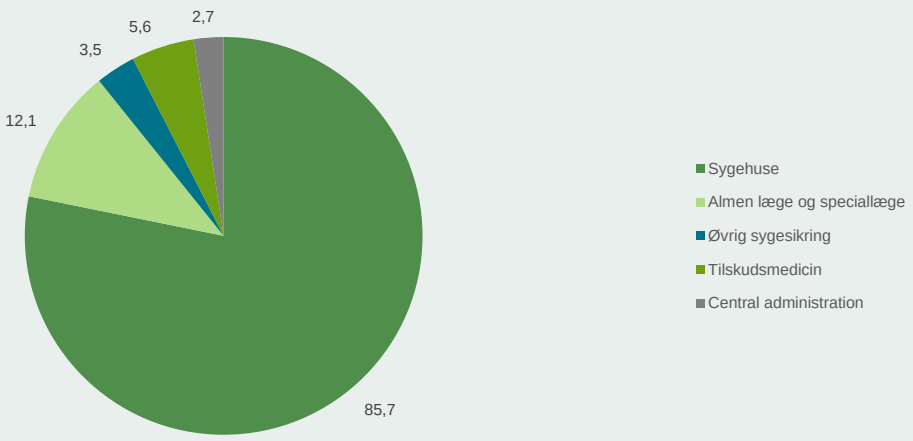
1.2 Det regionale sundhedsvæsen

Sundhedsområdet udgør hovedparten af regionernes udgifter

Regionerne har ansvaret for at drive landets sygehuse (somatik og psykiatri) og varetager det primære sundhedsvæsen ved at indgå aftaler med de almen praktiserende læger, praktiserende speciallæger og øvrige sundhedspersoner under sygesikringen. Derudover varetager regionerne også opgaver inden for regional udvikling blandt andet kollektiv transport og regionale vækstfora.

Sundhed udgør knap 110 mia. kr. eller godt 97 pct. af regionernes regnskab. Sygehusene udgør udgiftsmæssigt den største post i regnskabet eller ca. 85 mia. kr., jf. figur 1.7. Herudover går de regionale sundhedsudgifter hovedsageligt til tilskud til medicin på apotekerne og praksissektoren, som hovedsageligt er de alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger, men også fysioterapi, psykologhjælp og kiropraktik.

Figur 1.7
Udgifter i det regionale sundhedsvæsen fordelt på områder 2017, mia. kr., 2017-pl



Anm.: Figuren viser nettodriftsudgifter i regionernes regnskab. Opgørelsen er ekskl. renter mv. Funktionerne central administration (1.60.40) og øvrige udgifter og indtægter (1.60.41) indgår under sygehuse. Udgifter til fælles formål og administration i regionernes regnskab betegnes central administration i figuren. Øvrig sygesikring dækker blandt andet over udgifter til tandlæger, fysioterapi, kiropraktik og psykologhjælp.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

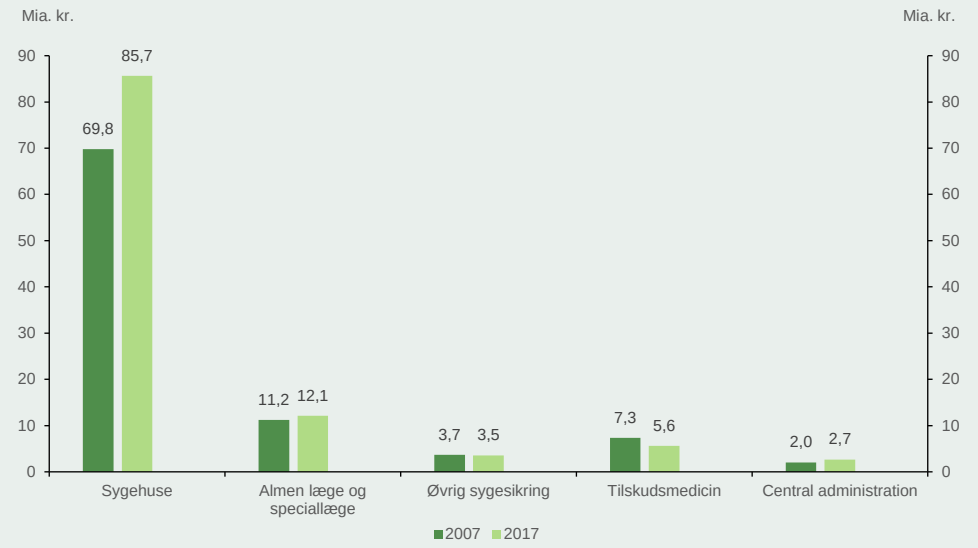
Flest penge er gået til sygehusene

Sygehusvæsenet har været højt prioriteret det seneste årti, hvor flest udgifter er gået til (absolut set). Siden 2007 er regionernes samlede udgifter til sundhed steget med ca. 15 mia. kr. (2017-priser). Heraf er mere end 15 mia. kr. gået til sygehusene, jf. figur 1.8. Dvs. en vækst, som overstiger den samlede vækst på det regionale sundhedsområde en smule.

Udgiftsudviklingen i sygehusvæsenet skal ses i sammenhæng med en højt prioriteret indsats over for specialiserede behandlingsområder som blandt andet kræft- og hjerteområdet fx via kræft- og hjertepakker. Sygehusene har i perioden øget aktiviteten og behandlingen af antal patienter markant, og udviklingen er forbundet med fald i ventetider og stigende kræftoverlevelse. En del af stigningen kan også afspejle organisatoriske og regnskabstekniske forhold[3]

[3] *Fx har Region Hovedstaden hjemtaget vagtlægeordningen og oprettet 1813. Et sådan initiativ vil regnskabsteknisk flytte udgifter fra almen lægehjælp til sygehusene,*

Figur 1.8
Udgifter i det regionale sundhedsvæsen fordelt på områder, 2007 og 2017, 2017-pl



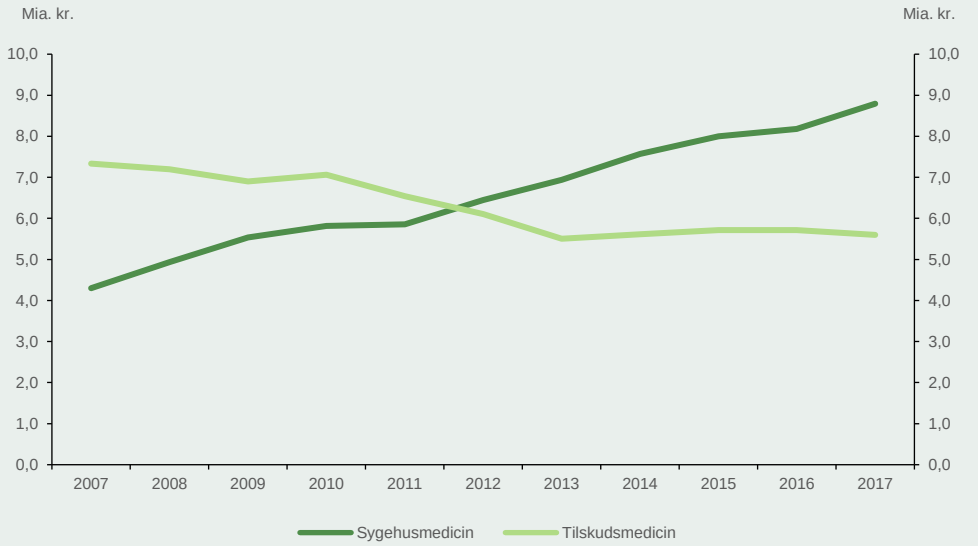
Anm.: Opgørelsen af udgifter følger afgræsningen i figur 1.7. Udgifter til tilskudsmedicin er opgjort i årets priser. Opgørelsen er ikke korrigeret for ændringer i opgaver over tid.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Fald i udgifter til tilskudsmedicin

Udviklingen i regionernes udgifter dækker over et markant fald i udgifter til tilskud til køb af medicin på apotekerne på ca. 1,7 mia. kr. fra 7,3 mia. kr. i 2007 til 5,6 mia. kr. i 2017, jf. figur 1.9. Denne udvikling har skabt råderum til prioritering på andre områder.

Faldet ses i årene frem til 2013 og skyldes hovedsageligt et fald i priserne på den tilskudsberettigede medicin blandt andet pga. af patentudløb og øget priskonkurrence fra kopiprodukter. Mængdeudviklingen har derimod i samme periode været svagt stigende. De seneste tre år ses et brud på den faldende tendens, og der ses en omtrent uændret udvikling i udgifterne.

Figur 1.9
Udgifter i til sygehusmedicin og tilskudsmedicin, mia. kr., 2007-17



Anm.: Udgifter til sygehusmedicin konteres under funktionen sygehuse i regionernes regnskaber. Udgifterne til såvel sygehusmedicin som tilskudsmedicin er opgjort i årets priser. I 2007 er der korrigeret for, at en region ikke har opført udgifter til sygehusmedicin på grupperingen under sygehuse.
Kilde: Danmarks Statistik

Men stigende udgifter til sygehusmedicin

Udviklingen i udgifterne til sygehusmedicin er den omvendte af udgifterne til tilskudsmedicin. Siden 2007 er udgifterne til sygehusmedicin steget fra 4 mia. kr. i 2007 til knap 9 mia. kr. i 2017, jf. figur 1.9. Dvs. en fordobling af udgiften.

Den forskellige udgiftsudvikling mellem sygehusmedicin og tilskudsmedicin på apotekerne afspejler flere forhold bl.a. produktsammensætning og markeds- og prisforhold. Sygehusene varetager specialiserede behandlinger af alvorlige sygdomme fx kræft og produktsammensætningen er en anden end på apotekerne. Og for denne produktsammensætning har konkurrence- og prissituationen været en anden.

På sygehusene er der fx de senere blevet introduceret nye medicinpræparater til fx kræftbehandling, som kan være beskyttet af patenter eller vanskelige at kopiere. Det svækker priskonkurrencen.

De to udgiftsområder er imidlertid også underlagt forskellig styring i forhold til indkøb og brug af medicin. Tilskud til medicinkøb på apotekerne følger et fast regelsæt og tilskud gives i udgangspunktet kun til det billigste lægemiddel blandt sammenlignelige lægemidler.

Praksissektoren

Regionernes udgifter til praksissektoren omfatter hovedsageligt udgifter til almen praksis og speciallægepraksis, men tæller også udgifter til tandlæger, fysioterapi, psykologhjælp og kiropraktor.

Der er i udgangspunktet en tæt sammenhæng mellem udgifterne til praksissektoren og den aktivitet som yderne udfører. Det gælder fx almen lægehjælp, herunder alment praktiserende læger, som udgiftsmæssig udgør det største område inden for sygesikringen på 8,5 kr. i 2017.

De alment praktiserende læger modtager et fast honorar for hver borger, som lægen har tilknyttet samt honorarer for de ydelser, som lægen yder over for borgerne. Flere borgere og flere leverede ydelser vil øge betalingen til de praktiserende læger.

Regionernes regnskaber viser en begrænset vækst i udgifterne til almen lægehjælp i perioden 2007-17, jf. figur 1.10. I reale termer er udgiften samlet set vokset fra 8,3 mia. kr. til 8,5 mia. kr. Det dækker over en markant stigning i årene frem mod 2011, og et fald i årene derefter, hvor regnskabet lå under budget i de fleste af årene.

Figur 1.10
Udgifter (reale) til almen lægehjælp i de regionale budgetter og regnskaber 2007-17, mia. kr., 2017-pl

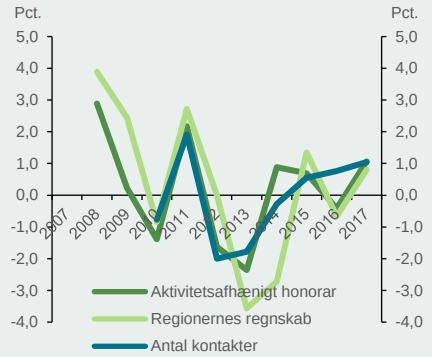
Anm.: Figuren viser nettodriftsudgifter almen lægehjælp (1.20.10) i regionernes budgetter og regnskaber. Opgørelsen er ikke korrigeret for ændringer i opgaver over tid eller mellem budget og regnskab.
Kilde: Danmarks Statistik

Den aftagende udvikling siden 2011 hænger blandt andet sammen med et fald i antallet udførte ydelser. Antallet af kontakter og udførte aktiviteter i almen praksis er tæt forbundet med udgiftsudviklingen via den aktivitetsafhængige honorarbetaling. Denne sammenhæng ses i figur 1.11, som viser den relative ændring i de reale udgifter til det aktivitetsafhængige honorar, antallet af kontakter og udgifter til almen lægehjælp i de regionale regnskaber. Væksten i de tre

størrelser er tæt forbundet. Når antallet af kontakter hhv. stiger eller falder, da hhv. stiger eller falder udgiften til honorarer og regnskabsudgiften typisk også.

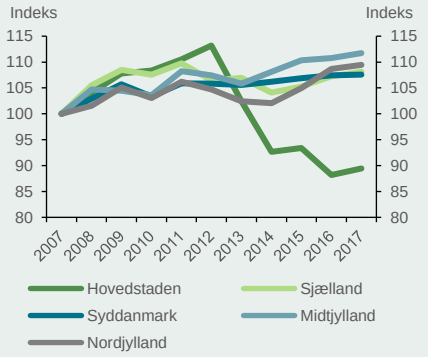
I årene 2012-14 ses imidlertid en større afvigelse mellem udviklingen i antallet af kontakter, honorarudgifter på den ene side og regnskabsudgiften på den anden side. Det afspejler, at regnskaberne ikke kun er udtryk for den udførte aktivitet og de udbetalte honorarer, men også det organisatoriske og regnskabstekniske ramme for den almene lægehjælp. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på, at udgiftsudviklingen i regnskaberne også kan afspejle tekniske forhold fx ændringer i organisatoriske forhold i regionerne og er ikke nødvendigvis udtryk for en anderledes prioritering af ressourcer til den almene lægehjælp.

Figur 1.11
Relativ ændring i udgifter til aktivitetsafhængigt honorarer, udgifter i regionernes regnskaber og antallet af kontakter, 2007-17.



Anm.: Figuren viser reale udgifter til aktivitetsafhængigt bruttohonorar, udgifter til nettodriftsudgifter til almen lægehjælp (1.20.10) i regionernes regnskaber. Opgørelsen er ikke korrigeret for ændringer i opgaver over tid eller mellem budget og regnskab.
Kilde: Almen praksis analyser, september 2016, Sundheds- og Ældreministeriet, Regionernes Regnskab ogUdvalgte nøgletal for det regionale sundhedsvæsen 2009-2017, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Figur 1.12
Udgifter (reale) til almen lægehjælp i de regionale regnskaber fordelt på regioner 2007-17, indeks 2007=10



Anm.: Figuren viser nettodriftsudgifter almen lægehjælp (1.20.10) i regionernes regnskaber. Opgørelsen er ikke korrigeret for ændringer i opgaver over tid eller mellem budget og regnskab.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

I 2013 besluttede Region Hovedstaden fx at hjemtage vagtlægeordningen og oprette 1813. Et sådan initiativ vil regnskabsteknisk flytte udgifter fra almen lægehjælp til andre dele af regionerne (i dette tilfælde sygehusene), mens servicen stadig tilbydes borgeren. Det ses således også, at den aftagne vækst i udgifterne hovedsageligt kan placeres i Region Hovedstaden, jf. figur 1.12, hvor regnskabsudgiften til almen lægehjælp falder i perioden pga. stort fald 2013-14. I de øvrige regioner er udgiften steget realt med mellem 7-11 pct. i perioden eller 0,7 til 1,1 pct. om året.

Stigende udgifter til central administration

De regionale udgifter til den centrale administration fx på regionsgårdene udgør en forholdsmæssig lille andel af de samlede udgifter. I 2017 udgjorde udgifterne til central administration godt 2½ mia. kr. eller ca. 2 pct. af de samlede udgifter. Siden 2007 er udgifterne dog steget med ca. 0,6 mia. kr. (2017-pl) eller ca. 31 pct., hvilket er en hurtigere stigning end stigningen i de samlede udgifter. Dvs. andelen af udgifter, som går til den centrale administration, er blevet større.

Historisk højt investeringsniveau i nye fysiske rammer i sygehusvæsenet

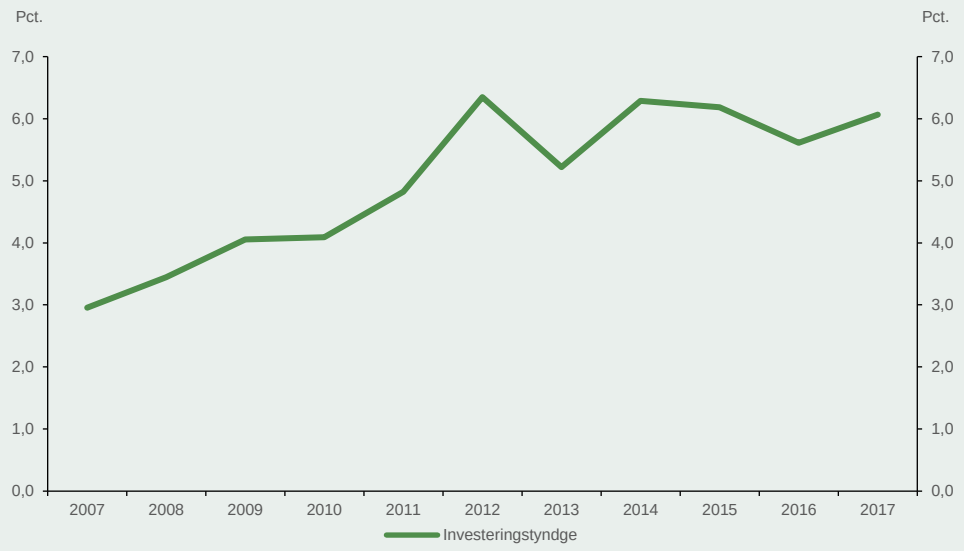
Driften af sundhedsvæsenet forudsætter et kapitalapparat såsom bygninger, anlæg og apparatur til fx diagnostik og udførelse af behandlinger. Det gælder især for den specialiserede del af sundhedsvæsenet, som varetager sygehusbehandlinger af landets borgere.

Investeringsniveauet i anlæg er i disse år historisk højt og vil være stigende de kommende år pga. kvalitetsfondsbyggerierne af nye sygehuse. I 2007 udgjorde investeringsudgiften ca. 3 pct. af de samlede driftsudgifter, jf. figur 1.13. I 2017 er investeringsudgiftens andel af driftsbudgettet fordoblet og udgør ca. 6 pct.

Investeringsniveauet afspejler en fornyelse og udvidelse af sygehusenes fysiske rammer. Med investeringerne vil specialer og akutte funktioner endvidere samles og specialiseringsgarden af sygehusvæsenet vil øges med henblik på at øge behandlingskvaliteten.

Samtidig giver investeringerne i nye rammer til sygehusvæsenet bedre muligheder for at gøre tingene på en smartere måde og øge produktiviteten samt udføre behandling af en høj kvalitet på en mere omkostningseffektiv måde.

Figur 1.13
Anlægsudgifter i regionerne som andel af driftsudgifterne, 2007-17



Anm.: Anlægsudgifter er opgjort som bruttoanlægsudgiften, mens driftsudgiften er opgjort som nettodriftsudgiften.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

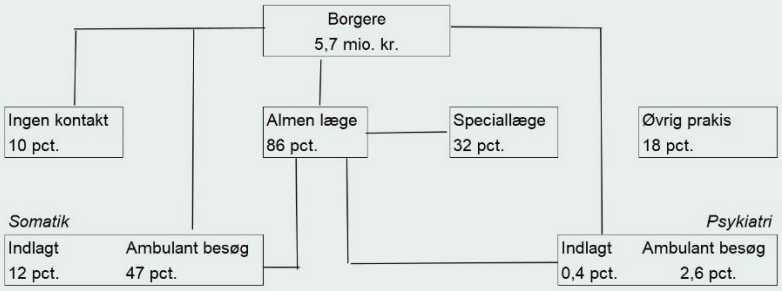
1.4 Aktivitet i det regionale sundhedsvæsen

De fleste borgere har kontakt til sundhedsvæsenet

De fleste danskere havde i 2017 kontakt til sundhedsvæsenet, enten som besøg ved almen praksis, i ambulant behandling eller ved en indlæggelse på sygehuset. Ud af den samlede befolkning havde godt én ud af 10 borgere ingen kontakt til sundhedsvæsenet, jf. figur 1.14.

Næsten 9 ud af 10 borgere har kontakt til den alment praktiserende læge. Færre borgere har kontakt til det somatiske sygehusvæsen. 3 ud af 10 borgere havde kontakt til en praktiserende speciallæge eller et ambulant besøg på sygehuset. Kun 1 ud af 10 borgere var indlagt på et somatisk sygehus.

Figur 1.14
Befolkningens kontakt til det regionale sundhedsvæsen, 2017 (pct.)



Anm: Almen praksis omfatter både borgere med kontakt til almen praksis i dagstid og uden for dagstid samt kontakt til vagtlæge.
Kilde: Danmarks Statistik, Udvalgte nøgletal for det regionale sundhedsvæsen 2009-2017, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

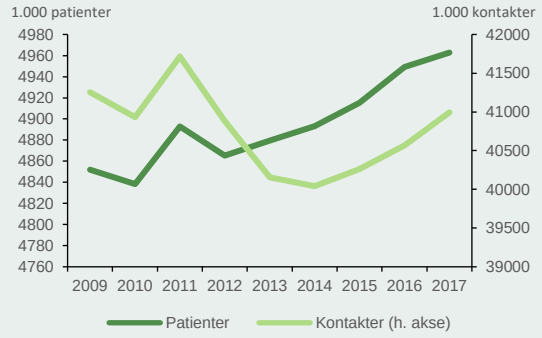
Det er endnu færre borgere, som er i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen. Flest borgere har et ambulant besøg og meget få borgere er indlagt set i forhold til den samlede befolkning. Det er ca. en halv pct. af befolkningen, som havde en indlæggelse, og knap 3 pct., som havde et ambulant besøg på en psykiatrisk afdeling.

Almen praksis – mindre andel af befolkning har kontakt og færre kontakter pr. indbygger

Befolkningens kontakt til almen praksis dækker over et fald i antallet af kontakter siden 2011 på knap 2 pct., jf. figur 1.15. Det er i årene 2012-14 kontaktomfanget er faldet. Som tidligere vist er det også i disse år, at udgifterne til det aktivitetsafhængige honorar falder. Siden 2014 har der været en stigning i antallet af kontakter, som dog ikke når tilbage på samme niveau som i 2011. Til gengæld er antallet af borgere med kontakt i perioden steget med godt 2 pct. I perioden er befolkningens størrelse imidlertid også steget med 4 pct., og set i forhold til den samlede befolkningsudvikling ses således et fald i både andelen med årlig kontakt til alment praktiserende læge og antal gennemsnitlige kontakter pr. indbygger, jf. figur 1.16.

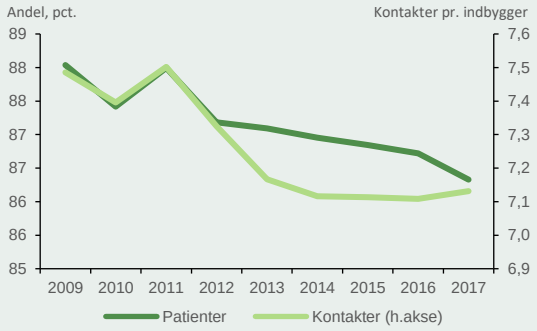
Det er vigtigt at tage i betragtning, at udviklingen også dækker over en forskydning i kontakttypen. Andelen af befolkningen som har haft en e-mailkonsultationerne er vokset betydeligt, mens telefonkonsultationer omvendt er faldet, jf. Almen praksis analyser, Sundheds- og Ældreministeriet, september 2016.

Figur 1.15
Antal patienter med kontakt til almen praksis og antal kontakter, 2009-17



Anm: Omfatter både kontakter til almen praksis i dagstid og uden for dagstid samt kontakter til vagtlæge. Antal patienter er antal unikke borgere, der har været i kontakt med almen praksis en eller flere gange i løbet af året. Kontakter omfatter afregnede ydelser, der er defineret som en særskilt kontakt mellem borger og almen praksis.
Kilde: Udvalgte nøgletal for det regionale sundhedsvæsen 2009-2017, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 1.16
Andel af befolkningen med kontakt til almen praksis og antal kontakter pr. indbygger, 2009-17

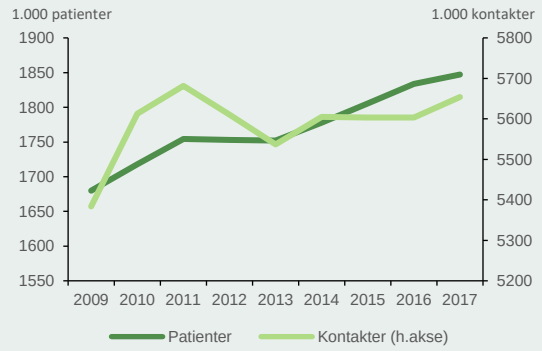


Anm: Omfatter både kontakter til almen praksis i dagstid og uden for dagstid samt kontakter til vagtlæge. Antal patienter er antal unikke borgere, der har været i kontakt med almen praksis en eller flere gange i løbet af året. Kontakter omfatter afregnede ydelser, der er defineret som en særskilt kontakt mellem borger og almen praksis.
Kilde: Udvalgte nøgletal for det regionale sundhedsvæsen 2009-2017, Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Også lille fald i kontakter til speciallægepraksis siden 2011 – men stigende andel af befolkning har kontakt

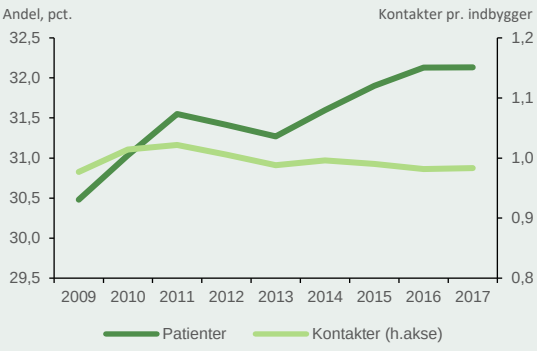
Hos de praktiserende speciallæger ses ligesom i almen praksis et fald i antallet af kontakter siden 2011 – dog et lidt mindre fald eller ca. ½ pct. - sidenhen er antallet steget igen til omtrent samme niveau som i 2011. Udviklingen skal ses i forhold til en stigning i årene op til 2011. Antallet af borgere med kontakt er steget med 10 pct., jf. figur 1.17. Dvs. andelen af befolkningen med kontakt er steget, mens antallet af kontakter pr. indbygger er omtrent uændret, jf. figur 1.18.

Figur 1.17
Antal patienter med kontakt til speciallægepraksis og antal kontakter, 2009-17



Anm: Antal patienter er antal unikke borgere, der har været i kontakt med almen praksis en eller flere gange i løbet af året. Kontakter omfatter afregnede ydelser, der er defineret som en særskilt kontakt mellem borger og speciallægepraksis.
Kilde: Udvalgte nøgletal for det regionale sundhedsvæsen 2009-2017, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 1.18
Andel af befolkningen med kontakt til speciallægepraksis og antal kontakter pr. indbygger, 2009-17



Anm: Antal patienter er antal unikke borgere, der har været i kontakt med almen praksis en eller flere gange i løbet af året. Kontakter omfatter afregnede ydelser, der er defineret som en særskilt kontakt mellem borger og speciallægepraksis.
Kilde: Udvalgte nøgletal for det regionale sundhedsvæsen 2009-2017, Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Flere patienter på sygehusene modtager en mere intensiv behandling

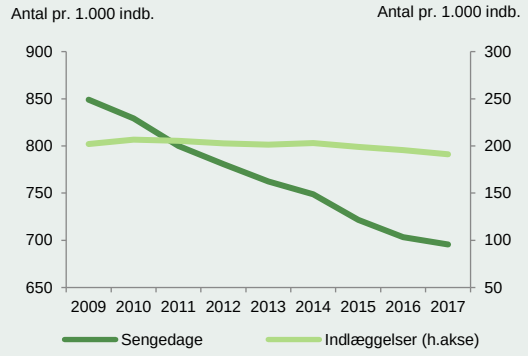
Sygehusvæsenet dækker over en meget mangfoldig gruppe af patienter og dækker over aktivitet lige fra fødsler til behandling af kræft- og hjertekar sygdomme.

Det stigende ressourceforbrug i sygehusvæsenet, som beskrevet ovenfor, ledsages af stigende sygehusaktivitet. Væksten i sygehusaktiviteten er både drevet af, at flere borgere bliver behandlet, men også at den enkelte patient har flere kontakter. De seneste år er antallet af ambulante besøg steget mere end antallet af patienter. Det gælder dog ikke for indlæggelser, hvor der ses en uændret udvikling i antallet af indlæggelser pr. indbygger.

Færre sengedage som følge af faldende liggetid

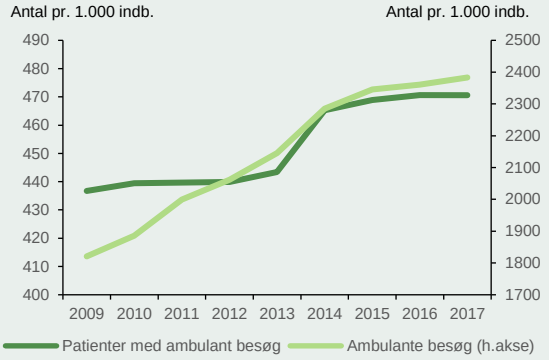
Patienterne er indlagt mindre på sygehusene. Antallet af indlæggelser pr. indbygger har ikke ændret sig markant siden 2009, men antallet af sengedage pr. indbygger under indlæggelse er faldet med ca. 18 pct. fra 2009 til 2017, jf. figur 1.19. Borgere i Danmark bliver altså indlagt lige så ofte, men bliver hurtigere udskrevet igen. Dvs. den gennemsnitlige indlæggelsestid er faldet fra 4,2 dage i 2009 til 3,6 dage i 2017.

Figur 1.19
Sengedage under indlæggelse, somatiske sygehusvæsen, 2009-2017, antal pr. 1.000 indbygger



Anm.: En indlæggelse tælles som en patients udskrivning fra en sygehusafdeling, hvor patienten har optaget en normeret sengeplads. Overflytninger mellem sygehusafdelinger tæller ikke med som en selvstændig indlæggelse i opgørelsen. Sengedage er antallet af dage mellem indlæggelsesdato og udskrivningsdato for en indlæggelse. Der vil som minimum være én sengedag pr. indlæggelse.
Kilde: Udvalgte nøgletal for det regionale sundhedsvæsen 2009-2017, Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 1.20
Ambulante besøg og kontakter, somatiske sygehusvæsen, 2009-2017, antal pr. 1.000 indbygger



Anm.: Ambulante besøg tælles som en patients fremmøde på et ambulatorium, i en tværgående klinisk serviceafdeling, et hjemmebesøg af sundhedsfagligt uddannet personale eller modtagelse af en afregningsberettiget telemedicinsk ydelse. Ved ambulant behandling er patienten indskrevet på en afdeling, men optager ikke en normeret sengeplads. For den enkelte patient opgøres der kun ét ambulant besøg pr. dag pr. afdeling. Der indgår tal for fremmøde på en skadestueafdeling, hvor indskrivning sker efter selvhenvendelse, henvisning eller indbringelse på grund af tilskadekomst eller anden akut opstået tilstand.
Kilde: Udvalgte nøgletal for det regionale sundhedsvæsen 2009-2017, Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Flere ambulante besøg

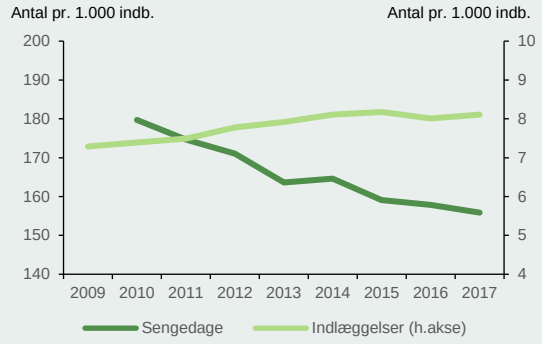
Udviklingen i antal indlæggelser og sengedage modsvares af et stigende antal ambulante besøg, jf. figur 1.20. Flere borgere har en ambulant kontakt til det somatiske sygehusvæsen, og der observeres en stigning i antal besøg pr. borger. I 2009 havde en borger i gennemsnit 1,8 besøg på et ambulatorium. I 2017 var det knap 2,4 besøg pr. borger.

Samme udviklingstendenser i psykiatrien

I det psykiatriske sygehusvæsen ses overordnet set samme udviklingstendens som i det somatiske, jf. figur 1.21 og 1.22. Der ses en stigning i antal indlæggelser pr. 1.000 indbyggere, mens antal sengedage er faldet.

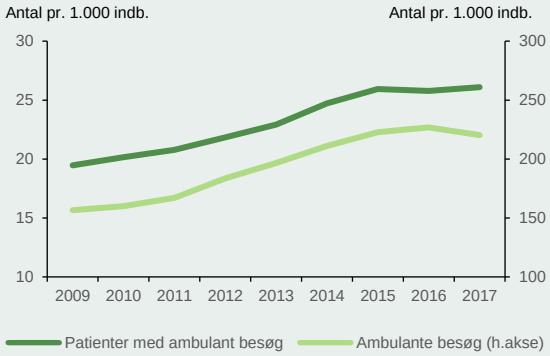
Den gennemsnitlige indlæggelsestid i psykiatrien er noget højere end i somatikken. Hvor indlæggelsestiden i gennemsnit er 3,6 dage i somatikken, så er indlæggelsestiden i gennemsnit 19,2 dage i psykiatrien. Indlæggelsestiden i psykiatrien er dog faldet fra 24,3 dage pr. indlæggelse i 2010.

Figur 1.21
Indlæggelser og sengedage under indlæggelse, psykiatriske sygehusvæsen, 2009-2017, antal pr. 1.000 indbygger



Anm.: En indlæggelse tælles som en patients udskrivning fra en sygehusafdeling, hvor patienten har optaget en normeret sengeplads. Overflytninger mellem sygehusafdelinger tæller ikke med som en selvstændig indlæggelse i opgørelsen. Sengedage er antallet af dage mellem indlæggelsesdato og udskrivningsdato for en indlæggelse. Der vil som minimum være én sengedag pr. indlæggelse.
Kilde: Udvalgte nøgletal for det regionale sundhedsvæsen 2009-2017, Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 1.22
Patienter med ambulant besøg og ambulante besøg og kontakter, psykiatrisk sygehusvæsen, 2009-2017, antal pr. 1.000 indbygger



Anm.: Ambulante besøg opgøres som en patients fremmøde på den psykiatriske ambulante afdeling, eller patientens møde med sundhedsfagligt personale uden for sygehuset i et såkaldt udebesøg. Ved ambulant behandling er patienten indskrevet på en psykiatrisk ambulant stamafdeling, men optager ikke en normeret sengeplads. For den enkelte patient opgøres der kun ét ambulant besøg pr. dag pr. afdeling. Der indgår tal for fremmøde på en psykiatrisk skadestueafdeling, hvor indskrivning sker efter selvhenvendelse, henvisning eller indbringelse på grund af tilskadekomst eller anden akut opstået tilstand.
Kilde: Udvalgte nøgletal for det regionale sundhedsvæsen 2009-2017, Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og egne beregninger.

1.5 Kvalitet i det regionale sundhedsvæsen

Et effektivt og velfungerende sundhedsvæsen kan ikke alene måles på omfanget af ressourcer og antallet af behandlinger og behandlede patienter. Det er afgørende, at aktiviteterne i sundhedsvæsenet har en kvalitet, som bibringer værdi for borgeren og samfundet. Der sættes årligt fokus på udviklingen i kvaliteten af sundhedsvæsenet i de nationale mål, jf. boks 1.2.

Boks 1.2
Nationale mål for sundhedsvæsenet

Der sættes årligt fokus på udviklingen i kvaliteten af sundhedsvæsenet i de nationale mål. De nationale mål udgør et element i arbejdet med at følge og forbedre kvaliteten i sundhedsvæsenet. Målene skal være med til at sikre, at alle sundhedsvæsenets aktører – sygehusene, kommunerne og almen praksis – arbejder sammen mod højere kvalitet og samtidig gøre det lettere at overskue, hvor der er behov for forbedringer.

De nationale mål har blandt andet fokus på.

- Bedre sammenhængende patientforløb
- Styrket indsats for kronikere og ældre patienter
- Forbedret overlevelse og patientsikkerhed
- Behandling af høj kvalitet
- Hurtig udredning og behandling
- Øget patientinddragelse
- Flere sunde leveår
- Mere effektivt sundhedsvæsen

Kilde: Sundheds- og Ældreministeriet (2018): *Nationale mål for sundhedsvæsenet.*

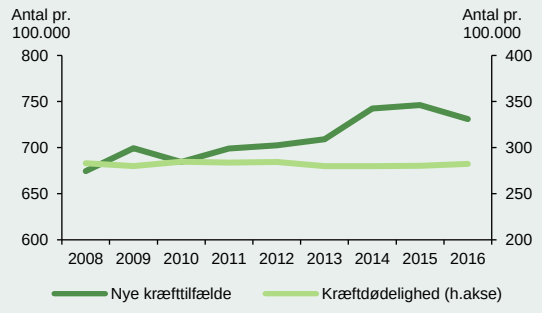
Som indikator for forbedret overlevelse følges blandt andet overlevelsen blandt kræftpatienter og hjertedødelighed. Og som indikator for hurtig udredning og behandling samt sammenhængende forløb følges ventetid til planlagt sygehusoperation, akutte genindlæggelser, færdigbehandlingsdage og ventetid til genoptræning. I det følgende belyses udviklingen i udvalgte indikatorer.

Flere danskere lever med og overlever kræft

Kræftsygdomme fylder meget i det danske sygdomsbillede og alene i 2016 var der 41.700 nye tilfælde af kræft i befolkningen svarende til ca. 730 tilfælde pr. 100.000 indbyggere. Særligt lunge-, bryst- og prostatakræft fylder meget i sygdomsbilledet. Der tegner sig et positivt billede af, at selvom antallet af nye kræfttilfælde pr. indbygger er stigende, så er dødeligheden den samme som i 2009. Dette betyder, at flere danskere bliver diagnosticerede med kræft, men at denne udvikling ikke er forbundet med, at en større andel i befolkningen dør af kræft, jf. figur 1.23. Tendensen afspejler sig i andelen af borgere i live med tidligere kræftdiagnoser, hvor der ses en stigende udvikling for begge køn, jf. figur 1.24.

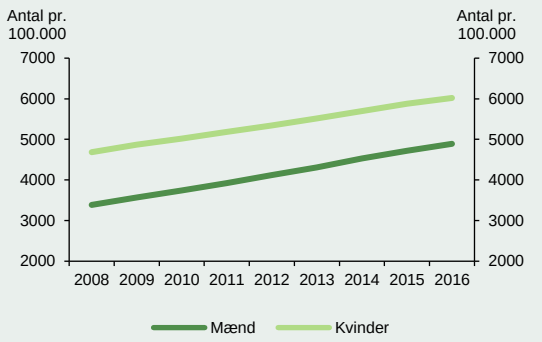
Fra 2008-2016 er andelen af borgere i live med tidligere kræftdiagnoser steget med 29 pct., svarende til 1400 flere personer pr. 100.000 borgere.

Figur 1.23
Antal nye kræfttilfælde og dødelighed, pr. 100.000 borgere, 2008-2016



Kilde: Dødsårsagsregister og Cancerregisteret, Sundhedsdatastyrelsen

Figur 1.24
Antal borgere i live med tidligere kræftdiagnose, fordelt på køn, antal pr. 100.000 borgere, 2008-2016



Kilde: Cancerregisteret årsrapport 2016, Sundhedsdatastyrelsen.

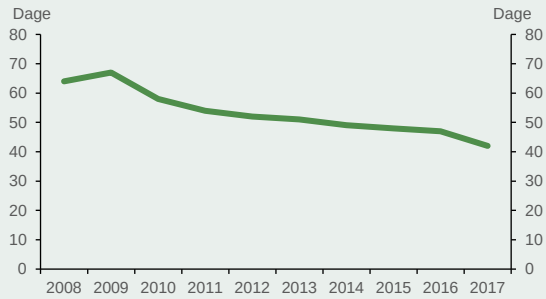
I 2014-2016 overlevede 80 ud af 100 mænd 1 år efter stillet kræftdiagnose (alle kræftdiagnoser ekskl. al anden hudkræft end modermærkekræft), hvor der i 2002-2004 kun overlevede 68 ud af 100. Det betyder at 12 ud af 100 flere mænd overlever 1 år efter stillet kræftdiagnose i 2014-2016 sammenholdt med 2002-2004. Betragtes 5-års overlevelsen for mænd, overlever 14 ud af 100 flere i 2014-2016 sammenlignet med 2002-2004, idet 5-års overlevelsen for mænd var henholdsvis 48 pct. i 2002-2004 og 62 pct. i 2014-2016, jf. Sundhedsdatastyrelsen (2018).

Det samme billede kan tegnes for kvinder. I 2014-2016 overlevede 82 ud af 100 kvinder 1 år efter stillet kræftdiagnose, hvor der i 2002-2004 kun var 72 ud af 100. Det betyder at 10 ud af 100 flere kvinder overlever 1 år efter stillet kræftdiagnose i 2014-2016 sammenholdt med 2002-2004. Betragtes 5-års overlevelsen ligeledes for kvinder, overlever 10 ud af 100 flere i 2014-2016 sammenlignet med 2002-2004, idet 5-års overlevelsen for kvinder var henholdsvis 55 pct. i 2002-2004 og 65 pct. i 2014-2016, jf. Sundhedsdatastyrelsen (2018).

Faldende ventetid til sygehusoperationer og psykiatrisk sygehuskontakt

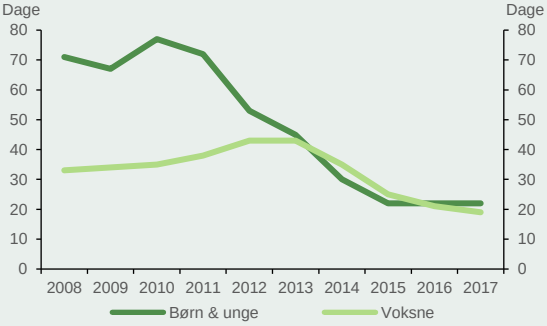
Det er vigtigt, at udredning igangsættes hurtigt, når der opstår mistanke om sygdom, og at borgerne kan få den nødvendige behandling hurtigt og effektivt. Siden 2009 har ventetiden til en planlagt sygehusoperation været faldende, jf. figur 1.25. I 2009 var der en gennemsnitlig ventetid på godt 65 dage. I 2017 er ventetiden faldet til ca. 40 dage. Tilsvarende ses et fald i ventetiden i psykiatrien fra henvisning til første sygehuskontakt, jf. figur 1.26. Det ses især for børne- og ungepsykiatrien.

Figur 1.25
Gennemsnitlig erfaret ventetid til planlagt sygehusoperation, målt i dage, 2008-2017



Anm.: Opgørelsen omfatter planlagt aktivitet på de offentlige sygehuse samt den planlagte aktivitet på private sygehuse og klinikker, der er betalt af patientens bopælsregion, herunder udvidet frit valg. Region angiver regionen for det sygehus, der er registeret på 1. kontakt i venteforløbet. Sundhedsområdet var i foråret 2008 ramt af en otte ugers konflikt. Det betød bl.a., at sygehuskapaciteten ikke blev anvendt fuldt ud pga. aflysninger af behandlinger af ikke-akut karakter. Sygehusene blev ramt af strejken i forskelligt omfang. Implementering af Sundhedsplatformen i Region Hovedstaden fra og med maj 2016 kan have indflydelse på de opgjorte ventetider.
Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 1.26
Gennemsnitlig ventetid til 1. psykiatriske sygehuskontakt fra henvisningstidspunktet, 2008-2017



Anm.: Opgørelsen omfatter planlagt aktivitet på de offentlige sygehuse samt den planlagte aktivitet på private sygehuse og klinikker, der er betalt af patientens bopælsregion, herunder udvidet frit valg. Aldersfordeling er foretaget i henhold til sundhedsloven, dvs. børn og unge er yngre end 19 år, og voksne er 19 år eller derover.
Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Positiv udvikling for forebyggelige indlæggelser og færdigbehandlingsdage, men stigende genindlæggelsesfrekvens

Antallet af forebyggelige indlæggelser blandt ældre er faldet med ca. 14 pct. fra 2009 til 2015, jf. tabel 1.3. Ligeledes er antallet af færdigbehandlingsdage i somatikken faldet med 7 dage, hvilket svarer til et fald på 66 pct.

Andelen af genindlæggelser af alle indlæggelser har været stigende i perioden svarende til 1,1 pct. point, og antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser har udviklet sig nogenlunde konstant i det meste af perioden, dog ses et fald i de sidste to år.

Tabel 1.3

Uhensigtsmæssige indlæggelser, 2009-2017

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Ændring i pct./pct.point
Forebyggelige indlæggelser (antal pr. 1.000 ældre)	68,3	70,4	68,7	65,2	65,2	62,0	63,5	61,1	59,0	-13,6
Akutte genindlæggelser (pct., andel indlæggelser, som efterfølges af akut genindlæggelse)	10,6	10,8	11,0	11,2	11,4	11,5	11,4	11,3	11,6	1,1
Akutte medicinske korttidsindlæggelser (antal pr. 1.000 borgere)	29,0	29,0	29,5	30,2	30,3	30,1	29,0	27,8	25,8	-11,0
Færdigbehandlede patienter (antal sengedage pr. 1.000 borgere)	10,6	8,1	7,0	7,1	6,9	7,1	6,1	5,3	3,6	-65,8

Anm.: Opgørelsen er køns- og aldersstandardiseret. Genindlæggelsesfrekvensen følger definitionen fra Nationale mål 2018.
Kilde: eSundhed.dk og egne beregninger.

1.6 Det kommunale sundheds- og ældreområde

Den ældre borger defineres typisk som borgere på 65 år eller derover. Det dækker over en mangfoldig gruppe, og deres behov for hjælp kan være meget forskelligt. Der kan være stor forskel på, hvad en 65-årig og en 85-årig borger efterspørger af hjælp, ligesom der er store forskelle inden for de enkelte aldersgrupper.

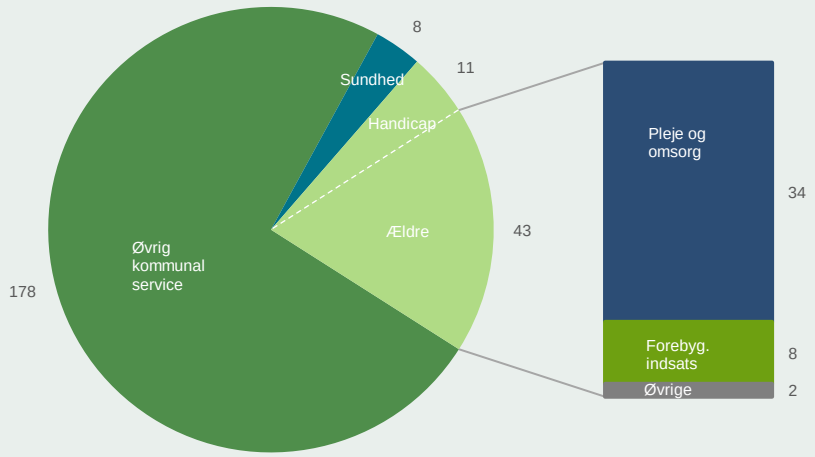
Det er kommunerne, som har ansvaret for at tilvejebringe ydelser såsom hjemmehjælp og hjemmesygepleje til ældre borgere, som har behov for hjælp. I det følgende beskrives ressourcer, som medgår i tilvejebringelse af ydelser på ældreområdet. Derudover bekrives udviklingen i modtagere og ydelser på området samt kvalitetsindikatorer for tilvejebringelsen af ydelser.

Kommunale ældreudgifter

Kommunernes udgifter til ældre og personer med handicap konteres i dag på samme konti i kommunernes regnskaber. Det skyldes, at det er de samme ydelser, som gives til både ældre og borgere med handicap fx personlig pleje og praktisk hjælp. Det er således ikke muligt at opgøre udgifterne til serviceydelser for disse to grupper direkte fra regnskaberne. En opgørelse af udgifterne til henholdsvis ældre og borgere med handicap må derfor bero på en skønsmæssig afgrænsning af udgifterne, hvilket er anvist med den stiplede linje i figur 1.27. Det sker i dag ud fra en statslig fastsat fordelingsnøgle, jf. boks 1.3.

Kommunernes serviceudgifter udgjorde i 2017 ca. 240,6 mia. kr. Heraf udgør udgifterne til ældre og personer med handicap 54,4 mia. kr., jf. figur 1.27, og hvoraf det skønsmæssigt vurderes at ældreområdet tegner sig for ca. 43 mia. kr. Det svarer til ca. 80 pct. af udgifterne til ældre og personer med handicap og knap 18 pct. af kommunernes samlede serviceudgifter.

Figur 1.27
Kommunernes serviceudgifter og ældreudgifter, 2017



Anm.: Udgifterne til ældre og personer med handicap er afgrænset til nettodriftsudgifter på funktionerne 5.32.32-5.32.35 og 5.32.37. Der er foretaget en skønsmæssig afgrænsning af udgifterne baseret på fordelingsnøgler i forhold til ældre- og handicapområdet, idet ældreudgifterne ikke kan aflæses direkte i de kommunale regnskaber eller budgetter, da de samme typer af ydelser gives til personer med handicap. Sundhed er afgrænset til kommunale nettodriftsudgifter opført på funktionerne 4.62.82, 4.62.84, 4.62.85, 4.62.88, 4.62.89, 4.62.90. Udgifterne er opgjort i årets priser.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Kommunernes største udgiftspost på ældreområdet er udgifter til pleje og omsorg, som i 2017 udgjorde 33,7 mia. kr., jf. figur 1.27. Heraf går hovedparten af udgifterne til personlig og praktisk hjælp som fx hjælp til bad, påklædning samt rengøring og tøjvask og madservice. Posten indeholder også udgifter til hjemmesygepleje. Der er tale om udgifter til indsatser rettet både til borgere i eget hjem og til borgere på plejehjem, i friplejeboliger og plejeboliger.

En anden stor udgift i kommunernes budget udgøres af forebyggende indsatser. Forebyggende indsatser dækker blandt andet over omsorg og støtte til personer med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. I 2017 anvendte kommunerne 8 mia. kr. til denne type indsatser.

Ny kontoplan skal give mere retvisende opgørelse af ældreudgifter

Fra og med budget 2018 vil kommunerne tage en revideret kontoplan i brug, hvor der skelnes særskilt mellem udgifter til ydelser rettet mod hhv. ældre borgere og personer med handicap, jf. boks 1.3. Den reviderede kontoplan vil danne grundlag for en mere præcis opgørelse af udgifterne til ældre i de kommunale budgetter og regnskaber.

Boks 1.3
Opgørelse af ældreudgifter via fordelingsnøgle

Når man i dag opgør kommunernes nettodriftsudgifter til ældreområdet er det forbundet med en vis usikkerhed. Årsagen hertil er, at kommunernes kontoplan ikke indeholder en adskillelse af udgifter til ældre og personer med handicap i deres kontering, idet ydelserne (fx personlig og praktisk hjælp) visiteres efter de samme paragraffer i serviceloven, hvor der ikke sondres mellem, hvorvidt borgerens nedsatte funktionsniveau skyldes handicap eller alder. For at kunne opgøre de samlede kommunale udgifter til hhv. ældre- og handicapområdet foretages derfor en skønsmæssig afgrænsning af udgifterne til hvert område baseret på fordelingsnøgler opgjort i 2007 af det daværende Socialministerium, KL og Finansministeriet. Fordelingsnøglen forudsætter for hovedparten af udgifterne en fordeling på 82,5 pct. til ældreområdet og 17,5 pct. til handicapområdet.

Ny opgørelsesmetode fra budget 2018
Den anvendte fordelingsnøgle til opgørelse af ældre- og handicapudgifter blev indført i 2007. En statslig nedsat arbejdsgruppe har primo 2017 afsluttet et arbejde med at revidere opgørelsen af ældre- og handicapudgifter med henblik på at kunne lave en mere retvisende fordeling af udgifterne. Den nye opgørelsesmetode træder i kraft fra kommunernes budget 2018.

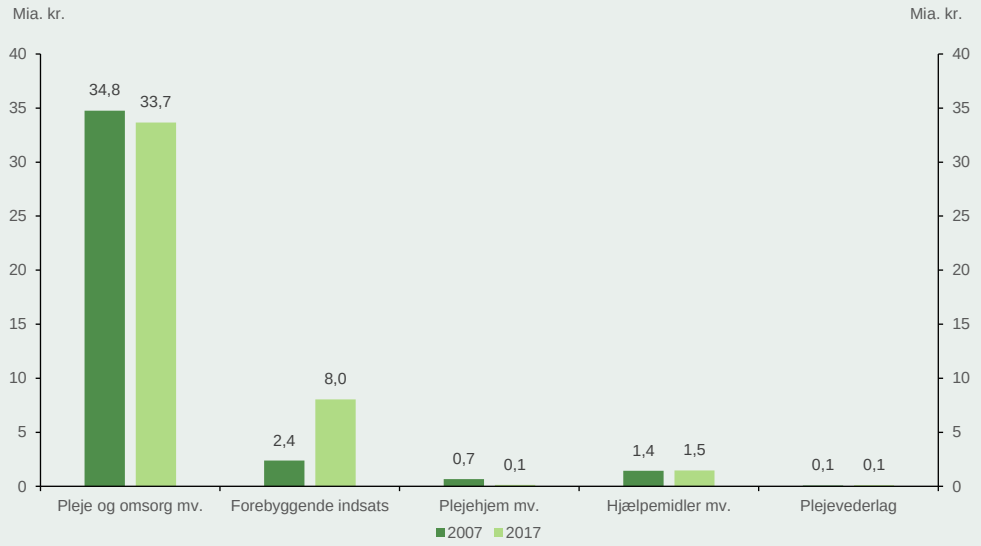
Kilde: KL, Finansministeriet, Sundheds- og Ældreministeriet, Børne- og Socialministeriet og Økonomi- og Indenrigsministeriet (2016): Afrapportering vedr. adskillelse af udgifter til ældre og personer med handicap/udsatte voksne.

Stigning i ældreudgifter pga. forebyggende indsatser

Under den gældende skønsmæssige opdeling af udgifter på ældre har kommunernes samlede udgifter til ældreområdet været stigende fra 2007 til 2017. Det skyldes hovedsageligt stigende udgifter til den forebyggende indsatser for ældre og handicappede, jf. figur 1.28. Udgifterne hertil er således steget fra 2,4 mia. kr. i 2007 til 8,0 mia. kr. i 2017.

Omvendt ses et fald i udgifterne til pleje og omsorg, som dog er mindre end udgiftsstigningen i forebyggende indsatser.

Figur 1.28
Kommunale udgifter til ældreområdet, mia. kr., 2007 og 2017, 2017-pl



Anm.: Udgifterne er afgrænset til nettodriftsudgifter på funktionerne 5.32.32-5.32.35 og 5.32.37. Der er foretaget en skønsmæssig afgrænsning af udgifterne baseret på fordelingsnøgler i forhold til ældre- og handicapområdet, idet ældreudgifterne ikke kan aflæses direkte i de kommunale regnskaber eller budgetter, da de samme typer af ydelser gives til personer med handicap. Opgørelsen er ikke korrigeret for ændringer i opgaver over tid.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Boks 1.4
Fakta om den ældre borger

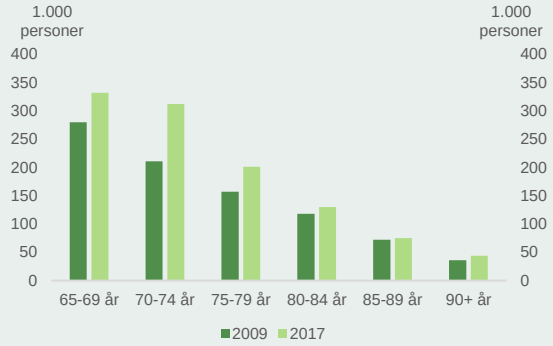
Den ældre borger

En ældre borger defineres ofte som en person på 65 år eller derover.

Fra 2009 til 2017 er antallet af borgere på 65 år og derover steget fra ca. 875.000 til ca. 1.090.000 borgere, svarende til en stigning på 20 pct.

Stigningen er især sket blandt de yngste ældre. Antallet af 65-69 årige og 70-74 årige er således steget med hhv. ca. 64.000 og ca. 81.000 personer fra 2009 til 2017, jf. figur nedenfor. Til sammenligning er der kommet 18.000 flere ældre på 80 år og derover i samme periode.

Figur: Befolkningen +65 år efter aldersgrupper, 2009 og 2017



Knap 22 pct. af befolkningen bosiddende i Region Sjælland er 65 år og derover, mens det er ca. 17 pct. af befolkningen i Region Hovedstaden.

Blandt ældre borgere ses en overvægt af kvinder, hvilket hænger sammen med kvinders længere levetid.

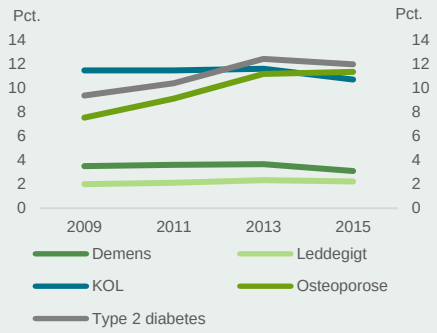
Sygelighed og forekomsten af kroniske sygdomme

Et stigende antal ældre lever i dag med en kronisk sygdom. Det afspejler blandt andet den overordnede befolkningsudvikling med flere ældre.

Men der kan også ses en voksende andel af de ældre over 65 år med udvalgte kroniske sygdomme. Blandt andet ses en stigende forekomst type 2-diabetes, osteoporose og leddegigt jf. figuren nedenfor.

Stigningen i andelen af borgere med leddegigt har dog været begrænset, og siden 2013 er udviklingen i andelen med diabetes og osteoporose stagneret.

Figur: Andelen af ældre +65 år med udvalgte kroniske sygdomme



Derimod ses en faldende andel af ældre med KOL, og ligeledes ses en svagt eller næsten konstant andel af ældre borgere med demens.

Boformer for de ældre

På plejeboligområdet eksisterer tre forskellige boformer hhv. plejehjem efter servicelovens § 192, plejeboliger fortrinsvis til ældre samt friplejeboliger. Beboerne får den samme hjælp uanset hvilken af de tre boformer, de bor i. Den overordnede tendens i perioden 2010 til 2016 er, at færre ældre bor på plejehjem, mens flere ældre bor i plejeboliger fortrinsvis for ældre og friplejeboliger, jf. figuren nedenfor.

Plejehjempladser: Det har ikke været muligt at etablere plejehjem siden 1988, og de eksisterende plejehjem er under udfasning. Plejehjem drives efter § 192 i serviceloven.

Plejeboliger: Plejeboliger er almene ældreboliger, som har tilknyttet servicearealer, der anvendes til omsorgs- og servicefunktioner med tilhørende personale.

Friplejeboliger: Siden 2007 har det været muligt at etablere og drive friplejeboliger i konkurrence med de kommunale plejeboligtilbud. Friplejeboliger udvider således borgerens frie valg mellem kommunale og private plejeboliger. Friplejeboliger skal opfylde de samme krav til udstyr og udformning, som gælder for almene plejeboliger.

Figur: Antal beboere (indskrevne) på plejehjem, plejeboliger og friplejeboliger

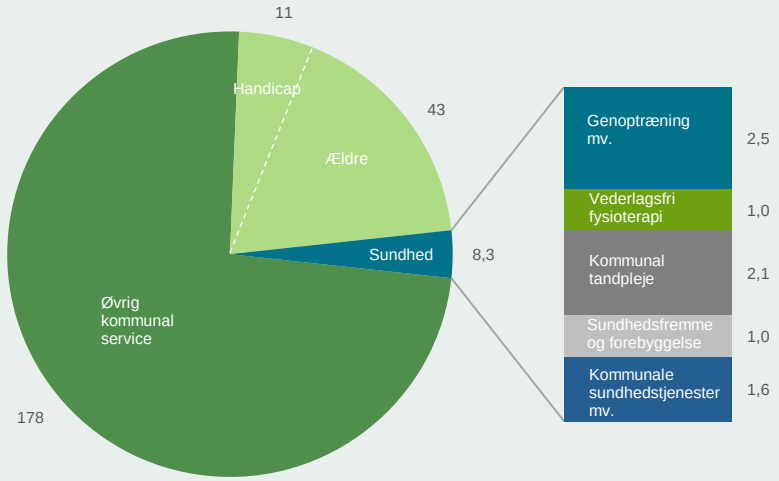
Kilde: Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Kommunale udgifter til sundhedsindsatser

Ud over udgifter til pleje og omsorg af ældre borgere afholder kommunerne også udgifter til kommunale sundhedsindsatser, som ikke regnes med i de kommunale ældre udgifter. Kommunerne har ansvaret for den borgernære forebyggelse og for at skabe rammer for sund levevis tæt på befolkningen. Opgaverne indebærer blandt andet forebyggelse, genoptræning, tandpleje og andre kommunale sundhedsindsatser.

De kommunale udgifter til disse indsatser udgjorde godt 8 mia. kr. i 2017. Heraf går godt 2½ mia. kr. til genoptræning og vedligeholdelsestræning samt 2 mia. kr. til kommunal tandpleje, jf. figur 1.29.

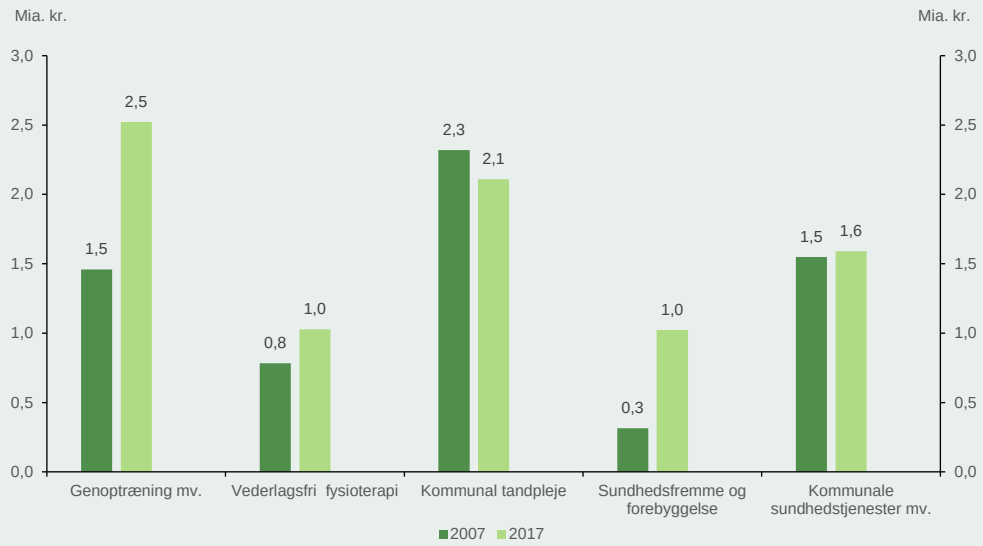
Figur 1.29
Kommunernes serviceudgifter og udgifter til sundhedsindsatser, mia. kr., 2017



Anm.: Figuren viser de kommunale nettodriftsudgifter til opført på funktionerne 4.62.82, 4.62.84, 4.62.85, 4.62.88, 4.62.89, 4.62.90. Kommunale sundhedstjenester mv. omfatter både udgifter til kommunale sundhedstjenester (4.62.89) og udgifter til andre sundhedstjenester (4.62.90). Udgifterne er opgjort i årets pl.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Siden 2007 ses en markant stigning i udgifterne til de kommunale sundhedsydelser, dog med undtagelse af den kommunale tandpleje, hvor udgiften er faldet, og kommunale sundhedstjenester mv., som kun er steget marginalt, jf. figur 1.30. Udgifterne til genoptræning er fx steget fra 1,5 mia. kr. i 2007 til 2,5 mia. kr. i 2017, svarende til en stigning på 70 pct. Der ses også en stigning i udgifter til vederlagsfri fysioterapi, sundhedsfremme og forebyggelse.

Figur 1.30
Kommunernes serviceudgifter til sundhedsindsatser, mia. kr., 2017-pl, 2007 og 2017



Anm.: Figuren viser de kommunale nettodriftsudgifter til opført på funktionerne 4.62.82, 4.62.84, 4.62.85, 4.62.88, 4.62.89, 4.62.90. Kommunale sundhedstjenester mv. omfatter både udgifter til kommunale sundhedstjenester (4.62.89) og udgifter til andre sundhedstjenester (4.62.90). Opgørelsen er ikke korrigeret for ændringer i opgaver over tid. I 2008 overtog kommunerne ansvaret for den vederlagsfri fysioterapi fra regionerne. Udgifterne til vederlagsfri fysioterapi er derfor opgjort for år 2009 i stedet for 2007.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

1.7 Kommunale ydelser til ældre

Kommunernes sundheds- og plejeindsats består af en række forskellige ydelser til deres ældre borgere. Tre udbredte ydelser er hjemmehjælp, genoptræning og forebyggende hjemmebesøg.

I tabel 1.4 fremgår udviklingen i, hvor stor en andel af ældre borgere på 67 år og derover, der modtager hjemmehjælp, genoptræning og forebyggende hjemmebesøg fra 2008 til 2017. Kendetegnende for ydelserne er, at andelen af ældre borgere, der modtager en ydelse, er faldet i perioden, med undtagelse af modtagere af genoptræning, hvor andelen er uændret.

Tabel 1.4

Andel af borgere på 67 eller derover, som modtager ydelse, pct.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Modtagere af visiteret hjemmehjælp i eget hjem	20,4	19,9	18,8	17,2	15,7	14,5	13,7	13,0	12,7	12,3
Modtagere af genoptræning			1,0	0,9	0,9	1,1	1,1	1,1	1,1	1,0
Modtagere af et forebyggende hjemmebesøg (75+ år)	31,6	32,7	30,7	26,3	26,0	24,8	23,4	22,0	20,4	20,7

Anm.: Andel af borgere på 67 år og derover ud af den samlede befolkning i samme aldersgruppe, der modtager en ydelse. Aldersgrænsen på 67 år og derover følger aldersopdelingen på statistikbanken.dk. For forebyggende hjemmebesøg er det andelen blandt 75+ årige. Det bemærkes, at siden 1. januar 2016 skal forbyggende hjemmebesøg årligt tilbydes alle borgere på 75 år og 80+. Desuden skal forebyggende hjemmebesøg efter behov tilbydes borgere i særlige risikogrupper i alderen 65 år til 79 år. Der gøres opmærksom på, at Danmarks Statistik opererer med to tidsserier for hhv. 2008-2015 og 2016-2017.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger

Sammenlignet med det regionale sundhedsvæsen er data om aktivitet mv. på det kommunale sundheds- og ældreområde relativt begrænset og overordnet af markant lavere kvalitet. Det betyder, at der er begrænset viden om den kommunale sundheds- og ældreindsats, fx hjemmesygepleje, forebyggende indsatser og genoptræning. Og det betyder dermed, at der er begrænset viden om den del af borgernes forløb, der foregår i kommunerne. Der er i de senere år skabt en øget bevidsthed i kommunerne om den væsentlige betydning af data på det kommunale sundheds- og ældreområde, men der er fortsat et stort udviklingspotentiale, jf. boks 1.5.

Boks 1.5
Potentiale for bedre sundheds- og ældredata på det kommunale område

I lyset af, at sundhedsindsatsen i stigende grad varetages på tværs af sektorer, bl.a. affødt af udviklingen mod at borgere i stigende grad modtager behandling i eget hjem, bliver kommunale sundhedsdata mere og mere vigtige. Som eksempel er hjemmesygepleje blevet en vigtig del af den kommunale sundhedsindsats. Der eksisterer i dag ikke aktivitetsdata på hjemmesygepleje på nationalt niveau af tilstrækkelig kvalitet.

Generelt er det kendetegnene for data på det kommunale sundheds- og ældreområde, at der i dag ikke foregår en ligeså dækkende registrering og indsamling af data som i regionerne. Det betyder, at der mangler systematisk viden om, hvilke indsatser kommunerne gennemføre (aktivitet), hvad kvaliteten af indsatserne er og om indsatserne har den ønskede effekt. Derfor er der et stor potentiale i at udvikle en mere dækkende og systematisk dokumentation af de kommunale indsatser, som vil kunne danne grundlag for øget viden om fx bedste praksis, omkostningseffektive indsatser og sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer.

De nuværende udfordringer med kvaliteten af kommunale data skyldes bl.a., at der på tværs af kommuner er variation i, hvor systematisk registreringen af ydelser på sundheds- og ældreområdet er. Dette kommer bl.a. til udtryk ved, at der for en kommune kan forekomme betydelige fluktuationer mellem år, eller at data i enkeltstående år ikke indrapporteres til Danmarks Statistik, som indsamler sundheds- og ældredata fra kommunerne. Opgørelser af aktivitetsdata såvel på nationalt som kommunalt niveau er således behæftet med en vis usikkerhed.

Der er ligeledes udfordringer i forhold til opgørelsen af kommunernes økonomi på ældreområdet. En del af årsagen er, at udgifter til ældre og handicappede fordeles efter en centralt bestemt fordelingsnøgle. Med budget 2018 tages en ny kontoplan i brug, hvor udgifter til ældre og handicappede adskilles mere stringent. De vil give en mere retvisende opgørelse af udgifter til ældre.

Fald i visiterede til hjemmehjælp

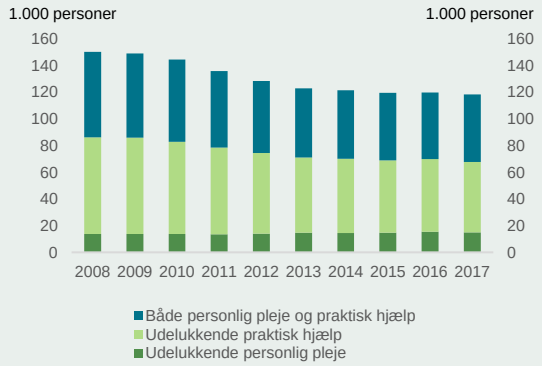
Antallet af ældre borgere, der visiteres til hjemmehjælp er faldet. Mens 150.000 borgere i 2007 modtog hjemmehjælp, er antallet reduceret til ca. 120.000 i 2017, svarende til et fald på ca. 20 pct., jf. figur 1.31.

Hjemmehjælpen består af dels personlig pleje fx hjælp til bad og toiletbesøg og praktisk hjælp til diverse praktiske gøremål fx rengøring, indkøb.

Ses der nærmere på typen af hjemmehjælp, de ældre borgere modtager, er faldet ikke entydigt for personlig og praktisk hjælp. Således er der sket en stigning på godt 8 pct. i antallet af borgere, der udelukkende modtager personlig pleje. Heroverfor er antallet af borgere, der alene modtager praktisk hjælp samt borgere, der både modtager personlig pleje og praktisk hjælp, faldet med hhv. ca. 27 pct. og 20 pct. i perioden.

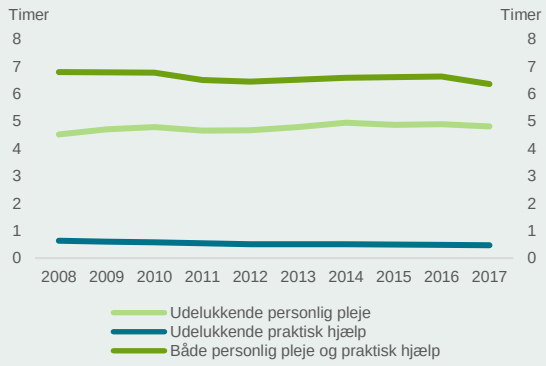
Udviklingen i antal modtagere af praktisk hjælp skal ses i sammenhæng med, at befolkningen lever længere og tilsyneladende har flere gode leveår med et godt selvvurderet helbred, jf. boks 1.6.

Figur 1.31
Borgere visiteret til hjemmehjælp i eget hjem, 2008-17



Anm.: Grundlaget for opgørelsen er månedlige digitale indberetninger fra kommunerne. Der er varierende dækning af månederne kommunerne imellem. Antal modtagere er derfor opgjort som et gennemsnit for de måneder som den enkelte kommune har indsendt. I 2015 og 2016 har 9 kommuner ikke indsendt valide oplysninger og de optræder som uoplyst. Tal for hele landet samt regionerne er fremkommet ved beregning på baggrund af tal fra de 89 kommuner, samt tal for tidligere år for de 9 kommuner, der mangler.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger

Figur 1.32
Gennemsnitlig antal visiterede timer pr. modtager af visiterede timer i eget hjem, 2008-17



Anm.: Grundlaget for opgørelsen er månedlige digitale indberetninger fra kommunerne. Der er varierende dækning af månederne kommunerne imellem. Antal modtagere er derfor opgjort som et gennemsnit for de måneder som den enkelte kommune har indsendt. I 2015 og 2016 har 9 kommuner ikke indsendt valide oplysninger og de optræder som uoplyst. Tal for hele landet samt regionerne er fremkommet ved beregning på baggrund af tal fra de 89 kommuner, samt tal for tidligere år for de 9 kommuner, der mangler.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger

Boks 1.6
Sund aldring og gode leveår

Befolkningen lever længere, og der observeres en stigende restlevetid blandt ældre i befolkningen. Stigende levetid kan være et udtryk for at befolkningen har et bedre helbred og flere gode leveår i dag i forhold til tidligere. Men det behøver at være tilfældet.

Der er overordnet to konkurrerende teorier om udviklingen i levetid og gode leveår. En teori forudsiger, at stigende levetid er forbundet med flere leveår med godt helbred – og "kompression af dårligt helbred". En anden teori forudsiger, at stigende levetid er forbundet med flere år med dårligt helbred og ikke flere leveår med godt helbred – og "ekspansion af dårligt helbred". Det er imidlertid vanskeligt at måle befolkningens helbredstatus og sygelighed og undersøge, hvorvidt stigende levetid er forbundet med flere gode leveår blandt ældre.

I den videnskabelig litteratur om emnet måles helbred og gode hhv. dårlige leveår på forskellig vis:

- Ud fra sygdomsforekomst (fx diagnosedata)
- Ud fra fysisk funktionsevne eller selvvurderet helbred (via spørgeskemaundersøgelser).

Lidt forenklet kan det opsummeres, at når gode leveår måles ud fra sygdomsforekomst pba. diagnoser, er stigende levetid typisk ikke forbundet flere gode leveår, men flere år med sygdom. Mens når gode leveår måles ud fra fysisk funktionsevne og selvvurderet helbred, er stigende levetid forbundet med flere gode leveår. Dvs. hhv. en faldende og stigende andel af levetiden er tilbragt i gode leveår.

De to umiddelbart forskellige resultater er ikke nødvendigvis i modstrid med hinanden. Stigende sygdomsforekomst behøver ikke nødvendigvis at afspejle en underliggende stigning i sygeligheden, men kan også afspejle bedre medicinsk viden og mere udbredt brug af sundhedsvæsenet. Resultaterne kan også være konsistente i tilfælde af, at den målte sygdomsforekomst er steget samtidig med, at fysisk funktionsevne og selvvurderet helbred, blandt de syge, også er steget.

I Danmark lever befolkningen længere, og der er indikationer af, en større andel af levetiden er gode leveår. I sundhedsprofilen 2017 findes fx, at når gode leveår måles ud fra selvvurderet helbred, da ses en stigning i andelen af restlevetiden med gode leveår blandt de 65 årige mænd fra 77,5 pct. i 2010 til 78,0 pct. i 2017. Blandt 65-årige kvinder ses en stigning fra 70,9 pct. i 2010 til 72,8 pct. i 2017.

En undersøgelse foretaget af Statens Institut for Folkesundhed (2018) finder fx, at en relativ høj andel af ældre borgere med udvalgte kroniske sygdomme har et godt selvvurderet helbred, og fra 2010 til 2013 er det tilsyneladende en stigende andel af de kronisk syge, som oplever et godt selvvurderet helbred.

Kilder:
Chernew, Michael, Cutler D. M., Ghosh K. & Landrum M. B. (2016): Understanding the improvement in disability free life expectancy in the U.S. elderly population. NBER Working Paper No. 22306.
Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R. & Vaupel, J. W. (2009): Ageing populations: the challenges ahead. Lancet, 374(9696), 1196-1208.
Crimmins E. M. & Hiram Beltrán-Sánchez (2010): Mortality and Morbidity Trends: Is there Compression of Morbidity? Journal of Gerontology: Social Sciences, 66B (1), 75-86.
Sundhedsstyrelsen (2018): Danskernes Sundhed, Den nationale sundhedsprofil 2017.
Statens Institut for Folkesundhed (2018): Sund aldring Udvikling fra 2010 til 2013.

Samme antal ydelser pr. modtager

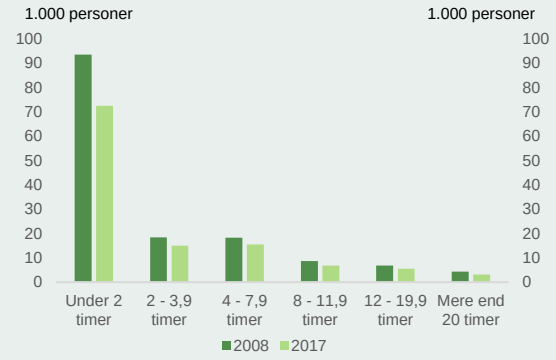
Borgerne bliver visiteret til hjemmehjælp efter behov. I 2008 blev der visiteret ca. 540.000 hjemmehjælpstimer pr. uge til ældre borgere på 67 år eller ældre, mens der i 2017 blev visiteret ca. 420.000 hjemmehjælpstimer pr. uge, svarende til et fald på ca. 20 pct.

Det faldende antal visiterede timer afspejler især et faldende antal modtagere. Set over perioden er antallet af ydelser pr. modtager således på samme niveau i dag som tidligere, jf. figur 1.32. Modtagere af udelukkende personlige pleje modtager i gennemsnit 4,8 timer pr. uge, mens modtagere af udelukkende praktisk modtager knap ½ time om ugen, og modtagere af både personlige pleje og praktisk hjælp modtager ca. 6½ timer pr. uge.

De fleste borgere modtagere mindre end 2 timer pr. uge

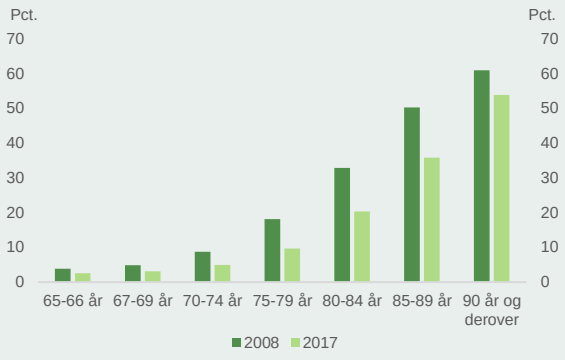
Størstedelen af de ældre borgere (61 pct.), der i 2017 er visiteret til hjemmehjælp, modtager mindre end to timers hjælp om ugen, jf. figur 1.33, mens 3 pct. modtager mere end 20 timer. Ses på udviklingen fra 2008 til 2017 er faldet i antallet af ældre borgere, der visiteres til hjemmehjælp, fortrinsvist sket blandt borgere, der modtager under to timers hjælp om ugen. Således er antallet af visiterede i denne gruppe faldet fra ca. 94.000 borgere til ca. 72.000 borgere.

Figur 1.33
Borgere på 67 år eller derover visiteret til hjemmehjælp i eget hjem efter antal timer pr. uge, 2008 og 2017.



Anm.: Grundlaget for opgørelsen er månedlige digitale indberetninger fra kommunerne. Der er varierende dækning af månederne kommunerne imellem. Antal modtagere er derfor opgjort som et gennemsnit for de måneder som den enkelte kommune har indsendt. I 2015 har 9 kommuner ikke indsendt valide oplysninger og de optræder som uoplyst. Tal for hele landet samt regionerne er fremkommet ved beregning på baggrund af tal fra de 89 kommuner, samt tal for tidligere år for de 9 kommuner, der mangler.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger

Figur 1.34
Andel borgere på 67 år eller derover visiteret til hjemmehjælp i eget hjem efter alder, 2008 og 2017.



Anm.: Grundlaget for opgørelsen er månedlige digitale indberetninger fra kommunerne. Der er varierende dækning af månederne kommunerne imellem. Antal modtagere er derfor opgjort som et gennemsnit for de måneder som den enkelte kommune har indsendt. I 2015 har 9 kommuner ikke indsendt valide oplysninger og de optræder som uoplyst. Tal for hele landet samt regionerne er fremkommet ved beregning på baggrund af tal fra de 89 kommuner, samt tal for tidligere år for de 9 kommuner, der mangler.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger

Modtagere af hjemmehjælp ses især blandt de ældste borgere

Det er en relativ lille andel blandt de yngste ældre borgere, som modtager hjemmehjælp. Det er således mellem 3-10 pct. af borgere mellem 67-79 år, som modtager hjemmehjælp i 2017, jf. figur 1.34.

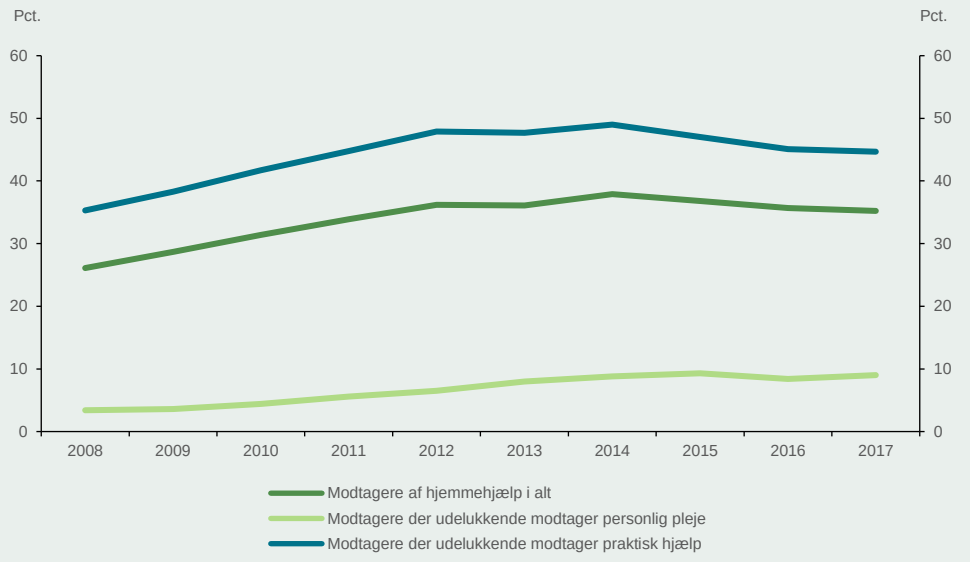
Fra 80-års alderen ses en markant stigning i andelen, som modtager hjælp. Blandt de 80-84-årige er det hvor femte borger, som modtager hjælp, stigende til godt halvdelen af borgerne blandt 90-årige eller over. Siden 2008 ses en faldende andel af modtagere blandt alle aldersgrupper, men især borgere i alderen 75-89 år, hvor andelen er faldet med 8-14 pct. point. For øvrige aldersgrupper ses et fald på 1-5 pct. point.

En stigende andel af hjemmehjælpsmodtagerne vælger en privat leverandør

Modtagere af visiteret til hjemmehjælp kan frit vælge mellem hhv. private og offentlige leverandører af ydelserne. Fra 2008 til 2017 er andelen af visiterede borgere til hjemmehjælp, der vælger en privat leverandør, steget fra ca. 26 pct. til knap 36 pct., jf. figur 1.35.

Det er især borgere, som modtager praktisk hjælp, som benytter en privat leverandør. I 2017 vælger ca. 45 pct. en privat leverandør til at levere praktisk hjælp, mens det kun er knap 10 pct., som benytter privat leverandør til personlig pleje. Der er dog sket en stigning i valget af privat leverandør blandt modtagere af personlig pleje siden 2008, hvor det kun var ca. 3 pct. af modtagerne, som benyttede privat leverandør.

Figur 1.35
Modtagere visiteret til hjemmehjælp, der benytter privat leverandør, hele landet, 2008-17



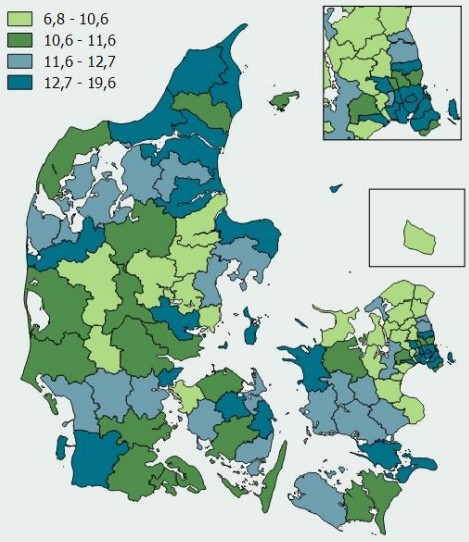
Anm.: I 2015 har 9 kommuner ikke indsendt valide oplysninger og de optræder som uoplyst. Tal for hele landet er fremkommet ved beregning på baggrund af tal fra de 89 kommuner, samt tal tidligere år for de 9 manglende kommuner. Andel er beregnet ud fra borgerens hjælp i alt. Det bemærkes, at madservice indgår som en del af praktisk hjælp. I opgørelsen indgår hjemmehjælpsmodtagere i alle aldre, dvs. ikke kun ældre, da det ikke er muligt at udskille ældre borgere.
Kilde: Danmarks Statistik

Kommunale forskelle på, hvor meget hjemmehjælp de ældre modtager

På tværs af landets 98 kommuner er der variation i, hvor stor en andel af de ældre der er visiteret til hjemmehjælp, ligesom mængden af hjemmehjælp, der tilbydes, også varierer.

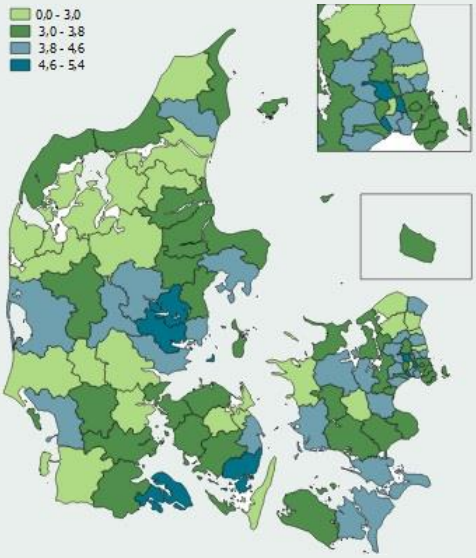
I Samsø, Lyngby Taarbæk og Aalborg Kommune er mere end 17 pct. af befolkningen på 67 år og derover visiteret til at modtage hjemmehjælp. I kontrast hertil er det under 8 pct. af den ældre befolkning i Allerød, Favrskov og Egedal Kommune, der er visiteret til at modtage hjemmehjælp, jf. figur 1.36.

Figur 1.36
Modtagere af visiteret hjemmehjælp i eget hjem (andel af borgere på 67 år og derover) i pct., 2017



Anm.: For udvalgte kommuner mangler indberetning om aktivitet.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 1.37
Visiterede timer i gennemsnit pr. uge i eget hjem (andel af borgere på 67 år og derover) i pct., 2017



Anm.: For udvalgte kommuner mangler indberetning om aktivitet.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Ligeledes er der kommunal variation i forhold til det gennemsnitlige visiterede antal ugentlige timer til hjemmehjælp til borgere på 67 år og derover. Mens ældre borgere i Morsø, Aalborg, Glostrup, Langeland og Tårnby i gennemsnit er visiteret til ca. 2,5 timer om ugen, er det gennemsnitlige antal visiterede timer på over 5 timer om ugen i Sønderborg, Rødovre, Holbæk og Læsø Kommune, jf. figur 1.37.

Der kan være en række forskellige årsager til disse kommunale forskelle. Noget af forklaringen kan være forskelle i borgernes socioøkonomiske status og sundhedstilstand, ligesom forskellige visitationskriterier og prioriteringer blandt kommunerne og deres borgere har betydning.

Forebyggende hjemmebesøg

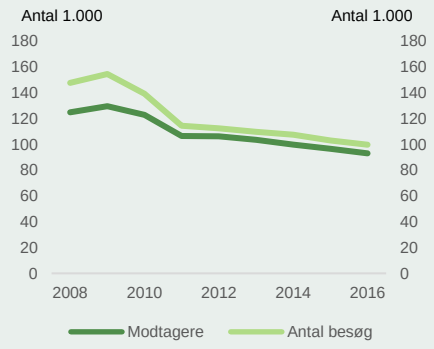
Som en del af kommunernes forebyggende indsats tilbyder kommunerne mindst ét forebyggende hjemmebesøg til borgere på 75 år og 80 år og derover. Forebyggende hjemmebesøg skal endvidere tilbydes borgere i særlige risikogrupper i alderen 65 år til 79 år efter behov. Disse regler har været gældende fra 1. januar 2016.

Indtil den 1. juli 2010 skulle alle ældre på 75 år og derover tilbydes mindst 2 forebyggende hjemmebesøg. I perioden 1. juli 2010 til 31. december 2015 skulle alle ældre på 75 år og derover tilbydes mindst 1 forebyggende hjemmebesøg.

I perioden 2008-2016 er der sket et fald i antallet af borgere, der modtager forebyggende hjemmebesøg. Mens ca. 125.000 borgere modtog et eller flere forebyggende hjemmebesøg i 2008, var antallet i 2016 godt 90.000 borgere, jf. figur 1.38.

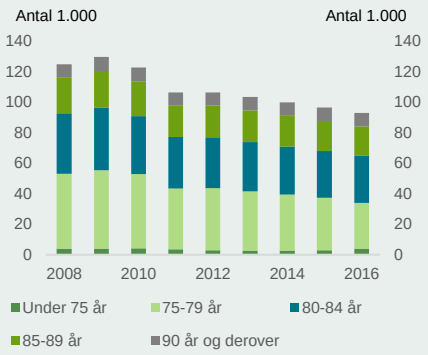
Antallet af besøg er ligeledes faldet i perioden. Mens kommunerne i 2008 foretog i alt ca. 147.600 forebyggende hjemmebesøg om året, udførte de i 2016 godt 100.000 forebyggende hjemmebesøg. Der er især et fald fra år 2010 til 2011. Pr. 1. juni 2010 blev reglerne ændret fra, at kommunerne skulle tilbyde alle over 75 år 2 årlige forebyggende hjemmebesøg til 1 forebyggende hjemmebesøg. Pr. 1. januar 2016 blev reglerne ændret til, at alle borgere på 75 år og 80 år og derover skal tilbydes mindst 1 årligt forebyggende hjemmebesøg samt særlige udsatte grupper i alderen 65-79 år efter behov.

Figur 1.38
Antal modtagere af forebyggende hjemmebesøg samt antal besøg, 2008-16



Anm.: I 2015 har 88 kommuner indberettet. For at finde landstotal anvendes årets indberettede data samt sidste års data for de manglende kommuner, hvis data haves, og ellers anvendes kommunens befolkningstal gange beregnet andel. Sidste historiske år er 2016, da der ikke forelå retvisende data for 2017 på tidspunktet for afslutning af analyse.
Kilde: Danmarks Statistik

Figur 1.39
Antal modtagere af forebyggende hjemmebesøg fordelt på alder, 2008-16



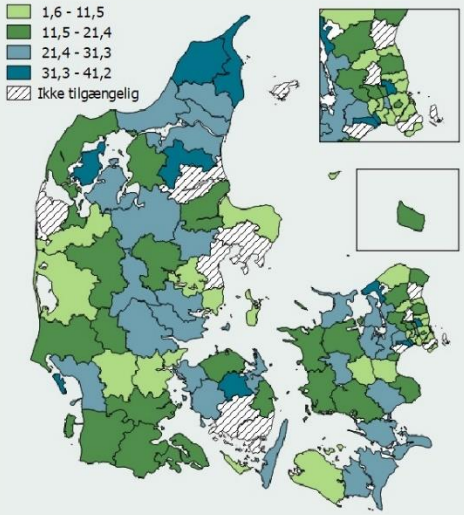
Anm.: I 2015 har 88 kommuner indberettet. For at finde landstotal anvendes årets indberettede data samt sidste års data for de manglende kommuner, hvis data haves, og ellers anvendes kommunens befolkningstal gange beregnet andel. Sidste historiske år er 2016, da der ikke forelå retvisende data for 2017 på tidspunktet for afslutning af analyse.
Kilde: Danmarks Statistik

Ses der på udviklingen i både modtagere af forebyggende hjemmebesøg samt antallet af besøg på tværs af aldersgrupper er faldet fortrinsvist sket blandt ældre i aldersgrupperne 75-79 år og 80-84 år, mens der er sket en stigning i antal modtagere på 90 år og over, jf. figur 1.39.

Variation i kommunernes brug af forebyggende hjemmebesøg

På tværs af landets kommuner kan der identificeres en stor forskel på brugen af forebyggende hjemmebesøg, jf. figur 1.40. Mens det i kommuner som Ringkøbing-Skjern, Lemvig, Dragør, Svendborg, Hørsholm og Glostrup Kommune er under 5 pct. af borgere på 75 år og derover, der har modtaget forebyggende hjemmebesøg, har over 40 pct. af borgerne på 75 år og derover i Ishøj og Frederikshavn Kommune modtaget et eller flere forebyggende hjemmebesøg.

Figur 1.40
Modtagere af forebyggende hjemmebesøg (andel af borgere på 75 år og derover) i pct., 2017



Anm.: For udvalgte kommuner mangler indberetning om aktivitet.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

1.8 Brugertilfredshed i ældreplejen

Med afsæt i kommuneøkonomiaftalen for 2006 er der siden 2007 gennemført nationale brugertilfredshedsundersøgelser blandt modtagere af hjemmehjælp samt beboere i plejebolig og på plejehjem. Brugertilfredshedsundersøgelsen har til formål at måle kvaliteten af den leverede hjemmepleje i Danmark.

På baggrund af undersøgelserne tegner der sig et billede af, at størstedelen af hjemmehjælpsmodtagerne er tilfredse med den hjemmehjælp, de modtager. Den seneste undersøgelse fra 2016 viser, at ca. 8 ud af 10 borgere samlet set er tilfredse med hjemmehjælpen.

Ses udviklingen over tid har den samlede tilfredshed med hjemmehjælpen været relativt stabil fra 2007 til 2015. Dog er tilfredsheden i forhold til personlig pleje faldet lidt blandt modtagere på plejehjem og i plejebolig i perioden. Konkret er andelen af modtagere på plejehjem/plejebolig, der er tilfredse eller meget tilfredse med den personlige pleje, faldet fra 91 pct. til 85 pct. Tilfredsheden med personlig pleje blandt hjemmehjælpsmodtagere i 2015 er på niveau med 2007, idet 87 pct. var tilfredse / meget tilfredse i 2010.

Et tilsvarende mønster kan identificeres ved tilfredsheden med praktisk hjælp. Således er tilfredsheden med den praktiske hjælp blandt hjemmehjælpsmodtagere i 2015 på niveau med 2010, mens tilfredsheden er faldet fra 88 pct. i 2010 til 85 pct. i 2015.

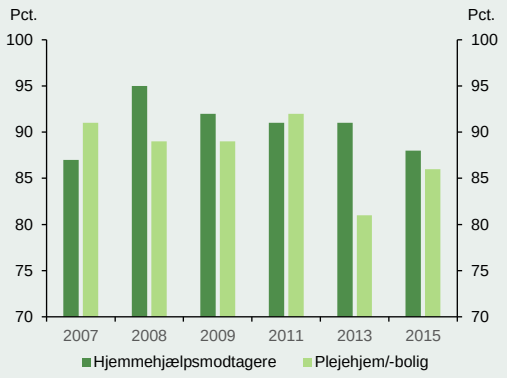
Figur 1.41

Udviklingen i andelen af modtagere der har svaret tilfreds eller meget tilfreds vedførende kvaliteten i hjælpen – praktisk hjælp

Anm.: Tallene bygger på et varierende antal respondenter de forskellige år.
Kilde: KL og Sundheds- og Ældreministeriet (2015): Undersøgelse af brugertilfredshed på ældreområdet 2015 (pba. interviewundersøgelse foretaget af Epinion).

Figur 1.42

Udviklingen i andelen af modtagere der har svaret tilfreds eller meget tilfreds vedførende kvaliteten i hjælpen – personlig pleje



Anm.: Tallene bygger på et varierende antal respondenter de forskellige år.
Kilde: KL og Sundheds- og Ældreministeriet (2015): Undersøgelse af brugertilfredshed på ældreområdet 2015 (pba. interviewundersøgelse foretaget af Epinion).

Litteratur

Chernew, Michael, Cutler D. M., Ghosh K. & Landrum M. B. (2016): Understanding the improvement in disability free life expectancy in the U.S. elderly population. NBER Working Paper No. 22306.

Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R. & Vaupel, J. W. (2009): Ageing populations: the challenges ahead. Lancet, 374(9696), 1196-1208.

Crimmins E. M. & Hiram Beltrán-Sánchez (2010): Mortality and Morbidity Trends: Is there Compression of Morbidity? Journal of Gerontology: Social Sciences, 66B (1), 75-86.

KL, Finansministeriet, Sundheds- og Ældreministeriet, Børne- og Socialministeriet og Økonomi- og Indenrigsministeriet (2016): Afrapportering vedr. adskillelse af udgifter til ældre og personer med handicap/udsatte voksne.

KL og Sundheds- og Ældreministeriet (2015): Undersøgelse af brugertilfredshed på ældreområdet 2015 (pba. interview-undersøgelse foretaget af Epinion).

Rapport fra regeringens Lægedækningsudvalg (2017): *Lægedækning i hele Danmark*.

Sundheds- og Ældreministeriet (2016): *Almen praksis analyser*.

Sundhedsdatastyrelsen (2018): *Kræftoverlevelse i Danmark (2002-2016).*

Sundhedsstyrelsen (2018): Danskernes Sundhed, Den nationale sundhedsprofil 2017.

Analyse 2: Befolkningsudvikling og ressourceforbrug i det regionale sundhedsvæsen og på ældreområdet

I de kommende årtier vil de store årgange fra efterkrigsårene være blandt de ældste generationer i vores samfund. Vi lever samtidig længere og bliver ældre. Det betyder, at antallet af ældre vil stige og udgøre en større andel af befolkningen.

Ældre borgere har et større behov for behandling i sundhedsvæsenet end yngre borgere. Befolkningsudviklingen kan derfor forventes at være forbundet med større aktivitet i sundhedsvæsenet, både fordi flere i befolkningen vil have behov for behandling, men også fordi der er tale om borgere, som efterspørger større behandlingsintensitet. Stigende alder er endvidere forbundet med et større behov for pleje og praktisk hjælp i hjemmet, i plejebolig eller på plejehjem.

En ældre befolkning som følge af længere levetid kan imidlertid også være udtryk for en befolkning med et bedre helbred. Der ses således også indikationer af, at den stigende levetid har været forbundet med flere raske leveår, hvor borgerne har et bedre fysisk helbred og er mere selvhjulpne end tidligere. Sammenhængen mellem stigende alder og stigende behandlingsbehov og pleje afspejler blandt andet borgernes helbredstilstand.

Set over en længere tidhorisont er væksten i antallet af ældre som følge af store årgange et midlertidig fænomen. Det er især i årene frem mod år 2030-40, at denne demografiske komponent vil trække i retning af større aktivitet og behandling.

Selvom der er tale om en midlertidig demografisk udvikling, så strækker den sig over en forholdsvis lang periode. Mange af de fokusområder, som er relevante i forhold til at håndtere de store, aldrende årgange fx fokus på behandling og pleje af kroniske sygdomme og multisygdom og effektiv tidlig opsporing vurderes også at være relevante fremover.

I denne analyse beskrives den forventede fremtidige befolkningsudvikling ud fra de officielle befolkningsprognoser. Derudover beskrives sammenhængen mellem befolkningens alder og helbred (målt ved den gennemsnitlige tid til død) på den ene side og forbruget af sundheds- og plejeudgifter på den anden side.

Hovedresultaterne i analysen er:

- *Siden 1990'erne har antallet af ældre borgere på 75+ år fulgt den generelle befolkningstilvækst, og andelen af ældre borgere i denne aldersgruppe har udgjort en nogenlunde konstant andel af befolkningen på 7-8 pct.*

- *I de kommende 20-30 år forventes antallet af ældre borgere at stige hurtigere end den generelle befolkningsudvikling. Frem mod 2030 forventes en stigning i antal borgere 75+ år på knap 250.000 personer og i 2050 forventes en stigning på knap 500.000 i forhold til i dag. Og hvor ældre borgere 75+ år udgør omtrent 8 pct. af befolkningen i dag – og har gjort det siden 1990 – da vil andelen stige til ca. 15 pct. i 2050.*

- *Ældre borgere har generelt en større efterspørgsel efter sundhedsydelser. Det ses især blandt 75-90 årige borgere, hvor det ressourcemæssige forbrug er dobbelt så stort som blandt 50-59 årige. Forskellen skyldes hovedsageligt et større forbrug af sundhedsydelser i det specialiserede sygehusvæsen, hvor den ressourcemæssige tyngde i behandlingen er større. Fra 90 års alderen ses dog igen et aftagende forbrug af sundhedsydelser. Der forekommer variation på tværs af sundhedsvæsenets sektorer. På ambulatorierne ses fx et fald i ydelser pr. borger blandt de ældre allerede fra 70-79 års alderen.*

- *Der ses et lignende mønster for ældre borgeres efterspørgsel efter hjemmehjælp til praktiske gøremål og personlig pleje. Efterspørgslen er stigende med alderen. Blandt borgere under 75 år ses dog en relativ beskeden efterspørgsel af ydelser pr. borger. Det er først fra omkring 80 års alderen at efterspørgslen er stigende, og det er især blandt de ældste borgere.*

- *I de sidste leveår stiger udgifterne til behandling og pleje markant. Omkring en femtedel af udgifterne i praksissektoren, det somatiske sygehusvæsen og i ældreplejen er forbundet med behandling og pleje af borgere,*

som befinder sig i de sidste tre leveår. Denne sammenhæng betyder også, at befolkningens udgifter til behandling og pleje isoleret set vil udskydes til senere livet i takt med stigende levetid.

- *De offentlige sundhedsudgifter er set over en længere historisk periode steget hurtigere end det demografisk betinget bidrag fra ændret alderssammensætning i befolkningen. Det peger på, at ikke-demografiske faktorer har indflydelse på udgiftsudviklingen. I den sundhedsøkonomiske litteratur fremhæves blandt andet den teknologiske udvikling, som en vigtig driver af væksten, som ligger ud over demografien.*

2.1 Karakteristika ved den fremtidige befolkningsudvikling

I det følgende uddybes udvalgte karakteristika ved den officielle befolkningsfremskrivning fra Danmarks Statistik og DREAM. Der fokuseres på udviklingen i antal ældre fremover samt udviklingen i dødelighed og restlevetid.

Voksende befolkning – og flere ældre

I de kommende år ventes befolkningen at vokse i antal. Befolkningen udgør i dag godt 5,8 mio. indbyggere. I 2030 ventes en befolkning i størrelsesordenen 6,1 mio. indbyggere. Udviklingen i befolkningens størrelse og sammensætningen påvirkes både af historisk og fremtidig udvikling i fertilitet og dødelighed samt udviklingen i vandringer ind og ud af landet.

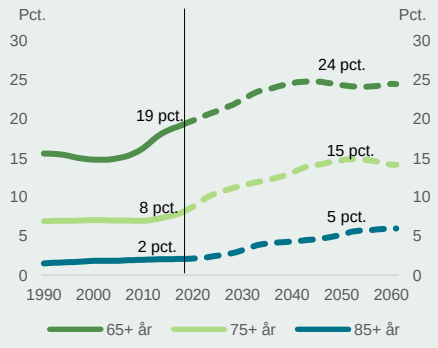
Befolkningen bliver samtidig gradvist ældre, og antallet af ældre vil stige hurtigere end befolkningen i alt. Det afspejler især den historiske udvikling i fertiliteten med store efterkrigsårgange født i 1940-60'erne, som indtræder blandt de ældste i aldersgrupper.

Det ses blandt andet ved, at den forventede andel af borgere +75 år vil udgøre en stigende andel af befolkningen fra ca. 8 pct. i 2018 til godt 11 pct. i 2030 og ca. 15 pct. i 2050, jf. figur 2.1. Andelen af +65 årige er også stigende, og i de kommende år ses en stigende andel fra ca. 19 pct. i 2016 til godt 22 pct. i 2030 og 24 pct. i 2050.

Til sammenligning har andelen af den ældre befolkning udgjort en nogenlunde konstant andel af befolkningen siden 1990. I 1990 udgjorde eksempelvis borgere på +75 år ca. 7½ pct. af befolkningen. I dag udgør borgere +75 år nogenlunde samme andel eller ca. 8 pct. af befolkningen, jf. figur 2.1. I samme periode er befolkningens størrelse vokset fra ca. 5,1 mio. indbyggere i 1990 til 5,8 indbyggere i 2018, og antalsmæssigt er den ældre befolkning +75 år vokset med ca. 100.000 personer.

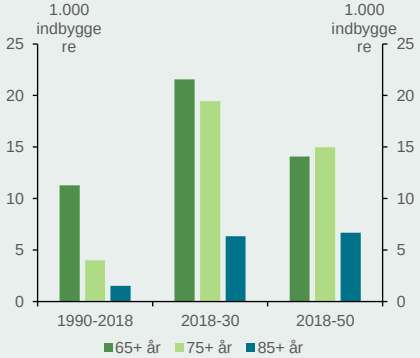
Antalsmæssigt dækker udviklingen over en stigning i antallet af borgere +75 år på knap 250.000 personer frem mod 2030 og knap 500.000 frem mod 2050, svarende til ca. 15.000-20.000 indbyggere om året. Jf. figur 2.2. Til sammenligning var den årlige stigning i ældre +75 år i perioden 1990-2010 ca. 4.000 om året.

Figur 2.1
Andelen af befolkningen i given en alder, 1990-2050



Anm.: Den lodrette streg angiver overgangen fra historiske år til prognoseår.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2.2
Årlig stigning i antal indbyggere over hhv. 65, 75 og 85 år



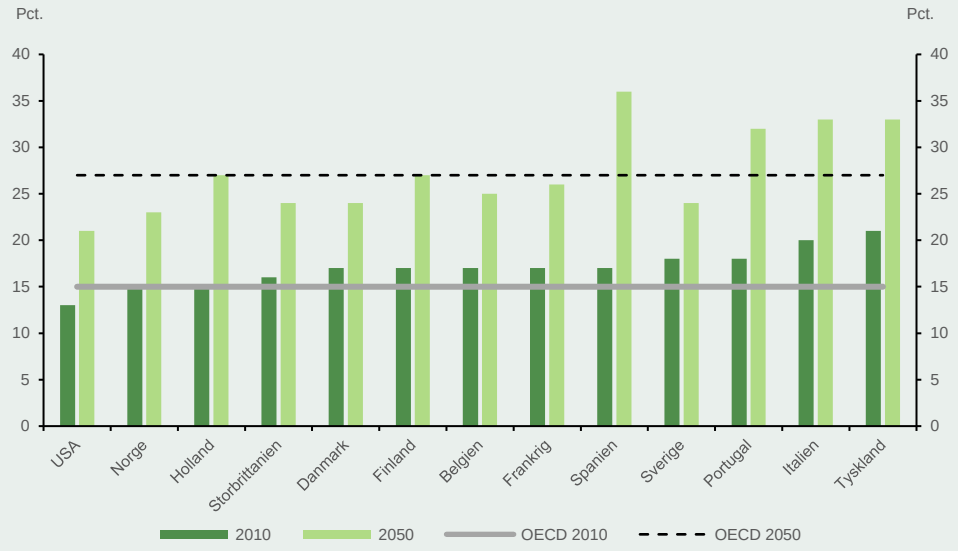
Anm.: Antal 1.000 borgere i figuren er afrundet til nærmeste 10.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Den forventede befolkningsudvikling med stigende andel af ældre borgere er et internationalt fænomen og ses i flere af de lande, vi typisk sammenligner os med, jf. boks 2.1.

Boks 2.1
Befolkningen over 65 år i udvalgte lande, 2010 og 2050

Danmark står ikke alene med en demografisk udvikling i form af en aldrende befolkning i de kommende år. Tal fra OECD viser, at andelen af personer over 65 år forventes at stige i de fleste af de lande, vi normalt sammenligner os med, jf. figur a. Og i flere lande er udviklingen væsentlig mere markant end i Danmark. I lande som Spanien, Portugal, Italien og Tyskland forventes andelen af borgere over 65 år fx at udgøre over 30 pct. i 2050.

Figur a. Andel af befolkningen over 65 år i udvalgte lande, 2010 og 2050



Kilde: OECD (2015): Health at a Glance.

Store generationer fra efterkrigsårene blandt de ældste

Den fremtidige udvikling i befolkningen skal ses i lyset af, at store generationer fra efterkrigsårene i dag er blandt de ældste borgere i vores samfund. Fødselsraten var særlig høj for årgangene i efterkrigsårene. I perioden fra 1940'erne og frem til sidst i 1960'erne blev der i gennemsnit født 80.000 børn om året, jf. figur 2.3. De største årgange ses i årene 1944-47, hvor der blev født knap 100.000 børn om året.

I 1970'erne faldt antallet af fødsler til et lavere niveau. I perioden 1970 og frem til i dag blev der i gennemsnit født godt 60.000 børn om året. Altså godt trefjerdedel størrelsen af generationerne fra efterkrigsårene. De mindste generationer ses i starten af 1980'erne, hvor der blev født ca. 50.000 børn om året – dvs. halvt så store generationer sammenlignet med de største generationer fra slutningen af 1940'erne.

En person født i slutningen af 1940'erne er i dag omkring 70 år gammel. Og en person fra 1960'erne er i 50-60 års alderen. Med andre ord, de store generationer har trukket sig tilbage fra arbejdsmarkedet eller nærmer sig tilbagetrækningsalderen, og disse generationer vil de kommende 10-30 år være blandt de ældste i vores samfund.

Figur 2.3
Antal levendefødte i perioden 1900-2017

Anm.: De vandrette linjer angiver gennemsnittet for antal levendefødte for perioderne 1940-69 og 1970-2017.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Stor niveaumæssig stigning i antallet af ældre er midlertidig

Netop fordi stigningen i antallet af ældre i høj grad afspejler generationseffekter i de kommende år, er der – set i et lidt længere perspektiv - tale om en midlertidig stor stigning. Af figur 2.4 ses ændringen i antallet af borgere på hhv. +65 år og +75 år i perioden 1990 til 2060. I årene 2020-35 ses i gennemsnit en stigning i antallet af ældre +65 år og +75 år på hhv. 21.000 og 17.000 personer om året. Og i årene 2035-50 ses i gennemsnit en stigning på hhv. 6.000 og 12.000 personer.

Figur 2.4
Stor niveaumæssig stigning i antallet af ældre

Anm.: De vandrette linjer angiver gennemsnittet for stigningen i antal ældre for hhv. perioderne 2020-35 og 2035-50 for aldersgrupperne 65+ år og 75+ år.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

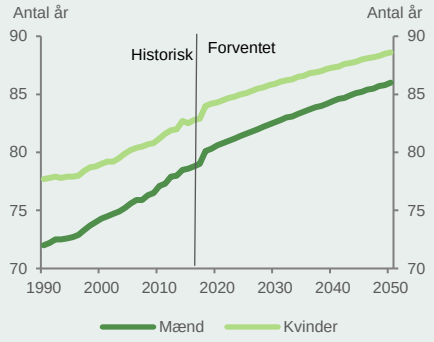
Vi lever længere og restlevetiden stiger

Den forventede udvikling i antallet af ældre afspejler dog ikke kun generationseffekter, men også en forventet stigning i befolkningens middellevetid og restlevetid for den ældre befolkning.

I 1990 var middellevetiden for en 0-årig dreng 72 år og restlevetiden for en 65-årig mand var 14 år, jf. figur 2.5 og 2.6. I 2017 kan en 0-årig dreng forvente at blive knap 80 år gammel, mens en 65-årig kan forventes at leve 18 år mere, jf. figur 2.6. Restlevetiden er en smule højere for kvinder. I 2017 kan en 0-årig pige forvente at blive ca. 83 år gammel, mens en 65-årig kvinde kan forvente at leve 21 år mere. Forskellen i levetiden mellem mænd og kvinder er derfor også blevet mindre i samme periode – både den forventede levetid for 0-årige og restlevetiden for 65-årige.

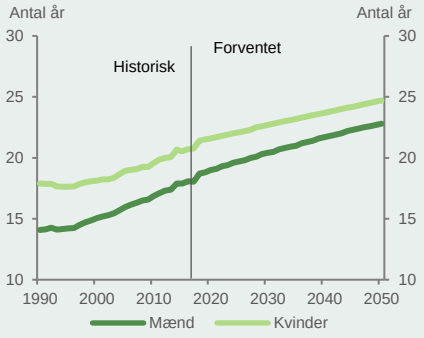
Middellevetiden forventes fortsat at stige. Der ses dog en gennemsnitlig lavere stigning i levetiden i fremtidige år sammenlignet med de historiske år. I 2050 kan en 0-årig dreng forvente at blive 86 år gammel, og en 0-årig pige kan forvente at blive godt 88 år gammel. Derudover fortsætter indsnævringen af forskellen i middellevetid mellem mænd og kvinder.

Figur 2.5
Historisk og forventet udvikling i levetiden for en 0-årig



Anm.: Der anvendes forskellige metoder til beregning middellevetid i historiske år og fremskrivningsår, og der skal udvises varsomhed i sammenligningen af *niveauet* i overgangen fra historiske år til fremskrivningsår.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2.6
Historisk og forventet udvikling i levetiden for en 65-årig



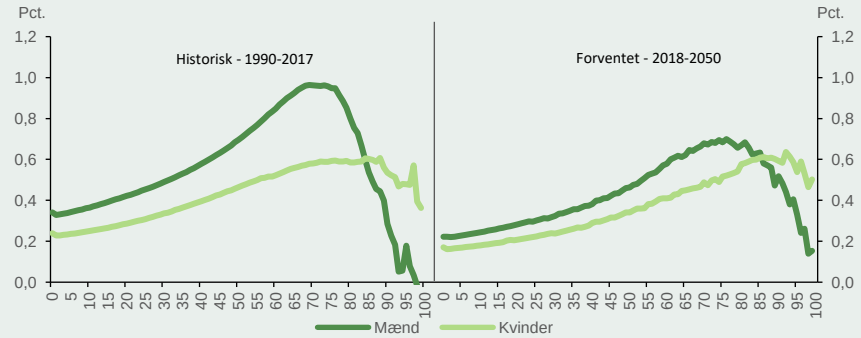
Anm.: Der anvendes forskellige metoder til beregning middellevetid i historiske år og fremskrivningsår, og der skal udvises varsomhed i sammenligningen af *niveauet* i overgangen fra historiske år til fremskrivningsår.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Den relative vækst i restlevetiden er størst blandt de ældre grupper

For mænd i alderen 66-76 år er restlevetiden steget med 30 procent fra 1990 til 2017 eller ca. én pct. om året i gennemsnit, jf. figur 2.7, og det er dermed den aldersgruppe, der har oplevet den største stigning i restlevetiden for mænd. Indtil 75 års alderen er den relative vækst i middellevetiden stigende med alderen. For kvinder er den relative vækst i restlevetiden også højere for de ældre aldersgrupper, men trenden er ikke så kraftig som ved mænd. Efter 85 års alderen har kvinder oplevet en højere relativ stigning i restlevetiden end mænd.

Samme mønster forventes at fortsætte fra 2018 frem mod 2050, men den relative vækst i restlevetiden forventes dog at være lavere for alle aldersgrupper, når der sammenlignes med udviklingen fra 1990 til 2017, jf. figur 2.7.

Figur 2.7
Den gns. årlige vækst i middellevetiden fra 1990 til 2017 og den forventede årlige stigning fra 2018 til 2050 fordelt på alder

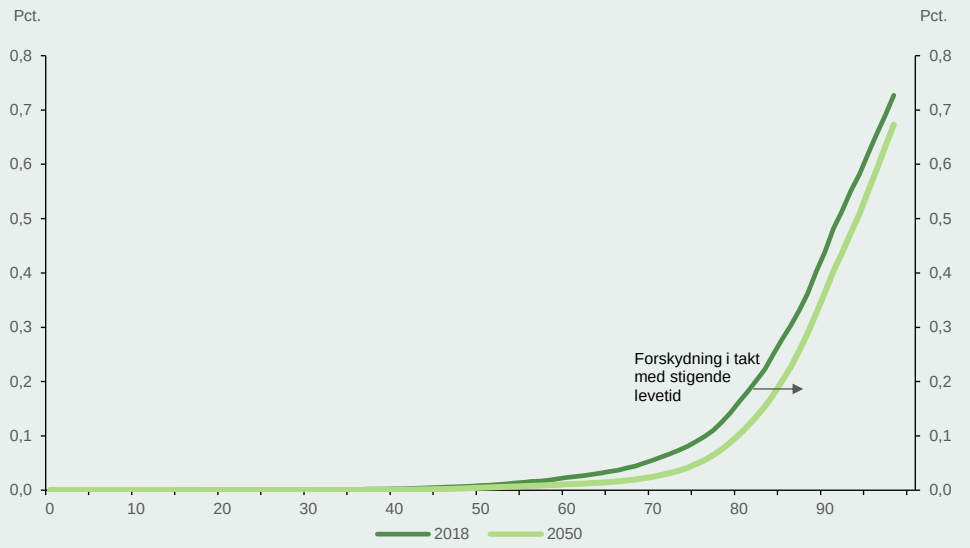


Anm.: Der anvendes forskellige metoder til beregning middellevetid i historiske år og fremskrivningsår.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

En større andel i hver aldersgruppe vil have flere år at leve i

En stigning i befolkningens levetid indebærer i sagens natur, at en større andel af befolkningen i de enkelte aldersgrupper vil have flere år tilbage at leve i, og en mindre andel vil have få år tilbage at leve i, jf. figur 2.8.

Figur 2.8
Forventet andel borgere med 0-3 år til død fordelt efter alder, 2018 og 2050



Anm.: Den forventede befolkning i Danmarks Statstiks befolkningsfremskrivning er fordelt på antal forventede år til død ud fra forudsætningerne om aldersgruppernes dødshyppigheder.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Denne udvikling er interessant, da det ofte er inden for de sidste leveår af en persons levetid, at behovet for behandling og pleje er særligt nødvendigt. Det ses fx ved, at aktiviteten i sundhedsvæsenet – især behandlingen på sygehusene - og på ældreområdet er koncentreret omkring de sidste år af et menneskes liv.

2.2 Befolkningens forbrug i sundhedsvæsenet og på ældreområdet efter alder

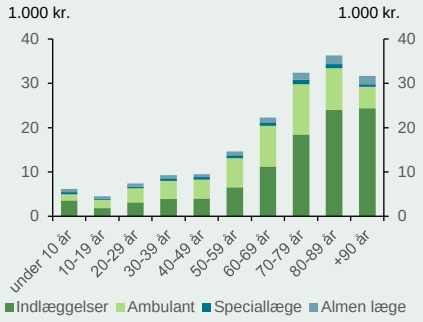
Befolkningens størrelse og alderssammensætning er én blandt flere faktorer, som har indflydelse på den fremtidige udvikling i efterspørgslen i sundhedsvæsenet. Ældre borgere er generelt mere syge og efterspørger flere sundhedsydelser i det regionale sundhedsvæsen, jf. figur 2.9. Derudover ses også et relativt højt forbrug i de første leveår og i årene omkring kvinders fødedygtige alder.

Det er især fra omkring 50 års alderen, at der ses en stigning i udgiften pr. borger i sundhedsvæsenet. Det afspejler, at flere borgere i disse aldersgrupper har brug for behandling, og at behandlingen er mere intensiv og specialiseret. Dette inkluderer også ambulante besøg eller indlæggelser på sygehuset jf. figur 2.10. Det ressourcemæssige forbrug er størst blandt borgere i alderen 80-89 år, som eksempelvis har et dobbelt så stort forbrug som borgere i 50 års alderen.
Den relativt største stigning i ressourceforbruget i takt med stigende alder ses blandt indlæggelser, hvor ressourceforbruget er over seks gange så stort for en 80-89 årig borger, sammenholdt en borger under 50 år, jf. figur 2.10.

Ressourceforbruget forbundet med ambulante besøg og kontakter til speciallæge og almen læge stiger også med alderen, men ikke ligeså kraftigt. For hhv. de 70-79 årige og 80-89 årige borgere er forbruget to og tre gange større end en borger under 50 år.

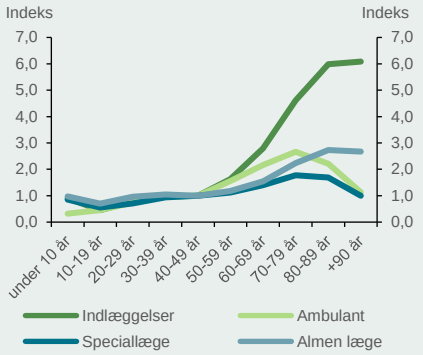
Fra omkring 80 års alderen ses et fald i udgiften pr. borger relateret til ambulante besøg og speciallægepraksis. Det fremgår, at udgiften pr. borger blandt de 80-90 årige er på niveau med udgiften pr. borger for de 40-60 årige.

Figur 2.9
Udgift pr. borger i sundhedsvæsenet efter alder og sektor



Anm.: Udgifter til indlæggelser og ambulante besøg følger DRG/DAGS produktions-værdien, mens udgifter til almen praksis og speciallægehjælp i praksissektoren er opgjort ud fra det aktivitetsafhængige bruttohonorar. Der er redegjort for opgørelsen af de aldersfordelte udgifter i bilag.
Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret (DRG-grupperet), sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Figur 2.10
Udgift pr. borger i sundhedsvæsenet efter alder og sektor, indeks, 40-49 år = 1

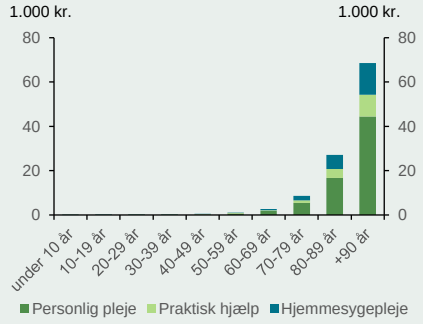


Anm.: Udgifter til indlæggelser og ambulante besøg følger DRG/Dags produktions-værdien, mens udgifter til almen praksis og speciallægehjælp i praksissektoren er opgjort ud fra det aktivitetsafhængige bruttohonorar. Der er redegjort for opgørelsen af de aldersfordelte udgifter i bilag.
Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret (DRG-grupperet), sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Med stigende alder er der også et stigende behov og afhængighed i forhold til pleje og hjælp til praktiske opgaver i hjemmet samt hjemmesygepleje. Det ses dog først for alvor blandt de ældste borgere. Det er således få borgere i aldersgrupperne op til 70 år, som modtager hjemmehjælp, og det er først fra omkring de 70 år, at der ses et stigende forbrug af hjemmehjælp og hjemmesygepleje blandt de ældre. Udviklingen skyldes hovedsageligt en udvidelse i dækningsgraden af plejeydelser til ældre borgere, mere end at borgerne modtager større intensitet og ressourceforbrug i kontakten, jf. analyse 3.

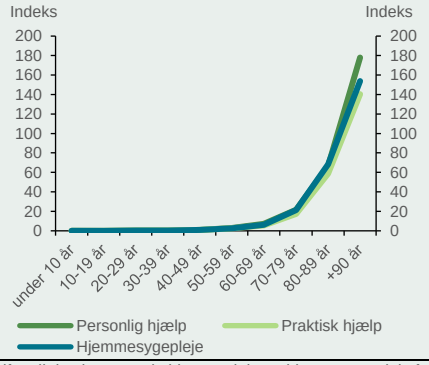
Modsat sundhedsområdet ses en vedvarende stigning i forbruget af ydelser i plejesektoren i takt med stigende alder. Forbruget af ydelser i plejesektoren er således dobbelt så stort for borgere i alderen 90+ år i forhold til borgere 80-89 år. Stigningen skyldes både stigende forbrug af personlig pleje og praktisk hjælp samt hjemmesygepleje.

Figur 2.11
Udgift pr. borger i den kommunale hjemmepleje omfattet frit valg og hjemmesygepleje efter alder



Anm.: Udgifter til den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje følger regnskabsudgiften 2015 og er fordelt på alder ud fra de kommunale omsorgsregistre. Der er redegjort opgørelsen af de aldersfordelte udgifter i bilag.
Kilde: CPR-registeret, De kommunale omsorgsregistre (EOJ), de kommunale regnskaber og egne beregninger.

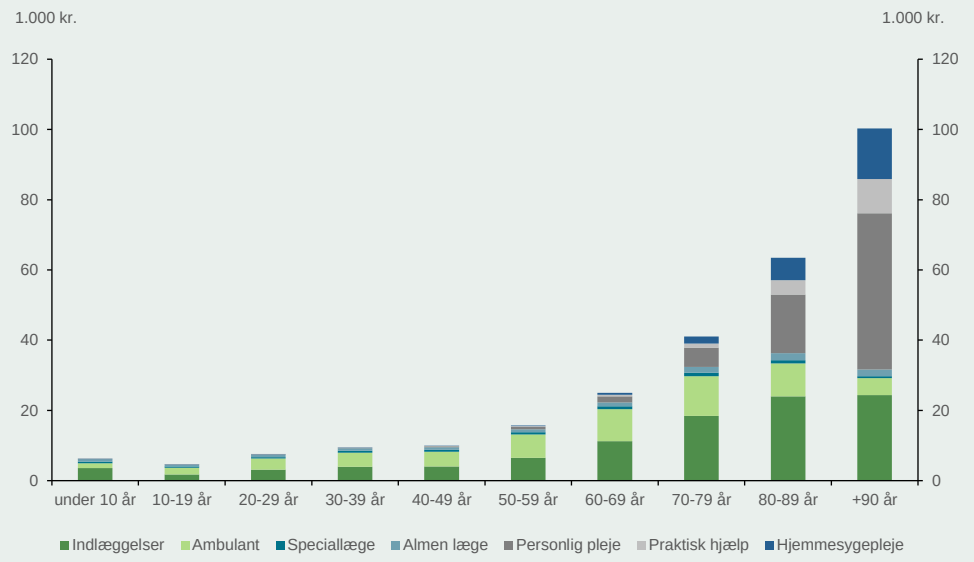
Figur 2.12
Udgift pr. borger i den kommunale hjemmepleje omfattet frit valg og hjemmesygepleje efter alder, indeks, 40-49 år = 1



Anm.: Udgifter til den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje følger regnskabsudgiften 2015 og er fordelt på alder ud fra de kommunale omsorgsregistre. Der er redegjort opgørelsen af de aldersfordelte udgifter i bilag.
Kilde: CPR-registeret, De kommunale omsorgsregistre (EOJ), de kommunale regnskaber og egne beregninger.

Der ses også en niveaumæssig forskel i udgiften pr. borger mellem sundheds- og plejeområdet. Når de regionale sundhedsudgifter sammenholdes med de kommunale plejeudgifter ses det, at plejeudgifterne er små relativt til de regionale udgifter for aldersgrupperne under 80 år. For de 80-89 årige er plejeudgifterne næsten ligeså store som de regionale udgifter, og for de 90+ årige er plejeudgifterne højere end de regionale, jf. figur 2.13.

Figur 2.13
Udgift pr. borger i sundhedsvæsenet og den kommunale hjemmepleje omfattet frit valg og hjemmesygepleje efter alder



Anm.: Udgifter til indlæggelser og ambulante besøg følger DRG/Dags produktions-værdien, mens udgifter til almen praksis og speciallægehjælp i praksissektoren er opgjort ud fra det aktivitetsafhængige bruttohonorar. Udgifter til den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje følger regnskabsudgiften 2015 og er fordelt på alder ud fra de kommunale omsorgsregistre. Der er redegjort opgørelsen af de aldersfordelte udgifter i bilag.
Kilde: CPR-registeret, De kommunale omsorgsregistre (EOJ), de kommunale regnskaber og egne beregninger.

2.3 Befolkningens forbrug i sundhedsvæsenet og på ældreområdet i de sidste leveår

Brugen af sundhedsvæsenet er især koncentreret omkring de sidste leveår.

Som vist er der sammenhæng mellem alder og ressourceforbruget i sundhedsvæsenet. Ældre borgere har et større forbrug af sundhedsydelser end yngre borgere.

Det er ikke alder i sig selv, som fører til mere behandling og større ressourceforbrug, men den underliggende helbredstilstand. Stigende alder er typisk forbundet med forværret helbredstilstand, ligesom sandsynligheden for at udvikle kroniske sygdomme stiger. Dette vil skabe en sammenhæng mellem stigende alder og ressourceforbrug.

Det er især i de sidste leveår inden dødstidspunktet, at behovet for sundhedsydelser og behandling for alvor stiger, og borgernes ressourcetræk er således især koncentreret heromkring.

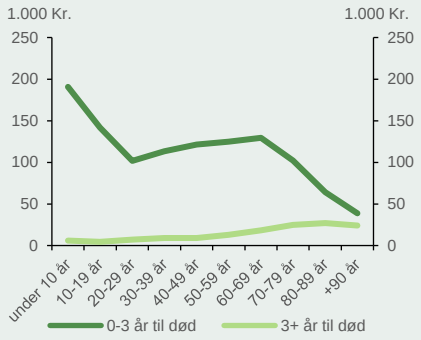
Ressourceforbruget for borgere som befinder sig i de sidste leveår er på et væsentligt højere niveau end borgere med længere levetid.[4] Samtidig ses en anden sammenhæng mellem ressourceforbrug og alder end for befolkningen generelt. Det gør sig især gældende for udgifterne i det regionale sundhedsvæsen, dvs. sygehuse og praksissektor, jf. figur 2.14.

Ressourceforbruget for borgere i de sidste leveår er størst for de yngre borgere og falder med alderen. Dvs. der bruges flest ressourcer på de yngste borgere sammenlignet med de ældste. Forskellen på en borger med hhv. få og mange leveår tilbage er relativt beskeden blandt de ældste borgere.

Denne sammenhæng ses ikke tilsvarende på plejeområdet, hvor sammenhængen mellem udgiften pr. borger og alder mere ligner den generelle sammenhæng, jf. figur 2.15. Udgiften pr. borger til pleje er dog især højere for aldersgrupperne over 40 år.

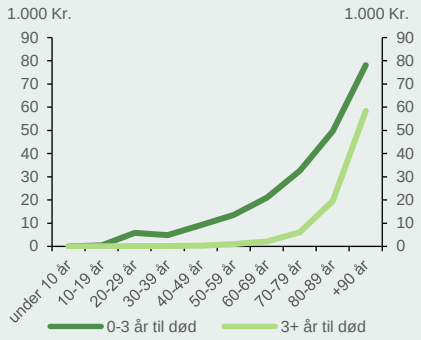
[4] *I figuren betragtes de sidste 3 leveår, men flere studier har fundet sammenhæng mellem udgifter og år til død på hhv. 6 år og helt op til 15 år før dødstidspunktet indtræffer (De Økonomiske Råd (2009) og Seshamani, M. & Gray, A. M. (2004)). Det er dog især i de sidste 0-3 år op til dødstidspunktet er udgifterne er særligt høje.*

Figur 2.14
Udgift pr. borger i sundhedsvæsenet efter alder og år til død



Anm.: Udgifter til indlæggelser og ambulante besøg følger DRG/DAGS produktionsværdien, mens udgifter til almen praksis og speciallægehjælp i praksissektoren er opgjort ud fra det aktivitetsafhængige bruttohonorar. Udgifterne er fordelt efter befolkningens aldersfordeling og år til død i 2009. Der er redegjort for opgørelsen i bilag.
Kilde: CPR-registeret, Dødsårsagsregisteret, Landspatientregisteret (DRG-grupperet), sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Figur 2.15
Udgift pr. borger i den kommunale hjemmepleje omfattet frit valg og hjemmesygepleje efter alder og år til død

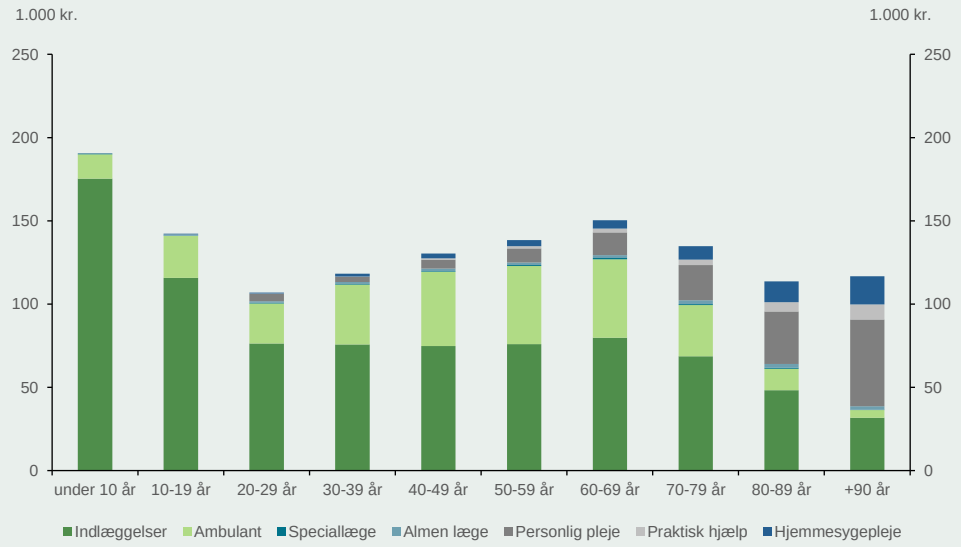


Anm.: Udgifter til den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje følger regnskabsudgiften 2015 og er fordelt på alder ud fra de kommunale omsorgsregistre. Udgifterne er fordelt efter befolkningens aldersfordeling og år til død i 2013. Der er redegjort for opgørelsen i bilag.
Kilde: CPR-registeret, Dødsårsagsregisteret, de kommunale omsorgsregistre (EOJ), de kommunale regnskaber og egne beregninger.

I de sidste leveår er forbruget koncentreret i sygehusvæsenet

Ressourceforbruget blandt borgere i de sidste leveår er især koncentreret i sygehusvæsenet til indlæggelser og ambulant behandling, jf. figur 2.16. Udgifterne til hjemmepleje udgør for de fleste aldersgrupper en mindre del af enhedsudgiften. Blandt de ældste borgere er plejeudgiften dog omtrent det halve af den samlede enhedsudgift.

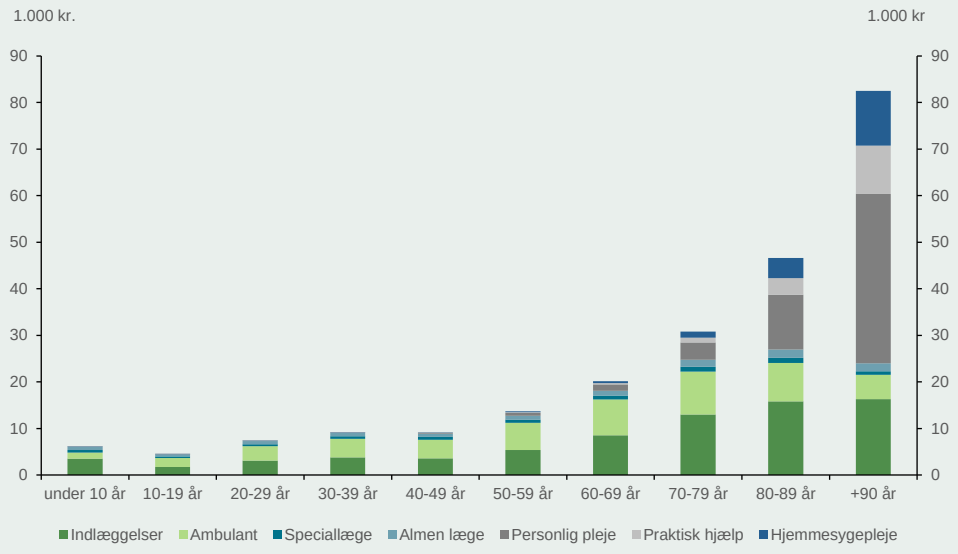
Figur 2.16
Udgift pr. borger i sundhedsvæsenet og den kommunale hjemmepleje omfattet frit valg og hjemmesygepleje blandt borgere med 0-3 år til død



Anm.: Udgifter til indlæggelser og ambulante besøg følger DRG/DAGS produktionsværdien, mens udgifter til almen praksis og speciallægehjælp i praksissektoren er opgjort ud fra det aktivitetsafhængige bruttohonorar. De regionale udgifter er fordelt efter befolkningens aldersfordeling og år til død i 2009. Udgifter til den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje følger regnskabsudgiften 2015 og er fordelt på alder ud fra de kommunale omsorgsregistre. De kommunale udgifter er fordelt efter befolkningens aldersfordeling og år til død i 2013.
Kilde: CPR-registeret, Dødsårsagsregisteret, Landspatientregisteret (DRG-grupperet), sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen, de kommunale omsorgsregistre (EOJ), de kommunale regnskaber og egne beregninger.

Blandt borgere med mere end 3 leveår tilbage afspejler ressourceforbruget og variationen på tværs af ung og gammel grundlæggende samme mønster som observeres for den samlede befolkning. Dvs. ressourceforbruget er stigende med alderen, især drevet af stigende udgifter til specialiserede indsatser på sygehusene. Blandt de ældste borgere er ressourceforbruget i hjemmepleje på niveau med eller større end det regionale forbrug, jf. figur 2.17.

Figur 2.17
Udgift pr. borger i sundhedsvæsenet og den kommunale hjemmepleje omfattet frit valg og hjemmesygepleje blandt borgere med 3+ år til død



Anm.: Udgifter til indlæggelser og ambulante besøg følger DRG/DAGS produktionsværdien, mens udgifter til almen praksis og speciallægehjælp i praksissektoren er opgjort ud fra det aktivitetsafhængige bruttohonorar. De regionale udgifter er fordelt efter befolkningens aldersfordeling og år til død i 2009. Udgifter til den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje følger regnskabsudgiften 2015 og er fordelt på alder ud fra de kommunale omsorgsregistre. De kommunale udgifter er fordelt efter befolkningens aldersfordeling og år til død i 2013.
Kilde: CPR-registeret, Dødsårsagsregisteret, Landspatientregisteret (DRG-grupperet), sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen, de kommunale omsorgsregistre (EOJ), de kommunale regnskaber og egne beregninger.

Længere levetid kan trække i retning af et lavere aldersspecifikt udgiftstræk

Som tidligere nævnt vil den stigende levetid medføre, at de enkelte aldersgrupper vil indeholde en mindre andel af borgere, som befinder sig i de sidste 3 leveår. Det er i de sidste leveår af et menneskes liv at ressourcetrækket på sundheds- og plejeområdet er størst. Stigende levetid vil derfor alt andet lige føre til et lavere enhedsforbrug pr. borger i en given aldersgruppe, jf. boks 2.2.

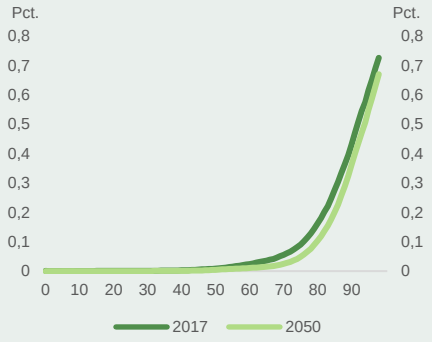
Boks 2.2
Stigende levetid og sund aldring

Den forventede stigning i antallet af ældre afspejler især, at store generationer bliver blandt de ældste i samfundet, men også stigende levetid. Stigende levetid vil øge antallet af ældre borgere i befolkningen, og fordi ældre borgere har et større forbrug af sundhedsydelser kan stigende levealder alt andet lige forventes at være forbundet med et stigende ressourceforbrug.

Flere undersøgelser har imidlertid peget på, at det stigende ressourceforbrug modgås af andre forhold. Stigende levetid indebærer fx, at en større andel af den ældre del af befolkningen har flere år tilbage at leve i. Af figur a ses et skøn over andelen af borgere efter alder, som har mellem 0 til 3 år tilbage at leve i. Som det fremgår af figuren er andelen af borgere med 0-3 år til død stigende med alderen. Det følger af, at dødshyppigheden er stigende med alderen. Det ses også, at den forventede andel af borgere, med 0-3 år tilbage at leve i, er lavere for aldersgrupper i 2050 sammenlignet med aldersgrupperne i 2018.

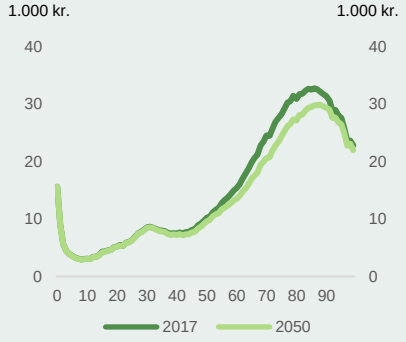
Og da ressourceforbruget især er koncentreret i de sidste leveår af et menneskes liv, vil stigende levetid og andel af borgere i de enkelte aldersgrupper med flere år at leve i, indebære lavere aldersbetingede enhedsforbrug i fremtiden end i dag, jf. figur b.

Figur a
Skønnet andel borgere med 0-3 år til død, 2017 og 2050



Anm.: Beregningen er foretaget ved at fordele den forventede fremtidige befolkning i Danmarks Statstiks befolkningsfremskrivning på forventede antal år til død ud fra forudsætningerne aldersgruppernes forudsatte dødshyppigheder.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur b
Skønnet udgift pr. borger fordelt på alder og år



Anm.: Omfatter regionale sundhedsudgifter til sygehus, almen praksis og speciallægehjælp. Udgifter til sygehuse følger DRG/DAGS produktions-værdien, mens udgifter til almen praksis og speciallægehjælp i praksissektoren er opgjort ud fra det aktivitetsafhængige bruttohonorar
Kilde: Danmarks Statistik, CPR-registeret, Dødsårsagsregisteret, Landspatientregisteret (DRG-grupperet), sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Sammenhængen mellem stigende levetid og faldende enhedsforbrug pr. borger omtales undertiden som sund aldring. Hypotesen er, at når befolkningen lever længere, skyldes det et bedre helbred. Behovet for behandling blandt en given aldersgruppe i befolkningen vil derfor alt andet lige være mindre i fremtiden end i dag (for et uændret serviceniveau), men det behøver ikke nødvendigvis at være tilfældet. Der er overordnet to teorier om udviklingen i levetid og borgernes helbred. En teori forudsiger, at når levetiden stiger udskydes årene med sygdom og dårligt helbred – såkaldt "kompression af sygdom". En anden teori forudsiger, at stigende levetid er forbundet flere år med sygdom – såkaldt "ekspansion af sygdom".

Udviklingen i befolkningens helbred og sammenhængen med stigende levetid kan belyses ud fra, om den stigende levetid er forbundet med flere gode leveår. I litteraturen er sammenhængen bl.a. undersøgt ud fra to forskellige mål for helbred og gode leveår:

- Fraværet (eller tilstedeværelsen) af sygdom på baggrund af registerbaserede diagnosedata.
- Selvvurderet helbred og fysisk funktionsevne på baggrund af spørgeskemaundersøgelser.

Når gode leveår måles ud fra tilstedeværelse af sygdom, findes det ofte, at stigende levetid er forbundet med flere leveår med sygdom. Mens når gode leveår måles ud fra fysisk funktionsevne og selvvurderet helbred, da findes det ofte, at stigende levetid er forbundet med flere gode leveår.

I sundhedsprofilen 2017 findes fx, at når gode leveår måles ud fra selvvurderet helbred, da ses en lille stigning i andelen af restlevetiden med gode leveår blandt de 65 årige mænd fra 77,5 pct. i 2010 til 78,0 pct. i 2017. Blandt 65 årige kvinder ses en stigning fra 70,9 pct. i 2010 til 72,8 pct. i 2017.

De to umiddelbart forskellige resultater er ikke nødvendigvis i modstrid med hinanden. Stigende sygdomsforekomst behøver ikke nødvendigvis at afspejle en underliggende stigning i sygeligheden, men kan også afspejle bedre medicinsk viden og mere udbredt brug af sundhedsvæsenet. Resultaterne kan også være konsistente i tilfælde af, at den målte sygdomsforekomst er steget samtidig med, at fysisk funktionsevne og selvvurderet helbred, blandt de syge, også er steget.

Der vides relativt lidt om, hvorvidt udviklingen i gode leveår er bredt funderet blandt de ældre, eller om det særligt gælder ældre med en bestemt type karakteristika eller sygdom. En udenlandsk undersøgelse har fundet, at stigende levetid – blandt syge borgere - især er forbundet med flere gode leveår blandt borgere med sygdomme relateret til hjertekarsygdomme, kræft, synsproblemer, mens der fx ikke observeres samme udvikling blandt borgere med diabetes.

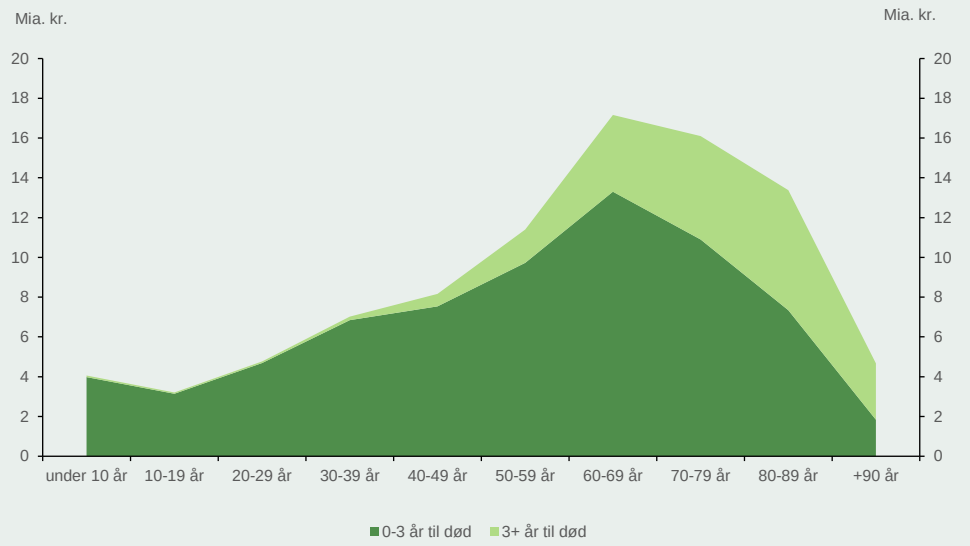
Kilder:
Chernew, Michael, Cutler D. M., Ghosh K. & Landrum M. B. (2016): Understanding the improvement in disability free life expectancy in the U.S. elderly population. NBER Working Paper No. 22306.
Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R. & Vaupel, J. W. (2009): Ageing populations: the challenges ahead. Lancet, 374(9696), 1196-1208.
Crimmins E. M. & Hiram Beltrán-Sánchez (2010): Mortality and Morbidity Trends: Is there Compression of Morbidity? Journal of Gerontology: Social Sciences, 66B (1), 75-86.
De Økonomiske Råd (2009): Dansk Økonomi, Efterår 2009.
Finansministeriet (2014): Finansredegørelsen 2014.
Sundhedsstyrelsen (2018): Danskernes Sundhed, Den nationale sundhedsprofil 2017.

Udgifter til borgere i de sidste tre leveår udgør en femtedel af de samlede udgifter

Selvom udgiften pr. borger er forholdsvis stor for borgere, som befinder sig i de sidste leveår, udgør den samlede udgift til disse borgere en mindre andel af de samlede udgifter. Blandt borgere med 0-3 år til død udgjorde udgifterne til sundhed og pleje omkring 20 pct. Det skyldes, at hovedparten af befolkningen er sunde og raske, og andelen af borgere med få år til død udgør en lille andel. Det kommer især til udtryk blandt yngre aldersgrupper.

Blandt borgere under 40 år udgør den samlede udgift til sundhed og pleje til borgere i de sidste tre leveår omkring 2 pct. eller under. Det er først fra 50 år og opefter i takt med stigende alder og dødelighedssandsynlighed, at udgifterne udgør en større andel, jf. figur 2.18.

Figur 2.18
Udgifter i alt i sundhedsvæsenet og den kommunale hjemmepleje omfattet frit valg og hjemmesygepleje blandt borgere med hhv. 0-3 og 3+ år til død, mia. kr.



Anm.: Udgifter til indlæggelser og ambulante besøg følger DRG/DAGS produktionsværdien, mens udgifter til almen praksis og speciallægehjælp i praksissektoren er opgjort ud fra det aktivitetsafhængige bruttohonorar. De regionale udgifter er fordelt efter befolkningens aldersfordeling og år til død i 2009. Udgifter til den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje følger regnskabsudgiften 2015 og er fordelt på alder ud fra de kommunale omsorgsregistre. De kommunale udgifter er fordelt efter befolkningens aldersfordeling og år til død i 2013.
Kilde: CPR-registeret, Dødsårsagsregisteret, Landspatientregisteret (DRG-grupperet), sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen, de kommunale omsorgsregistre (EOJ), de kommunale regnskaber og egne beregninger.

2.4 Ikke-demografiske faktorers indflydelse på aktiviteten i sundhedsvæsenet

Selvom der observeres en tydelig sammenhæng mellem forbrug af sundhedsydelser og alder, kan de seneste årtiers vækst i de offentlige udgifter til sundhedsområdet kun i begrænset omfang forklares ud fra den demografiske udvikling med større befolkning og flere ældre borgere.

Det afspejler, at aktiviteten og ressourcetrækket i sundhedsvæsenet også påvirkes af en række ikke-demografiske faktorer, som samlet har stor indflydelse på udgiftsudviklingen, jf. boks 2.3. Ny teknologi og nye behandlingsformer kan på den ene side være forbundet med lavere enhedsomkostninger i behandlingen, men på anden side kan udviklingen også være forbundet med øget aktivitet, fordi den medicinske og teknologiske udvikling gør det muligt at udvide dækningsgraden af behandling.

Det er en udbredt opfattelse, at den teknologiske udvikling i medicinsk behandling og befolkningens stigende forventninger til sundhedsvæsnets services i høj grad bidrager til den mervækst, som ses i sundhedsudgifterne inden for de senere år (Pauly, M.V., Thomas G. Mcguire and Pedro P. Barros (2011)).

Den begrænsede sammenhæng mellem aktivitet og demografiske forhold ses i øvrigt også ved, at variationen af aktiviteten i almen praksis og i sygehusvæsenet på tværs af individer og på tværs af landet kun i begrænset omfang kan forklares ud fra faktorer som alder og sygelighed (Region Midtjylland, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Koncern Kvalitet (2016)).

Boks 2.3

Udvalgte ikke-demografiske faktorer som har indflydelse på aktiviteten i sundhedsvæsenet og på ældreområdet

Aktiviteten i sundhedsvæsenet påvirkes af befolkningens demografiske struktur. Men derudover afhænger aktiviteten også af en række ikke-demografiske forhold, som relaterer sig til både efterspørgslen og udbuddet af sundhedsydelser.

- *Sygdomsbilledet og befolkningens sundhedstilstand*
  Befolkningens sundhedstilstand og prævalensen af sygdomme afhænger ikke kun af den demografiske sammensætning, men også befolkningens forbrugs- og livstil. En befolkning med usunde kostvaner er fx mere eksponeret for at udvikle type II diabetes. Og befolkningens drikke- og rygevaner har ligeledes indflydelse på sygdomsbilledet. De senere år har prævalensen af diabetes og KOL været stigende, hvilket blandt andet kan hænge sammen med befolkningens historiske og nutidige livsstil.

- *Forventninger til serviceniveauet*
  Empirisk kan der observeres en tæt sammenhæng mellem den nationale indkomst og udgifterne til sundhed. Og sammenhængen observeres ofte til at være større end en-til-en, dvs. en vækst i indkomsten med én pct. er forbundet med en vækst i sundhedsudgifterne, som er større end én pct. Denne sammenhæng ses blandt andet på tværs af vestlige lande. En forklaring kan være, at når velstanden stiger, stiger borgernes efterspørgsel efter og forventninger til kvaliteten af sundhedsydelser – uafhængigt af udviklingen i befolkningens behov.

- *Ny teknologi og nye behandlingsmetoder*
  Ny teknologi og nye behandlingsmetoder kan på den ene side føre til en mere omkostningseffektiv behandling, fx hvis en eksisterende behandling erstattes af en bedre og billigere. På den anden side kan ny teknologi også føre til større udbredelse af en behandling, hvormed aktivitet og ressourceforbrug øges. Det kan også være ny teknologi, medicin eller behandlingsmetoder, som ikke tidligere har været mulig, og som giver anledning til ny aktivitet.

- *Produktivitetsudvikling på sundheds- og ældreområdet (Baumols omkostningssyge)*
  På lang sigt er der en tæt sammenhæng mellem den private lønudvikling og produktiviteten. Og set over en længere periode følger de offentlige lønninger den private lønudvikling (bl.a. pga. reguleringsordningen). Hvis produktivitetsudviklingen i det offentlige sundhedsvæsen og ældreplejen er lavere end produktivitetsudviklingen i den private sektor, men de offentlige lønninger følger den private lønudvikling, da vil de reale enhedsomkostningerne i forbindelse med tilvejebringelsen af ydelserne stige.

- *Lægeudbuddet*
  Et større udbud af læger kan på den ene side øge konkurrence blandt læger og bidrage til lavere lønstigninger og dæmpe omkostningsudviklingen for en behandling. På den anden er der empiriske undersøgelser, som indikerer, at et øget udbud af læger kan have den modsatte effekt og øge efterspørgslen og behandlingsomfanget. Det betegnes undertiden for udbudsinducerende efterspørgsel. En forudsætning for denne mekanisme er blandt andet, at "markedet" for sundhedsydelser er kendetegnet ved ufuldstændig information og en efterspørgsel, som enten er lidt prisfølsom eller ikke reguleres af en pris.

- *Organisering og institutionelle rammer*
  De institutionelle rammer og organiseringen for hvordan sundhedsydelser leveres spiller en vigtig rolle for omkostningseffektiviteten af sundhedsvæsenet og udgiftsudviklingen. Der er stor forskel på ressourcetyngden af behandlinger i det specialiserede sundhedsvæsen på sygehusene og det primære sundhedsvæsen i almen praksis og kommunerne. Organiseringen af sundhedsvæsenet kan med til at sikre, at den rette behandling foretages på det rette niveau. Flere sundhedssystemer er fx bygget omkring almen praksis, som fungerer som "gate-keeper" for det specialiserede sundhedsvæsen. Denne funktion kan medvirke til en bedre prioritering og målretning af ressourcerne.

Kilder:
European Commission (2015): *The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060).*
Pauly, M.V., Thomas G. Mcguire and Pedro P. Barros (2011): Handbook of Health Economics. Volume 2. North Holland.

Litteratur

Chernew, M., Cutler D. M., Ghosh K. & Landrum M. B. (2016): *Understanding the improvement in disability free life expectancy in the U.S. elderly population.* NBER Working Paper No. 22306.

Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R. & Vaupel, J. W. (2009): *Ageing populations: the challenges ahead*. Lancet, 374(9696), 1196-1208.

Crimmins E. M. & Beltrán-Sánchez, H. (2010): *Mortality and Morbidity Trends: Is there Compression of Morbidity?* Journal of Gerontology: Social Sciences, 66B (1), 75-86.

De Økonomiske Råd (2009): *Dansk Økonomi, Efterår 2009.*

European Commission (2015): *The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060).*

Finansministeriet (maj 2010): *Budgetredegørelse 2010.*

Finansministeriet (januar 2014): *Finansredegørelse 2014.*

Pauly, M.V., Thomas G. Mcguire and Pedro P. Barros (2011): *Handbook of Health Economics.* Volume 2. North Holland.

Region Midtjylland, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Koncern Kvalitet (2016): *Geografiske forskelle i borgernes sygehusforbrug i Region Midtjylland. Forbrugsvariationsprojektet – Delprojekt 1*.

Seshamani, M. & Gray, A. M. (2004): *A longitudinal study of the effects of age and time to death on hospital costs.* Journal of Health Economics 23, 217–235.

Sundhedsstyrelsen (2018): *Danskernes Sundhed, Den nationale sundhedsprofil 2017.*

Bilag

Boks 2.4
Befolkningens ressourceforbrug fordelt på alder og år til død

Udgifter i opgørelsen
Udgifter i det regionale sundhedsvæsen omfatter følgende sektorer

- Somatisk sygehusaktivitet – stationær og ambulant
- Almen praksis (dagstid) og speciallægehjælp i praksissektoren

Udgifter i den kommunale pleje og omsorg omfatter følgende sektorer

- Kommunale udgifter til personlig og praktisk hjælp og madservice omfattet af frit valg
- Hjemmesygepleje

Opgørelsen er således ekskl. psykiatrisk sygehusaktivitet, fysioterapeuter, kiropraktik, psykologhjælp, tandlæger og tilskudsmedicin i den regionale sektor. Den kommunale pleje og omsorg er ekskl. udgifter til personlig og praktisk hjælp ikke omfattet frit valg samt forebyggende indsatser fx social-pædagogisk bistand. Af tabel a fremgår en opgørelse af de inkluderende udgifter.

Tabel a

Udgifter og aktivitet fordelt på sektorer 2015

	Udgift (mia. kr.)
Indlæggelser	37,7
Ambulante besøg	28,4
Speciallæge	3,3
Almen læge (dagstid)	7,2
Hjemmepleje mv. omfattet frit valg	12,1
Hjemmesygepleje	3,5

Anm.: Udgifter til indlæggelser og ambulante besøg følger DRG/Dags produktionsværdien, mens udgifter til almen praksis og speciallægehjælp i praksissektoren er opgjort ud fra det aktivitetsafhængige bruttohonorar. Udgifter til kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje følger regnskabsudgiften 2015.
Kilde: CPR-registeret, Sygesikringsregisteret, Landspatientregisteret, Elektronisk OmsorgsJournal-data fra kommunerne (EOJ-data), Sundhedsdatastyrelsen, kommunernes regnskaberne 2015.

Fordeling på alder
De regionale sundhedsudgifter er fordelt på alder ud fra de regionale sundhedsregistre, dvs. landspatientregisteret, sygesikringsregisteret, og følger aldersfordelingen i 2009. Der bruges tal for 2009, idet udgifterne også fordeles på år til død, hvorfor det er nødvendigt at betragte et historisk år nogle år tilbage. Indlæggelser og ambulante besøg er baseret på aldersfordelingen af DRG/DGAS produktionsværdien, mens almen læge og speciallæge-hjælp følger det aldersfordelte bruttohonorar.

På det kommunale område foreligger der ikke registeroplysninger om ressourceforbruget i kroner fordelt på alder. Der er derfor foretager en skøns-mæssig fordeling, hvor de samlede udgifter til hjemmepleje og hjemmesygepleje fordeles efter de registerbaserede oplysninger om leverede timer og ydelser i de kommunale omsorgsregistre. I denne fordeling antages indirekte den samme hhv. timepris og ydelsespris for en leveret time/ydelse på tværs af aldersgrupper. Aldersfordelingen er baseret på registeroplysninger vedr. 2013.

Fordeling på år til død
Den regionale aktivitet er fordelt på befolkningens år til død ud fra befolkningen og aktiviteten i 2009, og den kommunale aktivitet er fordelt på år til død ud fra befolkningen og aktivitet i 2013. Der antages den samme hhv. timepris og ydelsespris for en leveret time/ydelse på tværs af befolkningens år til død i den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje.

Boks 2.4 (fortsat)
Befolkningens ressourceforbrug fordelt på alder og år til død

Den anvendte aldersfordeling af leverede timer og ydelser i den kommunale hjemmepleje omfattet frit valg og hjemmesygeplejen til fordelingen af de kommunale plejeudgifter fremgår af tabel a.

Tabel a

Skønsmæssig fordeling af udgifter til hjemmehjælp omfattet frit valg og hjemmesygepleje efter alder ud fra aktivitetsdata om leverede timer og ydelser

	Hjemmehjælp omfattet frit valg			Hjemmesygepleje		
	Andel leverede timer	Mia. kr.	1.000 kr. pr. indbygger	Andel ydelser	Mia. kr.	1.000 kr. pr. indbygger
under 10 år	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10-19 år	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
20-29 år	0,6	0,1	0,1	0,4	0,0	0,0
30-39 år	0,8	0,1	0,1	0,8	0,0	0,0
40-49 år	2,2	0,3	0,3	2,2	0,1	0,1
50-59 år	5,4	0,7	0,9	5,1	0,2	0,2
60-69 år	12,3	1,5	2,2	11,3	0,4	0,6
70-79 år	21,6	2,6	6,7	22,3	0,8	2,0
80-89 år	36,2	4,4	20,8	38,5	1,3	6,4
+90 år	20,9	2,5	54,3	19,2	0,7	14,4
I alt	**100,0**	**12,1**	**2,2**	**100,0**	**3,5**	**0,6**

Kilde: Danmarks Statistik, de kommunale omsorgsregistre (EOJ), Sundhedsdatastyrelsen, de kommunale regnskaber og egne beregninger.

De eksisterende registerdata om de kommunale sundhedsaktiviteter er på nuværende tidspunkt begrænsede og ufuldstændige. Fx er indberetninger om den kommunale hjemmesygepleje ufuldstændige, og det er ikke alle kommuner, der indberetter oplysninger. Den opgjorte aldersmæssige fordelingen af aktiviteten i hjemmesygepleje er således baseret på et udsnit af kommuner.

Analyse 3: Befolkningens kontaktmønstre og ressourceforbrug i sundhedsvæsenet og på ældreområdet

Det primære sundhedsvæsen bestående af den alment praktiserende læge og kommunerne er borgerens primære indgang til sundhedsvæsenet. Det sekundære sundhedsvæsen omfatter sygehusene og varetager den specialiserede behandling. Behandlingen i det primære sundhedsvæsen er som hovedregel mindre ressourcekrævende end behandlingen på sygehusene.

I denne analyse beskrives karakteristika for borgernes kontakter i de enkelte sektorer af sundhedsvæsenet herunder de ressourcemæssige forskelle.

Hovedresultaterne i analysen er:

- *De fleste i befolkningen eller ca. 9 ud af 10 borgere har årlig kontakt til sundhedsvæsenet. Den primære kontaktflade er den alment praktiserende læge, og andelen af befolkningen med en kontakt til sundhedsvæsenet er generelt aftagende, når specialiseringsgraden af behandlingen stiger. Det afspejler, at de fleste borgere er sunde og raske og kun har brug for lettere behandlinger.*

- *Specialiseringsgraden af behandlingen er stigende med alderen. Det er således en større andel af de ældre borgere, som er indlagt eller har ambulante besøg end de yngre borgere.*

- *Der er en indikation af, at en større andel af befolkningen har en specialiseret kontakt til sundhedsvæsenet i dag end tidligere. Det ses ved, at en mindre andel af befolkningen "kun" har en kontakt til den alment praktiserende læge, mens en stigende andel både har kontakt til almen praksis og sygehusenes ambulatorier. Denne udvikling kan blandt andet afspejle en demografisk udvikling med flere ældre, men bevægelsen ses også på tværs af aldersgrupper, hvilket peger på andre forklaringer end demografi.*

- *Den stigende andel af befolkningen med ambulante besøg afspejler også en bevægelse inden for sygehusene, hvor en mindre andel af befolkningen indlægges for i stedet at have en ambulant kontakt.*

- *Sygehusene er generelt mere ressourcekrævende end den primære sektor målt i ressourceforbrug pr. borger. Det skyldes alt overvejende den ressourcemæssige tyngde af behandlingen, idet en mindre andel af befolkningen er i kontakt med sygehusene.*

- *Den del af befolkningen som har kontakt til et ambulatorium har dog også forholdsvis stor intensitet i kontaktomfanget og det gennemsnitlige antal ambulante besøg er kun lidt lavere end niveauet for det gennemsnitlige antal kontakter hos almen praksis.*

- *Det er en relativt lille andel af befolkningen, som har besøg af hjemmepleje (omfattet frit valg) eller hjemmesygepleje, mens de fleste i befolkningen har en almen praksis kontakt. Alligevel er hjemmeplejen mere ressourcekrævende end almen praksis og speciallægepraksis målt ved ressourceforbruget pr. borger. Forskellen skyldes, at de borgere, som modtager hjemmepleje, har hyppige og mange besøg.*

- *Behandlingen på sygehusene dækker over en heterogen behandlingsaktivitet, og der er store forskelle i den ressourcemæssige tyngde på tværs af kontakter sammenlignet med den primære sektor, hvor kontakterne er mere homogene.*

3.1 Borgernes kontakt til sundhedsvæsenet efter højeste specialiseringsniveau

9 ud af 10 borgere har kontakt til almen praksis

Borgernes indgang til sundhedsvæsenet er den praktiserende læge, som har til opgave at behandle og visitere borgere videre i sundhedsvæsenet for at opnå den rette behandling. Den praktiserende læge benævnes således undertiden som sundhedsvæsenet "gate keeper". Denne organisering har bl.a. til hensigt at sikre, at befolkningen får den rette behandling og på det lavest omkostningseffektive niveau.

Langt de fleste borgere har årligt en kontakt til den praktiserende læge. I 2017 var det således knap 90 pct. af befolkningen, som havde en almen praksis kontakt. Derimod var det kun 30-40 pct. af befolkningen, som have en kontakt til en praktiserende speciallæge eller et ambulatorium. Og godt 10 pct. af befolkningen var indlagt på sygehuset.

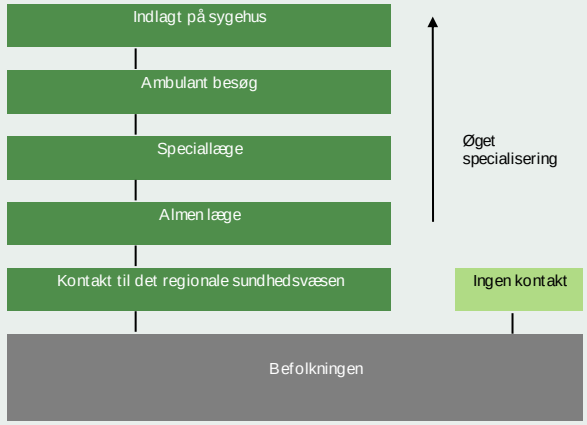
Siden 2009 er andelen af borgere med kontakt til almen praksis faldet en smule. Andelen med kontakt til speciallæge og ambulatorium er omvendt steget lidt, mens andelen med en indlæggelse er faldet en anelse.

Befolkningens mest specialiserede kontakt til sundhedsvæsenet

Befolkningens kontaktmønstre til sundhedsvæsenet kan også illustreres ud fra en fordeling af befolkningen efter den mest specialiserede kontakt. Derved kan det illustreres, hvor stor en andel af befolkningen, som "kun" har kontakt til det primære sundhedsvæsen, og hvor mange som fortsætter behandlingen videre i sundhedsvæsenet til højere specialiseringsniveauer fx speciallægepraksis og sygehuse

Hertil defineres almen læge som det laveste specialiseringsniveau, praktiserende speciallæger som det næstlaveste niveau, dernæst ambulante besøg og til sidst indlæggelser, som det højeste specialiseringsniveau, jf. figur 3.1.

Figur 3.1
Befolkningens kontakt til sundhedsvæsenet efter mest specialiserede kontakt



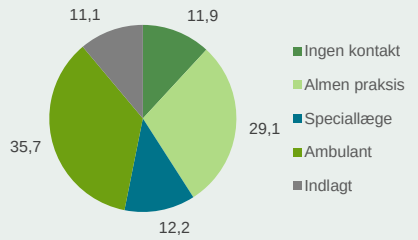
Anm.: Kontakter på sygehusene er afgrænset til somatiske ambulant besøg og indlæggelser.
Kilde: Egne beregninger pba. Landspatientregisteret og sygesikringsregisteret.

4 ud af 10 borgere har kun kontakt til det primære regionale sundhedsvæsen

Af borgere med kontakt til sundhedsvæsenet var det en tredjedel af befolkningen, som alene havde en kontakt til den alment praktiserende læge, og godt 10 pct. af befolkningen som havde kontakt til en praktiserende speciallæge. De øvrige fortsatte videre i det mere specialiserede sundhedsvæsen, hvor 35 pct. havde et ambulant besøg, mens godt 10 pct. af befolkningen blev indlagt, jf. figur 3.2.

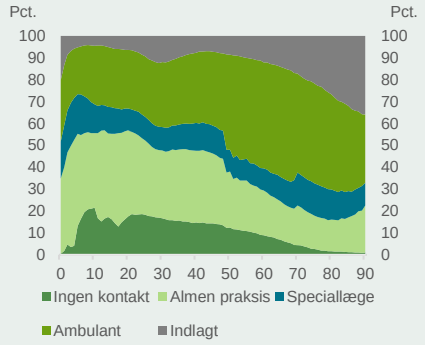
Borgenes mest specialiserede kontakt varierer på tværs af aldersgrupper, jf. figur 3.3. I takt med stigende alder bliver specialiserede kontakter til sygehusvæsenet mere udbredte. Blandt borgere i alderen 15 til 50 år var det 50-70 pct., som kun havde kontakt til det primære sundhedsvæsen og 5-10 pct. havde en indlæggelse. For borgere i alderen 50 år eller over var det 30-40 pct., som kun havde kontakt til det primære sundhedsvæsen og 10-40 pct. som var indlagt.

Figur 3.2
Befolkning fordelt efter mest specialiserede kontakt til sundhedsvæsenet 2017



Anm.: Kontakter på sygehusene er afgrænset til somatiske ambulant besøg og indlæggelser.
Kilde: Egne beregninger pba. Landspatientregisteret og sygesikringsregisteret.

Figur 3.3
Mest specialiserede kontakt til sundhedsvæsenet efter alder 2017



Anm.: Kontakter på sygehusene er afgrænset til somatiske ambulant besøg og indlæggelser.
Kilde: Egne beregninger pba. Landspatientregisteret og sygesikringsregisteret.

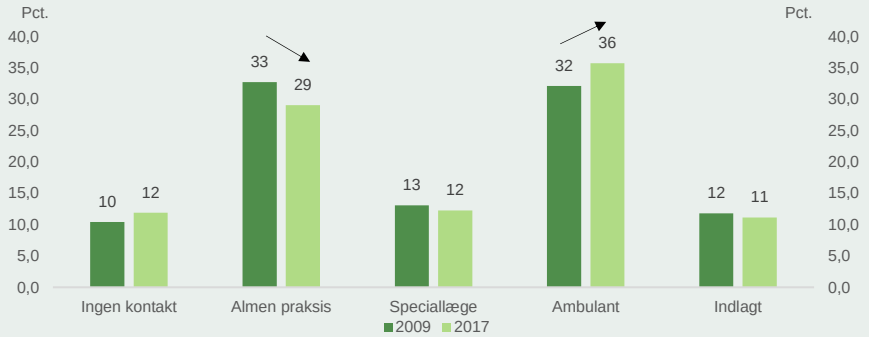
Stigende andel af befolkningen behandles i sygehusvæsenet

De senere år er der en tendens i retning af, at en større andel af befolkningen behandles på et mere specialiseret niveau, når der sammenlignes på tværs af primær og sekundær sektor. Det er således en mindre andel af borgerne, som kun har en kontakt til den praktiserende læge eller speciallæge, jf. figur 3.4.

Modstykket er bl.a. en stigning i andelen af befolkningen, som har et ambulant besøg på sygehuset. Blandt alle aldersgrupper ses en stigning i andelen af borgere med et ambulant besøg, som den mest specialiserede kontakt på ca. 3 pct. point.

Stigningen skyldes dog ikke bare, at færre borgere kun har kontakt til primær sektor, men også en udvikling på sygehusene, hvor en lavere andel af befolkningen har en indlæggelse. Derudover ses en lille stigning i andelen af borgere uden kontakt.

Figur 3.4
Mest specialiserede kontakt til sundhedsvæsenet 2009-17



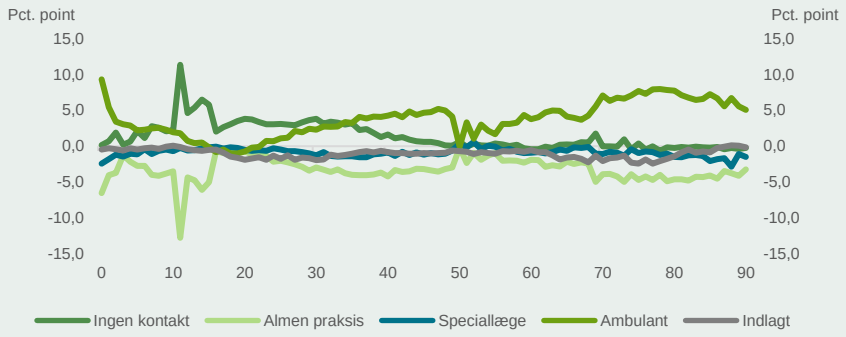
Anm.: Kontakter på sygehusene er afgrænset til somatiske ambulant besøg og indlæggelser.
Kilde: Egne beregninger pba. Landspatientregisteret og sygesikringsregisteret.

Det skal dog understreges, at udviklingen i retning af en mere specialiseret kontakt mellem borger og sundhedsvæsenet afspejler mange forskellige forhold.

En del af forklaringen kan være den demografiske udvikling. Som vist har ældre borgere typisk en mere specialiseret kontakt til sundhedsvæsenet end yngre borgere, og en udvikling i befolkningen, som trækker i retning af relativt flere ældre vil trække i retning af mere specialiserede kontaktmønster i befolkningen.

Den observerede overordnede udvikling ses imidlertid på tværs af de fleste aldersgrupper jf. figur 3.5. For de fleste aldersgrupper ses en stigning i andelen af befolkningen med et ambulante besøg og et fald i andelen med kontakt kun til det primære sundhedsvæsen i form af almen praksis eller speciallægepraksis. Udviklingen er dog især tydelig for børn under 2 år og borgere over 30 år.

Figur 3.5
Ændring i mest specialiserede kontakt til sundhedsvæsenet efter alder 2009-17



Anm.: Kontakter på sygehusene er afgrænset til somatiske ambulant besøg og indlæggelser.
Kilde: Egne beregninger pba. Landspatientregisteret og sygesikringsregisteret.

Andre forklaringer kan være udviklingen i teknologien og fremkomsten af nye behandlingsformer, som gør det muligt at behandle eller udvide behandlingstilbud, som ikke tidligere har kunnet lade sig gøre. Men det kan også afspejle ændret efterspørgsel, forventninger i befolkningen og visiteringsadfærd hos de praktiserende læger.

3.2 Dekomponering af ressourceforbrug efter dækningsgrad, intensitet og tyngde

I det følgende beskrives befolkningens kontaktmønstre i det somatiske sundhedsvæsenet mere detaljeret, og der redegøres for kontaktens ressourcemæssige tyngde herunder forskelle på tværs af specialiseringsniveauer. Derudover sammenlignes der med kontaktmønstre og ressourceforbrug i den kommunale hjemmesygepleje og hjemmepleje, som er omfattet frit valg. Dvs. hjemmeplejen, som foregår ude i borgernes eget hjem.

Befolkningens ressourcemæssige forbrug pr. indbygger opdeles i følgende tre komponenter:

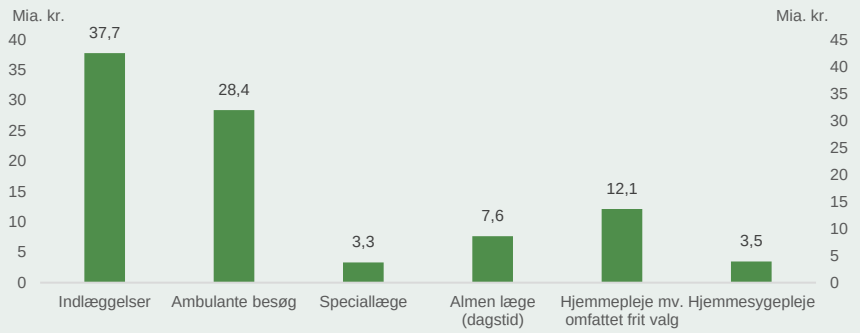
1. Andel af befolkningen som er i kontakt med sundhedsvæsenet (behandlingens dækningsgrad)
2. Antal kontakter pr. behandlet borger (behandlingens intensitet)
3. Den gennemsnitlige udgift for den enkelte kontakt (behandlingens ressourcemæssige tyngde)

Det beskrives, hvordan disse tre komponenter varierer på tværs af det primære sundhedsvæsen (almen praksis og praktiserende speciallæger) og det sekundære somatiske sundhedsvæsen (stationær og ambulant somatisk aktivitet på sygehusene). Denne opdeling gør det muligt at belyse, om forskelle i ressourcetræk pr. borger på tværs af aldersgrupper og specialiseringsniveauer skyldes, at en stor eller lille del af den pågældende befolkningsgruppe modtager behandling. Eller skyldes det, at mange af de borgere, som modtager behandling, generelt har mange eller få kontakter. Eller skyldes det, at behandlingen har et stort eller lille ressourcemæssigt træk.

Store forskelle i ressourcetræk på tværs af primær og sekundær sektor

Hvor ca. 70 mia. kr. gik til somatiske indlæggelser og ambulante besøg, så gik hhv. 3 og 8 mia. kr. til praktiserende speciallæge og almen læge, jf. figur 3.6. Den kommunale hjemmehjælp omfattet frit valg udgjorde ca. 12 mia. kr. Det dækker både over udgifter til personlig pleje og praktisk hjælp. Den kommunale hjemmesygepleje udgjorde knap 4 mia. kr.

Figur 3.6
Udgifter til det regionale sundhedsvæsen samt kommunal hjemmepleje (frit valg) og hjemmesygepleje, 2015



Anm.: Kontakter på sygehusene er afgrænset til somatiske ambulant besøg og indlæggelser.
Kilde: Landspatientregisteret, sygesikringsregisteret og de kommunale regnskaber.

Der ses store forskelle i udgiften pr. borger på tværs af primær og sekundær sektor i sundhedsvæsenet, jf. tabel 3.1, og sygehusvæsenet er væsentlig dyrere end praksissektoren målt på udgiften pr. borger. Fx er udgiften pr. borger til indlæggelser knap 7.000 kr. og til ambulante besøg 5.000 kr. Til sammenligning er udgiften pr. borger til almen læge og speciallæge ca. 1.200 kr. og ca. 600 kr. Udgiften pr. borger til hjemmepleje udgør i gennemsnit ca. 1.700 kr. pr. borger til den personlige pleje og ca. 300 kr. til praktisk hjælp.

Tabel 3.1
Udgift pr. borger opdelt på dækningsgrad, intensitet og tyngde

	Udgift pr. borger	=	Dækningsgrad (pct.)	x	Intensitet (antal)	x	Tyngde (kr.)
Indlæggelser	6.708		11,0		1,8		34.706
Ambulante besøg	5.050		47,1		5,0		2.164
Speciallæge	587		30,7		3,2		593
Almen læge (dagstid)	1.275		84,7		7,9		191
Hjemmepleje (personlig pleje)	1.673		2,2		607		124
Hjemmepleje (praktisk hjælp)	272		2,4		75		149
Hjemmesygepleje	622		4,8		100		129

Anm.: Opgørelsesår 2015. Der er redegjort for opgørelse af udgifterne herunder dekomponeringen i dækningsgrad, intensitet og tyngde i bilag. Aktivitet og udgifter i det regionale sundhedsvæsen er opgjort på basis af data for hele befolkningen (1. jan. 2015: n = 5.652.400), mens aktivitet og udgifter i det kommunale sundhedsvæsen er opgjort pba. de borgere, der havde bopæl i en 2015 EOJ godkendt kommune (1. jan. 2015: n = 2.231.800). Antallet af borgere samt antallet af modtagere i 2015 er beregnet ud fra en vægtet population. En borger indgår med en vægt svarende til borgerens tid i live i 2015.

Kilde: CPR-registeret, Sygesikringsregisteret, Landspatientregisteret, Elektronisk OmsorgsJournal-data fra kommunerne (EOJ-data), Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Større ressourcetræk på sygehuse skyldes kontakternes tyngde

Det større ressourcetræk i sygehusvæsenet sammenlignet med primær sektor skyldes især tyngden i behandlingen – dvs. udgiften pr. kontakt - mere end antallet af behandlinger, som udføres, og antallet borgere, som behandles.

Udgiften pr. kontakt varierer også betydeligt mellem indlæggelser og ambulante besøg. Der ses som nævnt ikke store forskelle i udgiften pr. borger mellem indlæggelser og ambulante behandlinger, som udgør hhv. 7.000 kr. og 5.000 kr. Men udgiften pr. indlæggelse og pr. ambulante besøg er hhv. 35.000 kr. og 2.000 kr.

Der er relativt få borgere i befolkningen eller godt 10 pct., som bliver indlagt i løbet af et år, mens ambulante besøg er mere sammenlignelig med primær sektoren og har en højere dækningsgrad og intensitet. Det er fx ca. 40 pct. af befolkningen, som modtager et ambulant besøg, hvilket ligger over niveauet for praktiserende speciallæger, men det halve af dækningsgraden hos alment praktiserende læger. Og befolkningen, som har kontakt til et ambulatorium, har i gennemsnit flere besøg ved et ambulatoriet, end borgere med kontakt til praktiserende speciallæge har.

Intensiteten af ambulante besøg på niveau med almen praksis

Derudover ses, at det er en mindre andel af befolkningen, dog flere end til speciallægepraksis, som har kontakt til sygehusenes ambulatorier. Men borgere med et ambulant besøg har i gennemsnit ca. 5 kontakter, hvilket nærmer sig niveauet for det gennemsnitlige antal kontakter til almen praksis.

Få i befolkningen modtager mange besøg fra hjemmeplejen

Udgiften pr. borger til hjemmepleje er relativt stor, når andelen af befolkningen, som modtager hjælpen, tages i betragtning. Det er ca. 2,5 pct. af befolkningen, som modtog personlig pleje via hjemmehjælp omfattet frit valg i 2015, og alligevel er udgiften pr. borger noget højere end udgiften til almen praksis. Denne forskel skyldes, at dem som modtager personlig hjemmepleje modtager relativt mange besøg.

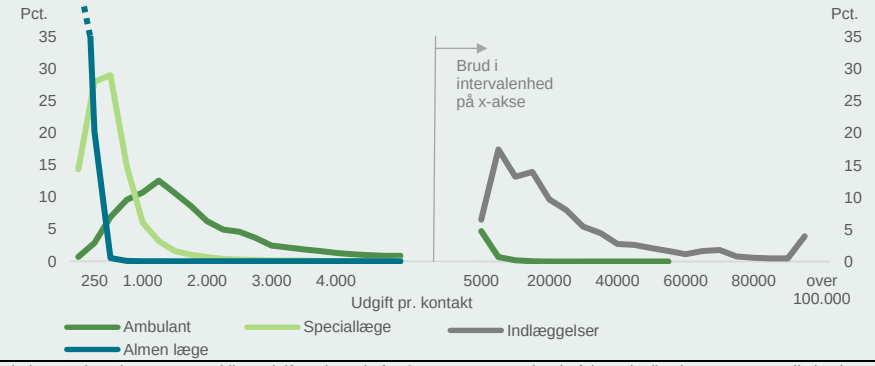
Behandling på sygehuse er mere heterogen end i primær sektoren

Behandlingen på sygehusene dækker over en mere heterogen gruppe af patienter og behandlinger, og der ses ikke bare store forskelle i det gennemsnitlige niveau for udgiften pr. kontakt, ambulante besøg og indlæggelse, men også variationen i udgiften pr. kontakt.

Af figur 3.7 fremgår den relative fordeling af antallet kontakter fordelt efter kontaktens ressourceforbrug, mens figur 3.8 viser fordelingen af udgifter efter kontakternes ressourceforbrug.

De fleste kontakter til almen praksis ligger under 250 kr. pr. kontakt. Hos speciallæge ligger de fleste kontakter i intervallet under 1.000 kr. pr. kontakt. På sygehusene ses betydeligt større variation i tyngden af de ambulante besøg og indlæggelser. Ca. 50 pct. af de ambulante besøge har en udgift pr. kontakt på under 2.000 kr., men ca. 10 pct. af besøgene koster det dobbelte og har en udgift pr. kontakt større end 4.000 kr.
Der ses endvidere et stort spænd i udgiften pr. indlæggelse, som spænder mellem 5.000 og over 100.000 kr. De fleste ligger dog i intervallet under 40.000 kr.

Figur 3.7
Procentvis fordeling af antal kontakter efter kontaktens gennemsnitlige ressourceforbrug

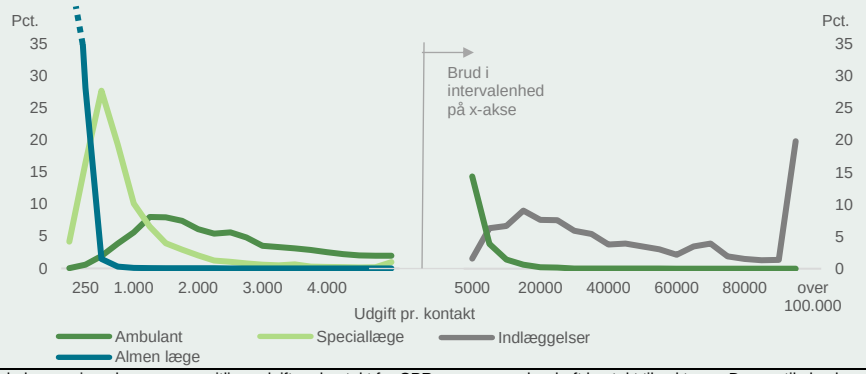


Anm.: Den horisontal akse angiver den gennemsnitlige udgift pr. kontakt for CPR-numre, som har haft kontakt til sektoren. Den vertikale akse angiver andelen af kontakter i sektoren, som kan henføres til en given udgift pr. kontakt. Enheden for udgift pr. kontakt på den horisontale akse er opdelt i to grupper af intervalenheder, som er angivet af den lodrette streg midt på figuren. På venstre side af stregen er kontakterne fordelt efter intervalenheder på 250 kr. På højre side af stregen er kontakterne fordelt efter enheder på 5.000 kr. I bilag i analyse 7 er der redegjort for afgrænsningen af udgifter og kontakter i beregningen af udgift pr. kontakt.
Kilde: Sygesikringsregisteret, Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Disse forskelle i behandlingssammensætningen betyder, at det kun er en lille del af udgifterne på sygehusene, som i dag har et direkte overlap med primær sektoren i forhold til kontakternes ressourcemæssige tyngde, jf. figur 3.8.

Der er ingen overlap i aktiviteten mellem indlæggelser og primær sektor i forhold til tyngden pr. kontakt. Derimod ses nogen overlap mellem ambulatorier og praktiserende speciallæger og læger.

Figur 3.8
Procentvis fordeling af udgifter efter kontaktens gennemsnitlige ressourceforbrug



Anm.: Den horisontal akse angiver den gennemsnitlige udgift pr. kontakt for CPR-numre, som har haft kontakt til sektoren. Den vertikale akse angiver andelen af de samlede udgifter i sektoren, som kan henføres til en given udgift pr. kontakt. Enheden for udgift pr. kontakt på den horisontale akse er opdelt i to grupper af intervalenheder, som er angivet af den lodrette streg midt på figuren. På venstre side af stregen er udgifterne fordelt efter intervalenheder på 250 kr. På højre side af stregen er udgifterne fordelt efter enheder på 5.000 kr. I bilag i analyse 7 er der redegjort for afgrænsningen af udgifter og kontakter i beregningen af udgift pr. kontakt.
Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Forbehold for sammenligninger er kontakternes ressourceforbrug på tværs af sektorer

Udgiften pr. kontakten kan sige noget om behandlingens ressourcemæssige tyngde, herunder hvor sammenlignelige procedurer og behandlinger er på tværs af sektorer. En sammenligning mellem sektorer er dog vanskelig og forskelle kan skyldes flere forskellige forhold, herunder forskellige takstsystemer, og det er derfor vigtigt at være varsom i fortolkningen af årsager til forskelle i tyngden i behandlingen på tværs af sektorer, jf. boks 3.1.

Boks 3.1
Forbehold ved sammenligning af ressourceforbrug mellem praksissektoren og på sygehusene

Ressourceforbruget i praksissektoren kan opgøres ud fra sygesikringsregisteret, mens ressourceforbruget i det somatiske sygehusvæsen kan opgøres ud fra kontakternes produktionsværdi (opgjort ud fra DRG/DAGS-takster). De to forskellige datakilder og opgørelsesmetoder indebærer, at man skal være varsom med detaljerede sammenligninger på tværs af sektorer.

Praksissektoren
Kontakternes ressourcemæssige tyngde afspejler de overenskomstmæssige takster. Taksterne er ikke nødvendigvis fastsat ud fra kontaktens faktiske (eller forventede) ressourcemæssige forbrug, men kan afspejle et element af vilkårlighed. Taksterne vil dog udgøre regionens marginale betaling for en ekstra kontakter og på den anden side lægens marginale betaling for at udføre de konkrete ydelser. Det må forventes, at lægen overordnet set tilpasser det ressourcemæssige forbrug i praksissen fx tidsforbruget etc. i forhold til betalingen for at drive en rentable praksis, og som er i overensstemmelse med lægens ønsker til fx arbejdstid.

Sygehusene
DRG/DAGS-taksterne er beregnet gennemsnitsomkostninger på baggrund af sygehusenes omkostninger. Taksterne indeholder faste omkostninger til fx administration og fællesfunktioner som fx drift af bygninger mv. Det kan give større ressourceforbrug pr. kontakt sammenlignet med praksissektoren, hvor taksterne dog også skal dække faste omkostninger og administrative funktioner i et vist omfang.

Andre forbehold
Manglende overlap i kontakternes ressourcemæssige tyngde er ikke nødvendigvis udtryk for manglende sammenlignelighed og substitutionsmuligheder mellem sektoren. Forskelle i enhedspris kan fx skyldes forskelle i effektivitet eller afspejle behandlinger, som kræver større tidsforbrug eller brug af medicin, som ikke anvendes i dag, mere end kompetence- eller kapacitetsmæssige forskelle.

Udgiften pr. kontakt og forskelle på tværs af sektorer kan fx dække over flere forskellige forhold omkring behandlingen, fx:

- Tidsforbruget
- Antallet og sammensætning af personaleressourcer som er involveret i behandlingen
- Vareforbrug i behandlingen fx medicin, proteser eller lignende
- Faste udgifter (fx administration)

3.3 Dækningsgrad, intensitet og tyngde efter alder og år til død

For at få et mere nuanceret billede af befolkningens ressourceforbrug opdeles befolkningens kontaktmønstre og ressourceforbrug endvidere på aldersgrupper, og der skelnes mellem borgere, som befinder sig i hhv. de sidste tre leveår eller ej. Borgernes forbrug af sundhedsydelser og behov for behandling er især koncentreret omkring de sidste leveår, jf. analyse 2. Det afspejler, at borgere, som befinder sig i de sidste leveår, som regel er alvorligt syge, hvorfor disse borgere i højere grad vil efterspørge specialiserede og ressourcekrævende indsatser. Disse borgeres kontaktmønstre og ressourceforbrug adskiller sig som vist i analyse 2 markant fra den øvrige befolkning.

I almen praksis skyldes forskel på ung og gammel især antallet af kontakter

For alle sektorer ses en stigende udgift pr. borger, jo ældre borgeren er. Der ses mindst variation blandt borgere, som modtager speciallægehjælp i praksissektoren og størst variation for indlæggelser.
Hos den alment praktiserende læge skyldes forskellen på ung og gammel især forskelle i intensiteten af behandlingen, dvs. antal kontakter pr. modtager, mens den ressourcemæssige tyngde af den enkelte kontakt og andelen af befolkningen i de enkelte aldersgrupper, som har en kontakt, kun varierer lidt på tværs af alder. Det er mellem 80-90 pct. af befolkningen i alle aldre, som har kontakt til almen læge, og en kontakt koster i gennemsnit omkring 200 kr. for alle aldre.

Hos speciallægepraksis ses forskellen på tværs af alder i andelen med kontakt

Hos speciallæger er der små forskelle i intensitet og kontaktens tyngde, som ikke udviser den generelle tendens i forhold til at være stigende med alderen. Forskelle på tværs af aldersgrupper i udgiften pr. borger kan primært henføres til dækningsgraden, dvs. andelen af borgere som er i kontakt med speciallægerne. Hvor det er ca. 50 pct. af borgere i alderen 70-79 år, som årlig har kontakt til speciallæge, så er det kun 20 pct. af borgerne i alderen 0-49 år.

Sygehusindlæggelser er mere almindelige og ressourcekrævende blandt ældre

Det er heller ikke intensiteten, som kan forklare variationen i udgift pr. borger på tværs af aldersgrupper, når det gælder indlæggelser. En patient bliver i gennemsnit kun indlagt 1-2 gange, og det gælder på tværs af alle aldersgrupper. Derimod er det hovedsageligt dækningsgraden og forskelle i den ressourcemæssige tyngde i indlæggelserne, som bidrager til forskelle. En indlæggelse hos en borger blandt de ældste aldersgrupper er næsten dobbelt så ressourcekrævende, som blandt borgere i aldersgruppen 0-49 år.

Ambulante besøg er ikke mere ressourcekrævende med alderen, men flere har mange besøg

Derimod ses der ikke stor variation i den ressourcemæssige tyngde af behandlingen ved ambulant besøg på tværs af aldersgrupper. En ambulant besøg koster i gennemsnit 2.000 kr. for stort set alle aldre. Variationen i udgiften pr. borger i den ambulante behandling skyldes hovedsageligt forskelle i dækningsgraden og intensiteten, som varierer med en faktor 2 på tværs af aldersgrupper.

I hjemmeplejen har en stigende andel af ældre mange besøg

Ressourceforbruget pr. borger til den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje stiger markant omkring 80 års alderen. Det skyldes hovedsageligt, at en større andel af befolkningen får behov hjælp. Blandt de 70 årige er det i gennemsnit 8 pct. af befolkningen, som modtager hjemmepleje i eget hjem. Blandt de +80 årige stiger det til ca. en tredjedel af befolkningen. Der ses også en mindre stigning i intensiteten af besøg, men det er hovedsageligt udbredelsen af dækningsgraden, som bidrager til en udgiftsstigning. I hjemsygeplejen ses en større udbredelse blandt de ældste borgere sammenholdt med hjemmeplejen, og intensiteten er stigende med alderen.

Tabel 3.2

Dekomponering af udgift pr. borger i dækningsgrad, intensitet og tyngde

	Udgift pr. borger	=	Dækningsgrad (pct.)	x	Intensitet (antal)	x	Tyngde (kr.)
Indlæggelser							
0-49 år	3.328		8,6		1,5		25.305
50-59 år	6.525		9,5		1,8		37.464
60-69 år	11.220		13,4		2,0		42.186
70-79 år	18.474		20,2		2,1		43.902
+80 år	24.073		28,8		2,0		42.838
Ambulante besøg							
0-49 år	3.010		38,1		4,1		1.925
50-59 år	6.585		58,7		4,8		2.349
60-69 år	9.151		64,9		5,9		2.408
70-79 år	11.283		65,0		7,3		2.372
+80 år	8.548		64,8		6,3		2.097
Speciallæge							
0-49 år	468		25,3		3,2		571
50-59 år	638		31,7		3,3		613
60-69 år	795		40,2		3,2		623
70-79 år	1.012		50,0		3,2		626
+80 år	894		47,1		3,2		599
Almen læge (dagstid) inkl. basishonorar							
0-49 år	1.077		83,0		6,3		206
50-59 år	1.254		82,8		8,3		183
60-69 år	1.509		86,7		9,6		181
70-79 år	2.005		93,2		12,5		173
+80 år	2.350		95,3		15,1		164
Hjemmepleje (personlige pleje)							
0-49 år	97		0,1		601		124
50-59 år	695		1,0		583		124
60-69 år	1.697		2,3		595		124
70-79 år	5.208		7,6		554		124
+80 år	20.803		26,4		635		124
Hjemmepleje (praktisk hjælp)							
0-49 år	16		0,1		72		149
50-59 år	119		1,1		76		149
60-69 år	262		2,4		73		149
70-79 år	816		8,0		68		149
+80 år	3.446		29,5		78		149
Hjemmesygepleje							
0-49 år	35		0,6		49		129
50-59 år	247		2,8		69		129
60-69 år	578		5,7		79		129
70-79 år	1.992		16,7		93		129
+80 år	7.840		49,3		123		129

Anm.: Der er redegjort for opgørelse af udgifterne herunder dekomponeringen i dækningsgrad, intensitet og tyngde i bilag. Aktivitet og udgifter i det regionale sundhedsvæsen er opgjort på basis af data for hele befolkningen (1. jan. 2015: n = 5.652.400), mens aktivitet og udgifter i det kommunale sundhedsvæsen er opgjort pba. de borgere, der havde bopæl i en 2015 EOJ godkendt kommune (1. jan. 2015: n = 2.231.800). Antallet af borgere samt antallet af modtagere i 2015 er beregnet ud fra en vægtet population. En borger indgår med en vægt svarende til borgerens tid i live i 2015.Udgifter og aktivitet er fordelt på alder ligesom i analyse 2 jf. boks 2.4.

Kilde: CPR-registeret, Sygesikringsregisteret, Landspatientregisteret, Elektronisk OmsorgsJournal-data fra kommunerne (EOJ-data), Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Større ressourcetræk blandt patienter i de sidste leveår skyldes større forbrug i sygehusvæsenet

Borgernes forbrug af sundhedsydelser og behov for behandling er især koncentreret omkring de sidste leveår, jf. analyse 2. Det afspejler, at borgere, som befinder sig i de sidste leveår, som regel er alvorligt syge, og disse borgere vil i højere grad efterspørge specialiserede og ressourcekrævende indsatser.

Hovedparten eller mere end halvdelen af borgerne, som er alvorligt syge og befinder sig i de sidste tre leveår, er på et tidspunkt indlagt eller modtager et ambulant besøg. De modtager som regel mange behandlinger fx over 10 ambulante besøg og 2-5 indlæggelser pr. patient. Og samtidig er kontakterne ressourcemæssigt mere krævende. Det gælder dog hovedsageligt de yngre aldersgrupper, mens der ikke ses markante forskelle blandt de ældre.

Hos den alment praktiserende læge er udgiften pr. borger kun en smule højere for borgere i de sidste leveår. Det skyldes både større dækningsgrad, intensitet og tyngde i behandlingen. Derimod ses en lavere udgift pr. borger hos de praktiserende speciallæger, og det kan henføres til dækningsgraden, mens tyngden i behandlingen er større. Det kan afspejle, at borgerne i stedet modtager specialiseret behandling på sygehuset.

Forskellen i ressourceforbruget mellem borgerne skyldes således hovedsageligt forbruget i sygehusvæsenet. Og forskellen skyldes ikke så meget forskelle i tyngden af behandlingen, med undtagelse af de unge borgere, men mere forskelle i dækningsgrad og intensiteten af behandlingen.

Tabel 3.3

Dekomponering af udgift pr. borger i dækningsgrad, intensitet og tyngde fordelt efter år til død

	Udgift pr. borger	=	Dækningsgrad (pct.)	x	Intensitet (antal)	x	Tyngde (kr.)	Udgift pr. borger	=	Dækningsgrad (pct.)	x	Intensitet (antal)	x	Tyngde (kr.)
Indlæggelser			**0-3 år til død**							**3+ år til død**				
0-49 år	82.237		43,7		3,8		49.431	3.151		8,5		1,5		24.603
50-59 år	75.885		48,4		3,5		45.187	5.342		8,8		1,7		35.975
60-69 år	79.871		51,3		3,3		46.550	8.555		11,9		1,8		40.800
70-79 år	68.623		50,9		2,9		46.766	13.017		16,8		1,8		42.413
+80 år	43.151		45,2		2,2		44.076	15.880		21,8		1,8		41.479
Ambulante besøg														
0-49 år	38.375		73,9		16,5		3.149	2.931		38,0		4,1		1.904
50-59 år	46.967		81,0		17,5		3.321	5.896		58,3		4,5		2.259
60-69 år	47.092		84,2		17,1		3.271	7.678		64,2		5,3		2.266
70-79 år	30.730		82,4		13,3		2.812	9.168		63,1		6,5		2.244
+80 år	10.123		68,6		7,2		2.058	7.872		63,2		5,9		2.118
Speciallæge														
0-49 år	430		20,5		3,8		557	468		25,3		3,2		571
50-59 år	504		25,2		3,3		599	640		31,9		3,3		613
60-69 år	595		32,2		3,1		605	803		40,5		3,2		623
70-79 år	680		37,3		3,0		614	1.048		51,4		3,3		627
+80 år	517		32,2		2,8		577	1.055		53,5		3,3		604
Almen læge (dagstid) inkl. basishonorar														
0-49 år	1.681		85,2		12,2		161	1.076		83,0		6,3		206
50-59 år	2.040		89,1		15,2		151	1.240		82,7		8,1		184
60-69 år	2.232		90,9		15,5		158	1.481		86,6		9,4		182
70-79 år	2.656		94,3		17,6		160	1.934		93,0		11,9		175
+80 år	2.691		95,8		17,4		162	2.203		95,0		14,1		165
Hjemmepleje (personlige pleje)														
0-49 år	4.131		6,3		528,7		124	88		0,1		609,5		124
50-59 år	7.994		13,5		475,9		124	571		0,7		615,6		124
60-69 år	13.058		19,2		548,8		124	1.256		1,6		616,0		124
70-79 år	20.306		27,2		601,5		124	3.565		5,4		528,7		124
+80 år	36.344		39,2		745,8		124	14.129		20,8		545,7		124
Hjemmepleje (praktisk hjælp)														
0-49 år	402		5,0		53,5		149	15		0,1		73,9		149
50-59 år	1.002		10,4		64,7		149	104		0,9		78,0		149
60-69 år	1.515		14,6		69,8		149	214		1,9		74,6		149
70-79 år	2.167		21,3		68,3		149	669		6,6		68,2		149
+80 år	4.481		36,3		82,8		149	3.002		26,5		75,9		149
Hjemmesygepleje														
0-49 år	2.150		20,0		83,4		129	30		0,5		45,7		129
50-59 år	3.654		31,4		90,0		129	189		2,3		64,1		129
60-69 år	5.042		41,1		95,1		129	404		4,3		72,4		129
70-79 år	7.969		53,8		114,8		129	1.342		12,6		82,4		129
+80 år	13.828		74,2		144,3		129	5.269		38,5		105,9		129

Anm.: Der er redegjort for opgørelse af udgifterne herunder dekomponeringen i dækningsgrad, intensitet og tyngde i bilag.
Aktivitet og udgifter i det regionale sundhedsvæsen er opgjort på basis af data for hele befolkningen (1. jan. 2015: n = 5.652.400), mens aktivitet og udgifter i det kommunale sundhedsvæsen er opgjort pba. de borgere, der havde bopæl i en 2015 EOJ godkendt kommune (1. jan. 2015: n = 2.231.800). Antallet af borgere samt antallet af modtagere i 2015 er beregnet ud fra en vægtet population. En borger indgår med en vægt svarende til borgerens tid i live i 2015.Udgifter og aktivitet er fordelt på alder og år til død ligesom i analyse 2 jf. boks 2.4.
Kilde: CPR-registeret, Sygesikringsregisteret, Landspatientregisteret, Elektronisk OmsorgsJournal-data fra kommunerne (EOJ-data), Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Bilag

Boks 3.2
Dekomponering af befolkningens ressourceforbrug i sundhedsvæsenet

Befolkningens gennemsnitlige ressourceforbrug pr. borger kan opdeles i tre komponenter, som angiver, hvor stor en del af befolkningen, som er i kontakt med sundhedsvæsenet, hvor mange kontakter borgerne, som er i kontakt, har, og den ressourcemæssige tyngde af den pågældende kontakt.

Dekomponeringen tager udgangspunktet i den gennemsnitlige udgift pr. borger *(U/B)* for en aldersgruppe *a*, en sektor *j*, borgeren afstand til død *d* eller om borgeren har en kronisk sygdom, *k*. Udgiften pr. borger kan skrives som produktet af udgiften pr. patient *(U/M)* og patienter pr. borger *(M/B)*.

$$\frac{U}{B}_{a,j,d,k} = \frac{M}{B}_{a,j,d,k} \cdot \frac{U}{M}_{a,j,d,k}$$

Ydermere kan udgiften pr. patient opdeles i udgiften pr. kontakt *(U/K)* og kontakter pr. patient *(K/M)*.

$$\frac{U}{B}_{a,j,d,k} = \frac{M}{B}_{a,j,d,k} \cdot \frac{K}{M}_{a,j,d,k} \cdot \frac{U}{K}_{a,j,d,k}$$

I denne analyse og i øvrige dele af publikationen benævnes disse tre komponenter som hhv. behandlingens *dækningsgrad, intensitet* og tyngde.

$$udgift\ pr.borger = dækningsgrad \cdot intensitet \cdot tyngde$$

Boks 3.3
Opgørelse og dekomponering af udgifter

Regionale udgifter i opgørelsen
De regionale udgifter i opgørelsen følger niveau og afgræsning som i analyse 2, se boks 2.4 i bilaget til analyse 2. Udgifterne dekomponeres ud fra de regionale sundhedsregistre efter metoden forklaret i boks 3.4. ud fra de opgjorte kontakter og borgere og befolkningsgrupper, som er forbundet med den opgjorte aktivitet. For almen praksis fordeles basishonorarudgiften ud som et fast beløb pr. borger og under forudsætning af om en andele af befolkningens tilknyttet en almen læge, jf. boks 3.6.

Kommunale udgifter i opgørelsen
Det er vanskeligere at foretage en lignende opgørelse på det kommunale område. Dels indeholder de kommunale omsorgsregistre ikke oplysninger om ressourceforbrug, og dels er registreringen og data af en anden kvalitet. For at foretage en sammenlignelig opgørelse er der behov for at kombinere flere forskellige datakilder og foretage en række antagelser. Det er derfor forbundet med usikkerhed at foretage opgørelser over befolkningens modtagne ydelser og ressourceforbrug i den kommunale pleje, som ikke tilsvarende gør sig gældende i den regionale sektor.

Kommunal udgift pr. borger dekomponeret i dækningsgrad, intensitet og udgift pr. kontakt
I denne publikation beregnes udgiften pr. borger i den kommunale hjemmepleje omfattet frit valg og hjemmesygepleje efter samme tilgang som i den regionale sektor dvs. for forskellige borgergrupper fx kronikere og ældre medicinske patienter og opdelt i hhv. dækningsgrad, intensitet og tyngde. Det gøres dels ud fra en registerbaserede træk i de kommunale omsorgsregistre for en studiepopulations, jf. boks 3.8, modtagne ydelser i hhv. hjemmeplejen omfattet frit valg og hjemmesygeplejen. Og dels ud fra den opgjorte aktivitet for hele landet samt kommunernes udgifter til hjemmepleje og hjemmesygepleje opgjort af Danmarks Statistik.

$$\frac{U}{B}_{a,j,d,k} = \underbrace{\frac{M}{B}_{a,j,d,k} \cdot \frac{K}{M}_{a,j,d,k}}_{\text{Beregnet ud fra omsorgsregistre for en stikprøve}} \cdot \underbrace{\frac{U}{K}}_{\text{Beregnet ud fra oplysninger fra Danmarks Statistik og omsorgsregistre}}$$

Det registerbaserede træk i de kommunale omsorgsregistre danner grundlag for at opgøre antallet af borgere, som modtager en ydelse, og antallet ydelser fordelt på forskellige borgergrupper fx kronikere og ældre medicinske patienter. Pba. denne population beregnes hhv. en dækningsgrad (dvs. andel borgere som modtager ydelse) og en intensitet (antal kontakter pr. modtager). Udgiften pr. kontakt beregnes imidlertid ud fra oplysninger fra Danmarks Statistik og antages konstant på tværs af alder, borgergruppe etc.

Udgift pr. kontakt i kommunal hjemmepleje
Udgiften pr. kontakt er beregnet ud fra følgende forudsætninger:

- En kontakt defineret som et registeret besøg i omsorgsregisteret og længden af en kontakt er fastsat ud fra det gennemsnitlige antal leverede minutter pr. registrerede kontakt til hjemmehjælp omfattet frit valg trukket fra EOJ. Set over periode 2010-16 beregnes den gennemsnitlig varighed af en kontakt til 15 min. til personlig pleje og 18 min. til praktisk hjælp. I opgørelsen fastsættes varigheden af en kontakt til personlig pleje således til 15 min. og 18 min. til praktisk hjælp. Længden af et besøg antages at være konstant på tværs af alder, sygelighed etc.
- Antallet af leverede timer pr. uge følger Danmarks Statistiks opgørelse på landsplan, svarende til 468.331 timer i 2015, hvoraf 380.776 vedrører personlig hjælp og 87.565 timer praktisk hjælp. Antallet af leverede timer omregnes til et årligt antal leverede minutter og ud fra den gennemsnitlige varighed af en kontakt beregnes et årligt antal kontakter.
- Ifølge kommunernes regnskaber 2015 er den samlede udgift til hjemmepleje omfattet frit valg på 12,1 mia. kr. De 12,1 mia. kr. fordeles på personlig pleje og praktisk hjælp ud fra det samlede antal opgjorte minutter. Og ud fra de beregnede kontakter beregnes en gennemsnitlig udgift pr. kontakt til personlig pleje og praktisk hjælp på hhv. 124 kr. og 149 kr. Forskellen skyldes den forskellige varighed af en kontakt.

Tabel a
Beregning af udgift pr. kontakt for personlig pleje og praktisk hjælp, 2015

	Personlig pleje	Praktisk hjælp	I alt
a. Antal leverede timer pr. uge	380.766	87.565	468.331
b. Antal leverede timer pr. år (a*52)	19.799.832	4.553.380	24.353.212
c. Antal leverede minutter pr. uge (a*60)	22.845.960	5.253.900	28.099.860
d. Antal leverede minutter pr. år (b*60)	1.187.989.920	273.202.800	1.461.192.720
e. Gns. varighed af kontakt i minutter	15	18	16
f. Antal kontakter pr. år (d/e)	79.199.328	15.177.933	94.377.261
g. Udgift, mia. kr.	9,8	2,3	12,1
h. Udgift pr. kontakt (g/f)	124	149	128

Anm.: De samlede udgifter til hjemmehjælp er fordelt på personlig pleje og praktiske hjælp ud fra fordelingen af leverede minutter. Opgørelsen er baseret data trukket fra statistikbanken ultimo 2017.
Kilde: Danmarks Statistik, Kommunernes regnskaber, de kommunale omsorgsregistre (EOJ) og egne beregninger

Udgift pr. kontakt i kommunal hjemmesygepleje
I den kommunale hjemmesygepleje lægges en lidt anden tilgang til grund end den for hjemmeplejen, idet der ikke tilsvarende haves en opgørelse for antallet ydelser for hele landet fx opgjort af Danmark Statistik. Derfor beregnes udgiften pr. kontakt ud fra stikprøven pba. af omsorgsregistrene og oplysninger om udgifter i de kommunale regnskaber.

Boks 3.3, fortsat
Opgørelse og dekomponering af udgifter

For den kommunale hjemmesygepleje beregnes udgiften pr. kontakt ud fra oplysninger om antal kontakter i den anvendte stikprøve, skaleret proportionalt op til det samlede befolkningsniveau, og oplysninger om udgiften til hjemmesygepleje i de kommunale regnskaber. Udgiften pr. kontakt er beregnet ud fra følgende forudsætninger:

- Det forudsættes, at én dag med kontakt til hjemmesygepleje svarer til én kontakt.
- Den samlede udgift til hjemmesygepleje var i 2015 3,5 mia. kr. ifølge kommunernes regnskaber.
- Det forudsættes, at andelen af borgere med kontakt til hjemmesygeplejen i de kommuner, hvor der er EOJ godkendt data er tilsvarende den resterende del af befolkningen.

Tabel b
Beregning af udgift pr. kontakt i hjemmesygeplejen

	Hjemmesygepleje
a. Befolkning i 2015	5.626.179
b. Andel af borgere med kontakt til hjemmesygepleje	0,048
c. Antal besøg pr. borger med kontakt	100
d: Udgift til hjemmesygepleje, mia. kr.	3,5
Udgift pr. besøg, kr.	129

Anm.: Udgift pr. kontakt beregnes på følgende vis: U/K = (U/B)*(M/K)*(B/M) = (d*10^9/a)*(1/b)*(1/c)
Kilde: CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen, de kommunale regnskaber og egne beregninger.

Usikkerhed i opgørelsen
Det er vigtigt at understrege at de beregnede kommunale udgifter, kontakter og modtagere herunder fordelingen på borgergrupper og kontaktmønstre er forbundet med usikkerhed. Først og fremmest er opgørelsen baseret på en, stikprøve/studiepopulation, som ikke er tilfældigt udvalgt, og derfor ikke nødvendigvis er en repræsentativ for den samlede befolkning. Disse borgeres kontaktmønstre kan være systematisk anderledes end den samlede befolkning eller de udvalgte befolkningsgrupper fx kronikere, som også undersøges.

Det tyder fx på, at studiepopulationen giver et lavere estimat for udgiften pr. borger til personlig og praktisk hjemmepleje, end den som kan beregnes ud fra en simpel opgørelse af regnskabsudgift i forhold til befolkningen. Når udgiften pr. borger beregnes ud fra studiepopulationen og den beregnede udgift pr. kontakt jf. tabel a, fås en udgift pr. borger på hhv. 1.673 kr. og 272 kr. Når udgiften beregnes ud fra den samlede regnskabsudgift og befolkningen fås hhv. 1.749 kr. og 402 kr. Det er især udgiften til praktisk hjælp, som er lavere. Det kan være et resultat af, at de leverede minutter praktisk hjælp, som er registeret for studiepopulationen ikke er repræsentativ for den samlede befolkning. Denne tilsvarende sammenhæng behøver dig ikke nødvendigvis at gælde for de befolkningsgrupper, som også betragtes i opgørelse fx kronikere etc.

Tabel c
Udgift pr. borger beregnet ud fra stikprøve

	Personlig pleje	Praktisk hjælp
a. Andel borgere med kontakt, pct.	2,2	2,4
b. Kontakter pr. borger med kontakt, antal	607	75
c. Udgift pr. kontakt, kr.	124	149
d. Udgift pr. borger (a*b*c)	1.673	272
e. Antal borgere	5.626.179	5.626.179
f. Beregnet udgift i alt, mia. kr. (d*e)	9,4	1,5
g. Udgift i alt i regnskab, mia. kr.	9,8	2,3
h. Udgift pr. borger ud fra regnskabstal, kr. (g/e)	1.749	402

Anm.: De samlede udgifter til hjemmehjælp er fordelt på personlig pleje og praktiske hjælp ud fra fordelingen af leverede minutter jf. tabel a.
Kilde: Danmarks Statistik, Kommunernes regnskaber, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Boks 3.4
Basishonorarudgiften

Basishonorar er det beløb som den alment praktiserende læge modtager for at have patienter tilmeldt. I 2015 var basistaksten 408,4 kr. Dette tal er baseret på oplysninger fra Danske Regioner om årlig basistakst. 99,5 pct. af befolkningen tilknyttet en læge (sikringsgruppe 1) (sygesikringsregisteret, 2015). I beregningen af basishonoraret pr. borger for den samlede befolkning og befolkningen 65+ år forudsættes dermed, at 99,5 pct. er tilknyttet en læge. For borgere med KOL og type 2-diabetes forudsættes, at andelen tilknyttet en læge er 100 pct.

Boks 3.5
Vægtning af udgifter, kontakter og modtagere i opgørelsen

Der er anvendt en beregnet vægtning i opgørelsen af aktivitet og udgifter pr. borger. En borger indgår med en vægt svarende til borgerens tid i live i opgørelsesåret. For DÆMP vil det sige den tid borgeren er i live et år efter indlæggelsen på en medicinsk afdeling, og for borgere med KOL eller type-2 diabetes vil det sige tiden de er i live i 2015. Eksempelvis, borgere som ikke dør i opgørelsesåret opnår en vægtning på 100 (365 dage/365 dage*100) og en borger som dør efter seks måneder opnår en vægtning på 50 (183 dage/365 dage*100).

Boks 3.6
Studiepopulation

I indeværende opgørelse er studiepopulationen opgjort på to forskellige måder i forhold til om data stammer fra regionalt eller kommunalt regi.

Opgørelsen af det regionale data omfatter alle borgere med en gyldig dansk bopælsregion pr. 1. januar 2015, jf. CPR-registeret.

Opgørelsen af kommunale pleje- og omsorgsydelser er afgrænset til borgere fra kommuner med ”godkendte” data om hhv. hjemmehjælp og hjemmesygepleje fra EOJ samt indberettede oplysninger om plejeboliger.

I opgørelsen for 2015 indgår borgere fra 40 kommuner. Aktivitets- og udgiftsopgørelsen for befolkningsgrupper og den samlede befolkning er dermed opgjort for disse kommuner.

I nedenstående tabel ses antallet af borgere i hver gruppe for den hhv. uvægtede og vægtede population jf. boks 3.7.

Population/befolkning ift. data oprindelse		
	Uvægtet	Vægtet
Regionalt data	5.652.400	5.626.179
Kommunalt data	2.231.800	2.220.753
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen.		

Der ses ikke væsentlige forskelle mellem den samlede befolkning og den afgrænsede studiepopulation med hensyn til fx alder, køn og sygelighed – der er dog forskel ift. regionsfordelingen. Det er dog ikke udtryk for at den kommunale population er en repræsentativ stikprøve for befolkningens ressourceforbrug og kontaktmønstre.

Analyse 4: Hvem er borgeren med kronisk sygdom?

Cirka en tredjedel af befolkningen lever med én eller flere kroniske sygdomme. Kronisk sygdom kan indebære et længere sygdomsforløb, som kan strække sig over mange år eller tilbagevendende perioder med sygdom. Borgere med kronisk sygdom har typisk behov for regelmæssig opfølgning på deres behandling og rehabilitering med henblik på at forbedre eller fastholde deres funktionsniveau og forebygge udviklingen/forværring af senkomplikationer. Blandt de hyppigste kroniske sygdomme er bl.a. KOL, type 2-diabetes, hjertekarsygdomme og knogleskørhed.

Behandling og rehabilitering af borgere med kronisk sygdom kan være en ressourcekrævende og kompleks opgave, som stiller store krav til sundhedsvæsenet i forhold til at understøtte sammenhængende forløb på tværs af sektorer og forvaltninger og tilbyde indsatser af høj faglig kvalitet.

Denne analyse beskriver primært borgere med to udvalgte kroniske sygdomme hhv. KOL og type 2-diabetes. Analysen indeholder en karakteristik af de to grupper, herunder alders- og kønsfordeling, sygedomsforekomst samt boligsituation og arbejdsmarkedsstatus. Derudover beskrives borgernes kontaktflader og ressourcetræk i sundhedsvæsenet. Der ses både på kontaktmønstret i primærsektoren og på sygehus samt kommunernes ydelser til hjemmehjælp og hjemmesygepleje.

Hovedresultaterne i analysen er:

- *Sygedomsforekomsten af flere kroniske sygdomme er steget siden 2008. I samme periode er antallet af nye tilfælde for flere af sygdommene faldet. Dette afspejler, at mange borgere lever længere tid med sygdommen.*

- *Forekomsten af de fleste kroniske sygdomme stiger med alderen. Den fremtidige befolkningsudvikling med flere ældre er således forbundet med en stigning i antallet af borgere med kronisk sygdom. Fra 2015 og frem mod 2030 forventes antallet af borgere med KOL at være steget med 31 pct., og antallet af borgere med type 2-diabetes til at være steget med 85 pct. Udviklingen afspejler den fremtidige befolkningsudvikling, men også – især for diabetes – en stigende sygdomsforekomst på tværs af aldersgrupper.*

- *Gennemsnitsalderen for borgere med hhv. KOL eller type 2-diabetes er over 20 år større end gennemsnitsalderen i den samlede befolkning. Borgere med hhv. KOL og type 2-diabetes har oftere andre samtidige sygdomme. Hvor en femtedel af befolkningen er multisyge, er det tilfældet for to tredjedele af borgere med KOL og lidt under halvdelen af borgere med type 2-diabetes. Dertil er borgerne mere udsatte i den forstand, at de oftere er midlertidigt eller varigt uden for arbejdsmarkedet og oftere bor alene. 31-41 pct. point flere af borgerne med KOL og type 2-diabetes er uden for arbejdsmarkedet og 9-16 pct. point flere bor alene sammenholdt med den samlede befolkning.*

- *Borgere med KOL og type 2-diabetes har et større ressourcetræk i sundhedsvæsenet. Forskellen er særligt stor i forbindelse med indlæggelser, hjemmehjælp og hjemmesygepleje. Borgere med KOL og type 2-diabetes har hhv. 4,7 og 3,3 gange større ressourceforbrug til indlæggelser pr. borger end den samlede befolkning og 6 gange mere til hjemmehjælp og hjemmesygepleje.*

- *Der er stor variation i ressourceforbruget i grupperne af borgere med hhv. KOL og type 2-diabetes, og det er en heterogen gruppe af borgere. En lille gruppe af borgere står for en uforholdsmæssig stor andel af ressourcerne. Ca. 20 pct. af borgerne med KOL og type 2-diabetes står for hhv. 75 pct. og 80 pct. af de samlede udgifter til sundhedsvæsenet. Blandt de mest ressourcekrævende borgere er det en relativ høj andel, som dør i løbet af et år. Det peger på, at de mest ressourcekrævende borgere er en omskiftelig gruppe af individer, og en stor del af ressourceforbruget især er relateret til indsatser i de sidste leveår.*

- *Antallet af KOL indlæggelser er større i Danmark sammenlignet med Sverige, Norge og Finland. Antallet af diabetes indlæggelser er nogenlunde på niveau på trods af en lavere prævalens i Danmark end de andre lande.*

Boks 4.1
Begrebsforklaring

Prævalens: Antallet af personer i en given befolkning, der lever med en given sygdom

Incidens: Antal nye tilfælde af en given sygdom i en given periode i en given befolkning

Komorbiditet: Tilstedeværelsen af en eller flere sygdomme foruden en primær sygdom

Multisygdom: Tilstedeværelsen af to eller flere kroniske sygdomme

Anm.:
Kilde:

4.1 Forekomst og nye tilfælde af kroniske sygdomme

Fra smitsomme sygdomme til kroniske sygdomme

Folkesygdomme angiver en række sygdomme, som optræder hyppigt i den danske befolkning. De dominerende folkesygdomme er skiftende over tid, og påvirkes bl.a. af sociale og økonomiske forhold. For 200 år siden var de dominerende folkesygdomme smitsomme sygdomme såsom tuberkulose og mæslinger. Udviklingen af bl.a. lægemidler, kirurgi, vaccinationsprogrammer og velstandsudviklingen i øvrigt har medført, at de hyppigste folkesygdomme i befolkningen i dag generelt er kroniske sygdomme.

Boks 4.2
Definition af kronisk sygdom

"En sygdom anses som værende kronisk, hvis den medfører et langvarigt forløb eller hvis sygdommen konstant vender tilbage".

Kilde: Sundhedsstyrelsen, sst.dk

Boks 4.3
Identificering af borgere med kroniske sygdomme

I denne rapport identificeres borgere med kroniske sygdomme ud fra Sundhedsdatastyrelsens Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser, der forkortes RUKS. RUKS er dannet på baggrund af en algoritme og baserer sig på data fra Landspatientregisteret og Lægemiddelregisteret.

De udvalgte sygdomme er astma, demens, Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL), leddegigt, osteoporose, skizofreni, type 1-diabetes og type 2-diabetes. Hver sygdom er identificeret ud fra en række udvælgelseskriterier, der dækker in- og eksklusionskriterier. For nærmere dokumentation af algoritmerne henvises til sundhedsdatastyrelsens hjemmeside.

I registeret identificeres kun de borgere, der er registeret med en diagnose for de udvalgte sygdomme og/eller har købt receptpligtig medicin til den pågældende sygdom. Dermed kan borgere godt have en af de udvalgte sygdomme uden at blive identificeret i RUKS, hvis borgeren hverken er diagnosticeret eller benytter receptpligtig medicin til netop den pågældende sygdom.

En begrænsning ved benyttelse af RUKS er, at det ikke er muligt for en borger at blive registeret med både astma og KOL.
Der findes flere forskellige opgørelser af antallet af borgere med kroniske sygdomme. I det følgende benyttes kun opgørelser af RUKS. Dette betyder bl.a. at det kun er muligt at kigge på opgørelser for de udvalgte sygdomme, der er inkluderet i RUKS.

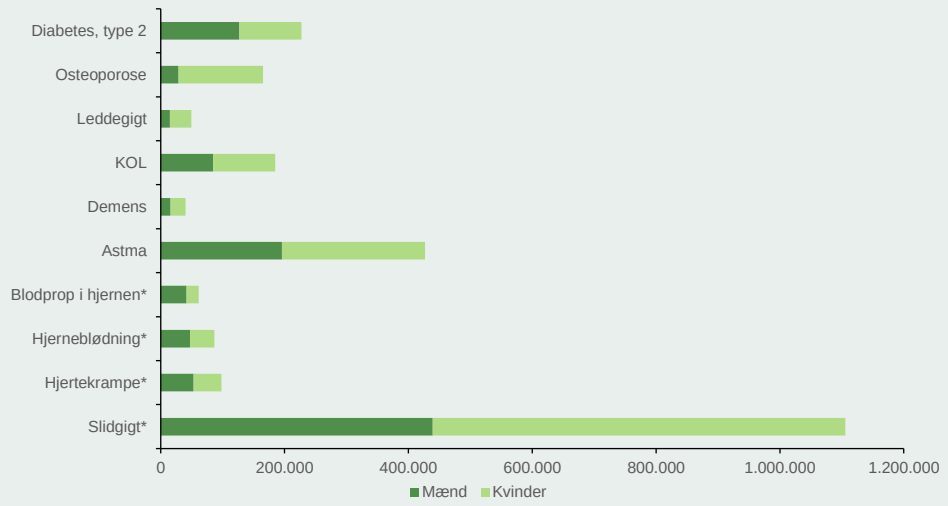
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen

Sygdomsforekomsten af udvalgte kroniske sygdomme

Prævalensen for en række udvalgte kroniske sygdomme er høj. Ifølge opgørelser fra Sundhedsdatastyrelsens registre og Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen estimeres det, at over 400.000 danskere lever med astma, 1,1 mio. lever med slidgigt, mens ca. 185.000 lever med KOL. Det bemærkes dog, at antallet af borgere med de forskellige kroniske sygdomme varierer i forskellige opgørelser.

Figur 4.1 viser sygdomsforekomsten for udvalgte sygdomme. Antallet af borgere med hver sygdom er unikke borgere, og da en borger godt kan have flere sygdomme på samme tid er det ikke muligt at summere prævalensen for de enkelte sygdomme til en samlet prævalens.

Figur 4.1
Prævalensen af udvalgte sygdomme, 2016

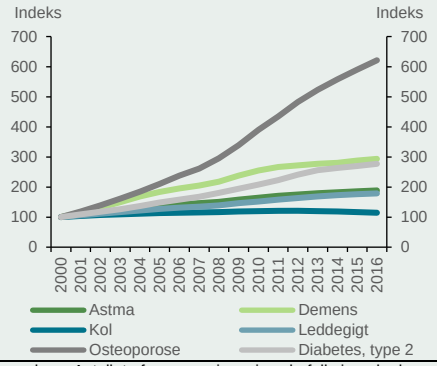


Anm.: Prævalens: Antallet af personer i en befolkning, der lever med en given sygdom. *Beregnet pba. andel med selvrapporteret sygdom fra SUSY 2013.
Kilde: eSundhed.dk: Reviderede algoritmer for Udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (RUKS), SUSY 2013

Prævalensen er stigende, men incidensen er faldende

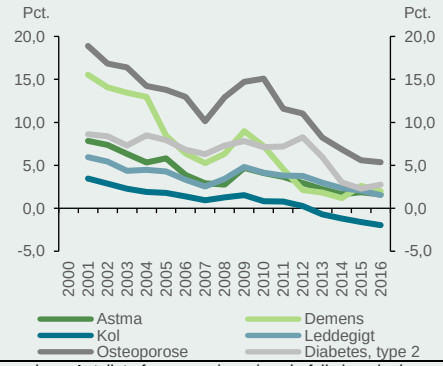
Forekomsten af de fleste af de seks udvalgte kroniske sygdomme er steget siden 2000, dog med undtagelse af KOL, hvor der ses en omtrent uændret udvikling, jf. figur 4.2. Den største stigning ses for prævalensen af osteoporose, hvor antallet af borgere er seksdoblet siden år 2000. I perioden har den årlige procentvise vækst i forekomsten været aftagende for alle sygdommene og for KOL har den været faldende siden 2012, jf. figur 4.3. Det afspejler bl.a. udviklingen i nye tilfælde af borgere med sygdommene.

Figur 4.2
Udvikling i prævalens af udvalgte kroniske sygdomme, 2000-2016, indeks (2000=100)



Anm.: Prævalens: Antallet af personer i en given befolkning, der lever med en given sygdom.
Kilde: eSundhed.dk: Reviderede algoritmer for Udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (RUKS) og egne beregninger.

Figur 4.3
Årlig vækst (pct.) i prævalens af udvalgte kroniske sygdomme, 2000-2016

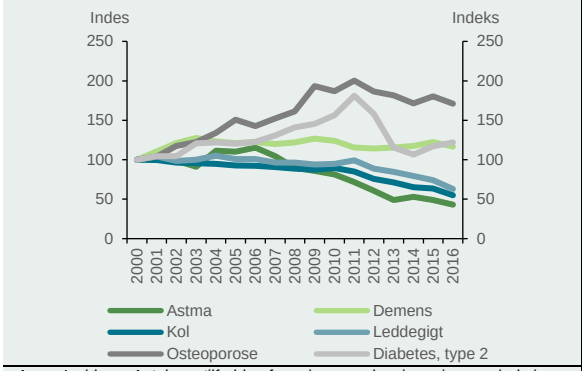


Anm.: Prævalens: Antallet af personer i en given befolkning, der lever med en given sygdom.
Kilde: eSundhed.dk: Reviderede algoritmer for Udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (RUKS) og egne beregninger.

For flere af sygdommene er niveauet af nye tilfælde således faldet i forhold til 2000 fx KOL og leddegigt, jf. figur 4.4. Incidensen for type 2-diabetes har været stigende frem mod 2011, hvorefter der ses markant fald, sådan at incidensen i dag er nogenlunde den samme som tilbage i år 2000.[5] Incidensen af osteoporose har også været stigende frem mod 2009, og er på et højere niveau i dag end tilbage i år 2000, men siden 2009 ses en uændret udvikling.

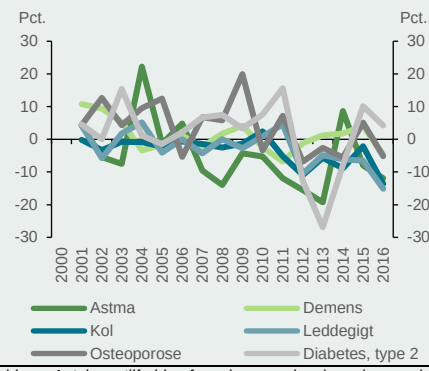
[5] *Faldet i incidensen af type 2-diabetes fra 2012 skal ses i sammenhæng med, at kriterierne for, hvornår man får stillet diagnosen, blev ændret i 2012 pga. ændrede WHO-kriterier (kriterierne (LPR-, ATC-koder) bag udtræk af tallene ændres ikke). Det har formentlig haft betydning for antallet af personer, som får stillet diagnosen og kommer i behandling.*

Figur 4.4
Udvikling i incidens af udvalgte kroniske sygdomme, 2000-2016, indeks (2000=100)



Anm.: Incidens: Antal nye tilfælde af en given sygdom i en given periode i en given befolkning.
Kilde: eSundhed.dk: Reviderede algoritmer for Udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (RUKS) og egne beregninger.

Figur 4.5
Ålig vækst (pct.) i incidens af udvalgte kroniske sygdomme, 2000-2016



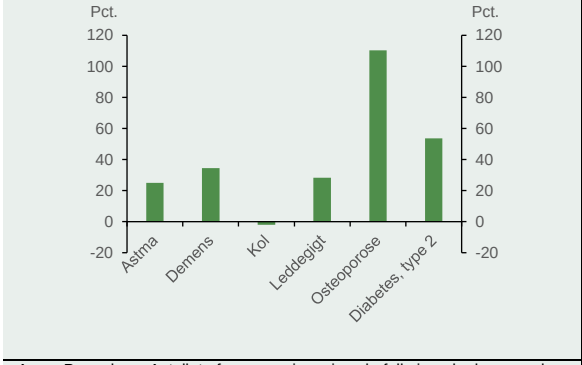
Anm.: Incidens: Antal nye tilfælde af en given sygdom i en given periode i en given befolkning.
Kilde: eSundhed.dk: Reviderede algoritmer for Udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (RUKS) og egne beregninger.

Sygdomsforekomsten for en given sygdom kan således godt være stigende, selvom antallet af nye tilfælde af borgere med sygdommen er faldende. Dette betyder, at flere borgere lever længere med en given sygdom.

I figur 4.6 og 4.7 vises udviklingen i prævalens og incidens for de seks udvalgte sygdomme afgrænset til perioden 2008 til 2016. I figuren ses, at antallet af borgere, der lever med en af de udvalgte kroniske sygdomme er steget for fem ud af seks sygdomme i perioden. I samme periode er antallet af nye tilfælde faldet for fem ud af de seks udvalgte sygdomme.

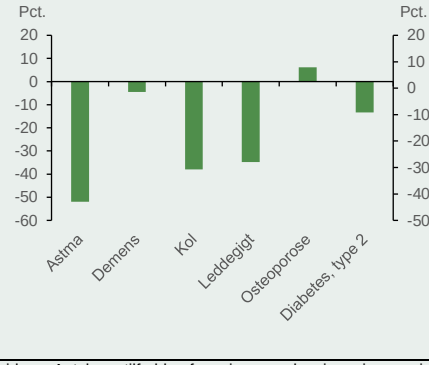
Fra 2008 til 2015 er prævalensen af KOL faldet med ca. 2 pct. som den eneste sygdom af de seks udvalgte sygdomme. Den største stigning i prævalens ses for osteoporose, der er steget med over 100 pct. i samme periode. I 2008 var der 11.500 nye tilfælde af KOL, mens der var 7.100 i 2016. Osteoporose er den eneste af de udvalgte sygdomme, hvor incidensen er steget fra 2008 til 2016. Der var 6 pct. flere nye tilfælde af osteoporose i 2016 end i år 2008.

Figur 4.6
Vækst i prævalens af udvalgte sygdomme, 2008-2016



Anm.: Prævalens: Antallet af personer i en given befolkning, der lever med en given sygdom.
Kilde: eSundhed.dk: Reviderede algoritmer for Udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (RUKS) og egne beregninger.

Figur 4.7
Vækst i incidens af udvalgte sygdomme, 2008-2016



Anm.: Incidens: Antal nye tilfælde af en given sygdom i en given periode i en given befolkning.
Kilde: eSundhed.dk: Reviderede algoritmer for Udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (RUKS) og egne beregninger.

Forekomsten af flere af de nævnte kroniske sygdomme er tæt knyttet til livsstilvaner som kost, rygning, alkohol og motion. Både den historiske og nuværende sundhedsadfærd har indflydelse på sygdomsforekomsten og antallet af nye tilfælde. De senere år har vi set et fald i andelen af befolkningen, som ryger dagligt, jf. boks 4.4. Omvendt ses en stigning i andelen af befolkningen med overvægt.

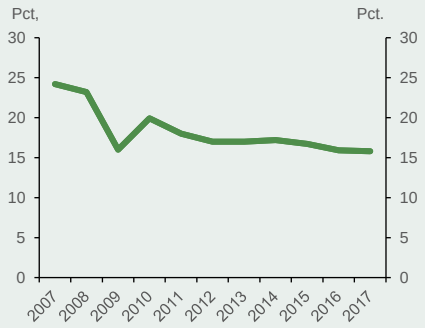
Boks 4.4
Risikofaktorer - færre danskere ryger, mens flere danskere bliver overvægtige

Sundhedsadfærden hos den enkelte har en stor betydning for sygdomsforekomsten igennem livet. En lang række risikofaktorer, herunder rygning, overvægt, inaktivitet, stress og alkohol påvirker sundhedstilstanden. Risikofaktorer dækker over en faktor eller et forhold, der øger risikoen for sygdom, funktionsnedsættelse eller død. Flere kroniske sygdomme har en tæt relation til uhensigtsmæssig sundhedsadfærd. Der er eksempelvis større risiko for at udvikle type-2 diabetes, hvis man er overvægtigt og for at udvikle KOL ved et højt tobaksforbrug.

Tobaksrygning er en stor risikofaktor for danskerens sundhed, og kan bl.a. forsage KOL og flere kræftformer. Risikoen for negative sundhedseffekter forøges ved større mængder tobak og antallet af år en person har røget. Samtidig medfører et rygestop signifikante sundhedsmæssige fordele, og kan medvirke til, at forbedre den enkeltes sundhedstilstand og mindske risikoen for at udvikle tobaksrelaterede sygdomme. I 2007 røg 24 pct. eller ca. 4 ud af 10 i befolkningen dagligt. Siden 2007 er der sket et markant fald, og i 2017 røg kun 16 pct. i befolkningen.

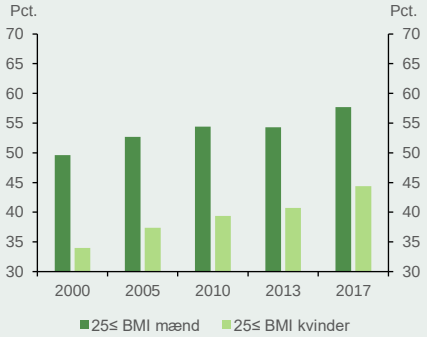
Derimod ses en stigende udvikling i andelen af befolkningen, som er overvægtige og svært overvægtige. Andelen i befolkningen med et BMI større end 25 har siden 2000 været stigende fra 50 pct. til 58 pct. i 2017 for mænd og fra 34 pct. i 2000 til 44 pct. i 2017 for kvinder.

Figur a
Andel i befolkningen som ryger dagligt, 2007-2017



Anm.: Undersøgelsen af danskernes rygevaner er en årlig undersøgelse med et repræsentativt udsnit af danskerne på alder (+15), køn og geografi. Dataindsamlingen er foretaget via internetpanel. Undersøgelsen er repræsentativ på alder, køn, uddannelse og region. Data er baseret på spørgsmålet: "Ryger du?".
Kilde: Sundhedsstyrelsen, Undersøgelse af danskernes rygevaner

Figur b
Andel af overvægtige og svært overvægtige i befolkningen, 2000-2017, mænd og kvinder

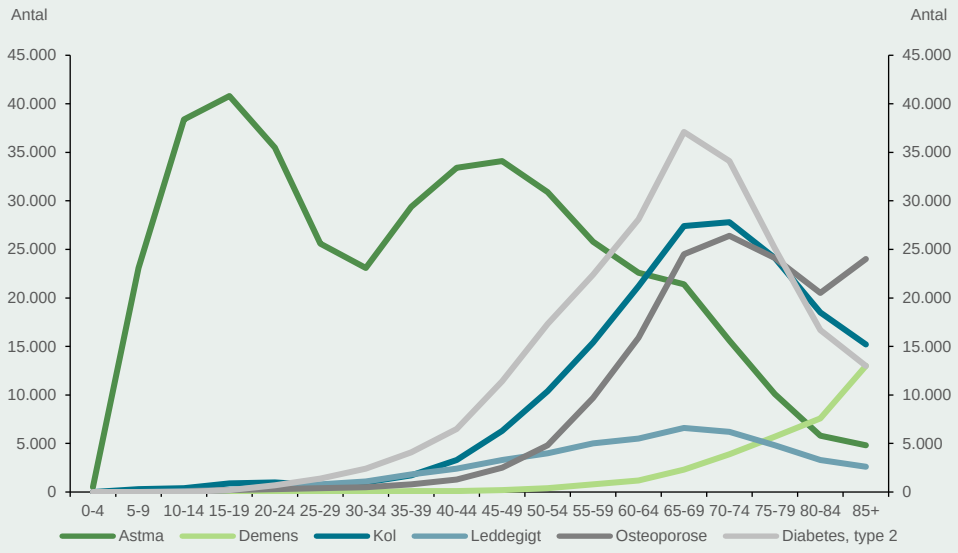


Anm.: Undersøgelsen er baseret på en national stikprøve
Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen, 2000, 2005, 2010, 2013 og 2017. Den Nationale Sundhedsprofil.

Prævalensen stiger med alderen

Prævalensen af kroniske sygdomme er tæt knyttet til alder. Med undtagelse af astma stiger prævalensen af de udvalgte kroniske sygdomme med alderen. Det er særligt i aldersgrupperne 65-69 år og 70-74 år, at antallet af personer med kronisk sygdom er højt. I de ældste aldersgrupper falder antallet af personer med kronisk sygdom, jf. figur 4.8. Dette kan skyldes, at borgerne med den givne kroniske sygdom dør.

Figur 4.8
Prævalensen af udvalgte kroniske sygdomme opdelt i aldersgrupper, 2016



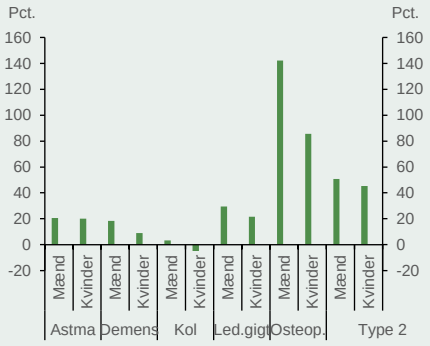
Anm.: Prævalens: Antallet af personer i en given befolkning, der lever med en given sygdom.
Kilde: eSundhed.dk: Reviderede algoritmer for Udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (RUKS)

Udvikling i prævalens og incidens afhænger bl.a. af køn og alder

Vækstraten i både prævalens og incidens varierer en anelse på tværs af kønnene jf. figur 4.9 og 4.11. Særligt udviklingen i antallet af mænd med osteoporose er steget, mens stigningen er mindre blandt kvinder. Fra 2008 til 2016 ses det største fald i incidensen ved kvinderne for flere sygdomme. Osteoporose er den eneste af de udvalgte sygdomme, hvor incidensen er steget i perioden, særligt blandt mænd.

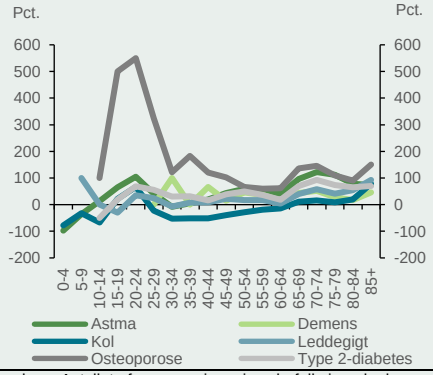
Vækstraten i prævalens og incidens varierer ligeledes på tværs af aldersgrupper, jf. figur 4.10 og 4.12. Prævalensen af astma er faldet drastisk for de helt yngste aldersgrupper, mens særligt antallet af yngre med osteoporose er steget markant. Det største fald i incidens ses i de yngre aldersgrupper for KOL, mens faldet i incidens er forholdsvist ens på tværs af aldersgrupper for type 2-diabetes.

Figur 4.9
Vækstrate i prævalens af udvalgte sygdomme, opdelt i køn, 2008-2016



Anm.: Prævalens: Antallet af personer i en given befolkning, der lever med en given sygdom.
Kilde: eSundhed.dk: Reviderede algoritmer for Udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (RUKS) og egne beregninger.

Figur 4.10
Vækstrate i prævalens af udvalgte sygdomme, opdelt i aldersgrupper, 2008-2016

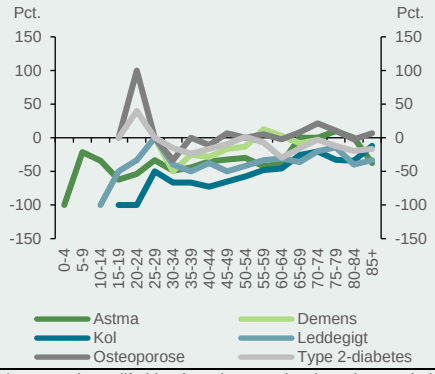


Anm.: Prævalens: Antallet af personer i en given befolkning, der lever med en given sygdom.
Kilde: eSundhed.dk: Reviderede algoritmer for Udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (RUKS) og egne beregninger.

Figur 4.11
Vækstrate i incidens af udvalgte sygdomme, opdelt i køn, 2008-2016

Anm.: Incidens: Antal nye tilfælde af en given sygdom i en given periode i en given befolkning.
Kilde: eSundhed.dk: Reviderede algoritmer for Udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (RUKS) og egne beregninger.

Figur 4.12
Vækstrate i incidens af udvalgte sygdomme, opdelt i aldersgrupper, 2008-2016



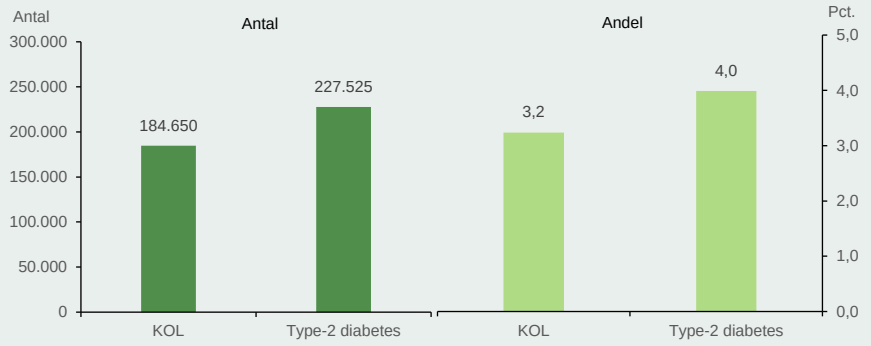
Anm.: Incidens: Antal nye tilfælde af en given sygdom i en given periode i en given befolkning.
Kilde: eSundhed.dk: Reviderede algoritmer for Udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (RUKS) og egne beregninger.

KOL og type 2-diabetes i fokus

Årsagen til KOL og type 2-diabetes er primært en kombination af livstilsfaktorer og arvelighed. Ifølge RUKS havde omkring 185.000 borgere eller ca. 3 pct. af befolkningen KOL i 2016, og 228.000 borgere eller ca. 4 pct. af befolkningen havde type 2-diabetes, jf. figur 4.13.

Forekomsten af KOL og type 2-diabetes er i høj grad knyttet til en stigende alder. Den demografiske udvikling medfører, at andelen af ældre i befolkningen bliver større. Dette skaber grobund for at sætte fokus på nogle af de kroniske sygdomme, hvor prævalensen bl.a. stiger som følge af den stigende alder i befolkningen.

Figur 4.13
Antal og andel borgere med KOL og type 2-diabetes i befolkningen



Anm.: Borgere kan indgå i flere grupper, eksempelvis vil en borger med både type 2-diabetes og KOL indgå i begge populationer.
Kilde: esundhe.dk: Reviderede algoritmer for Udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (RUKS)

Boks 4.5
Definition af KOL og type 2-diabetes

KOL:
Definition: KOL står for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom og er en samlet betegnelse for en gruppe kroniske lungesygdomme. Ved KOL sker en forsnævring af luftvejene og ødelæggelse af vævet. Dette medfører, at personen får svært ved at trække vejret, hvilket ofte føre til åndenød. Årsagen er ofte tobaksrygning, og er dermed i høj grad en forebyggelig sygdom.

Identificering af borgere med KOL: I indeværende rapport identificeres borgere med KOL ud fra algoritmen i RUKS (se boks 4.3). Borgere med KOL identificeres ved registrering af minimum ét køb af medicin med specifik indikationskode (379, 464) for KOL i Lægemiddelstatistikregisteret (LSR), registrering af minimum én indløst recept på lægemidler kun godkendt til KOL og/eller minimum én kontakt i LPR med relevant aktions- eller bidiagnose (J44). For at sikre specificiteten er en række eksklusionskriterier inkluderet i algoritmen.

Type 2-diabetes:
Definition: Type 2-diabetes skyldes en utilstrækkelig insulinproduktion i bugspytkirtlen og nedsat følsomhed i cellerne for insulin. Type 2-diabetes kan give alvorlig skade på organer som øjne, nyrer, nervebaner og blodkar. Årsagen er en kombination af livsstil og arvelighed.

Identificering af borgere med type 2-diabetes: I indeværende rapport identificeres borgere med type 2-diabetes ligeledes ud fra algoritmen i RUKS (se boks 4.3). Borgere med type 2-diabetes identificeres ved registrering af minimum ét køb af midler til sænkning af blodsukkeret eksklusiv insulin og insulinanaloger (A10B) i LSR og/eller registrering af relevant aktions- eller bidiagnose (E11) som sidst givne diagnose af specifikke diagnoser (E10 og E11) ved kontakter i LPR. For at sikre specificiteten er en række eksklusionskriterier inkluderet i algoritmen.

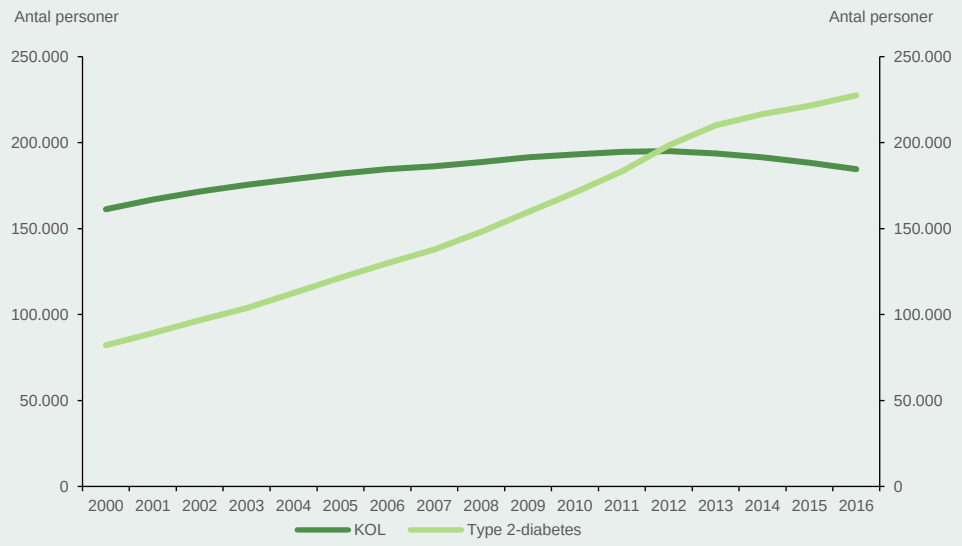
Kilde: Definitionen er hentet fra sundhed.dk, mens identificeringen er lavet af Sundhedsdatastyrelsen

Prævalensen for KOL har aftaget de seneste år

Antallet af borgere med KOL et steget siden år 2000, men er i de seneste år aftaget, jf. figur 4.14. I år 2000 var der omkring 160.000 borgere med KOL, hvilket steg indtil 2012, hvor prævalensen var højest med 195.000 personer. I 2016 var antallet faldet til 185.000.

Antallet af borgere med type 2-diabetes er steget stødt siden 2000. Dog er stigningen aftaget i de seneste år. Den årlige stigning i antallet af borgere med type 2-diabetes var i gennemsnit på knap 8 pct. i årene 2000-12, mens den årlige stigning var på 3,5 pct. i årene 2012-16.

Figur 4.14
Udvikling i prævalens, 2000-2016



Anm.: Prævalens: Antallet af personer i en given befolkning, der lever med en given sygdom. Borgere kan indgå i flere grupper, eksempelvis vil en borger med både type 2-diabetes og KOL indgå i begge populationer.
Kilde: eSundhed.dk: Reviderede algoritmer for Udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (RUKS)

Udviklingen i antallet af borgere med KOL og type 2-diabetes har betydning for planlægningen af indsatser i sundhedsvæsenet. Det er dermed interessant at undersøge den forventede udvikling i antallet af nye tilfælde samt den forventede udvikling i antallet af personer med hhv. KOL og type 2-diabetes.

Der er flere komponenter, der har betydning for prævalens og incidens, herunder sygdomsudviklingen og den demografiske udvikling. Sygdomsudviklingen angiver udviklingen i antallet af mennesker, der får en given sygdom, hvor bl.a. befolkningens sundhedsadfærd har stor betydning, mens den demografiske udvikling angiver udviklingen i befolkningens størrelse og alderssammensætning.

Ved brug af statistiske modeller er det muligt at fremskrive den forventede udvikling i prævalens og incidens, der tager højde for både den sygdomsmæssige og demografiske udvikling, jf. boks 4.6.

Boks 4.6
Fremskrivning af sygdomsudviklingen for KOL og type 2-diabetes

Statens Institut for Folkesundhed har foretaget en fremskrivning af den antalsmæssige sygdomsudvikling frem til 2030 for KOL og type 2-diabetes. I fremskrivningerne er der lagt vægt på både den sygdomsmæssige og demografiske udvikling.

Prævalensen stiger i fremtiden
Prævalensen af borgere med KOL og type 2-diabetes forventes at stige frem til 2030. Fremskrivningen viser, at prævalensen af borgere med KOL vil stige med 31 pct. fra 2015 til 2030, og prævalensen for borgere med type 2-diabetes vil stige med 85 pct, når udviklingen fra 2000-2015 bruges som grundlag for fremskrivningen.

Fremskrivningen er foretaget ud fra den demografiske og epidemiologiske (sygdomsmæssige) udvikling samt effekten af den samtidige ændring af sygdomsrate og befolkning.

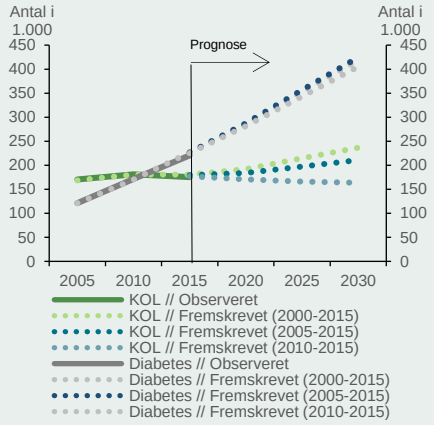
Stigningen i prævalensen af KOL skyldes især den demografiske udvikling. Den sygdomsmæssige udvikling trækker i den anden retning, hvor der fremskrives et fald i tilvæksten. Dog er faldet væsentlig mindre end den fremskrevne demografiske tilvækst.

Stigningen i prævalensen af type 2-diabetes kan især tilskrives sygdomsudviklingen. Den demografiske udvikling bidrager dog også til tilvæksten.

Fremskrivningen er foretaget ud fra forskellige perioder, hvor særligt fremskrivningen for KOL er følsom overfor forskellige fremskrivningsperioder. Betragtes perioden fra 2000-2015 fremskrives prævalensen til at stige. Betragtes derimod en kortere periode, 2010-2015, fremskrives prævalensen til at være faldet i 2030.

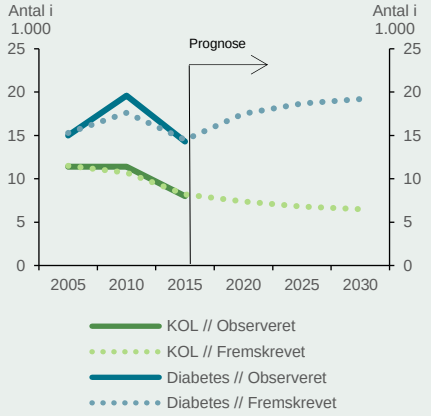
Incidensen af KOL forventes at falde frem til 2030. Dette betyder nødvendigvis, at færre borgere vil få KOL, men de borgere der har KOL forventes at leve med sygdommen i længere tid. Incidensen af type 2-diabetes forventes at være stigende frem til 2030 trods et fald i incidensen i 2015 i forhold til 2010. Figur a og b viser denne udvikling i forekomst.

Figur a
Prævalens fremskrevet til 2030



Anm.: Til fremskrivningen er der benyttet autokorrelation, hvor den prædikterede rate i et givent år ud over den generelle udvikling inddrager niveauet af raten fra det foregående år. Denne metode tager dermed højde for de trends der måtte komme i perioden. Der er benyttet forskellige fremskrivningsperioder, hhv. 2000-2015, 2005-2015 og 2010-2015, der angives i parentes.
Kilde: Davidsen, M., Jensen, H. A. R og Thygesen, L. C. (217): *Sygdomsudviklingen i Danmark fremskrevet til 2030. KOL og type 2-diabetes*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Figur b
Incidens fremskrevet til 2030



Anm.: Fremskrivningen er foretaget på perioden 2005-2015, ved brug af autocorrelation, hvor den prædikterede rate i et givent år ud over den generelle udvikling inddrager niveauet af raten fra det foregående år. Denne metode tager dermed højde for de trends der måtte komme i perioden
Kilde: Davidsen, M., Jensen, H. A. R og Thygesen, L. C. (217): *Sygdomsudviklingen i Danmark fremskrevet til 2030. KOL og type 2-diabetes*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

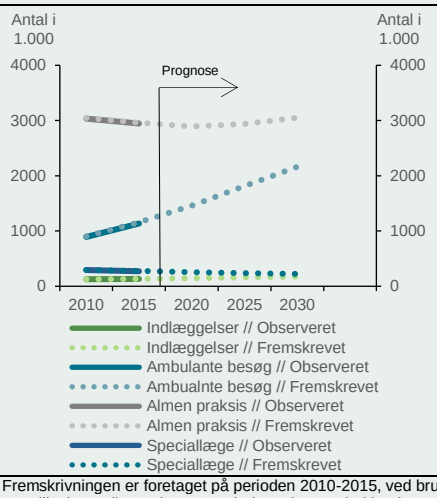
Anm.: Fremskrivningens sidste historiske år er sygdomsforekomsten 2015 og fra opgørelsen af udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser fra september 2016. I denne opgørelse udgør antallet er borgere med KOL 175.500 og borgere med type-2 diabetes 220.500 i 2015. I opgørelsen af udvalgte kroniske sygdomme fra september 2017 er antallet af borgere med KOL og type-2 diabetes revideret for 2015 og udgør hhv. 184.650 og 227.525 borgere.
Kilde: Davidsen, M., Jensen, H. A. R og Thygesen, L. C. (217): *Sygdomsudviklingen i Danmark fremskrevet til 2030. KOL og type 2-diabetes*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Boks 4.6 (fortsat)
Fremskrivning af sygdomsudviklingen for KOL og type 2-diabetes

Figur c og d viser den forventede udvikling i aktivitet i sundhedsvæsenet frem til 2030 for KOL og type 2-diabetes. Heraf fremgår det, at antallet af indlæggelser og ambulante besøg relateret til borgere med KOL forventes at stige frem til 2030. Antallet af indlæggelser forventes at stige med 29 pct. i 2030 ift. 2015, mens antallet af ambulante besøg forventes at stige med 87 pct.

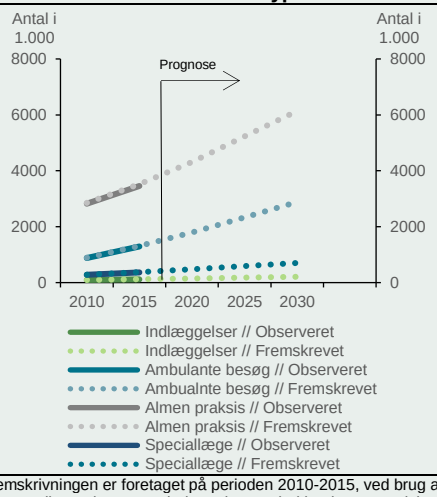
Antallet af indlæggelser, ambulante besøg og kontakter til almen praksis samt speciallæge forventes at stige for borgere med type 2-diabetes frem til 2030. Antallet af indlæggelser forventes at stige med 76 pct. i 2030 ift. 2015, mens antallet af ambulante besøg forventes at stige med 120 pct. Kontakter til almen praksis og speciallæge forventes at stige med hhv. 74 pct. og 88 pct.

Figur c
Aktivitet i sundhedsvæsenet for KOL



Anm.: Fremskrivningen er foretaget på perioden 2010-2015, ved brug af lineær prædikation.Indlæggelser og ambulante besøg dækker kun somatiske.
Kilde: Davidsen, M., Jensen, H. A. R og Thygesen, L. C. (217): *Sygdomsudviklingen i Danmark fremskrevet til 2030. KOL og type 2-diabetes*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Figur d
Aktivitet i sundhedsvæsenet for type 2-diabetes



Anm.: Fremskrivningen er foretaget på perioden 2010-2015, ved brug af lineær prædikation. Indlæggelser og ambulante besøg dækker kun somatiske.
Kilde: Davidsen, M., Jensen, H. A. R og Thygesen, L. C. (217): *Sygdomsudviklingen i Danmark fremskrevet til 2030. KOL og type 2-diabetes*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Anm.: Fremskrivningens sidste historiske år er sygdomsforekomsten 2015 og fra opgørelsen af udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser fra september 2016. I denne opgørelse udgør antallet er borgere med KOL 175.500 og borgere med type-2 diabetes 220.500 i 2015. I opgørelsen af udvalgte kroniske sygdomme fra september 2017 er antallet af borgere med KOL og type-2 diabetes revideret for 2015 og udgør hhv. 184.650 og 227.525 borgere.
Kilde: Davidsen, M., Jensen, H. A. R og Thygesen, L. C. (217): *Sygdomsudviklingen i Danmark fremskrevet til 2030. KOL og type 2-diabetes*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

4.2 Borgernes karakteristika

Der er stor forskel på gruppen af borgere med KOL og gruppen af borgere med type 2-diabetes. I det følgende beskrives forskellige karakteristika for hver af de to grupper og sammenlignes med befolkningen, der er 65+ år og den samlede befolkning. Beskrivelsen er baseret på en opgørelse af borgere med KOL og type-2 diabetes for året 2015.[6]

Borgere med KOL er ældre end borgere med type 2-diabetes

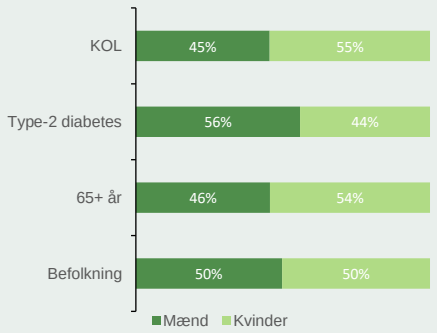
KOL forekommer oftere blandt kvinder (55 pct.), mens der er flere mænd med type 2-diabetes (56 pct.), jf. figur 4.15. Årsagen kan skyldes forskelle i biologiske faktorer samt livsstil og sygdomsadfærd mellem mænd og kvinder (Statens Institut for Folkesundhed).

Gennemsnitsalderen i den samlede befolkning er 40,6 år, hvor gennemsnitsalderen for borgere med de to kroniske sygdomme er over 20 år højere. Borgere med KOL er i gennemsnit knap 68 år, mens borgere med type 2-diabetes er ca. 65 år. En større andel af borgere med KOL er i aldersgrupperne fra 75 år til 90+ år end borgere med type 2-diabetes.

Der er meget få borgere med KOL og type 2-diabetes under 39 år, jf. figur 4.16. I de senere år er der dog observeret en vækst i antallet af unge med type 2-diabetes, jf. figur 4.10. Denne udvikling er dog modsat for KOL, hvor antallet af borgere med KOL har været faldende de seneste år blandt de yngste aldersgrupper.

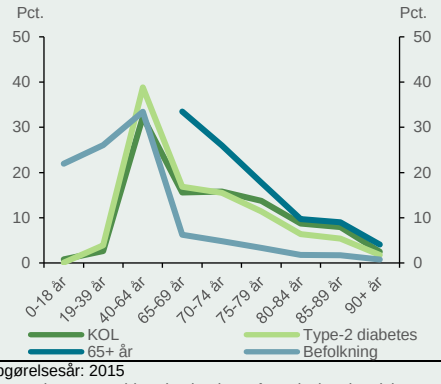
[6] *Beskrivelsen er baseret på sygdomsforekomsten 2015 fra opgørelsen af udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser fra september 2016. I denne opgørelse udgør antallet er borgere med KOL 175.500 og borgere med type-2 diabetes 220.500 i 2015. I den nyeste opgørelse af udvalgte kroniske sygdomme fra september 2017 er antallet af borgere med KOL og type-2 diabetes revideret for 2015 og udgør hhv. 184.650 og 227.525 borgere.*

Figur 4.15
Kønsfordeling



Anm.: Opgørelsesår: 2015
Kilde: CPR-registeret, Reviderede algoritmer for Udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (RUKS, august 2016), Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 4.16
Aldersfordeling



Anm.: Opgørelsesår: 2015
Kilde: CPR-registeret, Reviderede algoritmer for Udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (august 2016), Sundhedsdatastyrelsen.

Borgere med KOL og type 2-diabetes har oftere andre samtidige sygdomme

Ca. to tredjedele af borgere med KOL er multisyge, mens dette kun gør sig gældende for lidt under halvdelen af borgere med type 2-diabetes, jf. figur 4.17. Andelen er væsentlig større end hos den generelle befolkning, hvor ca. en femtedel er multisyge.

Årsagen til den højere andel af multisygdom hos borgere med KOL end type 2-diabetes kan blandt andet skyldes, at borgere med KOL i gennemsnit er ældre end borgere med type 2-diabetes. Den højere alder er forbundet med en øget sygelighed.

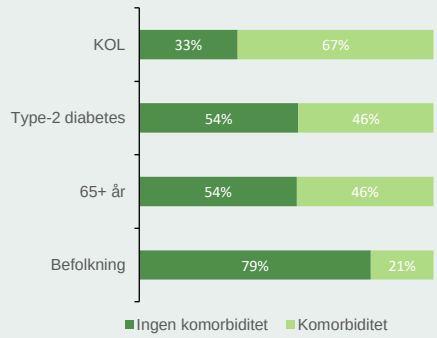
Mange borgere med KOL har også type 2-diabetes

14 pct. af borgerne med KOL har også type 2-diabetes, hvilket er en 3,6 gange så stor andel som i den samlede befolkning, jf. figur 4.18. Ligeledes har 11 pct. af borgere med type 2-diabetes også KOL, hvilket er 3,6 gange så stor en andel som i den generelle befolkning. I alt har 24.500 borgere *både* KOL og type 2-diabetes.

Derudover har en stor andel af borgere med KOL og type 2-diabetes også andre kroniske sygdomme. 16 pct. af borgere med KOL har også osteoporose, mens 8 pct. af borgerne med type 2-diabetes også har astma.

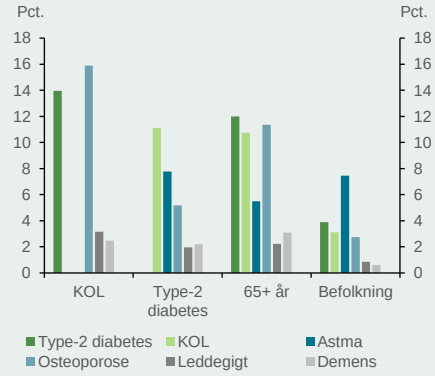
Det bemærkes, at det ikke er muligt i RUKS at registrere borgere både med KOL og astma, og det forventes, at en stor andel af borgerne med KOL også vil have astma.

Figur 4.17
Andel med komorbiditet



Anm.: Opgørelsesår: 2015. Charlsons Comorbiditets Indeks er anvendt til at estimere komorbiditetsstatus for hver patient pr. 1. januar 2015. Indekset er baseret på summen af vægtede værdier relateret til 19 udvalgte sygdomme og lidelser, hvor sygdomssværhedsgraden er udtrykt ved en værdi fra 1 til 6.
Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret, Reviderede algoritmer for Udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (RUKS, august 2016), Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 4.18
Udvalgte andre kroniske sygdomme



Anm.: Opgørelsesår: 2015. Det er ikke muligt at være registreret med både KOL og astma samtidig i RUKS. Derfor vil ingen borgere med KOL have astma.
Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret, Reviderede algoritmer for Udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (RUKS, august 2016), Sundhedsdatastyrelsen.

Boks 4.7
Charlsons Comorbidity Index (CCI)

I indeværende rapport måles komorbiditet ud fra Charlsons Comorbidity Index (CCI). CCI er en relativ simpel og let anvendelig metode til klassificering af komorbiditet.

Indekset er anvendt til at estimere komorbiditetsstatus for hver patient pr. 1. januar i opgørelsesåret. Indekset er baseret på summen af vægtede værdier relateret til 19 udvalgte sygdomme og lidelser, hvor sygdomssværhedsgraden er udtrykt ved en værdi fra 1 til 6.

Charlsons Comorbiditets Indeksgrupper er samlet i fire større grupper:

CCI på 0: Ingen komorbiditet
CCI på 1: Let komorbiditet
CCI på 2: Middelsvær komorbiditet
CCI på 3+: Høj komorbiditet

For borgere med KOL er diagnosekoderne for KOL (DJ44 og DJ961) ekskluderet i beregningen af indekset og for borgere med type 2-diabetes er diagnosekoderne for type 2-diabetes (DE110, DE111 og DE119) ekskluderet i beregningen af indekset.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen

Flere med KOL og type 2-diabetes bor ikke sammen med andre voksne (18+ år)

Boligstatus kan være en indikator for borgerens generelle sundhedstilstand. Undersøgelser viser, at personer, der bor alene er mindre lykkelige, mindre tilfredse med livet og har en større følelse af ikke at have indflydelse på egen tilværelse. Dét at bo alene kan have betydning for samfundets mulighed for og evne til at støtte og hjælpe (Center for boligforskning (2017)).

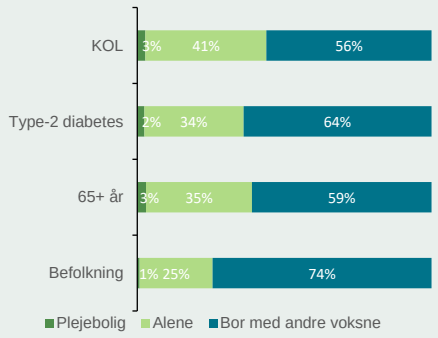
Figur 4.19 viser fordelingen af borgerne ift. boligstatus. 41 pct. af borgerne med KOL bor alene, og 34 pct. af borgerne med type 2-diabetes bor alene. Andelen, der bor alene, er 9-16 pct. point større end andelen i den samlede befolkning. Der ses ingen forskel mellem borgere med KOL og befolkningen 65+ år ift. antallet, der bor i plejebolig. Dette på trods af, at gennemsnitsalderen af borgere med KOL er lavere.

Borgere med KOL og type 2-diabetes har en svagere tilknytning til arbejdsmarkedet

Tilknytning til arbejdsmarkedet kan have omkostninger for den enkelte og for samfundet. Det betyder, at det er væsentligt at sikre, at borgere med kronisk sygdom fastholdes på arbejdsmarkedet.

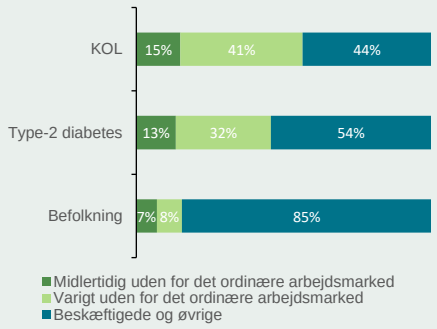
Figur 4.20 viser fordelingen af andelen med tilknytning til arbejdsmarkedet. En større andel af de 18-64 årige borgere med KOL og type 2-diabetes er midlertidigt eller varigt uden for arbejdsmarkedet ift. den samlede befolkning i aldersgruppen. Kun lidt over halvdelen af borgere med type 2-diabetes er i beskæftigelse. Andelen er endnu lavere for personer med KOL, hvor kun 44 pct. er i beskæftigelse.

Figur 4.19
Fordeling af boligstatus (18+ årige)



Anm.: Opgørelsesår: 2015. Boligstatus pr. 1. januar 2015 for borgere 18+ år. Borgere med ukendt boligstatus er ikke medtaget i denne oversigt.
Kilde: CPR-registeret, Reviderede udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (august 2016) og kommunale indberetninger af plejeboligadresser indsamlet af Sundhedsdatastyrelsen i 2014-2015, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 4.20
Arbejdsmarkedsstatus (16-64 årige)



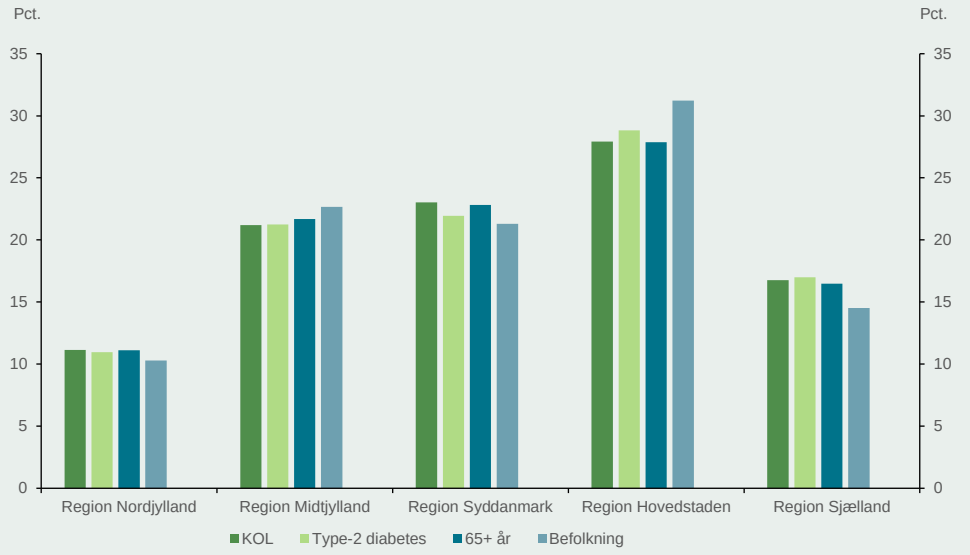
Anm.: Opgørelsesår: 2015. Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM er anvendt i opgørelsen af arbejdsmarkedstilknytning for borgere i alderen 16-64 år. Borgernes arbejdsmarkedstilknytning er defineret som det indkomstgrundlag, der har været det dominerende for personen i året før opgørelsesåret, dvs. den indkomst, som personen har haft i flest uger i løbet af året. Indkomstgrundlaget kan både være i form af en lønindkomst eller en offentlig ydelse, som fx kontanthjælp.
Kilde: Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM, Reviderede udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (august 2016) (RUKS), Sundhedsdatastyrelsen.

Flest er fra Region Sjælland

Andelen af borgere med KOL og type 2-diabetes er større end andelen af den generelle befolkning i Region Sjælland, jf. figur 4.21. Derimod er andelen af borgere med KOL og type 2-diabetes mindre end andelen af den generelle befolkning i Region Hovedstaden. Dette betyder, at der relativt er flere borgere med KOL og type 2-diabetes i Region Sjælland sammenlignet med de andre regioner, mens der relativt er færre borgere med KOL og type 2-diabetes i Region Hovedstaden.

Fordelingen af borgere med KOL og type 2-diabetes i regionerne hænger i høj grad sammen med den aldersmæssige fordeling i hver region.

Figur 4.21
Regionsfordeling



Anm.: Opgørelsesår: 2015. Bopælsregion pr. 1. januar i 2015.
Kilde: CPR-registeret, Reviderede algoritmer for Udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (RUKS, august 2016), Sundhedsdatastyrelsen.

4.3 Kontaktmønstre og ressourceforbrug i sundhedsvæsenet og på ældreområdet

Borgere med hhv. KOL og type 2-diabetes har et større ressourceforbrug i sundhedsvæsenet sammenlignet med den generelle befolkning. I det følgende beskrives ressourcetrækket både for det regionale og kommunale sundhedsvæsen og ældrepleje i år 2015. I det regionale sundhedsvæsen betragtes almen praksis, speciallægepraksis og den somatiske stationære og ambulante aktivitet. I det kommunale betragtes hjemmehjælp og hjemmesygepleje.

Borgernes ressourceforbrug opdeles i tre komponenter som i analyse 3. Dette gør det muligt at betragte, hvorvidt forskellen mellem borgere med hhv. KOL og type 2-diabetes og den samlede befolkning skyldes, 1) hvor stor en andel, der modtager ydelser, 2) om dem, der modtager ydelser generelt har mange kontakter, eller 3) om det skyldes, at behandlingen har et stort eller lille ressourcemæssigt træk. I det følgende omtales disse tre komponenter som hhv. dækningsgrad, intensitet og behandlingstyngde.

Der ses store forskelle i udgiften pr. borger, der kan forklares på forskellig vis af de tre komponenter, på tværs af borgere med KOL, borgere med type 2-diabetes, befolkningen 65+ år og den samlede befolkning. Forskellen gælder både i det regionale og kommunale sundhedsvæsen og ældrepleje.

Metoden og forudsætningerne til dekomponeringen af udgifterne i de tre komponenter ses i bilag boks 3.4 og 3.5.

Ressourceforbruget til indlæggelser er størst ved KOL

Udgiften pr. borger til indlæggelse er væsentlig større for borgere med kronisk sygdom sammenlignet med den samlede befolkning. Borgere med KOL og type 2-diabetes har hhv. 4,7 og 3,3 gange større ressourceforbrug til indlæggelser pr. borger end den samlede befolkning, jf. tabel 4.1.

Forskellen i udgiften pr. borger til indlæggelser kan begrundes med både dækningsgraden, intensiteten og behandlingstyngden. Dels bliver en større del af borgere med de to kroniske sygdomme indlagt. Dels har de borgere, der har indlæggelse, i gennemsnit flere indlæggelser end borgere i den samlede befolkning. Og dels er udgiften pr. indlæggelse større for borgere med de to kroniske sygdomme.

Borgere med KOL har den højeste udgift pr. borger til indlæggelser. Udgiften pr. borger med KOL er 43 pct. højere end for borgere med type 2-diabetes. Forskellen på tværs af grupperne kan primært henføres til intensiteten, dvs. antallet af kontakter for borgere, der har en kontakt til sundhedsvæsenet. Hvor borgere med KOL, der har en indlæggelse, har 2,5 indlæggelser i gennemsnit, har borgere med type 2-diabetes, der har en indlæggelse, 2,2 indlæggelser i gennemsnit.

Udgiften til ambulante besøg er over dobbelt så stor ved borgere med kronisk sygdom

Udgifterne til ambulante besøg er over dobbelt så høje for borgere med KOL og type 2-diabetes sammenlignet med den samlede befolkning. Forskellen kan primært forklares ud fra dækningsgraden og intensiteten, dvs. at en større andel af borgere med kronisk sygdom har ambulant kontakt, og dem der har kontakt har flere kontakter. Den ressourcemæssige tyngde af den enkelte kontakt varierer kun en anelse mellem grupperne.

Den gennemsnitlige udgift pr. borger til ambulante besøg er forholdsvis ens på tværs af de to kroniske sygdomme.

Dækningsgraden forklarer primært forskellen ved speciallæge

Borgere med type 2-diabetes har den største udgift til speciallæge, idet andelen af borgere med type 2-diabetes med kontakt er omtrent dobbelt så stor sammenlignet med den samlede befolkning.

Udgiften pr. borger med type 2-diabetes er 12 pct. større end udgiften pr. borger med KOL. I denne sammenligning er det ligeledes dækningsgraden, som kan forklare variationen i udgift pr. borger. 29 pct. point flere borgere med type 2-diabetes har kontakt til speciallæge sammenlignet med den samlede befolkning.

Udgiften til almen praksis er den samme for borgere med KOL og type 2-diabetes

Mens borgere med KOL og type 2-diabetes har nogenlunde samme udgift pr. borger til almen praksis, er denne over dobbelt så stor som hos den samlede befolkning. Det er særligt intensiteten, der forklarer forskellen. Borgere med kontakt til almen praksis i den samlede befolkning har i gennemsnit ca. 8 kontakter, mens borgere med KOL og type 2-diabetes med kontakt til almen praksis gennemsnitligt har hhv. ca. 18 og 16 kontakter.

I opgørelsen af udgifter til almen praksis er basishonoraret inkluderet. Basishonoraret er et beløb som den alment praktiserende læge modtager for at have patienter tilmeldt uanset, hvor mange kontakter borgeren har. Når basishonoraret inkluderes i beregningerne af udgiften pr. kontakt, har antallet af kontakter betydning for, hvor stor udgiften er til den enkelte kontakt. Hvis en borgergruppe dermed har få kontakter vil andelen af basishonoraret, der "pålægges" hver kontakt være relativt større end en borgergruppe med mange kontakter. Dette ses i nedenstående tabel ved, at udgiften pr. kontakt for den samlede befolkning er højere end udgiften pr. kontakt for hhv. borgere med KOL og type 2-diabetes. I tabel 4.2 i bilag ses udgiften til almen praksis i opgørelser både inklusiv og eksklusiv basishonorar.

Udgiften til den kommunale hjemmehjælp er 6 gange større for borgere med kronisk sygdom

Borgere med KOL og type 2-diabetes har ligeledes et større ressourceforbrug pr. borger i den kommunale sektor sammenlignet med den samlede befolkning. Borgere med KOL og type 2-diabetes har 6 gange større udgifter pr. borger til hhv. personlig pleje og praktisk hjælp i den kommunale hjemmehjælp ift. borgere i den samlede befolkning.
Det er særligt andelen af borgere, der modtager pleje, som har betydning for forskellen på tværs af de tre grupper. 14 pct. af borgerne med KOL har kontakt til den kommunale hjemmehjælp, 10 pct. af borgerne med type 2-diabetes, mens 2 pct. af borgerne i den generelle befolkning.

Udgiften til kommunal hjemmesygepleje pr. borger er 5-6 gange større ved borgere med kronisk sygdom

26 pct. af borgerne med KOL og 21 pct. af borgerne med type 2-diabetes har kontakt til den kommunale hjemmesygepleje, mens 5 pct. af borgerne i den generelle befolkning har kontakt. Dette medfører, at den gennemsnitlige udgift pr. borger til den kommunale hjemmesygepleje er 4-5 gange større for borgerne med kronisk sygdom end udgiften pr. borger i den generelle befolkning.

Tabel 4.1
Dekomponering af udgifter pr. borger i dækningsgrad, intensitet og tyngde

	Ressourceforbrug	=	Dækningsgrad	x	Intensitet	x	Tyngde
	Udgift pr. borger		Modtagere pr. borger (pct.)		Kontakter pr. modtagere		Udgift pr. kontakt (kr.)
Indlæggelser							
KOL	31.611		31,9		2,5		40.338
Type 2-diabetes	22.160		23,7		2,2		41.646
65+ år	18.089		20,5		2,1		41.952
Den samlede befolkning	6.708		11,0		1,8		34.706
Ambulante besøg							
KOL	15.013		78,3		8,6		2.241
Type 2-diabetes	12.814		71,5		8,4		2.146
65+ år	10.720		65,1		6,8		2.411
Den samlede befolkning	5.050		47,1		5,0		2.164
Speciallæge							
KOL	984		45,7		3,5		615
Type 2-diabetes	1.104		59,4		2,8		655
65+ år	955		48,7		3,2		612
Den samlede befolkning	587		30,7		3,2		593
Almen læge (dagstid) (inkl. basishonorar)							
KOL	2.693		98,0		17,7		156
Type 2-diabetes	2.657		98,2		16,2		167
65+ år	2.115		93,4		13,1		173
Den samlede befolkning	1.275		84,7		7,9		191
Kommunal hjemmehjælp (personlig pleje)							
KOL	9.654		14,1		551,2		124
Type 2-diabetes	7.665		10,0		617,1		124
65+ år	7.238		9,7		603,2		124
Den samlede befolkning	1.673		2,2		606,7		124
Kommunal hjemmehjælp (praktisk hjælp)							
KOL	1.713		15,3		75,1		149
Type 2-diabetes	1.198		10,3		78,0		149
65+ år	1.164		10,4		75,1		149
Den samlede befolkning	272		2,4		75,1		149
Kommunal hjemmesygepleje							
KOL	3.761		26,3		111,0		129
Type 2-diabetes	3.252		21,0		120,0		129
65+ år	2.712		19,1		110,0		129
Den samlede befolkning	622		4,8		100,0		129

Anm.: Opgørelsesår: 2015. Borgere kan have benyttet flere områder af sundhedsvæsenet. Ydermere kan en borger indgå i flere grupper, eksempelvis vil en borger med både type 2-diabetes og KOL indgå i begge populationer. Udgifter i sundhedsvæsenet er ikke afgrænset til den pågældende sygdom. Udgifter til almen praksis er opgjort pba. afregnede ydelseshonorarer for ydelser i dagstid samt basishonorar. Se boks 3.6 for forklaring af beregning af basishonorar. Udgifter til ydelseshonorar omfatter både bruttohonorar for kontaktydelser og tillægsydelser. Udgifter forbundet med somatiske indlæggelser og ambulante besøg er opgjort pba. afregnede DRG-takster for indlæggelsen. DRG-taksterne er beregnet som landsgennemsnitlige udgifter for behandling af patienter, der er grupperet til DRG-grupperne, og er dermed ikke et udtryk for den enkelte kontakts faktiske udgifter. Det vil sige, at en given kontakt på sygehuset reelt kan have flere eller færre udgifter forbundet med patientbehandlingen, end der bliver tildelt i DRG-værdi.
Aktivitet og udgifter i det regionale sundhedsvæsen er opgjort på basis af data for hele befolkningen (1. jan. 2015: n = 5.652.400), mens aktivitet og udgifter i det kommunale sundhedsvæsen er opgjort pba. de borgere, der havde bopæl i en 2015 EOJ godkendt kommune (1. jan. 2015: n = 2.231.800). Antallet af borgere samt antallet af modtagere i 2015 er beregnet ud fra en vægtet population. En borger indgår med en vægt svarende til borgerens tid i live i 2015.
Kilde: CPR-registeret, Sygesikringsregisteret, Landspatientregisteret, Reviderede udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (august 2016) (RUKS), Elektronisk OmsorgsJournal-data fra kommunerne (EOJ-data), Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Forskel i den enkelte gruppe

Ressourcetrækket pr. borger er opgjort ud fra gruppernes gennemsnitlige omkostninger. Grupperne kan dog være relativt heterogene med forskellige ressourcetræk. I boks 4.8 ses en opgørelse af de mest og mindst ressourcekrævende borgere med KOL og type 2-diabetes.

Som vist i analyse 2 er der sammenhæng mellem ressourceforbruget og afstanden til død. Det er især i de sidste leveår af et menneskes liv, at forbruget af sundhedsydelser er stort. Det ses således også, at hhv. 20 til 25 pct. af de 5 pct. mest ressourcekrævende dør inden for et år. Det peger på, at de mest ressourcekrævende borgere er en omskiftelig gruppe af individer, og en stor del af ressourceforbruget især er relateret med indsatser i de sidste leveår.

Boks 4.8
De mest og mindst ressourcekrævende

Borgerne med KOL og type 2-diabetes kan opdeles i tre udgiftsgrupper: a) de mest ressourcekrævende (0-5 pct.), b) de mellem ressourcekrævende (5-20 pct.) og c) de mindre ressourcekrævende (20-100 pct.).

Blandt borgere med KOL og type 2-diabetes er der stor forskel på ressourceforbruget. Tal for 2015 viser, at ca. 20 pct. af borgere med KOL og type 2-diabetes står for hhv. ca. 75 pct. og ca. 80 pct. af de samlede udgifter til sundhedsvæsenet i hver gruppe af borgere. Heraf står ca. 5 pct. af borgerne for hhv. ca. 40 pct. og ca. 45 pct. af udgifterne.

De 5 pct. mest ressourcekrævende af borgere med hhv. KOL og type 2-diabetes koster gennemsnitligt ca. 3 og 4 gange mere end de 5-20 pct., og de 5-20 pct. koster for begge sygdomme ca. 8 gange mere end de 20-100 pct. For de 5 pct. og 5-20 pct. af borgerne med hhv. KOL og type 2-diabetes er det især udgifter til indlæggelser og ambulante besøg, der driver udgifterne pr. borger.

Tabel a
Udgift pr. borger, kr., 2015

KOL	0-5 pct.	5-20 pct.	20-100 pct.	Den samlede befolkning
Indlæggelser	291.266	79.951	5.109	6.677
Ambulante besøg	90.264	30.637	6.806	5.026
Almen praksis	3.207	3.140	1.979	865
I alt	387.188	116.510	15.484	13.559
Type 2-diabetes				
Indlæggelser	247.380	52.895	1.789	6.677
Ambulante besøg	91.046	26.780	4.984	5.026
Almen praksis	3.204	3.017	1.985	865
I alt	344.458	86.074	10.585	13.559

Anm.: Borgernes samlede udgifter er ikke afgrænset til aktivitet vedrørende deres registrerede kroniske sygdom. Udgifter forbundet med somatiske indlæggelser og ambulante besøg er opgjort pba. afregnede DRG-takster for indlæggelsen.

Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Reviderede (august 2016) udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), Sundhedsdatastyrelsen

Boks 4.8 (fortsat)
De mest og mindre ressourcekrævende

Der er forskel på karakteristika for de tre grupper. For borgere med KOL ses, at jo mere ressourcekrævende gruppen er, desto større er overvægten af mænd end kvinder og desto flere dør inden for et år. Dertil har de mere ressourcekrævende borgere med KOL generelt en højere grad komorbiditet. For borgere med type 2-diabetes ses, at jo ældre borgerne er, desto større er overvægten af mænd end kvinder og desto flere dør inden for et år. Dertil har de mere ressourcekrævende borgere med type 2-diabetes generelt haft sygdommen i længere tid, og er oftere multisyge.

Tabel b
Patientkarakteristika, 2015

KOL, pct.		5 pct.	5-20 pct.	20-100 pct.	Den samlede befolkning
Køn	Andel mænd	53	46	45	50
Alder	18-64 år	26	23	39	81
	65-80 år	55	50	44	14
	+80 år	18	28	18	4
Dødelighed	Andel, der dør inden for 1 år	25	15	4	1
Sygelighed	Andel med sygdom over 15 år	43	46	44	-
Komorbiditet	Andel med middelsvær/høj komorbiditet	63	54	29	7
Type 2-diabetes, pct.					
Køn	Andel mænd	63	54	55	50
Alder	18-64 år	29	32	46	81
	65-80 år	55	48	42	14
	+80 år	16	21	12	4
Dødelighed	Andel, der dør inden for 1 år	20	10	2	1
Sygelighed	Andel med sygdom over 15 år	27	24	16	-
Komorbiditet	Andel med middelsvær/høj komorbiditet	59	42	18	7

Anm.: Komorbiditeten er opgjort på baggrund af Charlsons komorbiditets indeks, se boks 4.7 for definition af middelsvær/høj komorbiditet. Kroniske sygdomme er identificeret med RUKS.
Kilde: Sygesikringsregisteret, CPR-registeret, Landspatientregisteret, Reviderede (august 2016) udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), Sundhedsdatastyrelsen

Endvidere ses at andelen, der dør inden for 1 år i ”5 pct.” grupperne er hhv. 25 pct. og 20 pct., mens det kun er hhv. 4 pct. og 2 pct. i ”20-100 pct.” grupperne der dør. Almindeligvis har borgere flere sundhedsydelser i årerne lige før død jf. analyse 2, hvilket kan være en del af forklaringen til at ”5 pct.” grupperne er dyrere.
Ydermere ses det, at i grupperne ”20-100 pct.” er hhv. 39 pct. og 46 pct. i aldersgruppen 16-64 år og dermed i den arbejdsdygtige alder, mens dette kun gør sig gældende for hhv. 26 pct. og 29 pct. i grupperne ”5 pct.”.

Boks 4.9

Sygdomsspecifikke indlæggelser sammenlignet med Sverige, Norge og Finland

Flere KOL indlæggelser i Danmark

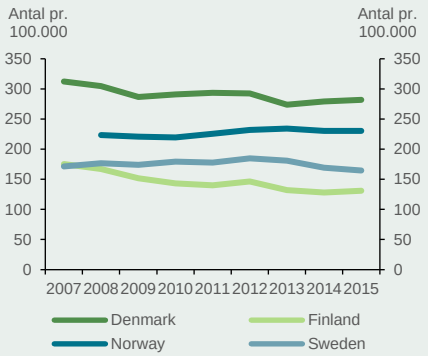
Antallet af KOL indlæggelser er større i Danmark end i Norge, Finland og Sverige. I 2015 var der ca. 280 indlæggelser pr. 100.000 indbygger i Danmark, hvor KOL var angivet som primære diagnose eller som bidiagnose, hvor Norge, med næsthøjest antal indlæggelser, havde 230 KOL indlæggelser pr. 100.000 borgere.

Dette kan være et udtryk for to samspillende faktorer. Større andel af borgere med KOL i Danmark sammenlignet med de andre lande og i højere grad behandling i det specialiserede sundhedsvæsen i forhold til forebyggende indsatser i primær sektoren.

Det større antal indlæggelser i Danmark kan indikere et potentiale for forebyggelse af indlæggelser ved større fokus på borgere med KOL i primær sektoren.

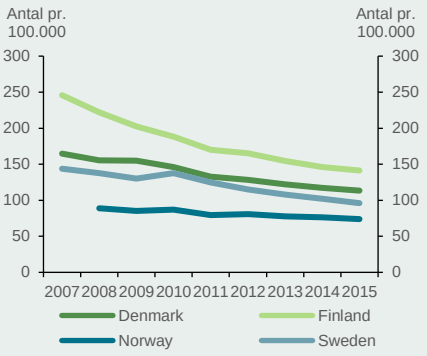
Antallet af diabetes indlæggelser i Danmark ligger på ca. 110 indlæggelser pr. 100.000 indbyggere. Dette er højere end i Norge og Sverige, men lavere end i Finland, som også skal ses i sammenhæng med, at prævalensen er højere i Finland end i Danmark (Health af a Glance: Europe 2016). Ifølge Health at a Glance er andelen med selvrapporteret diabetes 4,6 i Danmark og 7,7 i Finland.

Figur a
KOL indlæggelser, køns- og aldersstandardiseret, antal pr. 100.000 indbygger



Anm.: På grund af manglende data for Norge, påbegyndes tidsserien først i 2009
Kilde: OECD

Figur b
Diabetes indlæggelser, køns- og aldersstandardiseret, antal pr. 100.000 indbygger



Anm.: På grund af manglende data for Norge, påbegyndes tidsserien først i 2009
Kilde: OECD

Litteratur

Center for boligforskning (2017): *Flere og flere bor alene.* Link: http://boligforskning.dk/flere-bor-alene.

Davidsen, M., Jensen, H. A. R og Thygesen, L. C. (217): *Sygdomsudviklingen i Danmark fremskrevet til 2030. KOL og type 2-diabetes*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Frølich, A., Olesen, F. og Kristensen, I. (2017): *Hvidbog om multisygdom. Dokumentation af multisygdom i det danske samfund – fra silotænkning til sammenhæng.*

Kruse, M. og Helweg-Larsen, K. (2004): *Kønsforskelle i sygdom og sundhed.* Udført for Minister for ligestilling. Statens Institut for Folkesundhed.

Sundheds- og Ældreministeriet (2016): *Styrket indsats for den ældre medicinske patient. National handlingsplan 2016.*

Bilag

Boks 4.10
Studiepopulationen

I indeværende opgørelse er studiepopulationen opgjort på to forskellige måder i forhold til om data stammer fra regionalt eller kommunalt regi.

Opgørelsen af det regionale data omfatter alle borgere med en gyldig dansk bopælsregion pr. 1. januar 2015, jf. CPR-registeret.

For at opnå valide data er opgørelsen af kommunale pleje- og omsorgsydelser afgrænset til borgere fra kommuner med "godkendte" data om hhv. hjemmehjælp og hjemmesygepleje fra EOJ samt indberettede oplysninger om plejeboliger.

I opgørelsen for 2015 indgår borgere fra 40 kommuner. Aktivitets- og udgiftsopgørelsen for borgere med KOL, type 2-diabetes og den samlede befolkning er dermed opgjort for disse kommuner.

I nedenstående tabel ses antallet af borgere i hver gruppe. Det bemærkes, at sygdomsforekomsten er baseret på opgørelsen af udvalgte kroniske og svære psykiske lidelser fra september 2016. I den nyeste opgørelse af udvalgte kroniske sygdomme fra september 2017 er antallet af borgere med KOL og type-2 diabetes revideret for 2015 og udgør hhv. 184.650 og 227.525 borgere.

Tabel a

Studiepopulation ift. data oprindelse

	KOL	Type 2-diabetes	65+ årige	Den samlede befolkning
Regionalt data	175.500	220.500	1.051.150	5.652.400
Kommunalt data	73.350	90.200	441.200	2.231.800

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen

Der ses ikke væsentlige forskelle mellem den totale studiepopulation og den afgrænsede studiepopulation med hensyn til fx alder, køn og sygelighed – der er dog forskel ift. regionsfordelingen.

Tabel b

Studiepopulation ift. data oprindelse opdelt på udvalgte karakteristika

		KOL	Type 2-diabetes	65+ årige	Den samlede befolkning
Alder, gns.	Regionalt data	67,7	65,4	74,2	40,6
	Kommunalt data	67,9	65,7	74,3	41,4
Køn, andel mænd	Regionalt data	45,5	55,8	45,6	49,7
	Kommunalt data	45,8	55,7	45,6	49,7
Andel med komorbiditet	Regionalt data	66,5	45,9	46,5	21,3
	Kommunalt data	66,2	46,1	46,6	22,1
Region Nordjylland	Regionalt data	11,1	11,0	11,1	10,3
	Kommunalt data	11,0	11,5	11,2	12,1
Region Midtjylland	Regionalt data	21,2	21,2	21,7	22,7
	Kommunalt data	22,7	22,3	22,9	23,4
Region Syddanmark	Regionalt data	23,0	22,0	22,8	21,3
	Kommunalt data	38,9	37,7	37,9	37,6
Region Hovedstaden	Regionalt data	27,9	28,8	27,9	31,2
	Kommunalt data	20,7	21,8	22,0	21,4
Region Sjælland	Regionalt data	16,8	17,0	16,5	14,5
	Kommunalt data	6,7	6,7	5,9	5,5

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen

Sammenligningen mellem de forskellige grupper skal tages med forbehold. Gruppernes karakteristika er forskellige, og særligt gruppernes alder er forskellige. Da alder i høj grad hænger sammen med aktivitet og udgifter i sundhedsvæsenet er det væsentligt at være opmærksom på dette som en del af årsagsforklaringen.

Tabel 4.2

Dekomponering af udgifter til almen praksis pr. borger i dækningsgrad, intensitet og tyngde, inklusiv og eksklusiv basishonorar

	Ressourceforbrug		Dækningsgrad		Intensitet		Tyngde
	Udgift pr. borger	=	Modtagere pr. borger (pct.)	x	Kontakter pr. modtagere	x	Udgift pr. kontakt (kr.)
Almen læge (dagstid) (ekskl. basishonorar)							
KOL	2.285		98,0		17,7		132
Type 2-diabetes	2.249		98,2		16,2		141
65+ år	1.709		93,4		13,1		140
Den samlede befolkning	869		84,7		7,9		130
Almen læge (dagstid) (inkl. basishonorar)							
KOL	2.693		98,0		17,7		156
Type 2-diabetes	2.657		98,2		16,2		167
65+ år	2.115		93,4		13,1		173
Den samlede befolkning	1.275		84,7		7,9		191

Anm.: Opgørelsesår: 2015. En borger kan indgå i flere grupper, eksempelvis vil en borger med både type 2-diabetes og KOL indgå i begge populationer. Udgiften til almen praksis er ikke afgrænset til den pågældende sygdom. Udgifter til almen praksis er opdelt, hvor den ene angiver ydelseshonoraret og den anden angiver summen af ydelseshonoraret og basishonoraret. (Se boks 3.4 for forklaring af beregning af basishonorar.) Udgifter til ydelseshonorar omfatter både bruttohonorar for kontaktydelser og tillægsydelser.
Aktivitet og udgifter i det regionale sundhedsvæsen er opgjort på basis af data for hele befolkningen (1. jan. 2015: n = 5.652.400). Antallet af borgere samt antallet af modtagere i 2015 er beregnet ud fra en vægtet population. En borger indgår med en vægt svarende til borgerens tid i live i 2015.
Kilde: CPR-registeret, Sygesikringsregisteret, Reviderede udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (august 2016) (RUKS), Sundhedsdatastyrelsen samt egne beregninger.

Analyse 5: Hvem er den ældre medicinske patient?

Den ældre medicinske patient (DÆMP) defineres i denne rapport som en ældre borger, der har været indlagt på en medicinsk afdeling. De ældre medicinske patienter har flere kontakter i sundhedsvæsenet, og en forholdsmæssig stor andel af sundhedsvæsenets ressourcer går til behandling af denne gruppe.

Analysen indeholder en karakteristik af de borgere, der identificeres som ældre medicinske patienter, herunder alder- og kønsfordeling, sygedomsforekomst samt boligsituation. Derudover beskrives borgernes kontaktflader og ressourcetræk i sundhedsvæsenet. Der ses både på kontaktmønstret i primærsektoren og på sygehus samt kommunernes ydelser til hjemmehjælp og hjemmesygepleje.

Hovedresultaterne i analysen er:

- *Borgeren identificeret som DÆMP er i gennemsnit 3 år ældre end befolkningen 65+ år. To tredjedele af DÆMP-populationen har flere samtidige sygdomme, og omkring hver femte borger har KOL eller type 2-diabetes. Flere bor i plejebolig eller alene end befolkningen 65+ år og omkring hver femte dør inden for et år.*

- *Udgiften til indlæggelser pr. borger er fem gange større for borgere identificeret som DÆMP end for borgere 65+ år, og ca. tre gange større til ambulant kontakt. Dertil har DÆMP ca. 25 kontakter til almen praksis pr. år og udgiften til almen praksis pr. borger identificeret som DÆMP er ca. 1,5 gang større end befolkningen 65+ år.*

- *Ca. 30 pct. af DÆMP-populationen har kontakt til den kommunale hjemmehjælp til hhv. personlig pleje og praktisk hjælp. Udgiften til den personlige pleje pr. DÆMP-borger er fire gange større end befolkningen 65+ år og udgiften til praktisk hjælp er 2,7 gange større. Halvdelen af DÆMP-populationen har kontakt til den kommunale hjemmesygepleje og udgiften pr. borger er 2,8 gange større end befolkningen 65+ år.*

- *Forskellen i antallet af kontakter til sundhedsvæsenet mellem de yngste og ældste i DÆMP-populationen er begrænset. DÆMP-populationen 80+ år har i gennemsnit 3 kontakter mere til almen praksis, mens DÆMP-populationen +65 år har 3 ambulante kontakter mere pr. år. Sygehusudgifterne for den yngste DÆMP-population er 16 pct. større end udgifterne for den ældste DÆMP-population.*

- *DÆMP-populationen 65+ år har flere akutte indlæggelser pr. indlæggelse, flere forebyggelige indlæggelser og en større genindlæggelsesfrekvens. DÆMP-populationen 80+ år har flere akutte indlæggelser pr. indlæggelse og en større genindlæggelsesfrekvens sammenlignet med befolkningen 80+ år, mens de to grupper har lige mange forebyggelige indlæggelser.*

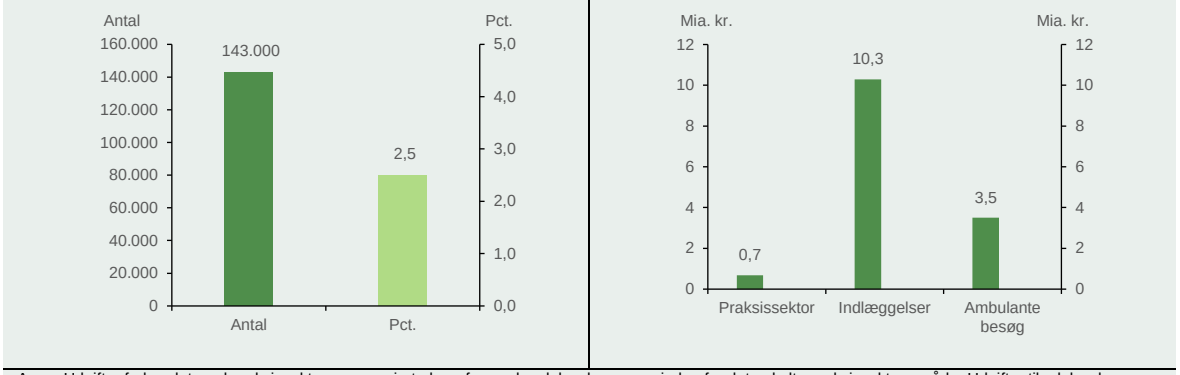
- *Både DÆMP-populationen 65+, 80+ år og befolkningen 65+ og 80+ år har flere akutte indlæggelser pr. indlæggelse, forebyggelige indlæggelser og en større genindlæggelsesfrekvens, hvis borgerne har kommunal kontakt end hvis borgerne ikke har kommunal kontakt.*

5.1 Den ældre medicinske patient

I indeværende rapport er DÆMP defineret som en ældre borger 65+ år, som har været indlagt på en medicinsk afdeling[7]. I 2014 var der omkring 143.000 borgere, som kunne kategoriseres som DÆMP. Dette svarer til ca. 2,5 pct. af den samlede befolkning eller 14 pct. af borgere 65+ år, jf. figur 5.1. Denne gruppe borgere stod for knap 15 mia. kr. eller ca. 20 pct. af den samlede befolknings ressourceforbrug til det regionale sundhedsvæsen, jf. figur 5.1.

[7] *Med undtagelse af kræft*

Figur 5.1
Antal og andel af borgere identificeret som DÆMP i befolkningen og udgifter til DÆMP-populationen



Anm.: Udgifter forbundet med praksissektoren er opgjort pba. afregnede ydelseshonorarer inden for det enkelte praksissektorområde. Udgifter til ydelseshonorar omfatter både bruttohonorar for kontaktydelser og tillægsydelser. Udgifter til praksissektoren indbefatter ikke basishonorar, som er det beløb den alment praktiserende læge modtager for at have patienter tilmeldt. Indlæggelser og ambulante besøg er afgrænset til kun somatisk. Udgifter forbundet med somatiske indlæggelser og ambulante besøg er opgjort pba. afregnede DRG-takster for indlæggelsen. DRG-taksterne er beregnet som landsgennemsnitlige udgifter for behandling af patienter, der er grupperet til DRG-grupperne, og er dermed ikke et udtryk for den enkelte kontakts faktiske udgifter. Det vil sige, at en given kontakt på sygehuset reelt kan have flere eller færre udgifter forbundet med patientbehandlingen, end der bliver tildelt i DRG-værdi.
Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Sundhedsstyrelsens definition er søgt anvendt i afgrænsningen af DÆMP-populationen, jf. boks 5.1. Det har dog ikke været muligt at inkludere alle faktorerne i populationsafgrænsningen, og i indeværende rapport afgrænses DÆMP-populationen derved kun ud fra kriteriet om høj alder (65+ år) og indlæggelse på en medicinsk afdeling. I det følgende ses det, at DÆMP-populationen netop har karakteristika, der afspejler nogle af de opstillede faktorer i Sundhedsstyrelsens definition, herunder i højere grad flere samtidige sygdomme og aleneboende end den generelle befolkning 65+ år. Dette antyder et vis sammenfald mellem Sundhedsstyrelsens definition og den anvendte populationsafgrænsning.

Boks 5.1
Definition af den ældre medicinske patient

Definition: DÆMP er karakteriseret ved høj alder og flere af efterfølgende faktorer: svær sygdom, flere samtidige sygdomme (multimorbiditet), forringet ernæringstilstand, nedsat funktionsevne fysisk og/eller kognitivt, begrænset egenomsorgskapacitet, multimedicinering (polyfarmaci), aleneboende og/eller svagt socialt netværk, behov for kommunale støtteforanstaltninger eller sygehusindlæggelse.

Identificering af DÆMP: I indeværende rapport er DÆMP operationaliseret ud fra at være en ældre borger 65+ år, som har været indlagt på en medicinsk afdeling. Indlæggelser på medicinsk afdeling er defineret som en indlæggelse, hvor patienten har været på mindst én medicinsk afdeling (speciale 1-20, ekskl. speciale 15) i løbet af indlæggelsesforløbet. Indlæggelser, hvor aktionsdiagnosen er kræft (DC*, ICD-10 koderne), er fjernet fra opgørelsen. For DÆMP opgøres aktivitet i sundhedsvæsenet fra efter indlæggelsen på en medicinsk afdeling og et år frem. Borgere som døde under indlæggelsen på den medicinsk afdeling er ikke taget med i opgørelsen.

Kilde: Definitionen er hentet fra "Styrket indsats for den ældre medicinske patient", definition af Sundhedsstyrelsen, mens identificeringen er lavet af Sundhedsdatastyrelsen

I 2016 udkom *Styrket indsats for den ældre medicinske patient – National handlingsplan 2016*. I handlingsplanen er angivet flere konkrete initiativer, der skal være med til at skabe bedre forhold og sammenhæng i indsatser målrettet ældre medicinske patienter, jf. boks 5.2. Initiativerne omhandler bl.a. indsatser mod overbelægning, kommunale akutfunktioner samt indsatser for at få bedre styr på medicinen.

Årsagen til behovet for en styrket indsats over for denne gruppe ligger bl.a. i, at mange ældre har forebyggelige indlæggelser, de overnatter på sygehusenes gange, utilstrækkelig kvalitet og for lang ventetid på kommunale tilbud (National handlingsplan 2016).

Boks 5.2
National handlingsplan: Styrket indsats for den ældre medicinske patient

Den nationale handlingsplan skal sikre den ældre medicinske patient højere kvalitet og øget sammenhæng på tværs af kommuner, almen praksis og sygehuse. I dette er der særligt fokus på at styrke indsatsen før og efter sygehusindlæggelse og på at styrke sammenhængen på tværs af sektorer.

Den nationale handlingsplan indeholder otte konkrete initiativer, der sammen skal skabe bedre forhold og sammenhæng for den ældre medicinske patient.

- Tidlig opsporing og mere rettidig indsats
- Styrkede kommunale akutfunktioner
- Kompetenceløft i den kommunale hjemmesygepleje
- Styrket indsats mod overbelægning
- Flere udgående sygehusfunktioner og øget rådgivning til kommuner og almen praksis
- En indsats der hænger mere sammen
- Bedre styr på medicinen
- Bedre digitalt samarbejde i komplekse patientforløb

Kilde: Sundheds- og Ældreministeriet (2016): *Styrket indsats for den ældre medicinske patient - National handlingsplan 2016*

5.2 Borgernes karakteristika

I det følgende beskrives forskellige karakteristika for borgere identificeret som DÆMP. Borgerne identificeret som DÆMP sammenlignes med befolkningen 65+ år og den samlede befolkning.

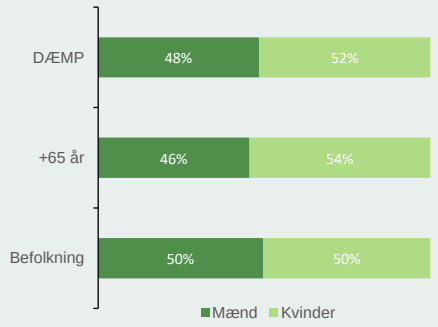
Flere kvinder end mænd

52 pct. af DÆMP-populationen er kvinder, jf. figur 5.2. Der er andelsmæssigt flere mænd i DÆMP-populationen end i befolkningen 65+ år.

DÆMP er ældre end befolkningen 65+ år

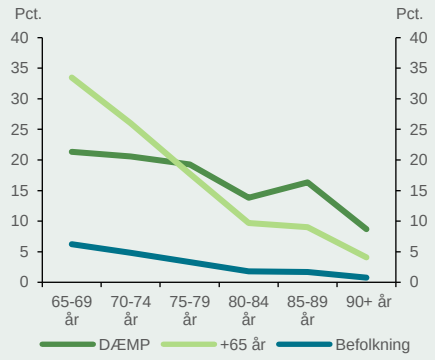
DÆMP-populationen er i gennemsnit ældre end den øvrige del af befolkningen 65+ år, jf. figur 5.3. Ca. 40 pct. af DÆMP er over 80 år, mens dette kun gør sig gældende for ca. 20 pct. af alle borgere 65+ år. I gennemsnit er borgere identificeret som DÆMP 77 år, mens befolkningen 65+ år er 74,3 år.

Figur 5.2
Kønsfordeling



Anm.: For borgere identificeret som DÆMP opgøres fra tidspunktet for indlæggelsen på en medicinsk afdeling. For de resterende grupper opgøres for 2015.
Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 5.3
Aldersfordeling



Anm.: For borgere identificeret som DÆMP opgøres fra tidspunktet for indlæggelsen på en medicinsk afdeling. For de resterende grupper opgøres for 2015. Den samlede befolkning er vist som andel af hele befolkningen.
Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Borgere identificeret som DÆMP har i højere grad flere samtidige sygdomme

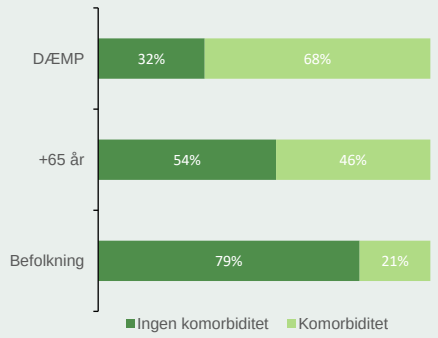
Ca. to tredjedele af borgere identificeret som DÆMP er multisyge (let til høj komorbiditet), hvilket gælder ca. 46 pct. af borgerne 65+ år, jf. figur 5.4.

Årsagen til den højere andel af multisyge hos borgere identificeret som DÆMP sammenlignet med borgere 65+ år kan bl.a. skyldes, at DÆMP-populationen i gennemsnit er ældre end de 65+ årige. Den højere alder er risikofaktor for en lang række kroniske sygdomme.

Flere med KOL og type 2-diabetes

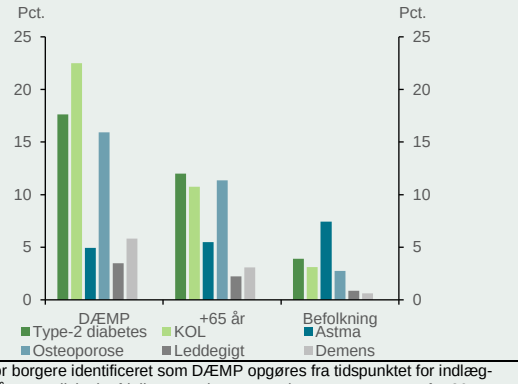
Omkring hver femte borger i DÆMP-populationen har KOL eller type 2-diabetes, jf. figur 5.5. Andelen er markant højere sammenlignet med befolkningen 65+ år. Ca. én ud af seks har osteoporose i DÆMP-populationen, hvor kun én ud af ti har osteoporose i befolkningen 65+ år.

Figur 5.4
Andel med komorbiditet



Anm.: Charlsons Comorbiditets Indeks er anvendt til at estimere komorbiditetsstatus for hver patient pr. 1. januar på opgørelsesåret dvs. 1. januar 2014 for DÆMP og 1. januar 2015 for de resterende grupper. Se boks 4.7 for beskrivelse af indekset.
Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret, reviderede algoritmer for Udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (august 2016), Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 5.5
Andel med udvalgte kroniske sygdomme

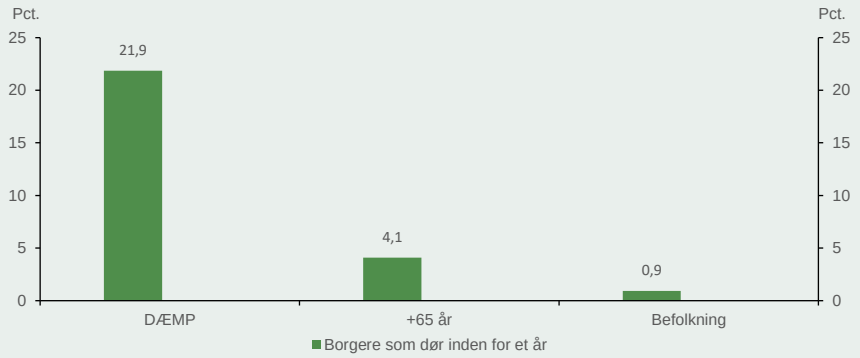


Anm.: For borgere identificeret som DÆMP opgøres fra tidspunktet for indlæggelsen på en medicinsk afdeling. For de resterende grupper opgøres for 2015. Kroniske sygdomme er identificeret med RUKS.
Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret, reviderede algoritmer for Udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (august 2016), Sundhedsdatastyrelsen.

Hver femte dør inden for et år i DÆMP-populationen

Andelen, der dør inden for et år, er langt større hos borgere identificeret som DÆMP end i befolkningen 65+ år, jf. figur 5.6. I DÆMP-populationen dør 22 pct. inden for et år, mens kun 4 pct. dør i befolkningen 65+ år. For borgere identificeret som DÆMP opgøres fra tidspunktet for indlæggelsen på en medicinsk afdeling. For de resterende grupper opgøres for 2015.

Figur 5.6
Andel, der dør inden for et år fra tidspunkt for indlæggelse eller for 2015



Anm.: For borgere identificeret som DÆMP opgøres fra tidspunktet for indlæggelsen på en medicinsk afdeling. For de resterende grupper opgøres for 2015.
Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Flere bor alene end den samlede befolkning 65+ år

Boligstatus kan være en indikator for borgerens generelle sundhedstilstand. Undersøgelser viser, at personer, der bor alene er mindre lykkelige, mindre tilfredse med livet og har en større følelse af ikke at have indflydelse på egen tilværelse. Dét at bo alene kan have betydning for samfundets mulighed for og evne til at støtte og hjælpe (Center for boligforskning (2017)).

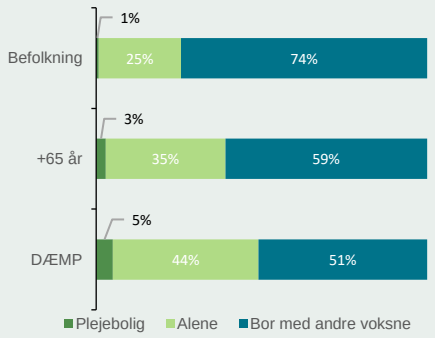
Knap halvdelen af borgere identificeret som DÆMP bor alene, jf. figur 5.7. Andelen er markant højere end befolkningen 65+ år, hvor ca. en tredjedel bor alene.

Årsagen kan forklares med, at DÆMP-populationen i gennemsnit er ældre end befolkningen 65+ år, og dermed vil der være højere risiko for tab af ægtefælle o.lign.

De fleste bor i Region Hovedstaden

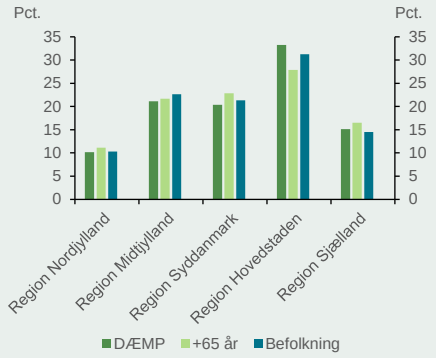
Den største andel af DÆMP-populationen bor i Region Hovedstaden, jf. figur 5.8. Region Hovedstaden er den eneste region, hvor der andelsmæssigt bor flere borgere identificeret som DÆMP end borgere 65+ år.

Figur 5.7
Fordeling af boligstatus



Anm.: Boligstatus pr. 1. januar i opgørelsesåret for borgere 18+ år. Borgere med ukendt boligstatus er ikke medtaget i denne oversigt.
Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret, kommunale indberetninger af plejeboligadresser indsamlet af Sundhedsdatastyrelsen i 2014-2015, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 5.8
Regionsfordeling



Anm.: Bopælsregion pr. 1. januar i opgørelsesåret.
Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

5.3 Kontaktmønstre og ressourceforbrug i sundhedsvæsenet og på ældreområdet

Borgere identificeret som DÆMP har et større ressourceforbrug i sundhedsvæsenet. I det følgende beskrives ressourcetrækket både for det regionale og kommunale sundhedsvæsen, jf. tabel 5.1.

Borgernes ressourceforbrug opdeles i tre komponenter ligesom i analyse 4. Dette gør det muligt, at betragte hvorvidt forskellen i ressourceforbrug mellem borgere identificeret som DÆMP, befolkningen 65+ år og den samlede befolkning skyldes 1) hvor stor en andel, der modtager ydelser, 2) om dem, der modtager ydelser generelt har mange kontakter, eller 3) om det skyldes, at behandlingen har et stort eller lille ressourcemæssigt træk.

Der ses store forskelle i udgiften pr. borger mellem borgere identificeret som DÆMP og befolkningen 65+ år. Ressourcetrækket, og dermed udgift pr. borger, er generelt størst for borgere i DÆMP-populationen. Forskellen gælder både i det primære og specialiserede sundhedsvæsen.

Udgiften til indlæggelser er ca. fem gange større

Udgiften pr. borger identificeret som DÆMP til indlæggelser er ca. fem gange større sammenlignet med befolkningen 65+ år. Forskellen skyldes primært differencen i dækningsgraden og intensiteten og dermed i andelen af borgere, der bliver indlagt og antallet af indlæggelser for de borgere, der bliver indlagt. Den ressourcemæssige tyngde af den enkelte indlæggelse varierer kun ganske lidt mellem de to grupper.

Ressourceforbruget er 2,7 gange større til ambulant kontakt

Det er heller ikke den ressourcemæssige tyngde, som kan forklare variationen i udgiften mellem de to grupper, når det gælder ambulante besøg. Forskellen i udgiften pr. ambulant kontakt er kun to pct. hvor udgiften pr. kontakt ved 65+ årige er mindre end ved DÆMP-populationen. Derimod er dækningsgraden og intensiteten størst ved DÆMP-populationen. Ca. 27 pct. point flere i DÆMP-populationen har ambulant kontakt, og de borgere i DÆMP-populationen, der har ambulant kontakt har ca. 7 flere kontakter sammenlignet med befolkningen 65+ år.

Udgiften pr. borger til speciallæge er næsten ens

Forskellen i udgiften pr. borger til speciallæge er forholdsvis lille mellem de to grupper. Borgere identificeret som DÆMP koster i gennemsnit 7 pct. mere end befolkningen 65+ år. Udgiften pr. borger identificeret som DÆMP er større på trods af, at tyngden er større ved befolkningen 65+ år.

DÆMP-populationen har i gennemsnit ca. 25 kontakter til almen praksis i 2015

Udgiften pr. borger er ca. halvanden gang så stor til den almen praktiserende læge ved borgere identificeret som DÆMP sammenlignet med befolkningen 65+ år. Den væsentligste årsag til denne forskel kan forklares ud fra forskellen i intensiteten. DÆMP-populationen har i gennemsnit ca. 24 kontakter til almen praksis, mens befolkningen 65+ år i gennemsnit har ca. 13 kontakter. Det er mellem 93-100 pct. ved begge grupper, som har kontakt til almen praksis.

I udgifterne er basishonoraret til almen praktiserende læge inkluderet. Basishonoraret er en fast takst hver praktiserende læge får for at have en patient tilknyttet (se boks 3.6 for nærmere beskrivelse). I indeværende beregning deles basishonoraret ud på antallet af kontakter, og udgiften pr. kontakt er derfor mindre des flere kontakter borgeren har.

Dette ses i sammenligningen af tyngden i de to grupper. Tyngden af en kontakt er 145 kr. for borgere identificeret som DÆMP, hvor disse borgere har ca. 24 kontakter, mens tyngden af en kontakt for borgere 65+ år er 173 kr., hvor disse borgere har ca. 13 kontakter.

Ressourceforbruget er fire gange større til personlig pleje

Ressourceforbruget pr. borger identificeret som DÆMP er omkring fire gange større til personlig pleje i den kommunale hjemmehjælp sammenlignet med ressourceforbruget pr. borger i befolkningen 65+ år. Blandt borgere identificeret som DÆMP får 33 pct. personlig pleje, mens det kun gør sig gældende for 10 pct. blandt borgere i befolkningen 65+ år. Dertil har de borgere, der får personlig pleje, flere kontakter pr. borger sammenlignet med befolkningen 65+ år. Borgere 65+ år med kontakt til den kommunale hjemmehjælp for personlig pleje har i gennemsnit ca. 600 besøg af 15 minutters varighed, mens borgere identificeret som DÆMP har ca. 725 besøg.

Ressourceforbruget er tre gange større til praktisk hjælp

Ressourceforbruget pr. borger identificeret som DÆMP er omkring tre gange større til praktisk hjælp i den kommunale hjemmehjælp sammenlignet med ressourceforbruget pr. borger i befolkningen 65+ år. Det er dækningsgraden, der er den afgørende faktor for forskellen mellem grupperne. 18 pct. point flere af borgerne identificeret som DÆMP har kontakt til den kommunale hjemmehjælp for praktisk hjælp ift. befolkningen 65+ år.

Halvdelen har kontakt til kommunal hjemmesygepleje

Halvdelen af borgerne identificeret som DÆMP har dage med kontakt til den kommunale hjemmesygepleje, hvor 20 pct. af befolkningen 65+ år har dage med kontakt. Dette er en forklaring på forskellen i ressourceforbruget pr. borger mellem de to grupper. Borgere identificeret som DÆMP koster i gennemsnit 7.500 kr. pr. borger, mens den generelle borger 65+ år koster 2.700 kr.

Tabel 5.1
Dekomponering af udgifter pr. borger i dækningsgrad, intensitet og tyngde

	Ressourceforbrug		Dækningsgrad		Intensitet		Tyngde
	Udgift pr. borger	=	Modtagere pr. borger (pct.)	x	Kontakter pr. modtagere	x	Udgift pr. kontakt (kr.)
Indlæggelser							
DÆMP	85.091		65,6		3,0		43.424
65+ år	18.089		20,5		2,1		41.952
Den samlede befolkning	6.708		11,0		1,8		34.706
Ambulante besøg							
DÆMP	28.930		92,2		13,3		2.361
65+ år	10.720		65,1		6,8		2.411
Den samlede befolkning	5.050		47,1		5,0		2.164
Speciallæge							
DÆMP	1.025		48,9		3,5		600
65+ år	955		48,7		3,2		612
Den samlede befolkning	587		30,7		3,2		593
Almen læge (dagstid) (inkl. basishonorar)							
DÆMP	3.494		99,3		24,3		145
65+ år	2.115		93,4		13,1		173
Den samlede befolkning	1.275		84,7		7,9		191
Kommunal hjemmehjælp (personlig pleje)							
DÆMP	29.519		32,8		724,5		124
65+ år	7.238		9,7		603,2		124
Den samlede befolkning	1.673		2,2		606,7		124
Kommunal hjemmehjælp (praktisk hjælp)							
DÆMP	3.168		28,3		75,1		149
65+ år	1.164		10,4		75,1		149
Den samlede befolkning	272		2,4		75,1		149
Kommunal hjemmesygepleje							
DÆMP	7.466		50,3		115,0		129
65+ år	2.712		19,1		110,0		129
Den samlede befolkning	622		4,8		100,0		129

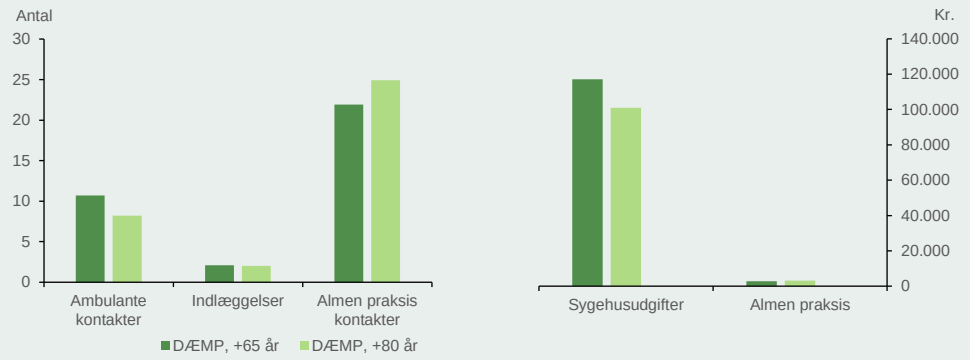
Anm.: For borgere identificeret som DÆMP opgøres fra tidspunktet for indlæggelsen på en medicinsk afdeling og et år frem. For de resterende grupper opgøres for 2015. Borgere kan have benyttet flere områder af sundhedsvæsenet.
Udgifter til almen praksis er opgjort pba. afregnede ydelseshonorarer for ydelser i dagstid samt basishonorar. Se boks 3.6 for forklaring af beregning af basishonorar. Udgifter til ydelseshonorar omfatter både bruttohonorar for kontaktydelser og tillægsydelser.
Udgifter forbundet med somatiske indlæggelser og ambulante besøg er opgjort pba. afregnede DRG-takster for indlæggelsen. DRG-taksterne er beregnet som landsgennemsnitlige udgifter for behandling af patienter, der er grupperet til DRG-grupperne, og er dermed ikke et udtryk for den enkelte kontakts faktiske udgift. Det vil sige, at en given kontakt på sygehuset reelt kan have flere eller færre udgifter forbundet med patientbehandlingen, end der bliver tildelt i DRG-værdi.
Aktivitet og udgifter i det regionale sundhedsvæsen er opgjort på basis af data for hele befolkningen (1. jan. 2015: n = 5.652.400), mens aktivitet og udgifter i det kommunale sundhedsvæsen er opgjort pba. de borgere, der havde bopæl i en 2015 EOJ godkendt kommune (1. jan. 2015: n = 2.231.800). Antallet af borgere samt antallet af modtagere i 2015 er beregnet ud fra en vægtet population. En borger indgår med en vægt svarende til borgerens tid i live i 2015.
Kilde: CPR-registeret, Sygesikringsregisteret, Landspatientregisteret, Elektronisk OmsorgsJournal-data fra kommunerne (EOJ-data), Sundhedsdatastyrelsen samt egne beregninger.

Lige mange indlæggelser på tværs af aldersgrupper

Borgerne identificeret som DÆMP kan opdeles i to aldersgrupper, hhv. borgere fra 65 år op til 80 år og borgere fra og med 80 år og ældre. Antallet af indlæggelser pr. borger er omtrent det samme på tværs af DÆMP 65+ år og DÆMP 80+ år, jf. figur 5.9. I gennemsnit har DÆMP-populationen 80+ år flere kontakter til almen praksis pr. borger end DÆMP-populationen 65+ år, mens DÆMP-populationen 65+ år har flere ambulante kontakter.

I gennemsnit koster en borger identificeret som DÆMP 65+ år 16 pct. mere i sygehusudgifter sammenlignet med en borger identificeret som DÆMP 80+ år. Udgiften pr. borger til almen praksis er 10 pct. større for borgere identificeret som DÆMP 80+ år sammenlignet med DÆMP 65+ år. Samlet koster den yngste gruppe identificeret som DÆMP mindre i sundhedsvæsenet end den ældste gruppe.

Figur 5.9
Antal kontakter pr. borger, DÆMP opdelt i to aldersgrupper, 2014



Anm.: Opgørelsen dækker over 60 kommuner. De resterende kommuner er fravalgt grundet manglende eller mangelfulde data vedr. kommunal kontakt. Sygehusudgifter dækker både over ambulante kontakter og indlæggelser. Populationen omfatter alle borgere, som pr. 1. januar 2014 er fyldt 65 år og har bopæl i en dansk kommune. Desuden gælder det, at borgeren fortsat er i live og har en dansk bopælskommune ved udgangen af 2014. Dvs. borgere, der dør, udrejser eller forsvinder i løbet af 2014 er taget ud
Kilde: CPR-registeret, Landspatientregistret (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

5.4 Akutte-, forebyggelige- og genindlæggelser

I det følgende beskrives andelen af akutte og forebyggelige indlæggelser pr. indlæggelse samt genindlæggelsesfrekvensen for borgere identificeret som DÆMP fra 65 år op til 80 år og borgere fra og med 80 år, jf. boks 5.3. De to DÆMP-populationer sammenlignes med hhv. borgere 65+ år og borgere 80+ år. Ydermere opdeles grupperne på om de har modtaget kommunale pleje- og omsorgsydelser. De kommunale pleje- og omsorgsydelser dækker over hjemmesygepleje, personlig pleje, praktisk hjælp eller om borgeren i løbet af året har haft bopæl i en kommunal plejebolig.

Boks 5.3
Definition af akutte-, forebyggelige- og genindlæggelser

Akutte indlæggelser er en ikke-planlagt og øjeblikkelig indlæggelse.

Forebyggelige indlæggelser er indlæggelser, der ofte er mulige at forebygge ved at ændre eller forbedre indsatsen i kommuner og/eller regioner. En forebyggelig indlæggelse betegner en indlæggelse, hvor den primære diagnose tilhører en af følgende diagnosegrupper: dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejssygdom, blærebetændelse, gastroenteritis, brud, ernæringsbetinget anæmi (blodmangel), sociale og plejemæssige forhold og/eller tryksår.

Genindlæggelser er en ikke-planlagt og øjeblikkelig indlæggelse, der finder sted senest 30 dage efter seneste udskrivning.

DÆMP populationen 80+ år har flest akutte indlæggelser pr. indlæggelse

For borgere identificeret som DÆMP 80+ år er 88 pct. af indlæggelserne akutte indlæggelser og har dermed 6 pct. point flere akutte indlæggelser pr. indlæggelse sammenlignet med den generelle befolkning 80+ år, jf. figur 5.10. For begge grupper gælder det, at borgere med kommunal kontakt andelsmæssigt har flere akutte indlæggelser pr. indlæggelse sammenlignet med borgere uden kommunal kontakt.

Den generelle befolkning 65+ år har 11 pct. point færre akutte indlæggelser pr. indlæggelse end DÆMP-populationen 65+ år. For begge grupper gælder ligeledes, at det er borgerne uden kommunal kontakt, der andelsmæssigt har færre akutte indlæggelser pr. indlæggelse.

DÆMP 80+ år og den generelle befolkning 80+ år har lige mange forebyggelige indlæggelser pr. indlæggelse

For både borgere identificeret som DÆMP 80+ år og den generelle befolkning 80+ år gælder det, at 18 pct. af indlæggelserne er forebyggelige indlæggelser, jf. figur 5.11. Borgerne 65+ år har færre forebyggelige indlæggelser end borgerne 80+ år. Ligeledes gælder dog for borgere identificeret som DÆMP 65+ år og den generelle befolkning 65+ år, at de har næsten lige mange forebyggelige indlæggelser pr. indlæggelse. Forskellen er her 1 pct. point. For alle grupperne er det borgerne med kommunal kontakt, der andelsmæssigt har flere forebyggelige indlæggelser pr. indlæggelse.

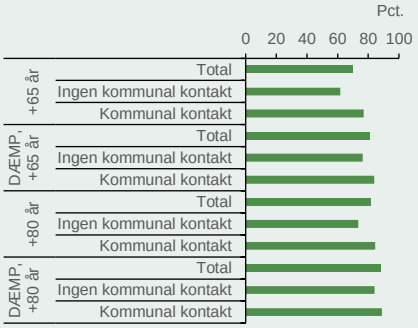
Genindlæggelsesfrekvensen er mindst for borgere uden kommunal kontakt

For alle grupperne gælder, at genindlæggelsesfrekvensen er mindst for borgerne uden kommunal kontakt, jf. figur 5.12.

Genindlæggelsesfrekvensen er størst for DÆMP-populationen 80+ år

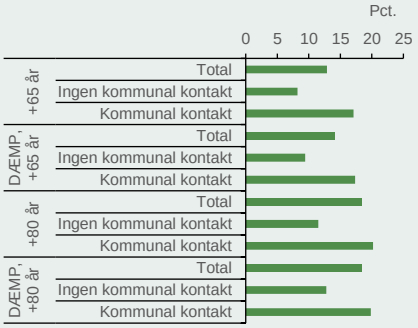
Genindlæggelsesfrekvensen er på 12 pct. for DÆMP-populationen 80+ år, mens frekvensen er på 10 pct. for den generelle befolkning 80+ år. For DÆMP-populationen 65+ år er genindlæggelsesfrekvensen på 10 pct. og dermed lidt mindre end for DÆMP-populationen 80+ år. Den generelle befolkning 65+ år har den laveste frekvens på 8 pct.

Figur 5.10
Andel akutte indlæggelser pr. indlæggelse



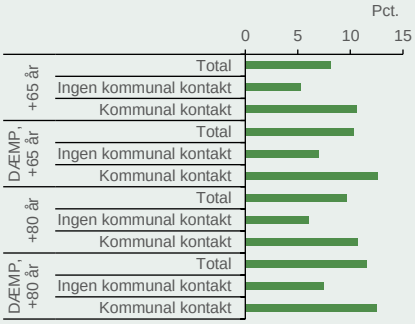
Anm.: Opgørelsesår: 2014. Opgørelsen dækker over 60 kommuner. De resterende kommuner er fravalgt grundet manglende eller mangelfulde data vedr. kommunal kontakt. Populationen omfatter alle borgere, som pr. 1. januar 2014 er fyldt 65 år og har bopæl i en dansk kommune. Desuden gælder, at borgeren fortsat er i live og har en dansk bopælskommune ved udgangen af 2014. Dvs. borgere, der dør, udrejser eller forsvinder i løbet af 2014 er taget ud.
Kilde: CPR-registeret, Landspatientregistret (DRG-grupperet), Elektronisk OmsorgsJournaldata fra kommunerne samt kommunale indberetninger af plejeboligoplysninger indsamlet 2014-15 af Sundhedsdatastyrelsen, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 5.11
Andel forebyggelige indlæggelser pr. indlæggelse



Anm.: Opgørelsesår: 2014. Opgørelsen dækker over 60 kommuner. De resterende kommuner er fravalgt grundet manglende eller mangelfulde data vedr. kommunal kontakt. Populationen omfatter alle borgere, som pr. 1. januar 2014 er fyldt 65 år og har bopæl i en dansk kommune. Desuden gælder, at borgeren fortsat er i live og har en dansk bopælskommune ved udgangen af 2014. Dvs. borgere, der dør, udrejser eller forsvinder i løbet af 2014 er taget ud.
Kilde: CPR-registeret, Landspatientregistret (DRG-grupperet), Elektronisk OmsorgsJournaldata fra kommunerne samt kommunale indberetninger af plejeboligoplysninger indsamlet 2014-15 af Sundhedsdatastyrelsen, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 5.12
Genindlæggelsesfrekvens



Anm.: Opgørelsesår: 2014. Opgørelsen dækker over 60 kommuner. De resterende kommuner er fravalgt grundet manglende eller mangelfulde data vedr. kommunal kontakt. Populationen omfatter alle borgere, som pr. 1. januar 2014 er fyldt 65 år og har bopæl i en dansk kommune. Desuden gælder, at borgeren fortsat er i live og har en dansk bopælskommune ved udgangen af 2014. Dvs. borgere, der dør, udrejser eller forsvinder i løbet af 2014 er taget ud.
Kilde: CPR-registeret, Landspatientregistret (DRG-grupperet), Landspatientregistret, Elektronisk OmsorgsJournaldata fra kommunerne samt kommunale indberetninger af plejeboligoplysninger indsamlet 2014-15 af Sundhedsdatastyrelsen, Sundhedsdatastyrelsen.

Litteratur

Center for boligforskning (2017): *Flere og flere bor alene.* Link: http://boligforskning.dk/flere-bor-alene.

Frølich, A., Olesen, F. og Kristensen, I. (2017): *Hvidbog om multisygdom. Dokumentation af multisygdom i det danske samfund – fra silotænkning til sammenhæng.*

Sundheds- og Ældreministeriet (2016): *Styrket indsats for den ældre medicinske patient. National handlingsplan 2016.*

Boks 5.4
Studiepopulationen

I indeværende opgørelse er studiepopulationen opgjort på to forskellige måder i forhold til om data stammer fra regionalt eller kommunalt regi.

Opgørelsen af det regionale data omfatter alle borgere med en gyldig dansk bopælsregion pr. 1. januar for DÆMP-populationen og pr. 1. januar 2015 for de resterende grupper, jf. CPR-registeret.

Opgørelsen af kommunale pleje- og omsorgsydelser er afgrænset til borgere fra kommuner med "godkendte" data om hhv. hjemmehjælp og hjemmesygepleje fra EOJ samt indberettede oplysninger om plejeboliger.

I opgørelsen for 2015 indgår borgere fra 40 kommuner. Aktivitets- og udgiftsopgørelsen for borgere med KOL, type 2-diabetes og den samlede befolkning er dermed opgjort for disse kommuner. DÆMP er defineret ud fra en indlæggelse i 2014 og derefter ydelsesforbruget i 12 måneder efter. Det kræver dermed, at kommunen både skal være godkendt i 2014 og 2015. I alt indgår 25 kommuner.

I nedenstående tabel ses antallet af borgere i hver gruppe.

Studiepopulation ift. data oprindelse			
	DÆMP	65+ år	Den samlede befolkning
Regionalt data	142.750	1.051.150	5.652.400
Kommunalt data	38.050	441.200	2.231.800
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen			

Der ses ikke væsentlige forskelle mellem den totale studiepopulation og den afgrænsede studiepopulation med hensyn til fx alder, køn og sygelighed – der er dog forskel ift. regionsfordelingen.

Studiepopulation ift. data oprindelse opdelt på udvalgte karakteristika				
		DÆMP	65+ årige	Den samlede befolkning
Alder, gnms.	Regionalt data	77,0	74,2	40,6
	Kommunalt data	77,0	74,3	41,4
Køn, andel mænd	Regionalt data	48,4	45,6	49,7
	Kommunalt data	48,5	45,6	49,7
Andel med komorbiditet	Regionalt data	68,0	46,5	21,3
	Kommunalt data	78,8	46,6	22,1
Region Nordjylland	Regionalt data	10,2	11,1	10,3
	Kommunalt data	17,1	11,2	12,1
Region Midtjylland	Regionalt data	21,1	21,7	22,7
	Kommunalt data	7,9	22,9	23,4
Region Syddanmark	Regionalt data	20,4	22,8	21,3
	Kommunalt data	43,2	37,9	37,6
Region Hovedstaden	Regionalt data	33,2	27,9	31,2
	Kommunalt data	28,5	22,0	21,4
Region Sjælland	Regionalt data	15,1	16,5	14,5
	Kommunalt data	3,4	5,9	5,5
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen				

Sammenligningen mellem de forskellige grupper skal tages med forbehold. Gruppernes karakteristika er forskellige, og særligt gruppernes alder og andel der dør inden for et år er forskellige. Da dette i høj grad hænger sammen med aktivitet og udgifter i sundhedsvæsenet er det væsentligt at være opmærksom på det som en del af årsagsforklaringen.

Tabel 5.2

Dekomponering af udgifter til almen praksis pr. borger i dækningsgrad, intensitet og tyngde, inklusiv og eksklusiv basishonorar

	Ressourceforbrug		Dækningsgrad		Intensitet		Tyngde
	Udgift pr. borger	=	Modtagere pr. borger (pct.)	x	Kontakter pr. modtagere	x	Udgift pr. kontakt (kr.)
Almen læge (dagstid) (ekskl. basishonorar)							
DÆMP	3.086		99,3		24,3		128
65+ år	1.709		93,4		13,1		140
Den samlede befolkning	869		84,7		7,9		130
Almen læge (dagstid) (inkl. basishonorar)							
DÆMP	3.494		99,3		24,3		145
65+ år	2.115		93,4		13,1		173
Den samlede befolkning	1.275		84,7		7,9		191

Anm.: For borgere identificeret som DÆMP opgøres fra tidspunktet for indlæggelsen på en medicinsk afdeling og et år frem. For de resterende grupper opgøres for 2015.
Udgifter til almen praksis er opdelt, hvor den ene angiver udgifterne til ydelseshonorareret og den anden summen af ydelseshonoraret og basishonoraret. Se boks 3.6 for forklaring af beregning af basishonorar. Udgifter til ydelseshonorar omfatter både bruttohonorar for kontaktydelser og tillægsydelser.
Aktivitet og udgifter i det regionale sundhedsvæsen er opgjort på basis af data for hele befolkningen (1. jan. 2015: n = 5.652.400). Antallet af borgere samt antallet af modtagere i 2015 er beregnet ud fra en vægtet population. En borger indgår med en vægt svarende til borgerens tid i live i 2015.

Kilde: CPR-registeret, Sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Analyse 6: Forløbet i sundhedsvæsenet før og efter en indlæggelse

En større andel borgere med KOL og type 2-diabetes og borgere identificeret som DÆMP oplever at blive indlagt sammenlignet med den samlede befolkning. I 2015 blev 11 pct. af borgerne i Danmark indlagt, hvor 31,9 pct. af borgerne med KOL, 23,7 pct. af borgerne med type 2-diabetes og 65,6 pct. af DÆMP-populationen blev indlagt jf. tabel 4.1 og 5.1.

Indlæggelser udgør den største udgift pr. borger for de tre grupper. Udgiften til indlæggelser var ca. dobbelt så stor for en borger med kronisk sygdom som udgiften til ambulant kontakt og ca. dobbelt så stor som til kommunal hjemmepleje og hjemmesygepleje samlet.

Selve indlæggelsen er dog sjældent den eneste kontakt til sundhedsvæsenet, men er ofte forbundet med andre indsatser og kontaktflader. Eksempelvis kan der være kontakt til almen praksis før ift. diagnosticering og et efterfølgende kontrolforløb eller kontakt til ambulatoriet for patienter, der følges på sygehus.

Forebyggelse af indlæggelser kan have stor betydning for borgeren, da det potentielt kan betyde, at sygdommen forebygges på et tidligere stadie i helbredsudviklingen og borgeren dermed undgår unødvendig sygdom. Forebyggelsen af indlæggelser kan derudover mindske sektorovergange og skabe bedre sammenhæng i indsatsen for en kroniker.

Derudover kan forebyggelse af indlæggelser have stort potentiale ift. at nedsætte ressourceforbruget i sundhedsvæsenet for netop disse borgergrupper. Kontaktmønsteret i perioden op til og efter en indlæggelse kan vise, hvilke instanser i sundhedsvæsenet borgeren har kontakt med, hvor mange af borgerne de forskellige instanser er i kontakt med samt hvornår i forløbet borgeren har kontakt med sundhedsvæsenet.

Kontaktmønsteret i perioden op til og efter en indlæggelse kan være en indikator for, hvor det er muligt at sætte ind med en forebyggelsesindsats og eventuelt være en indikator for, hvor det er muligt at styrke indsatsen før og efter en indlæggelse.

I denne analyse beskrives forløbet i det regionale sundhedsvæsen og den kommunale hjemmehjælp før og efter en indlæggelse. Herunder undersøges, hvorvidt indlæggelsesart (akut/elektiv), alder, boligstatus, arbejdsmarkedstilknytning og bopælsregion har betydning for kontaktmønsteret. Til sidst uddybes kontaktmønsteret i de sidste 30 dage før en indlæggelse.

Hovedresultaterne i analysen er:

- *I månederne før en indlæggelse stiger andelen af kontakter til sundhedsvæsenet. I måneden(erne), som er berørt af borgerens indlæggelse er andelen af kontakter til både det primære og specialiserede sundhedsvæsen størst, hvorimod andelen falder i månederne efter indlæggelsen.*

- *Tre måneder efter indlæggelsen er andelen med kontakt til almen praksis ca. 20-25 pct. point mindre end tre måneder før indlæggelsen.*

- *Det er en relativt lille andel af borgerne, der har kontakt til hjemmepleje, mens almen praksis har en betydelig større berøringsflade. Det kan indikere, at den kommunale hjemmepleje, sammenlignet med almen praksis, kun har mulighed for at opspore en uhensigtsmæssig helbredsudvikling blandt et mindre antal kronisk syge borgere.*

- *Kontaktmønsteret før og efter en indlæggelse er overraskende ens på tværs af borgere med KOL, type 2-diabetes og DÆMP. Dertil varierer det kun i ganske lille grad på tværs af alder og arbejdsmarkedstilknytning. Dog synes boligstatus og bopælsregion at spille en rolle for omfanget af kontakter før og efter indlæggelsen.*

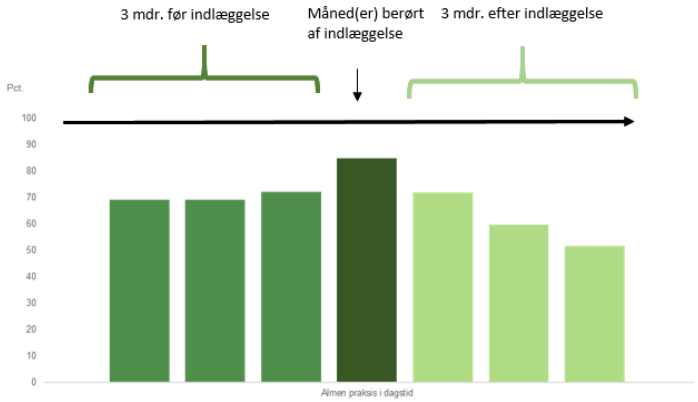
- *Hvorvidt borgeren indlægges akut eller elektivt har betydning for antallet af kontakter pr. borger. Hvis borgeren indlægges akut er antallet af minutter til kommunal hjemmepleje, særligt personlig pleje, større i hele forløbet end hvis borgeren indlægges elektivt.*

- *Omkring 94 pct. af borgerne har kontakt med sundhedsvæsenet 30 dage inden indlæggelsen. Omkring en tredjedel af de borgere, der indlægges elektivt har kontakt med sundhedsvæsenet 2-10 dage inden indlæggelsen, mens halvdelen af de borgere, der indlægges akut har kontakt på samme dag som indlæggelsen.*

- *En mere intensiv kontakt til almen praksis er ikke forbundet med en lavere risiko for sygehuskontakt. I en statistisk analyse findes det, at for hver gang en borger med KOL har én kontakt mere til almen praksis pr. år er der 3,4 pct. større risiko for, at borgeren har en indlæggelse og næsten 10 pct. større risiko for, at borgeren har et ambulant besøg.*

6.1 Kontaktmønsteret før og efter en indlæggelse

Forløbet i det regionale sundhedsvæsen og den kommunale hjemmehjælp før og efter en indlæggelse illustreres ud fra andelen af borgere med kontakt samt antallet af kontakter pr. borger 3 måneder før indlæggelsen, i måneden(erne) berørt af indlæggelsen og 3 måneder efter indlæggelsen.



Analyserne betragter alene borgere som bliver indlagt. Dvs. at der ikke ses på borgere, som ikke blev indlagt, men var i risiko for indlæggelse. Nogle borgere undgår måske en indlæggelse pga. en særlig indsats eller forløb, og disse borgere er pr. definition ikke med i beskrivelsen. Yderligere er det ikke muligt at identificere en kontrolgruppe, da det ikke er muligt at identificere borgere, der havde samme risiko for at blive indlagt, men ikke blev indlagt. Dette har betydning for tolkning af tallene generelt i denne analyse.

Yderligere er analyserne betinget på, at borgeren ikke har en indlæggelse 6 mdr. forinden. Indlæggelsen antages dermed ikke at være knyttet til tidligere indlæggelser.

Det er ikke muligt at inkludere hjemmesygepleje i forløbet før og efter en indlæggelse, da data vedr. hjemmesygepleje ikke vurderes validt i forhold til at opdele kontakterne pr. måned. Yderligere er alle ydelser summeret på en specifik måned, hvorfor hjemmesygeplejen ikke kan kategoriseres i forhold til indlæggelsen.

Andelen af borgere med kontakt stiger i månederne før en indlæggelse

Figur 6.1 viser forløbet før og efter en indlæggelse i det regionale sundhedsvæsen og den kommunale hjemmehjælp. I månederne før en indlæggelse stiger andelen af borgere med kontakt til sundhedsvæsenet. I måned(erne) berørt af indlæggelse er andelen af borgere med kontakt til både det primære og specialiserede sundhedsvæsen størst, mens andelen falder i månederne efter. Forløbet før og efter en indlæggelse er overraskende ens på tværs af borgere med KOL, type 2-diabetes og borgere identificeret som DÆMP.

Det er særligt andelen med ambulant kontakt, kontakt til almen praksis, både i og uden for dagstid, og vagtlægen, der påvirkes af indlæggelsen. Andelen som modtager kommunal hjemmehjælp til personlig pleje stiger en anelse i måneden(erne) berørt af indlæggelse, mens andelen der modtager praktisk hjælp ikke påvirkes meget af indlæggelsen.

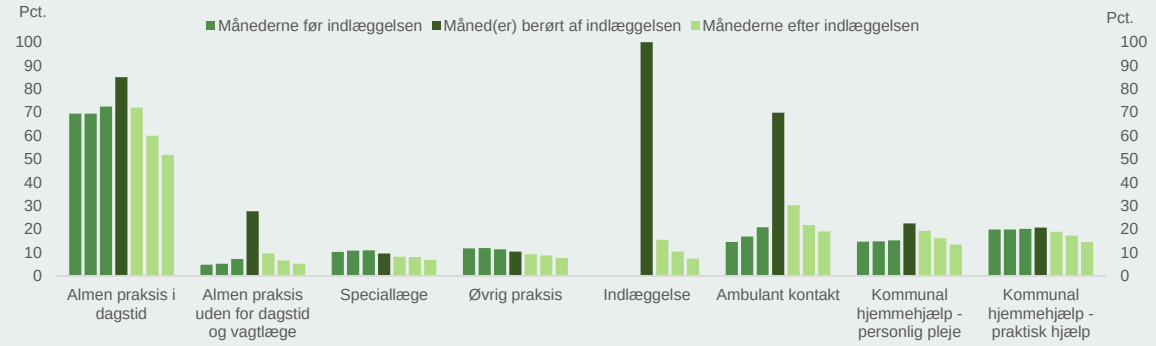
Lille kommunal berøringsflade i månederne op til og efter en indlæggelse

Sammenlignet med almen praksis er det en relativ lille andel af borgerne med såvel KOL, type 2-diabetes og DÆMP, som har kontakt til den kommunale pleje i månederne før og efter en indlæggelse. Det er således omkring 70 pct. af

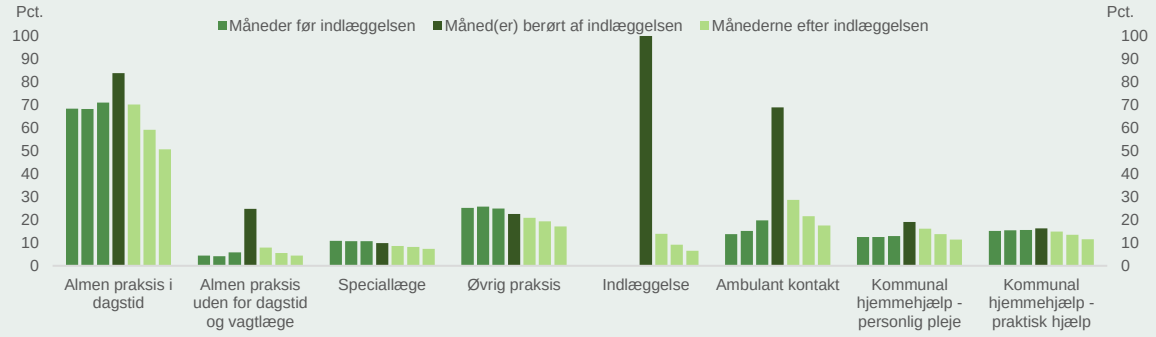
borgerne som ser almen praksis i månederne før, mens det kun er 10-20 pct. af borgerne, som ser den kommunale pleje.

Figur 6.1
Andelen af borgere med kontakt

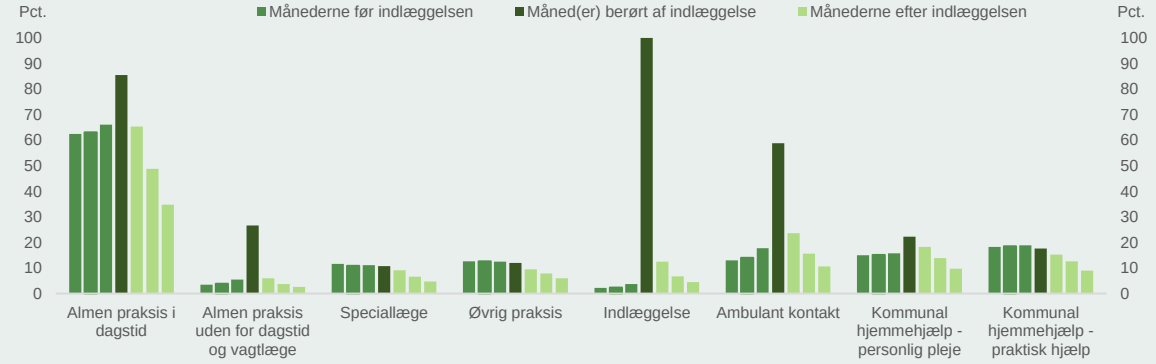
KOL



Type 2-diabetes



DÆMP



Anm.: Opgørelsen omfatter borgere identificeret med KOL eller type 2-diabetes, som pr. 1 jan. 2015 og 1. jan. 2016 havde bopæl i en 2015 EOJ godkendt kommune, og som havde en indlæggelse i månederne januar til og med oktober i 2015 og borgere identificeret som DÆMP (se evt. boks 5.1 for definition af DÆMP), som pr. 1 januar 2014 og 1. januar 2015 havde bopæl i en kommune med godkendt EOJ-data, og hvis den indlæggelse, der identificerede borgeren som værende DÆMP var i månederne fra april til og med oktober i 2014. Populationen i opgørelsen er derved 10.100 borgere med KOL, 9.550 borgere med type 2-diabetes og 14.800 borgere identificeret som DÆMP.
I opgørelsen ses der på aktivitet i sundhedsvæsenet i kalendermåneder berørt af indlæggelse samt kalendermåneder før og efter. Som følge heraf er aktiviteten i måneder berørt af indlæggelse ofte en kombination af aktivitet før og efter. Dette skyldes, at hjemmeplejekontakten i de anvendte EOJ-data er summeret til et gennemsnitligt antal minutter pr. uge i de forskellige kalendermåneder.
Kilde: Sygesikringsregisteret, Landspatientregisteret og Reviderede algoritmer for Udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (august 2016), Elektronisk OmsorgsJournaldata fra kommunerne (EOJ-data), Sundhedsdatastyrelsen.

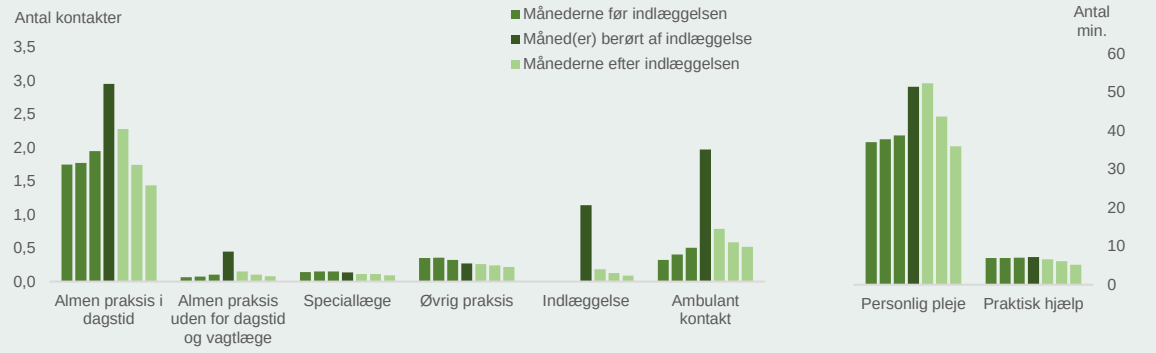
Antallet af kontakter pr. borger ændrer sig før og efter en indlæggelse

Overordnet ændrer antallet af kontakter pr. borger sig med samme mønster som andelen af borgere med kontakt, jf. figur 6.2. Det er ligeledes i måneden berørt af indlæggelsen, hvor antallet af kontakter er størst.

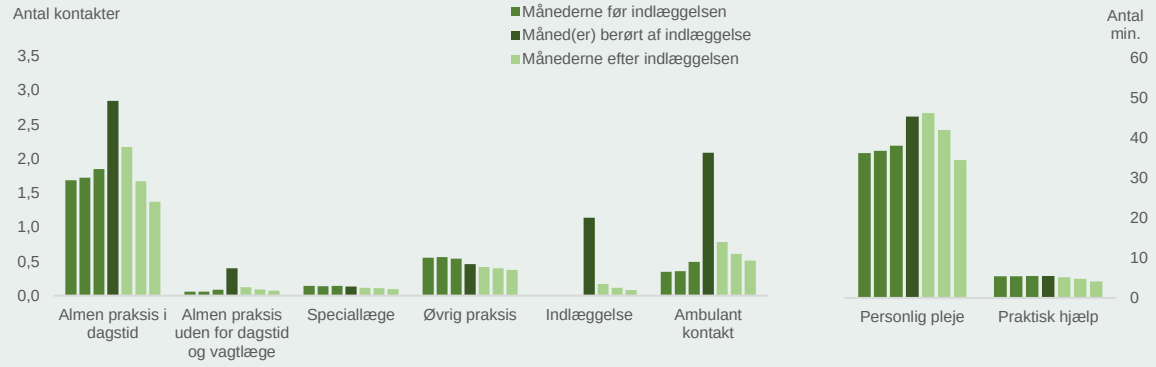
Forløbet før og efter en indlæggelse er ligeledes relativt ens på tværs af borgere med KOL, type 2-diabetes og borgere identificeret som DÆMP. Dog ændrer antallet af minutter til den kommunale hjemmehjælp til personlig pleje sig særligt for borgere identificeret som DÆMP, hvor antallet stiger væsentligt i måneden berørt af indlæggelsen ift. måneden lige inden indlæggelsen.

Figur 6.2
Gennemsnitligt antal kontakter pr. borger

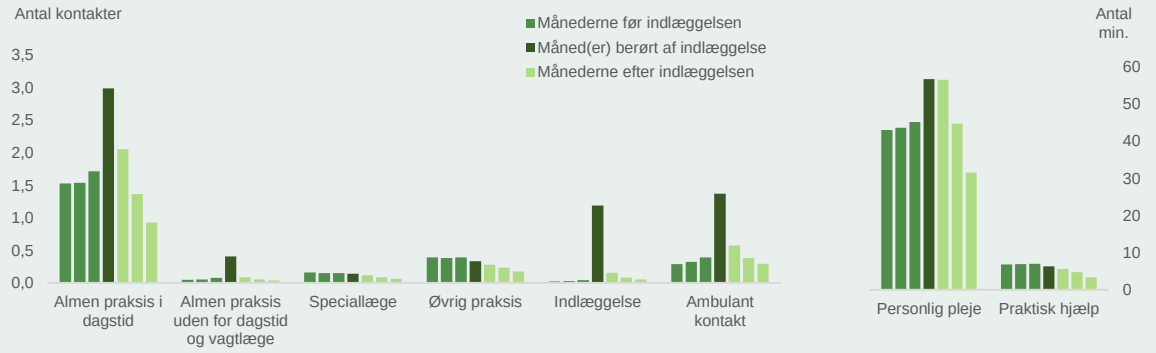
KOL



Type 2-diabetes



DÆMP



Anm.: Opgørelsen omfatter borgere identificeret med KOL eller type 2-diabetes, som pr. 1 jan. 2015 og 1. jan. 2016 havde bopæl i en 2015 EOJ godkendt kommune, og som havde en indlæggelse i månederne januar til og med oktober i 2015 og borgere identificeret som DÆMP (se evt. boks 5.1 for definition af DÆMP), som pr. 1 januar 2014 og 1. januar 2015 havde bopæl i en kommune med godkendt EOJ-data, og hvis den indlæggelse, der identificerede borgeren som værende DÆMP var i månederne fra april til og med oktober i 2014. Borgere med KOL eller type 2-diabetes som har en indlæggelse 6 måneder forud for opgørelsesindlæggelsen er ekskluderet.
I opgørelsen ses der på aktivitet i sundhedsvæsenet i kalendermåneder berørt af indlæggelse samt kalendermåneder før og efter. Som følge heraf er aktiviteten i måneder berørt af indlæggelse ofte en kombination af aktivitet før og efter. Dette skyldes, at hjemmeplejekontakten i de anvendte EOJ-data er summeret til et gennemsnitligt antal minutter pr. uge i de forskellige kalendermåneder.
Kilde: Sygesikringsregisteret, Landspatientregisteret og Reviderede algoritmer for Udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (august 2016), Elektronisk OmsorgsJournaldata fra kommunerne (EOJ-data), Sundhedsdatastyrelsen.

6.2 Kontaktmønster opdelt på indlæggelsesart, boligstatus, arbejdsmarkedstilknytning og bopælsregion

Kontaktmønsteret til sundhedsvæsenet før og efter en indlæggelse ændrer sig i forhold til om indlæggelsen er akut eller elektiv, borgerens boligsituation og borgerens bopælsregion. Kontaktmønsteret ændrer sig næsten ikke i forhold til alder og arbejdsmarkedstilknytning.

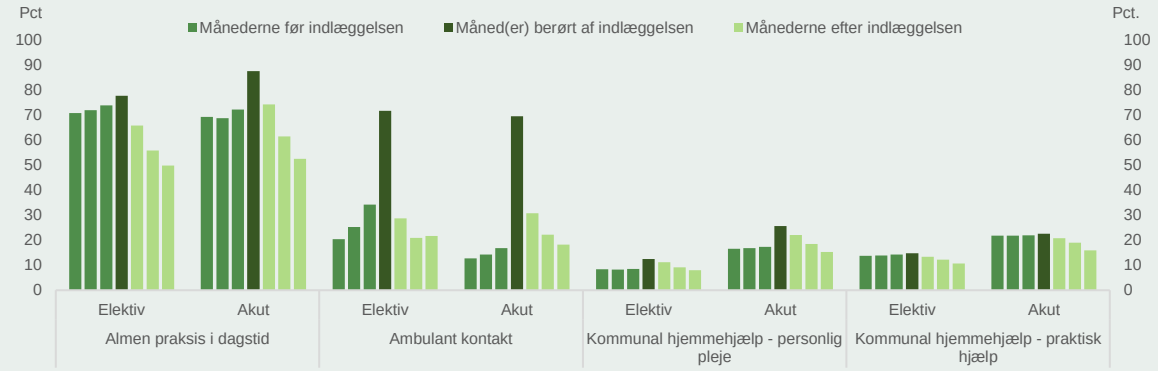
Kontaktmønsteret er generelt det samme for både borgere med KOL, type 2-diabetes og DÆMP, og derfor vises andelen af borgere med kontakt til sundhedsvæsenet opdelt på de forskellige parametre kun for borgere med KOL.

Borgere, som indlægges akut, har flere kontakter til hjemmehjælp

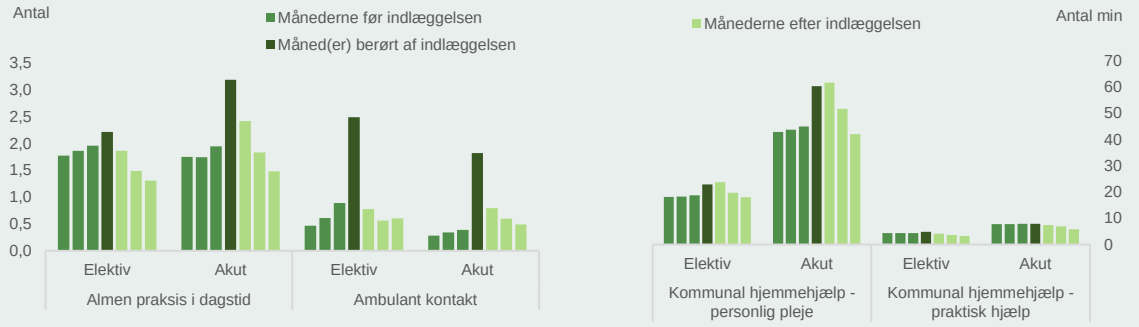
Figur 6.3 viser andelen af borgere og det gennemsnitlige antal kontakter pr. borger med kontakt til almen praksis, ambulant kontakt samt kontakt til den kommunale hjemmehjælp opdelt efter om indlæggelsen er foretaget akut eller elektivt.

Der er forskel på det gennemsnitlige antal minutter til personlig pleje afhængig af om borgere med KOL indlægges akut eller elektivt, jf. den nederste figur i figur 6.3. En borger med KOL, der indlægges akut, har 2-3 gange så mange minutter med personlig pleje end en borger, der indlægges elektivt. Der ses en tydeligere sammenhæng mellem indlæggelsen og antal minutter til personlig pleje i månederne efter indlæggelse, når indlæggelsen er foretaget akut. Antallet af minutter stiger med 15 minutter i måneden, der er berørt af den akutte indlæggelse og månederne efter, hvor elektiv indlæggelse kun stiger med 4 minutter.

Figur 6.3
KOL
Andelen af borgere med kontakt



Gennemsnitligt antal kontakter pr. borger

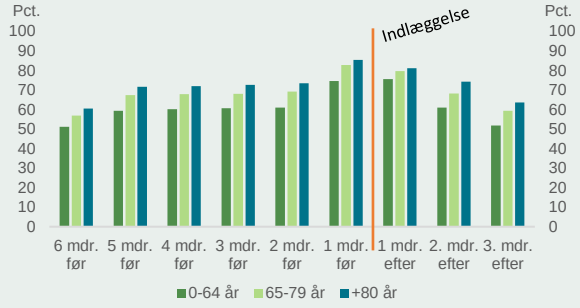


Anm.: Opgørelsen omfatter borgere identificeret med KOL eller type 2-diabetes, som pr. 1 jan. 2015 og 1. jan. 2016 havde bopæl i en 2015 EOJ godkendt kommune, og som havde en indlæggelse i månederne januar til og med oktober i 2015. Borgere som har en indlæggelse 6 måneder forud for opgørelsesindlæggelsen er ekskluderet.
I opgørelsen ses der på aktivitet i sundhedsvæsenet i kalendermåneder berørt af indlæggelse samt kalendermåneder før og efter. Som følge heraf er aktiviteten i måneder berørt af indlæggelse ofte en kombination af aktivitet før og efter. Dette skyldes, at hjemmeplejekontakten i de anvendte EOJ-data er summeret til et gennemsnitligt antal minutter pr. uge i de forskellige kalendermåneder.
Kilde: Sygesikringsregisteret, Landspatientregisteret og Reviderede algoritmer for Udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (august 2016), Elektronisk OmsorgsJournaldata fra kommunerne (EOJ-data), Sundhedsdatastyrelsen.

Begrænset forskel i kontaktmønsteret på tværs af aldersgrupper

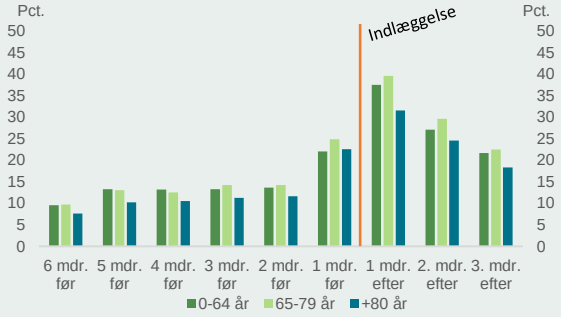
Figur 6.4 og 6.5 viser andelen af borgere med kontakt til almen praksis og ambulant kontakt før og efter en indlæggelse opdelt på aldersgrupper. Generelt har en større andel i aldersgruppen 80+ år kontakt til almen praksis, men udviklingen i andelen med kontakt før og efter en indlæggelse synes ikke at ændre sig med alderen. Relativt stiger andelen lige meget i alle tre aldersgrupper jf. 6.4. I aldersgruppen 65-79 år har den største andel derimod ambulant kontakt. Andelen med ambulant kontakt er størst i måneden efter en indlæggelse, hvor andelen særligt stiger for borgere i aldersgrupperne 0-64 år og 65-79 år, mens andelen stiger relativt mindre for den ældste aldersgruppe jf. figur 6.5.

Figur 6.4
Andel borgere med KOL med kontakt til almen praksis opdelt i aldersgrupper



Anm.: Opgørelsen indeholder borgernes aktivitet 6 måneder forud og 3 måneder efter borgerens første indlæggelse i 2015, som er opgørelsesindlæggelsen. Aktiviteten i praksissektoren opgøres på behandlingsdatoen. Aktiviteten opgøres månedsvis.
Kilde: Sygesikringsregisteret, Landspatientregisteret, og Reviderede algoritmer for Udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (august 2016), Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 6.5
Andel borgere med KOL med ambulant kontakt opdelt i aldersgrupper



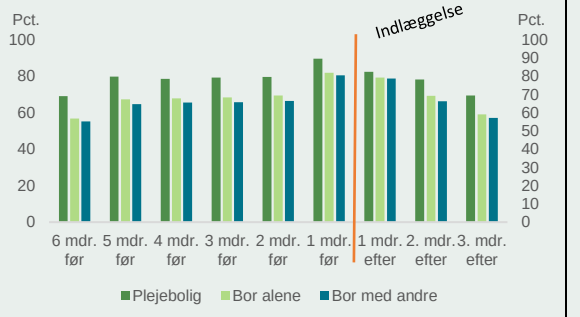
Anm.: Opgørelsen indeholder borgernes aktivitet i praksissektoren og det somatiske sygehusvæsen 6 måneder forud og 3 måneder efter borgerens første indlæggelse i 2015, som er opgørelsesindlæggelsen. Ambulante besøg opgøres forud for første indlæggelse i 2015 på udskrivningsdatoen, hvorimod det i perioden efter indlæggelse opgøres på indskrivningsdatoen. Aktiviteten opgøres månedsvis.
Kilde: Sygesikringsregisteret, Landspatientregisteret, og Reviderede algoritmer for Udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (august 2016), Sundhedsdatastyrelsen.

Andelen af borgere med ambulant kontakt synes at ændre sig ift. borgerens boligstatus

Andelen af borgere med kontakt til almen praksis før og efter en indlæggelse følger omtrent det samme mønster uanset boligstatus, jf. figur 6.6. Generelt har flere borgere, der bor i plejebolig, kontakt til almen praksis, mens det er ca. samme niveau for borgere, der bor alene og borgere, der bor sammen med andre.

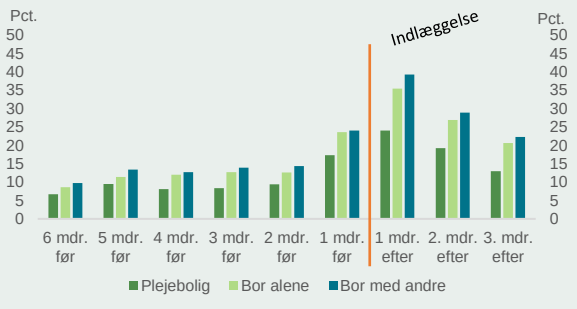
Andelen af borgere med ambulant kontakt før og efter en indlæggelse synes at være påvirket af borgerens boligstatus. I figur 6.7 ses det, at færre borgere i plejebolig har ambulant kontakt sammenlignet med borgere, der bor alene eller sammen med andre.

Figur 6.6
Andel borgere med KOL med kontakt til almen praksis opdelt i boligstatus



Anm.: Boligstatus pr. 1. januar i opgørelsesåret for borgere 18+ år. Borgere med ukendt boligstatus er ikke vist i grafen (n=50). Opgørelsen indeholder borgernes aktivitet 6 måneder forud og 3 måneder efter borgerens første indlæggelse i 2015, som er opgørelsesindlæggelsen. Aktiviteten i praksissektoren opgøres på behandlingsdatoen. Aktiviteten opgøres månedsvis.
Kilde: Sygesikringsregisteret, Landspatientregisteret, og Reviderede algoritmer for Udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (august 2016), Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 6.7
Andel borgere med KOL med ambulant kontakt opdelt i boligstatus



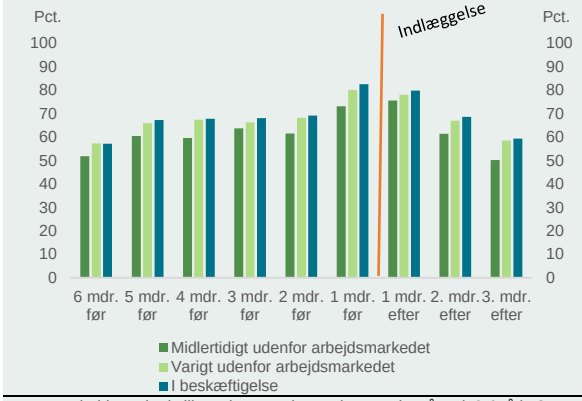
Anm.: Boligstatus pr. 1. januar i opgørelsesåret for borgere 18+ år. Borgere med ukendt boligstatus er ikke vist i grafen (n=50). Opgørelsen indeholder borgernes aktivitet i praksissektoren og det somatiske sygehusvæsen 6 måneder forud og 3 måneder efter borgerens første indlæggelse i 2015, som er opgørelsesindlæggelsen. Ambulante besøg opgøres forud for første indlæggelse i 2015 på udskrivningsdatoen, hvorimod det i perioden efter indlæggelse opgøres på indskrivningsdatoen. Aktiviteten opgøres månedsvis.
Kilde: Sygesikringsregisteret, Landspatientregisteret, og Reviderede algoritmer for Udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (august 2016), Sundhedsdatastyrelsen.

Andelen af borgere med kontakt til sundhedsvæsenet synes ikke at være påvirket af arbejdsmarkedstilknytningen

Opdeles andelen af borgere ud fra om de er i beskæftigelse, midlertidigt uden for arbejdsmarkedet eller varigt uden for arbejdsmarkedet ses der ikke den store forskel i forhold til mønsteret i andelen med kontakt til hhv. almen praksis og med ambulant kontakt i forløbet før og efter en indlæggelse, jf. figur 6.8.

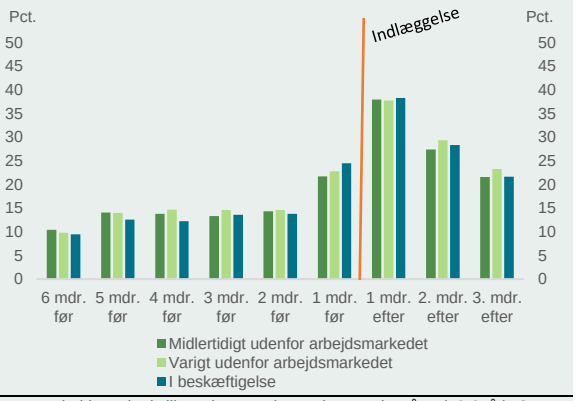
Generelt har en større andel af borgere i beskæftigelse kontakt til almen praksis, hvilket gør sig gældende i månederne både før og efter indlæggelsen. Derimod har en større andel af borgere, der er uden for arbejdsmarkedet ambulant kontakt, jf. figur 6.9. I måneden lige inden og lige efter indlæggelsen ændrer det sig dog, hvor andelen af borgere i beskæftigelse er størst. Forskellen er dog ikke særlig stor.

Figur 6.8
Andel borgere med KOL med kontakt til almen praksis opdelt i arbejdsmarkedstilknytning



Anm.: Arbejdsmarkedstilknytning pr. 1 januar i opgørelsesåret (16-64år). Opgørelsen indeholder borgernes aktivitet 6 måneder forud og 3 måneder efter borgerens første indlæggelse i 2015, som er opgørelsesindlæggelsen. Aktiviteten i praksissektoren opgøres på behandlingsdatoen. Aktiviteten opgøres månedsvis.
Kilde: Sygesikringsregisteret, Landspatientregisteret, beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM og Reviderede algoritmer for Udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (august 2016), Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 6.9
Andel borgere med KOL med ambulant kontakt opdelt i arbejdsmarkedstilknytning



Anm.: Arbejdsmarkedstilknytning pr. 1 januar i opgørelsesåret (16-64år). Opgørelsen indeholder borgernes aktivitet i praksissektoren og det somatiske sygehusvæsen 6 måneder forud og 3 måneder efter borgerens første indlæggelse i 2015, som er opgørelsesindlæggelsen. Ambulante besøg opgøres forud for første indlæggelse i 2015 på udskrivningsdatoen, hvorimod det i perioden efter indlæggelse opgøres på indskrivningsdatoen. Aktiviteten opgøres månedsvis.
Kilde: Sygesikringsregisteret, Landspatientregisteret, beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM og Reviderede algoritmer for Udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (august 2016), Sundhedsdatastyrelsen.

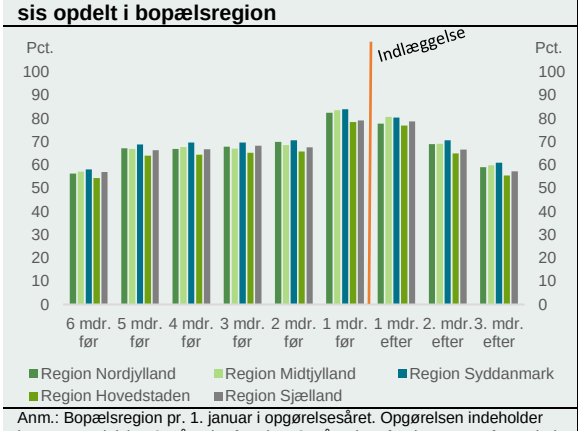
Denne opdeling er dog kun undersøgt for borgere med type 2-diabetes og KOL, da det antages, at en stor del af DÆMP borgerne er uden for arbejdsmarkedet grundet aldersforudsætningen.

Andelen af borgere med ambulant kontakt synes i mindre grad at blive påvirket af borgerens bopælsregion

Figur 6.10 og 6.11 viser andelen af borgere med kontakt til almen praksis og ambulant kontakt før og efter en indlæggelse opdelt på bopælsregion. Andelen af borgere med kontakt til almen praksis er nogenlunde ens på tværs af regionerne, og forløbet før og efter en indlæggelse følger også nogenlunde hinanden på tværs af regionerne, jf. figur 6.10.

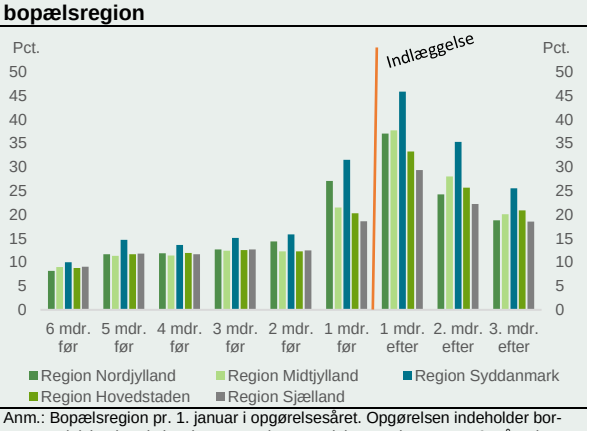
Andelen af borgere med ambulant kontakt varierer derimod i mindre grad på tværs af regionerne, hvor en større andel af borgerne med KOL i Region Syddanmark har ambulant kontakt, jf. figur 6.11. I den første måned efter en indlæggelse ses ligeledes den største stigning i Region Syddanmark. Andelen af borgere med kontakt til almen praksis har derimod en mindre stigning i Region Sjælland end i de andre regioner. Forskellen mellem Region Syddanmark og Sjælland er 16,5 pct. point i den første måned

Figur 6.10
Andel borgere med KOL med kontakt til almen praksis opdelt i bopælsregion



Anm.: Bopælsregion pr. 1. januar i opgørelsesåret. Opgørelsen indeholder borgernes aktivitet 6 måneder forud og 3 måneder efter borgerens første indlæggelse i 2015, som er opgørelsesindlæggelsen. Aktiviteten i praksissektoren opgøres på behandlingsdatoen. Aktiviteten opgøres månedsvis.
Kilde: Sygesikringsregisteret, Landspatientregisteret, og Reviderede algoritmer for Udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (august 2016), Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 6.11
Andel borgere med KOL med ambulant kontakt opdelt i bopælsregion



Anm.: Bopælsregion pr. 1. januar i opgørelsesåret. Opgørelsen indeholder borgernes aktivitet i praksissektoren og det somatiske sygehusvæsen 6 måneder forud og 3 måneder efter borgerens første indlæggelse i 2015, som er opgørelsesindlæggelsen. Ambulante besøg opgøres forud for første indlæggelse i 2015 på udskrivningsdatoen, hvorimod det i perioden efter indlæggelse opgøres på indskrivningsdatoen. Aktiviteten opgøres månedsvis.
Kilde: Sygesikringsregisteret, Landspatientregisteret, og Reviderede algoritmer for Udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (august 2016), Sundhedsdatastyrelsen.

Mere intensiv kontakt til almen praksis er ikke forbundet med lavere sandsynlighed for sygehuskontakt

De illustrerede kontaktflader op til og efter en indlæggelse i det foregående er betinget på, at borgeren har en indlæggelse. Nogle borgere undgår måske en indlæggelse pga. en særlig kontakt, og disse borgere er pr. definition ikke med i beskrivelsen.

Hvis man ønsker at undersøge om et bestemt kontaktmønster har haft betydning for risikoen for indlæggelse, er der i princippet behov for at sammenligne med en kontrolgruppe – det kunne fx være borgere, som havde samme risiko for at blive indlagt, men ikke blev indlagt – og undersøge om forskelle i kontaktmønstre er forbundet med en lavere risiko for en indlæggelse.

I det følgende beregnes den relative risiko (odds ratio) for en indlæggelse for borgere med KOL ift. antallet af kontakter til almen praksis, jf. boks 6.1. Dvs. det undersøges om større intensitet i kontakten til almen praksis er forbundet med mindre eller større risiko for en indlæggelse.

Den relative risiko angiver risikoforholdet for en given hændelse for én gruppe af personer sammenlignet med en referencegruppe. En relativ risiko på 1 betyder fx, at personer i risikogruppen har samme risiko for, at hændelsen sker, som personer i referencegruppen. En relativ risiko større end 1 betyder, at personer i risikogruppen har en større risiko for hændelsen end personer referencegruppen, og mindre end 1 betyder, at risikoen er mindre end for referencegruppen.

Den relative risiko korrigeres for forskelle i øvrige risikofaktorer som alder, sygelighed, boligforhold og arbejdsmarkedstilknytning for at isolere forskelle mellem to grupper til et spørgsmål om forskelle i kontaktintensiteten. Det skal dog understreges, at der fortsat kan være forskelle på de to grupper, som forklarer en forskel i risikoen for en indlæggelse, og der er derfor ikke tale om en perfekt kontrolgruppe.

Det findes, at en mere intensiv kontakt til almen praksis ikke er forbundet med en lavere risiko for sygehuskontakt. I analysen findes det, at for hver gang en borger med KOL har én kontakt mere til almen praksis pr. år er der 3,5 pct. større risiko for en indlæggelse og næsten 10 pct. større risiko for et ambulant besøg.

Boks 6.1
Sammenhæng mellem kontakt til almen praksis og sygehuskontakt for borgere med KOL

Sundhedsdatastyrelsen har foretaget en statistisk analyse, hvor det undersøges, om sandsynligheden for en indlæggelse/ambulant besøg er forbundet med antallet af kontakter til almen praksis. Det gøres via en statistisk metode, hvor der forsøges at skabe en sammenhæng mellem det observerede antal af kontakter til almen praksis for hhv. de borgere der blev indlagt og de borgere, der ikke blev indlagt. Metoden giver dermed et skøn for risikoen for at blive indlagt pba. hvor mange kontakter, man har haft til almen praksis.

Der er en større andel af borgere med KOL, som har en indlæggelse, der har hhv. 10-19 og 20+ kontakter til almen praksis sammenlignet med borgere med KOL, der ikke har en indlæggelse.

Tabel a
Andel KOL-borgere fordelt på antal almen praksis kontakter

Antal kontakter	0	1	2	3	4	5	6 - 9	10 - 19	20+
Indlæggelse (pct.)	3	4	5	6	6	7	24	31	12
Ingen indlæggelse (pct.)	7	7	8	9	9	8	26	22	5

Anm.: I opgørelsen benyttes fysiske kontakter i almen praksis dagstid. Fysiske kontakter omfatter almindelige konsultationer, sygebesøg og øvrige kontakter med fysisk fremmøde. En indlæggelse tælles som en patients udskrivning fra et sygehus, hvor patienten har optaget en normeret sengeplads. Overflytninger mellem sygehusafdelinger tæller ikke som en ny indlæggelse. Der opgøres kun ét ambulant besøg per dag per afdeling. I det somatiske sundhedsvæsen indgår kontakter for patienter behandlet på offentlige sygehuse samt offentligt betalt behandling på private sygehuse.

Kilde: Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret og Reviderede (august 2016) udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Sammenhængen mellem antallet af kontakter til almen praksis og indlæggelse forventes at være påvirket af borgernes forskelligheder. For at tage højde for dette beregnes risikoen for at have et ambulant besøg, hvor der korrigeres for alder, sygelighed, boligstatus og tilknytning til arbejdsmarkedet.

Risikoen for, at en borger med KOL har en indlæggelse, stiger med antallet af kontakter til almen praksis også når der tages højde for borgernes forskelligheder. For hver gang en borger med KOL har én kontakt mere til almen praksis pr. år er der 3,5 pct. større risiko for en indlæggelse. Det er dog vigtigt at bemærke, at analysen i højere grad kan sige, at der er en sammenhæng, men i mindre grad om størrelsen af sammenhængen.

Nedenstående tabel b viser oddsratioen (OR) for at blive indlagt samt et 95 pct. sikkerhedsinterval (CI) for hhv. kontakter til almen praksis, alder og de tre grupperinger for CCI.

Eksempel på fortolkning af tallene:
En borger med KOL har 1,035 større odds for at blive indlagt end en borger med KOL, der har én kontakt mindre til almen praksis, når der korrigeres for borgernes forskelligheder. Dette betyder, at en ekstra kontakt til almen praksis er forbundet med 3,5 pct. større risiko for en indlæggelse blandt KOL borgere. Da metoden bygger på en vis usikkerhed beregnes et sikkerhedsinterval og med 95 pct. sikkerhed er oddsratioen i intervallet 1,033-1,037.
I tabellen ses yderligere at oddsratioen for komorbiditet, hvor referencegruppen er ingen komorbiditet. Modellen angiver, at en borger med let komorbiditet har 49 pct. større risiko for indlæggelse end en borger med ingen komorbiditet, mens en borger med høj komorbiditet har 2,7 gange større risiko for indlæggelse end en borger med ingen komorbiditet.

Tabel b
Sammenhængen mellem almen praksis kontakter og indlæggelse

	OR	95% CI		Reference population
Almen praksis	1,035	1,033	1,037	
65+ år	0,711	0,679	0,745	0-64 år
Let komorbiditet	1,499	1,452	1,548	Ingen komorbiditet
Middelsvær komorbiditet	1,881	1,812	1,953	
Høj komorbiditet	2,776	2,680	2,874	
Plejebolig	2,092	1,919	2,282	Bor med andre voksne
Bor Alene	1,275	1,244	1,307	
Midlertidig uden for arbejdsmarkedet	1,190	1,116	1,269	Arbejdsmarkedet eller øvrig
Varigt uden for arbejdsmarkedet	1,305	1,239	1,374	
Ambulant besøg	6,897	6,570	7,240	Ingen ambulant besøg

Anm.: I opgørelsen benyttes fysiske kontakter i almen praksis dagstid. Fysiske kontakter omfatter almindelige konsultationer, sygebesøg og øvrige kontakter med fysisk fremmøde. En indlæggelse tælles som en patients udskrivning fra et sygehus, hvor patienten har optaget en normeret sengeplads. Overflytninger mellem sygehusafdelinger tæller ikke som en ny indlæggelse. Der opgøres kun ét ambulant besøg per dag per afdeling. I det somatiske sundhedsvæsen indgår kontakter for patienter behandlet på offentlige sygehuse samt offentligt betalt behandling på private sygehuse.

Kilde: Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, Beskæftigelsesministeriet forløbsdatabase DREAM, Reviderede (august 2016) udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), Sundhedsdatastyrelsen.

Der er ligeledes en større andel af borgerne med KOL med ambulant kontakt, der har hhv. 10-19 og 20+ kontakter til almen praksis sammenlignet med borgere med KOL, der ikke har ambulant kontakt, jf. tabel c.

Tabel c
Andel KOL-borgere fordelt på antal almen praksis kontakter

Antal kontakter	0	1	2	3	4	5	6 - 9	10 - 19	20+
Ambulant kontakt (pct.)	3	5	6	7	7	7	27	29	9
Ingen ambulant kontakt (pct.)	14	12	12	11	10	8	21	12	2

Anm.: I opgørelsen benyttes fysiske kontakter i almen praksis dagstid. Fysiske kontakter omfatter almindelige konsultationer, sygebesøg og øvrige kontakter med fysisk fremmøde. Ved et ambulant besøg er patienten indskrevet på en ambulant stamafdeling, men optager ikke en normeret sengeplads. Ambulante besøg tælles som en patients fremmøde på et ambulatorium, i en tværgående klinisk serviceafdeling, et hjemmebesøg af et sundhedsfagligt uddannet personale eller modtaget en afregningsberettiget telemedicinsk ydelse. Der opgøres kun ét ambulant besøg per dag per afdeling. I det somatiske sundhedsvæsen indgår kontakter for patienter behandlet på offentlige sygehuse samt offentligt betalt behandling på private sygehuse.

Kilde: Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret og Reviderede (august 2016) udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen (2018): *Kontakter til almen praksis og sygehuset for borger med KOL. En analyse af sammenhængen mellem antal kontakter til almen praksis og kontakt til sygehuset for borgere med KOL.*

Boks 6.1 (fortsat)
Sammenhæng mellem kontakt til almen praksis og sygehuskontakt for borgere med KOL

Sammenhængen mellem ambulant besøg og antallet af kontakter til almen praksis forventes ligeledes at være påvirket af borgernes forskelligheder. For at tage højde for dette beregnes risikoen for at have et ambulant besøg, hvor der korrigeres for alder, sygelighed, boligstatus og tilknytning til arbejdsmarkedet.

Risikoen for, at en borger med KOL har et ambulant besøg, stiger med antallet af kontakter til almen praksis, også når der tages højde borgernes forskelligheder. For hver gang en borger med KOL har én kontakt mere til almen praksis pr. år er der næsten 10 pct. større risiko for et ambulant besøg. Det er dog vigtigt at bemærke, at analysen i højere grad kan sige, at der er en sammenhæng, men i mindre grad om størrelsen af sammenhængen. Derudover er det vigtigt at understrege, at der er tale om en sammenhæng og ikke nødvendigvis en årsagssammenhæng.

Tallene i nedenstående tabel d kan fortolkes tilsvarende som beskrevet ifm. tabel b.

Tabel d
Sammenhængen mellem almen praksis kontakter og ambulant besøg

	OR	95% CI		Reference population
Almen praksis	1,098	1,094	1,102	
65+ år	1,150	1,095	1,207	0-64 år
Let komorbiditet	1,519	1,468	1,571	Ingen komorbiditet
Middelsvær komorbiditet	2,104	2,005	2,209	
Høj komorbiditet	3,317	3,144	3,499	
Plejebolig	0,275	0,249	0,303	Bor med andre voksne
Bor Alene	0,826	0,801	0,852	
Midlertidig uden for arbejdsmarkedet	1,098	1,022	1,181	Arbejdsmarkedet eller øvrig
Varigt uden for arbejdsmarkedet	1,062	1,004	1,124	
Indlæggelse	6,736	6,416	7,072	Ingen indlæggelse

Anm.: I analysen benyttes en population bestående af borgere med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) pr. 1 januar 2015 – svarende til 175.500 personer Aktivitet og udgifter i sundhedsvæsenet, dvs. både sygehusvæsenet og praksissektoren er ikke afgrænset til aktivitet vedrørende den pågældende sygdom. I opgørelsen benyttes fysiske kontakter i almen praksis dagstid. Fysiske kontakter omfatter almindelige konsultationer, sygebesøg og øvrige kontakter med fysisk fremmøde. En indlæggelse tælles som en patients udskrivning fra et sygehus, hvor patienten har optaget en normeret sengeplads. Overflytninger mellem sygehusafdelinger tæller ikke som en ny indlæggelse. Ved et ambulant besøg er patienten indskrevet på en ambulant stamafdeling, men optager ikke en normeret sengeplads. Ambulante besøg tælles som en patients fremmøde på et ambulatorium, i en tværgående klinisk serviceafdeling, et hjemmebesøg af et sundhedsfagligt uddannet personale eller modtaget en afregningsberettiget telemedicinsk ydelse. Der opgøres kun ét ambulant besøg per dag per afdeling. I det somatiske sundhedsvæsen indgår kontakter for patienter behandlet på offentlige sygehuse samt offentligt betalt behandling på private sygehuse.

Kilde: Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, Beskæftigelsesministeriet forløbsdatabase DREAM, Reviderede (august 2016) udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), Sundhedsdatastyrelsen.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen (2018): *Kontakter til almen praksis og sygehuset for borger med KOL. En analyse af sammenhængen mellem antal kontakter til almen praksis og kontakt til sygehuset for borgere med KOL.*

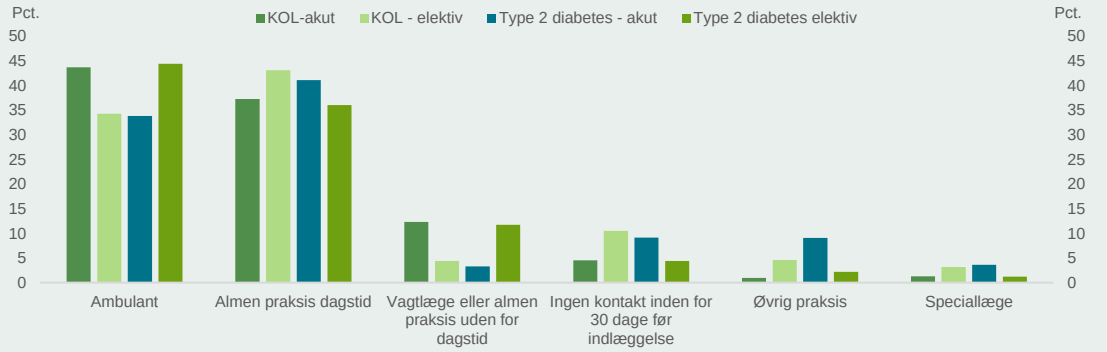
6.3 Aktiviteten i de sidste 30 dage inden en indlæggelse

Indsigten i kontaktmønsteret i de sidste 30 dage kan være med til at skabe opmærksomhed om, hvor det eventuelt er muligt at forebygge en indlæggelse. Ved 94 pct. af alle indlæggelserne for borgere med KOL eller type 2-diabetes har borgeren kontakt med sundhedsvæsenet inden for de sidste 30 dage. I nedenstående afsnit opdeles indlæggelserne efter, hvorvidt de er foregået akut eller elektivt (planlagt).

Den sidste kontakt er oftest ambulant eller ved almen praksis

Den sidste kontakt inden en indlæggelse er for størstedelen af borgerne med KOL og type 2-diabetes ambulant eller i almen praksis i dagstiden, jf. figur 6.12. Der ses en mindre forskel ift. om indlæggelsen er foregået akut eller elektivt. Kontaktmønsteret er i høj grad ens for borgere med KOL og type 2-diabetes.

Figur 6.12
Sidste kontakt 30 dage forud for indlæggelse

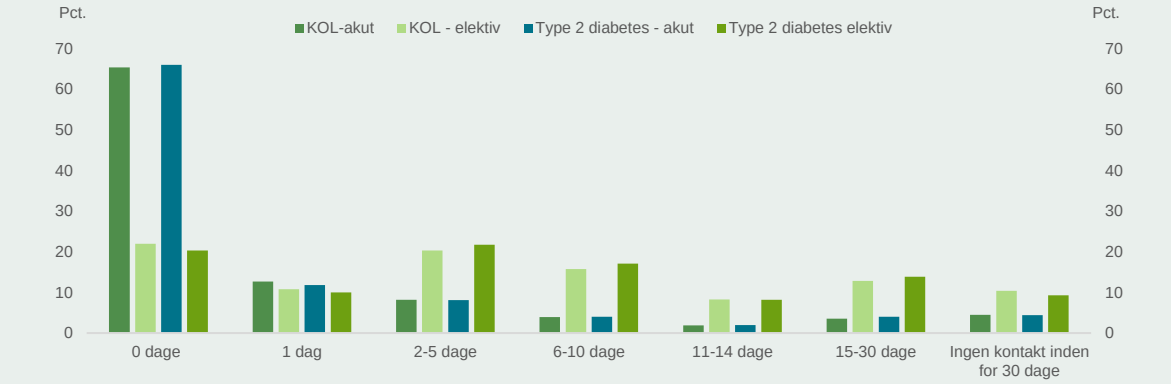


Anm.: Antal borgere med KOL med indlæggelse er afgrænset til borgere uden en indlæggelse de forudgående 6 mdr. og udgør afrundet 48.800. Ved kontakter samme dag som seneste prioriteres kontakterne i følgende rækkefølge: ambulant kontakt sygehus, vagtlæge/uden for dagstid, speciallæge, almen praksis, øvrig praksis.
Kilde: Sygesikringsregisteret, Landspatientregisteret og Reviderede algoritmer for Udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (august 2016), Sundhedsdatastyrelsen.

Over halvdelen af borgere, der indlægges akut, har en kontakt den samme dag

Tidspunktet for den sidste kontakt er i høj grad afhængig af om indlæggelsen er foregået akut eller elektivt. Ved de akutte indlæggelser gælder det, at mere end halvdelen har kontakt samme dag som indlæggelsen, jf. figur 6.13. Ved de elektive indlæggelser er kontakten i højere grad spredt ud over dagene op til indlæggelsen, men den sidste kontakt inden en indlæggelse sker primært samme dag eller 2-5 dage inden indlæggelsen. Kontaktmønsteret er ligeledes i høj grad ens for borgere med KOL og type 2-diabetes.

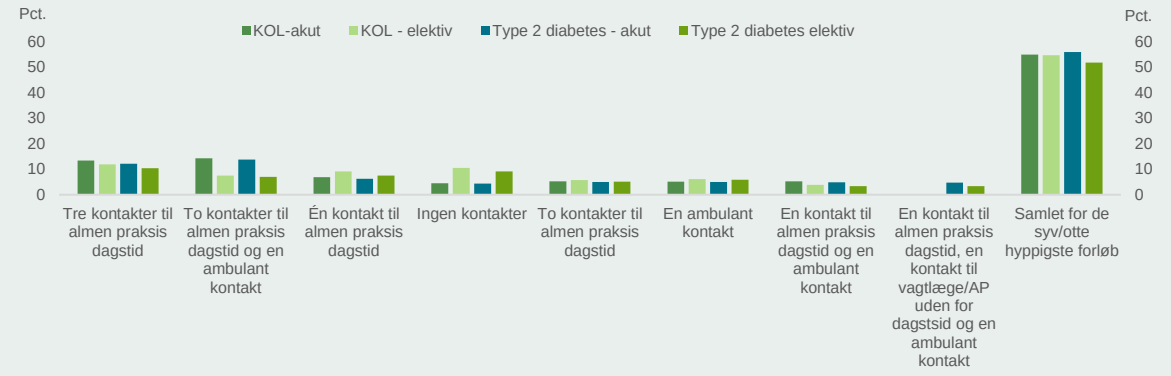
Figur 6.13
Timing af sidste kontakt inden for 30 dage før indlæggelse



Anm.: Antal borgere med KOL med indlæggelse er afgrænset til borgere uden en indlæggelse de forudgående 6 mdr. og udgør afrundet 48.800.
Kilde: Sygesikringsregisteret, Landspatientregisteret og Reviderede algoritmer for Udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (august 2016), Sundhedsdatastyrelsen.

Når man betragter de mest hyppige kombinationer af de tre sidste kontakter 30 dage forud for en indlæggelse, ses det, at 7-8 kombinationer af kontakter dækker mere end halvdelen af borgernes forløb 30 dage forud for indlæggelse. Både for KOL og type 2-diabetes er de tre mest udbredte forløb, dvs. kombinationer af kontakter, 30 dage op til indlæggelsen hhv. tre kontakter til almen praksis i dagstid, en kombination af to kontakter til almen praksis dagstid og en ambulant kontakt til sygehus op til indlæggelsen samt en enkelt kontakt til almen praksis, jf. figur 6.14.

Figur 6.14
De hyppigste forløb baseret på kombination af de sidste tre kontakter inden indlæggelse inden for 30 dage



Anm.: Antal borgere med KOL med indlæggelse er afgrænset til borgere uden en indlæggelse de forudgående 6 mdr. og udgør afrundet 48.800.
Kilde: Sygesikringsregisteret, Landspatientregisteret og Reviderede algoritmer for Udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (august 2016), Sundhedsdatastyrelsen.

Boks 6.2
Afgrænsning af studiepopulationen

Studiepopulationen er borgere med KOL og type 2-diabetes, der har været indlagt i 2015. Der er afgrænset til indlæggelse uden forudgående indlæggelser seks måneder forud for at hindre, at den indlæggelse, der kigges på, relaterer sig til en anden indlæggelse. For borgere identificeret som DÆMP ses på forløb omkring DÆMP-indlæggelsen i 2014.

I opgørelserne, hvor der indgår kommunalt data, er studiepopulationen afgrænset til borgere, som pr. 1 jan. 2015 og 1. jan. 2016 havde bopæl i en 2015 EOJ godkendt kommune, og som havde en indlæggelse i månederne januar til og med oktober i 2015. Borgere som har en indlæggelse 6 måneder forud for opgørelsesindlæggelsen er ekskluderet.

Studiepopulation

	KOL		Type 2-diabetes	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Samlet antal borgere - gruppen i 2015	73.350	100,0	90.200	100,0
Borgere i gruppen med en indlæggelse	24.550	33,5	22.250	24,7
Afgrænset gruppe (benyttet i analyse)	10.100	13,8	9.550	10,6

Ovenstående studiepopulation er benyttet til figur 6.1, 6.2 og 6.4.

I opgørelserne, hvor der ikke indgår kommunalt data, er studiepopulationen afgrænset til borgere identificeret med KOL og type 2-diabetes i 2015, som har en indlæggelse i samme år. Borgerne, som har en indlæggelse 6 måneder forud for opgørelsesindlæggelsen, er ekskluderet. For borgere identificeret som DÆMP opgøres borgernes aktivitet 6 måneder forud og 3 måneder efter borgerens første DÆMP-indlæggelse i 2014, som er opgørelsesindlæggelsen.

Studiepopulation

	KOL	Type 2-diabetes	DÆMP
Samlede population	175.500	220.500	143.650
Ingen indlæggelse	114.500	164.450	-
Indlæggelse	60.950	56.100	143.650
Indlæggelse 6 mdr. før	12.510	9.350	-
Afgrænset population (benyttet i analyse)	48.800	46.750	143.650

Ovenstående studiepopulationer er benyttet til figur 6.3, 6.5-6.15.

Personer, der dør i forbindelse med indlæggelsen, indgår ikke i analysen i månederne efter indlæggelsen. Det er muligt for én borger at indgå i flere af studiepopulationerne, da en borger både kan have KOL, type 2-diabetes og/eller DÆMP. Eksempelvis har 23 pct. af DÆMP borgerne KOL og 18 pct. har type 2-diabetes.

I de afgrænsede studiepopulationer er kønsfordelingen omtrent den samme som de samlede populationer. Generelt er den afgrænsede population ældre end den samlede population, og der er lidt flere, der bor alene (hhv. 45 pct. ift. 41 pct. for KOL, og 38 pct. ift. 34 pct. for type 2-diabetes).

Anm.: Hver studiepopulation består af unikke borgere, med gyldig bopæl pr. 1 jan.
Kilde: Sygesikringsregisteret, Reviderede algoritmer for Udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (august 2016), Sundhedsdatastyrelsen.

Litteratur

Sundhedsdatastyrelsen (2018): *Kontakter til almen praksis og sygehuset for borger med KOL. En analyse af sammenhængen mellem antal kontakter til almen praksis og kontakt til sygehuset for borgere med KOL.*

Analyse 7: Grænseflader mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen

Et grundlæggende princip i sundhedsvæsenet er "LEON"-princippet. Det går ud på, at sundhedsvæsenet så vidt muligt skal tilbyde behandling på det laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau. Princippet skal understøtte nærhed og effektiv udnyttelse af ressourcerne i sundhedsvæsenet.

Et sundhedsvæsen, hvor LEON tilstræbes via en større rolle for den primære sektor, kan dække over forskellige prioriteringer og indsatser. Lidt forenklet kan der skelnes mellem to overordnede retninger – en direkte og indirekte. En mulighed er, at der "flyttes" opgaver og behandlinger direkte fra sygehusenes ambulatorier mod det primære sundhedsvæsen. En sådan bevægelse forudsætter en vis grad af substitutionsmuligheder mellem praksissektoren og ambulatorierne.

En anden mulighed er, at det primære sundhedsvæsen styrkes i forhold til patientrettede indsatser, som kan forebygge og forhindre unødig behandling i det specialiserede sundhedsvæsen. Det handler blandt andet om forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser fx ved, at bestemte patientgrupper i højere grad tilses og behandles i det primære sundhedsvæsen for derved at undgå sygehusbehandling.

Denne analyse beskriver forhold omkring disse to tilgange – hhv. "flytning" og forebyggelse af opgaver – med henblik på at belyse og kvalificere forhold omkring disse bevægelser.

Først ses på, hvor stor en del af aktiviteten på ambulatorierne, som vedrører kontakter, der har en ressourcemæssig tyngde, som overlapper eller grænser ned mod kontakternes tyngde i speciallægepraksis og almen praksis. Derudover beskrives aktivitetens sammensætning i forhold til hhv. akut og elektiv behandling samt specialerne, som aktiviteten vedrører. Endelig ses på patienternes alder og sygelighed i grænsefladen mellem ambulatorierne og praksissektoren.

Dernæst ses på omfanget af såkaldt uhensigtsmæssige indlæggelser herunder udvikling og variation i disse over tid og på tværs af regioner. Endelig beskrives forskelle i organisering på tværs af sektor målt ud fra personalesammensætningen og indbyrdes størrelsesforhold mellem faggrupper og specialer.

Hovedresultaterne i analysen er:

- *Aktiviteten på ambulatorierne dækker over en mangfoldig produktion. Målt ud fra ambulante besøgs ressourcemæssige tyngde ses både snitflader ned mod praksissektoren og op mod indlæggelser. Kontakterne i praksissektoren har en markant lavere ressourcemæssig tyngde end ambulatorierne, og der ses i dag kun et begrænset overlap mellem sektorernes aktivitetsmæssige tyngde.*

- *Det kan indikere et potentiale for større omkostningseffektivitet ved at "flytte" behandling fra sygehuse mod praksissektor. Det kan imidlertid også være et udtryk for forskellighed i behandling og patientpopulation. Der skal dog generelt udvises stor varsomhed i sammenligninger af ressourceforbrug mellem praksissektoren og sygehusene pga. forskellige kilder og opgørelsesmetoder af omkostninger.*

- *Den ambulante aktivitet i grænsefladen til praksissektoren (målt ud fra kontakternes ressourcemæssige tyngde) dækker hovedsageligt over planlagte kontakter, men der ses også akutte i størrelsesordenen 1-10 pct. Akutte besøg ses hovedsageligt blandt de ressourcemæssigt lette besøg. Aktiviteten på ambulatorierne er endvidere bredt fordelt på specialer. Den "lette" ambulante aktivitet vedrører dog hovedsageligt specialerne: gynækologi, ortopædisk kirurgi, diagnostik radiologi, kardiologi og nefrologi (nyremedicinsk speciale).*

- *Borgerne på ambulatorierne og hos speciallægepraksis er aldersmæssigt meget ens, men der ses generelt større sygelighed blandt borgerne på ambulatorierne. Hos speciallægepraksis er fordelingen af patienternes sygelighed forholdsvis konstant på tværs af kontakternes ressourcemæssige tyngde, hvilket ikke ses på ambulatorierne. Det kan indikere, at patientpopulationen er mere homogen i speciallægepraksis.*

- *Der eksisterer meget få undersøgelser, som undersøger sammenligneligheden af behandlinger og patientforløb i praksissektoren og på sygehusene. En dansk undersøgelse, som sammenligner patientforløb i speciallægepraksis og ambulatorier inden for udvalgte specialer, finder, at patientpopulation og sammensætning varie-*

rer på tværs af enheder. Patientforløb på sygehusenes ambulatorier dækker generelt over ældre og mere komplicerede patienter. Det peger på, at forskelle i ressourceforbruget på tværs af sektorer blandt andet afspejler en anden type behandling og patientsammensætning.

- *Uhensigtsmæssige indlæggelser udgør mere end 10 pct. af den samlede produktionsværdi i det somatiske sygehusvæsen. Dertil kommer, at en stor del af sygehusenes ambulante aktivitet er korreleret med indlæggelser. Der er variation i uhensigtsmæssige indlæggelser på tværs af kommuner og regioner, hvilket kan pege på et potentiale for bedre forebyggelse af indlæggelser via tidlig opsporing og effektive samt rettidige indsatser.*

- *En sammenligning af aktiviteten i primær og sekundær sektor skal holde for øje, at organiseringen og kapaciteten varierer betydeligt på tværs af sektorerne. Hovedparten af lægerne er beskæftiget på sygehusene, hvor behandling og beskæftigelse er koncentreret på få enheder. Praksissektoren dækker over mange, små enheder med typisk 1-2 læger. På sygehusene er der større variation i antal specialer, og der er generelt større arbejdsdeling mellem læger og sygeplejersker. Praksissektoren har generelt få ansatte ud over lægerne.*

- *Det er generelt vanskeligt at vurdere potentialet for større omkostningseffektivitet af bevægelser i retning af større aktivitet i det primære sundhedsvæsen relativt til det specialiserede. På den ene side peger den relativt lave ressourcemæssige tyngde i primærsektoren på større omkostningseffektivitet i behandlingen. På den anden side kan større skalaforhold og bedre arbejdsdeling mellem specialer og faggrupper på sygehusene tale for det modsatte. Der gælder ikke nødvendigvis et generelt princip, og der er behov for at se på konkrete og veldefinerede indsatser og organisationsformer, hvor omkostningseffektivitet og kvalitet vurderes meget præcist.*

7.1 Behandling på det lavest effektive omkostningsniveau (LEON)

Det er et grundlæggende princip i sundhedsvæsenet, at behandlingen skal foregå på det lavest effektive omkostningsniveau - det såkaldte LEON-princip. En mere specialiseret behandling, som ikke kan begrundes i større behov i befolkningen eller udvidelse af servicen, strider mod LEON-princippet.

Princippet udspringer af et overordnet hensyn om at sikre et effektivt sundhedsvæsen, hvor ressourcerne bruges bedst muligt. Dvs. at LEON er en beskrivelse af, hvordan effektivitet blandt andet kan opnås.

Princippet om LEON finder anvendelse i flere forskellige situationer til beskrivelse af, hvordan der kan opnås effektivitet i opgaveløsningen. Det kan derfor være nyttigt at nuancere princippet og skelne mellem forskellige situationer, hvor princippet tilstræbes.

Overordnet kan der skelnes mellem LEON i opgaveløsningen *inden for* et specialiseringsniveau og *på tværs* af specialiseringsniveauer. Med et specialiseringsniveau kan der fx tænkes på primær sektor på den ene side og sekundær sektor på den anden side. Men det kan også være en finere opdeling af specialiseringsniveauer inden for de overordnede grupperinger af primær og sekundær sektor.

LEON inden for et specialiseringsniveau

LEON handler i dette tilfælde blandt andet om substitution fra komplicerede procedurer mod lettere. Det kan eksempelvis være substitution fra en procedure, som involverer en indlæggelse, over mod lettere procedurer, som kan gøres ambulant. Derudover kan der være tale om arbejdsdeling mellem sundhedsvæsenets personale med henblik på at sikre det rette forhold mellem personalets kompetencer og opgaven. En opgave, som eksempelvis kan løses af en sygeplejerske, bør i udgangspunktet ikke udføres af en læge, da der må forventes en frigivelse af lægelige ressourcer, hvis opgaven løses af sygeplejersken frem for lægen.

LEON på tværs af specialiseringsniveauer

Det kan være nyttigt at skelne yderligere mellem to tilfælde, hvor LEON skal tilstræbes på sygehusene og det primære sundhedsvæsen. En direkte og en indirekte tilgang.

1. Direkte: Flytning af behandling fra et højt specialiseringsniveau til et lavere niveau.
2. Indirekte: Forebygge behandling på et højere specialiseringsniveau via indsatser på et lavere specialiseringsniveau.

Det første tilfælde handler om den organisatoriske placering af en konkret behandling, hvor præmissen er, at behandlingen skal udføres, men spørgsmålet er, på hvilket specialiseringsniveau det gøres mest omkostningseffektivt. Dette tilfælde har en iboende præmis om, at den pågældende behandling er substituerbar på tværs af sektorer fx ambulatorie på den ene side og alment praktiserende læge eller praktiserende speciallæge på den anden side. Der kan være grænseflader mellem det primære sundhedsvæsen og det mere specialiserede sundhedsvæsen, hvor kompetencer og opgaver overlapper eller har potentiale for at afløse hinanden.

Det andet tilfælde handler om at undgå og forebygge behandling på et højere specialiseringsniveau via en rettidig og effektiv indsats på et lavere niveau. Dvs. at der ikke nødvendigvis er tale om behandling og procedurer, som er direkte substituerbare på tværs af sektorer. Fx kunne det vedrøre borgere, som lever med en kronisk sygdom, hvor løbende monitorering og rettidig behandling kan forhindre forværring af sygdom og behovet for specialiseret behandling.

7.2 Grænseflader mellem primær og sekundær sektor

Der kan være grænseflader mellem behandlinger i praksissektoren og på sygehusene, hvor nogle undersøgelser og behandlinger kan være sammenlignelige. Det er mest relevant i forhold til aktiviteten på sygehusenes ambulatorier. I det følgende beskrives aktiviteten og patienterne i grænsefladen mellem primær og sekundær sektor ud fra forskellige forhold. For det første ses der på aktivitetens fordeling efter det ressourcemæssige forbrug af de enkelte kontakter. Ressourceforbruget af de enkelte kontakter kan give en indikation af forskelle og ligheder mellem kontakterne i sektorerne. For det andet ses på sammensætningen af aktiviteten i forhold til akutte og ikke-akutte kontakter samt involverede specialer for den del af aktiviteten på ambulatorierne, som vedrører de ”lette” ressourcemæssige kontakter. Og for det tredje ses på patientkarakteristika som alder og sygelighed blandt patienter, som har ”lette” ressourcemæssige kontakter.

Det er i den sammenhæng vigtigt at være opmærksom på, at det generelt er vanskeligt at sammenligne kontakternes ressourcemæssige tyngde direkte på tværs af sektorer pga. forskellige datakilder og systemer for opgørelse af ressourceforbrug, jf. boks 7.1. Der skal derfor tolkes varsomt på forskelle og ligheder i ressourceforbruget.

Boks 7.1
Forbehold ved sammenligning af ressourceforbrug mellem praksissektoren og sygehusene

Ressourceforbruget i praksissektoren kan opgøres ud fra sygesikringsregisteret, mens ressourceforbruget i det somatiske sygehusvæsen kan opgøres ud fra kontakternes produktionsværdi (opgjort ud fra DRG/DAGS-takster). De to forskellige datakilder og opgørelsesmetoder indebærer, at man skal være varsom med detaljerede sammenligninger på tværs af sektorer.

Praksissektoren
Kontakternes ressourcemæssige tyngde afspejler de overenskomstmæssige takster. Taksterne er ikke nødvendigvis fastsat ud fra kontaktens faktiske (eller forventede) ressourcemæssige forbrug, men kan afspejle et element af vilkårlighed. Taksterne vil dog udgøre lægens marginale betaling for at udføre de konkrete ydelser som et led i en behandling. Og det må forventes, at lægen overordnet set tilpasser det ressourcemæssige forbrug fx tidsforbruget etc. i forhold til betalingen for at drive en rentabel praksis, og som er i overensstemmelse med lægens ønsker til fx arbejdstid. Men taksten er ikke nødvendigvis udtryk for lægens marginale ressourceforbrug.

Sygehusene
DRG/DAGS-taksterne er beregnede gennemsnitsomkostninger på baggrund af sygehusenes omkostninger. Taksterne kan således dække over variation mellem underliggende behandlinger, og den marginale omkostning kan være lavere eller højere. Taksterne indeholder endvidere faste omkostninger til fx administration og fællesfunktioner som drift af bygninger mv. Det kan give større ressourceforbrug pr. kontakt sammenlignet med praksissektoren, hvor taksterne dog også skal dække faste omkostninger og administrative funktioner i et vist omfang.

Andre forbehold
Manglende overlap i kontakternes ressourcemæssige tyngde er ikke nødvendigvis udtryk for manglende sammenlignelighed og substitutionsmuligheder mellem sektorer. Forskelle i enhedspris kan fx skyldes forskelle i effektivitet eller afspejle behandlinger, som kræver større tidsforbrug eller brug af medicin, som ikke anvendes i dag, mere end kompetence- eller kapacitetsmæssige forskelle.

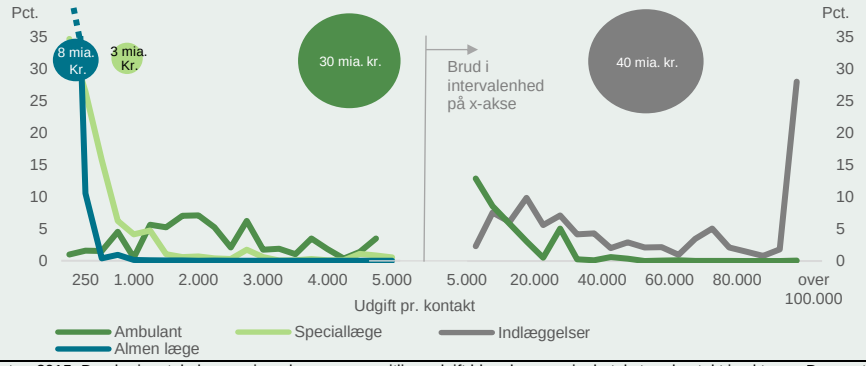
Aktivitet efter kontakternes ressourceforbrug

Af figur 7.1 ses det ressourcemæssige forbrug i almen praksis hos de praktiserende speciallæger samt inde på sygehusene fordelt efter kontakternes ressourcemæssige forbrug. Udgifter til almen praksis og speciallægerne står for hhv. 8 mia. kr. og 3 mia. kr., mens den ambulante aktivitet udgør ca. 30 mia. kr. og indlæggelser ca. 40 mia. kr. Den procentvise fordeling angiver fordelingen af dette ressourceforbrug.

Ressourceforbruget fordeler sig på tværs af sektorer ud over store forskelle i den gennemsnitlige tyngde af de enkelte kontakter. Indlæggelser er fx meget ressourcekrævende og varierer mellem 5.000 kr. pr. indlæggelse til op over 100.000 kr. Der ses intet "overlap" med den primære sektor i kontakternes tyngde. Den ambulante aktivitet er en mere heterogen størrelse, og den ressourcemæssige tyngde af de ambulante kontakterne spænder bredt og har grænseflader ned mod praksissektoren og op mod indlæggelser. I grænsefladen mellem ambulatorier og praksissektoren ses et vist sammenfald i tyngden mellem besøg hos speciallæger og ambulatorier, mens sammenfaldet mellem ambulatorier og almen praksis er meget mindre.

Ud af den samlede ambulante aktivitet er der dog tale om et begrænset overlap til praksissektoren for så vidt angår taksten for den udførte aktivitet. Det gælder også selvom at taksterne på ambulatorierne reduceres med fx 20-25 pct. som følge af korrektion for indirekte omkostninger til fællesfunktioner og drift af sygehus. De ambulante takster er som nævnt i boks 7.1 udtryk for en gennemsnitsomkostning. Den marginale omkostning for de "lette" patienter kan være væsentlig lavere og mere sammenlignelig med praksissektoren.

Figur 7.1
Procentvis fordeling af udgifter efter kontaktens ressourceforbrug (kr.)



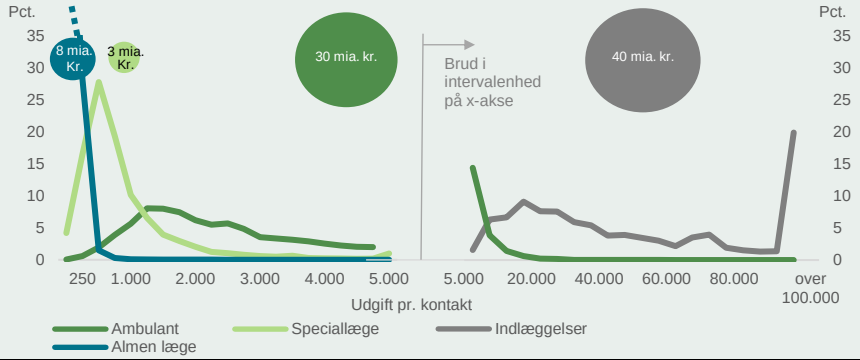
Anm.: Opgørelsesåret er 2015. Den horisontal akse angiver den gennemsnitlige udgift hhv. den marginale takst pr. kontakt i sektoren. Den vertikale akse angiver andelen af de samlede udgifter i sektoren, som kan henføres til en given udgift pr. kontakt. Enheden for udgift pr. kontakt på den horisontale akse er opdelt i to grupper af intervalenheder, som er angivet af den lodrette streg midt på figuren. På venstre side af stregen er udgifterne fordelt efter intervalenheder på 250 kr. På højre side af stregen er udgifterne fordelt efter enheder på 5.000 kr. I bilag er der redegjort for afgrænsningen af udgifter og kontakter i beregningen af udgift pr. kontakt.
Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Ressourceforbruget kan fordeles efter kontakternes ressourcemæssige tyngde i de enkelte sektorer som vist ovenfor, hvilket grundlæggende afspejler takststrukturen i sektorerne. Derudover kan ressourceforbruget fordeles efter patienternes gennemsnitlige ressourceforbrug pr. kontakt. Dvs. hvis patienten har haft flere kontakter af varierende tyngde, opsummeres disse i et gennemsnitsforbrug.

Når ressourceforbruget i de forskellige sektorer fordeles efter patienternes gennemsnitlige ressourceforbrug pr. kontakt ses nogenlunde samme billede jf. figur 7.2, som når aktiviteten fordeles efter de konkrete takster. Den ambulante aktivitet har grænseflader op mod indlæggelser og ned mod den primære sektor. I denne opgørelse ses et større overlap mellem ambulatorier og praksissektoren.

Der ses et lille overlap i aktiviteten mellem almen praksis og ambulatorier, mens der er større aktivitetsmæssigt overlap mellem de praktiserende speciallæger og ambulatorier.

Figur 7.2
Procentvis fordeling af udgifter efter borgerens gennemsnitlige ressourceforbrug pr. kontakt (kr.)



Anm.: Opgørelsesåret er 2015. Den horisontal akse angiver den gennemsnitlige udgift pr. kontakt for CPR-numre, som har haft kontakt til sektoren. Den vertikale akse angiver andelen af de samlede udgifter i sektoren, som kan henføres til en given udgift pr. kontakt. Enheden for udgift pr. kontakt på den horisontale akse er opdelt i to grupper af intervalenheder, som er angivet af den lodrette streg midt på figuren. På venstre side af stregen er udgifterne fordelt efter intervalenheder på 250 kr. På højre side af stregen er udgifterne fordelt efter enheder på 5.000 kr. I bilag er der redegjort for afgrænsningen af udgifter og kontakter i beregningen af udgift pr. kontakt.
Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Aktivitetens sammensætning i grænsefladen mellem speciallægepraksis og ambulatorierne

I modsætning til de praktiserende speciallæger skal ambulatorierne både varetage akut og planlagt aktivitet. Hovedparten af den ambulante aktivitet er imidlertid ikke akut. Det er således godt 4 pct. af den ambulante aktivitet, som er akut. Det er især blandt de mindre ressourcekrævende og billige ambulante besøg, at aktiviteten er akut, hvilket blandt andet afspejler aktiviteten på sygehusenes akutmodtagelser.

Det er således 8-13 pct. af de ambulante udgifter, som vedrører en takst under 2.000 kr. pr. ambulant besøg, som er akut jf. tabel 7.1. For dyrere ambulante besøg fx besøg med en takst over 3.000 kr. er andelen af akutte besøg tættere på én pct.

Tabel 7.1
Andel ressourcemæssigt forbrug (pct.) på ambulatorier fordelt efter akut eller ikke-akut besøg og kontaktens ressourceforbrug (kr.)

	Under 1.000	1.000-1.999	2.000-2.999	3.000-3.999	4.000-4.999	over 5.000
Udgifter i alt	8,6	18,4	20,6	8,0	7,0	37,5
Heraf						
Akut	13,1	8,4	4,8	1,4	0,9	1,1
Ikke akut	86,9	91,7	95,3	98,6	99,2	98,9

Anm.: Opgørelsesåret er 2015. Der er redegjort for afgrænsningen af udgifter og kontakter i beregningen af udgift pr. kontakt i bilag.

Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

De ambulante besøg – både de billige og dyre besøg – fordeler sig på mange forskellige specialer. Blandt ambulante besøg med en takst under 3.000 kr. ses dog især en høj koncentration af ressourcer for specialerne gynækologi, ortopædisk kirurgi, diagnostisk radiologi, kardiologi, nefrologi (nyremedicinsk speciale), jf. tabel 7.2. For de dyrere ambulante besøg med en takst over 3.000 kr. ses især en koncentration omkring specialerne onkologi og kirurgiske specialer.

Tabel 7.2

Andel udgifter (pct.) på ambulatorier fordelt efter speciale og tyngden af gennemsnitlig kontakt (kr.)

	Under 1.000	1.000-1.999	2.000-2.999	3.000-3.999	4.000-4.999	over 5.000	I alt
Udgifter i alt	**8,6**	**18,4**	**20,6**	**8,0**	**7,0**	**37,5**	**100,0**
Heraf							
Intern medicin	**6,2**	4,9	3,8	2,4	4,5	3,9	
Geriatri	0,4	0,1	0,7	0,8	0,4	0,1	
Hæmatologi	1,6	2,7	0,3	2,1	0,2	**8,4**	
Infektionssygdomme	0,8	0,3	0,3	2,4	0,8	0,3	
Kardiologi	**8,6**	3,4	**6,2**	3,2	0,6	4,0	
Allergologi	0,2	0,4	0,3	0,2	0,8	0,8	
Endokrinologi	2,1	**7,9**	1,6	1,0	1,0	2,5	
Med. gastroenterologi	3,0	0,8	0,2	0,6	**5,7**	2,0	
Lungesygdomme	1,7	1,7	1,4	1,9	**6,3**	2,5	
Nefrologi	2,6	0,7	**13,5**	0,4	0,0	2,1	
Reumatologi	1,5	**5,0**	2,7	**5,1**	1,0	**6,4**	
Palliativ medicin	0,1	0,0	0,2	0,3	0,1	0,2	
Akut medicin	2,6	1,5	0,9	0,3	0,1	0,2	
Dermato-venerologi	3,1	1,8	0,8	1,5	4,0	2,4	
Neurologi	1,2	0,3	**7,8**	2,3	0,8	2,4	
Onkologi	1,2	**8,6**	2,4	**35,6**	0,6	**26,6**	
Kirurgi	3,8	4,7	1,8	2,6	**20,0**	4,0	
Karkirurgi	0,3	0,3	1,1	0,6	0,0	0,6	
Kir. gastroenterologi	1,8	1,5	0,4	0,6	**9,2**	1,5	
Thoraxkirurgi	0,3	0,3	0,2	0,0	0,0	0,1	
Urologi	1,9	**5,1**	2,0	1,8	**6,8**	4,2	
Gynækologi og obstetrik	**11,5**	**6,2**	**12,3**	3,4	**11,1**	3,0	
Neurokirurgi	0,3	0,4	1,0	0,4	0,0	0,1	
Ortopædisk kirurgi	**10,8**	**12,9**	**14,7**	**6,1**	2,9	**7,7**	
Oftalmologi	0,3	**7,6**	1,2	2,1	**9,7**	**5,7**	
Oto-, rhino-, laryngologi	1,7	3,5	4,9	4,5	4,3	2,4	
Tand-, mund- og kæbekirurgi	0,2	0,1	1,3	**5,0**	0,2	0,7	
Klin. fysiologi og nuclearmedicin	0,8	0,7	0,0	1,1	0,2	1,2	
Klin. neurofysiologi	0,1	0,0	1,0	2,0	1,1	0,0	
Diagnostisk radiologi	**21,2**	**6,2**	**5,1**	3,0	0,2	0,1	
Pædiatri	2,2	4,0	3,7	1,6	2,1	1,9	
Anæstologi	1,1	0,8	3,0	0,9	0,7	0,2	
Almen medicin	0,3	0,3	0,4	0,1	0,1	0,1	
Øvrige specialer	4,7	5,3	2,7	4,1	4,5	2,0	
I alt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	

Anm.: Opgørelsesåret er 2015. Øvrige specialer dækker over kir. gastroenterologi, klin. biokemi, klin. immunologi, klinisk genetik, arbejdsmedicin, samfundsmedicin og ingen specialeangivelse.

Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Blandt aktiviteten hos de praktiserende speciallæger ses for kontakterne under hhv. 2.000 kr. især en koncentration omkring specialerne Dermato-venerologi (hud- og kønssygdomme), gynækologi, øjenlægehjælp, ørelægehjælp, kirurgi og psykiatri, jf. tabel 7.3. Det er en meget lille andel eller ca. 7 pct. af aktiviteten hos de praktiserende speciallæger, som vedrører besøg til en gennemsnitlig takst over 2.000 kr. De dyre kontakter med en gennemsnitstakst over dette niveau vedrører især aktivitet ved specialerne kirurgi og øjenlægehjælp.

Tabel 7.3
Andel udgifter (pct.) hos speciallægepraksis fordelt efter speciale og tyngden af gennemsnitlig kontakt (kr.)

	Under 1.000	1.000-1.999	2.000-2.999	3.000-3.999	4.000-4.999	over 5.000	I alt
Udgifter i alt	**83,0**	**10,4**	**3,0**	**1,0**	**2,1**	**0,5**	**100,0**
Heraf							
Anæstesiologi	1,6	4,2	**6,6**	0,0	4,8	3,0	
Diagnostisk radiologi, København	2,8	3,2	0,0	.	.	.	
Dermato-venerologi	**15,2**	3,9	3,1	1,5	0,1	0,6	
Diagnostisk radiologi	0,4	0,6	.	.	.	.	
Reumatologi (Fysiurgi)	3,4	0,0	.	.	.	.	
Gynækologi-obstetrik	**11,1**	**5,3**	.	.	.	0,4	
Intern medicin	**5,0**	**7,7**	**7,7**	0,3	0,1	0,7	
Kirurgi	3,0	**27,6**	**55,8**	0,2	**12,1**	0,4	
Neuromedicin	2,6	0,1	.	.	0,1	.	
Øjenlægehjælp	**20,5**	**10,9**	**10,7**	0,8	**64,5**	**90,6**	
Ortopædisk kirurgi	2,2	4,1	3,0	0,4	**18,1**	.	
Ørelægehjælp	**21,7**	**5,2**	**6,0**	**62,9**	0,1	4,0	
Plastikkirurgi	0,4	**8,4**	**6,7**	**11,7**	0,2	.	
Psykiatri	**7,2**	**10,3**	0,0	**7,0**	.	0,2	
Pædiatri	2,8	2,6	0,1	0,0	.	0,1	
Børnepsykiatri	0,2	**6,0**	0,3	**15,3**	.	.	
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Anm.: Opgørelsesåret er 2015. Tabellen viser ressourceforbruget i speciallægepraksis fordelt efter kontakternes ressourceforbrug. Det procentvise forbrugsandel er endvidere fordelt på specialerne i sektoren. Dvs. andelen af forbruget i sektoren, som går til øjenhjælp med en kontaktpris på 1.000-1.999 kr., udgør 0,104*0,052. Specialer med en procentvis andel større end 5 pct. inden for hvert interval er markeret med fed.

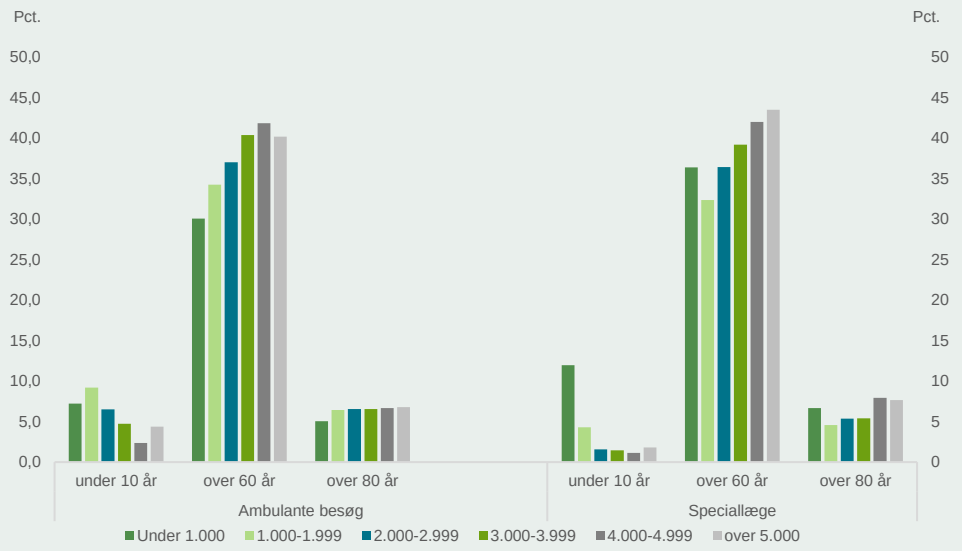
Kilde: Sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Patientkarakteristika i grænsefladen mellem speciallægepraksis og ambulatorierne

Der ses ikke store forskelle på alderssammensætningen blandt patienterne i grænsefladen mellem speciallægepraksis og ambulatorier (målt ud fra kontakternes ressourceforbrug). Blandt borgere med et gennemsnitlig ressourceforbrug pr. kontakt under 1.000 kr. ses dog en større andel af personer under 10 års alderen hos speciallægepraksis end på ambulatorierne jf. figur 7.3.

Der ses generelt en stigende andel af ældre borgere over 60 år i takt med et stigende gennemsnitlig ressourceforbrug pr. kontakt både hos speciallægerne og ambulatorierne. Blandt de 80 årige borgere ses imidlertid en nogenlunde konstant andel på tværs af kontakterne ressourcemæssige tyngde på ambulatorierne, mens andelen stiger blandt de mere ressourcekrævende kontakter i speciallægepraksis.

Figur 7.3
Andel patienter (pct.) efter aldersgruppe og gennemsnitlig tyngde af kontakt (kr.)

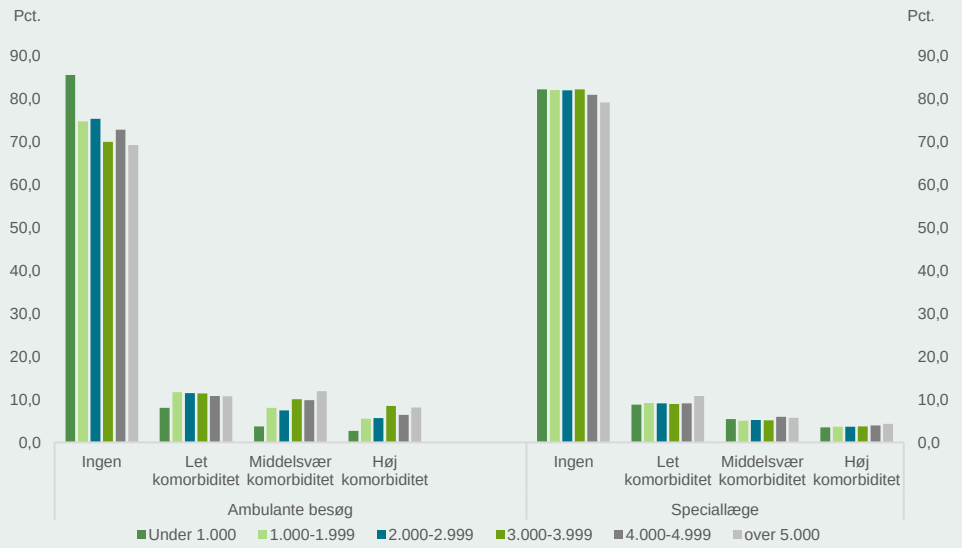


Anm.: Opgørelsesåret er 2015. Der er redegjort for afgrænsningen af udgifter og kontakter i beregningen af udgift pr. kontakt i bilag.
Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Der ses generelt lidt højere sygelighed blandt borgere på ambulatorier i forhold til borgere i speciallægepraksis (målt ud fra Charlsons komorbiditetsindeks), dog med undtagelse af borgere med et gennemsnitligt forbrug pr. kontakt under 1.000 kr. Her er borgerne mindre syge på ambulatorierne end i speciallægepraksis.

Derudover ses det, at andelen af borgere med ingen komorbiditet er faldende på ambulatorierne i takt med stigende tyngde i kontakten, mens det ikke er tilfældet hos speciallægerne. I speciallægepraksis er sygelighed meget konstant på tværs af stigende tyngde af kontakterne.

Figur 7.4
Andel patienter (pct.) efter sygelighed og gennemsnitlig tyngde af kontakt (kr.)



Anm.: Opgørelsesåret er 2015. Der er redegjort for afgrænsningen af udgifter og kontakter i beregningen af udgift pr. kontakt i bilag.
Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Patientforløb i speciallægepraksis og på ambulatorier

For at få et mere retvisende billede af sammenligneligheden mellem praksissektoren og sygehusene er der behov for at sammenligne sammensatte behandlinger og patientforløb frem for enkeltstående kontakter. Der findes dog kun få af sådanne undersøgelser.

En dansk undersøgelse fra 2011 sammenligner udvalgte patientforløb og omkostninger inden for specialerne kirurgi, gynækologi og øre-næse-hals mellem ambulatorier og speciallægepraksis, jf. boks 7.2. I undersøgelsen konkluderes det, at de gennemsnitlige omkostninger for de fleste patientforløb typisk er markant lavere i speciallægepraksis end på sygehusene.

Det påpeges dog, at det generelt er vanskeligt at sammenligne behandlinger på tværs af de organisatoriske enheder, fordi patientpopulationer og -forløb ikke umiddelbart er sammenlignelige. I undersøgelsen foretages en række restriktioner i forhold til patientkarakteristika og procedurer for at skabe større sammenlignelighed på tværs af organisatoriske enheder, men selv herefter, vurderes patientpopulationerne at være forskellige.

Det kommer blandt andet til udtryk ved, at ressourceforbruget blandt patienter på sygehusene varierer mellem lidt og meget ressourcekrævende patienter, mens ressourceforbruget for patienter i speciallægepraksis er mere ensartet. Når der ses på medianomkostninger, er patientforløbene således ressourcemæssigt mere sammenlignelige, end når gennemsnitsomkostninger sammenlignes.

Boks 7.2
Sammenligning af patientforløb i speciallægepraksis og på sygehusene

KORA (nuværende VIVE) har gennemført en undersøgelse af ligheder og forskelle mellem patientforløb og tilhørende omkostninger på hhv. sygehusambulatorier og speciallægepraksis for 13 forskellige behandlingsforløb.

Patientpopulationer og –forløb er forskellige
I analysen vurderes det, at patientpopulationer og -forløb hos sygehusene og praksisserne umiddelbart ikke er sammenlignelige. Begrundelsen er, at sygehusene er mere specialiserede, og der er større variation i behandlingsforløbenes tyngde end hos speciallægepraksis, da sygehusene varetager mere forskelligartede opgaver fx både behandling, diagnostik, rehabilitering og både elektive og akutte forløb.

Derfor udføres en interviewundersøgelse blandt sygehuslæger, sygeplejersker og praktiserende speciallæger for at forstå forskelle mellem forløb i de to organisatoriske enheder. Interviewene bruges til at afgrænse dataudtræk i registeranalysen med henblik at opnå større sammenlignelighed. Det anføres, at interviewene især har ført til restriktioner og eksklusion af sygehusdata fx ekskluderes patienter med komplicerede bi-diagnoser. Derudover afgrænses patientpopulationer i forhold til et alderskriterie for at opnå større sammenlignelighed.

I interviewene spørges læger og sygeplejersker bl.a. til det medgåede tidsforbrug i behandlingen. Lægerne i praksisserne angiver generelt et lavere tidsforbrug. Det anføres, at det kan være udtryk for mere effektive forløb og processer hos speciallægepraksis, men det kan også være udtryk for, at de håndterer mindre komplekse og mere ensartede forløb. Det anføres endvidere, at en vigtig årsag til forskelle i tidsforbrug kan være, at sygehusforløb ofte anvender fuld narkose, som forudsætter både anæstesilæge og -sygeplejerske samt opvågningskapacitet, mens forløb i praksisser ofte sker under lokalbedøvelse. Derudover anføres, at sygehusforløb ofte omfatter flere indgreb på samme tid fx både diagnostik og behandling. Men selv efter restriktioner af data og eksklusion af de mest komplicererede sygehusforløb vurderes patientpopulationerne forskellige.

Forbehold for sammenligning af omkostninger
Patientforløb i sygehusregi er baseret på omkostningsdatabasen og hos speciallægepraksis er data baseret på sygesikringsregisteret. Det påpeges, at der er visse udfordringer ved at sammenligne forløb ud fra disse to forskellige datakilder. Sygehusdata er gennemsnitomkostninger og inkluderer også en andel af sygehusenes indirekte og faste omkostninger til at drive sygehus, som ikke direkte er relateret til behandlingen. Sygesikringsdata har ikke samme detaljeringsgrad omkring oplysninger af diagnose og typen af behandlingen. Derudover afspejler omkostningerne de overenskomstfastsatte honorar, som ikke nødvendigvis afspejler behandlingens faktiske omkostning. For at opnå større sammenlignelighed af forløb og omkostninger korrigeres sygehusomkostningerne blandt andet for en beregnet indirekte omkostning.

Patientforløb på sygehus mere heterogene og i gennemsnit dyrere
Det findes, at gennemsnitomkostningerne af stort set alle patientforløbene er væsentlig lavere hos speciallægepraksis. Det gælder også, når sygehusomkostningerne korrigeres for beregnede indirekte omkostninger. De højere gennemsnitomkostninger for sygehusforløb er især udtryk for, at forløbene dækker over nogle meget dyre forløb. Der ses således mindre forskel i omkostningerne, når medianomkostningerne sammenlignes. Medianomkostningerne er for nogle behandlinger lavere på sygehusene eller kun lidt dyrere end speciallægepraksis.

Kilde: PaSS – patientforløb i speciallægepraksis og på sygehus. Analyse af regionernes omkostninger for 13 patientforløb inden for kirurgi og øre-næse-hals- og gynækologispecialet. Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

7.3 Forebyggelse af indlæggelser og specialiseret behandling

Borgere kan opleve at blive indlagt, hvor indlæggelsen vurderes at kunne være undgået af forskellige grunde. Disse indlæggelser benævnes ofte som uhensigtsmæssige indlæggelser. Uhensigtsmæssige indlæggelser dækker primært over forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser, korttidsindlæggelser samt forlængede indlæggelser.

- **Forebyggelige indlæggelser** er indlæggelser, der ofte er mulige at forebygge ved at ændre eller forbedre indsatsen i kommuner og/eller regioner. En forebyggelig indlæggelse betegner en indlæggelse, hvor den primære diagnose tilhører en af følgende diagnosegrupper: dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejssygdom, blærebetændelse, gastroenteritis, brud, ernæringsbetinget anæmi (blodmangel), sociale og plejemæssige forhold og/eller tryksår.

- **Akutte genindlæggelser** er en ikke-planlagt og øjeblikkelig indlæggelse, der finder sted senest 30 dage efter seneste udskrivning. Indlæggelsen må ikke være som følge af en henvisning fra et andet sygehus eller sygehusafsnit, og patienten må på indlæggelsen ikke have en kræft- eller ulykkesdiagnose.

- **Akutte medicinske korttidsindlæggelser** er en ikke-planlagt og øjeblikkelig indlæggelse, der foregår på en medicinsk afdeling, hvor patienten udskrives samme dag eller dagen efter indlæggelsen.

- **Forlængede indlæggelser** dækker over indlæggelsesdage som ikke længere er klinisk begrundede. Borgeren vil her være færdigbehandlet, men kan ikke udskrives. Det kan eksempelvis være patienter, der venter i længere tid på plejehjem eller i kort tid, fordi det ikke i praksis er muligt for hospitalet at udskrive patienten, idet kommunen ikke kan modtage patienten med så kort frist.

Det skal dog bemærkes, at ikke alle indlæggelser indeholdt i ovenstående opgørelser er uhensigtsmæssige og kan forebygges. Samtidig er opgørelserne ikke udtømmende for uhensigtsmæssige indlæggelser, dvs. der kan forekomme uhensigtsmæssige indlæggelser, som ikke fanges i indikatorerne.

Uhensigtsmæssige indlæggelser udgør en stor andel af aktiviteten på sygehusene

Udgifter til forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser, korttidsindlæggelse udgør hver især 2-3 mia. kr., mens færdigbehandlingsdage kun udgør en meget lille del af aktiviteten på 50-70 mio. kr., jf. tabel 7.4. Når udgifterne lægges sammen udgør det samlede ressourceforbrug 8 mia. kr. Der kan dog være overlap mellem de forskellige indlæggelsestyper, som ikke nødvendigvis repræsenterer forskellige hændelser. Der er imidlertid tilsyneladende tale om et lille overlap. Når der ses på unikke indlæggelser udgør den samlede produktionsværdi stadig omtrent 8 mia. kr. eller ca. 20 pct. af den samlede aktivitet forbundet med somatiske indlæggelser (ekskl. færdigbehandlingsdage).

Tabel 7.4

Produktionsværdi (mio. kr.) forbundet med uhensigtsmæssige indlæggelser

Mio. kr.	2014	2015	2016
Forebyggelige indlæggelser	2.711	2.829	2.772
Genindlæggelser	2.562	2.545	2.406
Akutte mediciske korttidsindlæggelser	3.117	3.056	3.023
Færdigbehandlingsdage	76	68	59
I alt	**8.466**	**8.498**	**8.260**
I alt for unikke indlæggelser (ekskl. færdigbehandlingsdage)	**8.085**	**8.111**	**7.401**

Anm.: Produktionsværdien er opgjort som den samlede DRG-produktionsværdi i 2016-niveau inklusiv genoptræningstaksten. Produktionsværdien for unikke indlæggelser er opgjort for forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og akutte medicinske kortidsindlæggelser. Med unikke menes, at en indlæggelser kun indgår én gang. Fx kan en akut medicinsk korttidsindlæggelser også være en forebyggelig indlæggelse. I et sådan tilfælde vil indlæggelsen kun tælle med én gang. Har samme borgere først en akut medicinsk korttidsindlæggelser og senere på året en forebyggelig indlæggelser, vil de tælle med som to unikke indlæggelser. Produktionsværdien for færdigbehandlingsdage er færdigbehandlingstaksten og ikke taksten for den samlede indlæggelse som indebærer færdigbehandlingsdage. Genindlæggelser er opgjort efter samme afgrænsning brugt i Nationale mål, men bygger på et andet datagrundlag. Derfor vil denne opgørelse ikke direkte kunne sammenlignes med de Nationale mål.

Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Det er vigtigt at understrege, at ikke alle indlæggelser indeholdt i ovenstående opgørelser nødvendigvis er uhensigtsmæssige. Genindlæggelser kan være velbegrundede og forebyggelige indlæggelser kan dække over situationer, som ikke nødvendigvis har været forebyggelige. Det er endvidere vanskeligt at tilskrive indlæggelserne handlinger i den regionale eller kommunale sektor. Det taler for at indikatorerne overvurderer omfanget af uhensigtsmæssige indlæggelser.

Omvendt kan det også siges, at der også kan være uhensigtsmæssige indlæggelser, som de nævnte indikatorer ikke fanger. Det taler for en undervurdering.

Positiv udvikling for forebyggelige indlæggelser og færdigbehandlingsdage

Antallet af forebyggelige indlæggelser blandt ældre er faldet med ca. 14 pct. fra 2009 til 2015, jf. tabel 7.5. Ligeledes er antallet af færdigbehandlingsdage i somatikken faldet med 7 dage, hvilket svarer til et fald på 66 pct.

Andelen af genindlæggelser af alle indlæggelser har været stigende i perioden og antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser har udviklet sig nogenlunde konstant i perioden, dog ses et fald i de sidste to år.

Tabel 7.5

Uhensigtsmæssige indlæggelser, 2009-2017

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Ændring i pct./pct.point
Forebyggelige indlæggelser (antal pr. 1.000 ældre)	68,3	70,4	68,7	65,2	65,2	62,0	63,5	61,1	59,0	-13,6
Akutte genindlæggelser (pct., andel indlæggelser, som efterfølges af akut genindlæggelse)	10,6	10,8	11,0	11,2	11,4	11,5	11,4	11,3	11,6	1,1
Akutte medicinske korttidsindlæggelser (antal pr. 1.000 borgere)	29,0	29,0	29,5	30,2	30,3	30,1	29,0	27,8	25,8	-11,0
Færdigbehandlede patienter (antal sengedage pr. 1.000 borgere)	10,6	8,1	7,0	7,1	6,9	7,1	6,1	5,3	3,6	-65,8

Anm.: Opgørelsen er køns- og aldersstandardiseret. Genindlæggelsesfrekvensen følger definitionen fra Nationale mål 2018 og er således ikke direkte sammenlignelig med produktionsværdien opgjort i tabel 7.4.
Kilde: eSundhed.dk og egne beregninger.

Regionale forskelle blandt uhensigtsmæssige indlæggelser

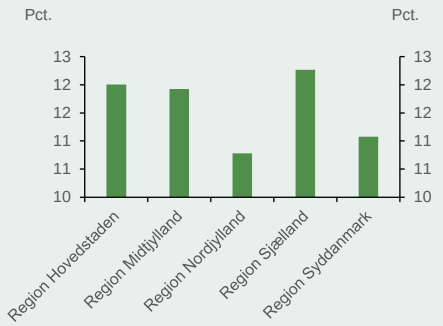
Der er stor forskel blandt antallet/andelen af uhensigtsmæssige indlæggelser på tværs af regionerne. For tre ud af de fire opgørelser har Region Hovedstaden flest indlæggelser, mens Region Nordjylland har det laveste antal indlæggelser i tre ud af de fire opgørelser, jf. figur 7.5.

Andelen af akutte genindlæggelser er størst i Region Sjælland, mens Region Nordjylland har den laveste andel. Andelen er 1,5 pct. point større i Region Sjælland sammenlignet med Region Nordjylland.

Antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser og forebyggelige indlæggelser er størst i Region Hovedstaden, mens antallet er lavest i hhv. Region Nordjylland og Region Syddanmark, jf. figur 7.6 og 7.7. Antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser er 3,4 gange større i Region Hovedstaden sammenlignet med Region Nordjylland, mens antallet af forebyggelige indlæggelser er 47 pct. større i Region Hovedstaden sammenlignet med Region Syddanmark.

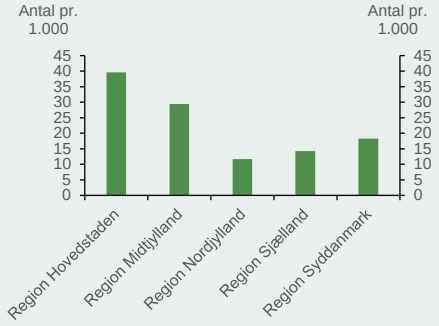
Antallet af færdigbehandlingsdage er størst for både psykiatrien og somatikken i Region Hovedstaden, jf. figur 7.8. Her er antallet ca. 4 gange større i somatikken end i Region Nordjylland, hvor antallet af færdigbehandlingsdage er lavest.

Figur 7.5
Akutte genindlæggelser inden 30 dage, andel af alle indlæggelser, 2017



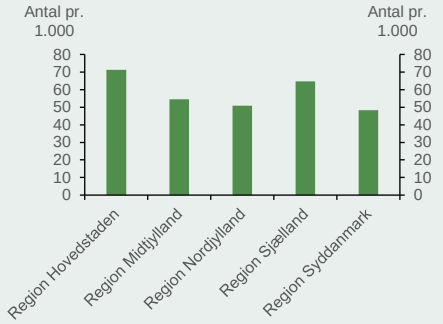
Kilde: eSundhed.dk; synlige resultater

Figur 7.6
Akutte medicinske korttidsindlæggelser, antal pr. 1.000 borgere, 2017



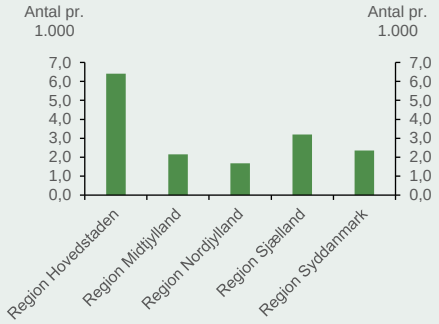
Kilde: eSundhed.dk; synlige resultater

Figur 7.7
Forebyggelige indlæggelser blandt ældre, antal pr. 1.000 ældre, 2017



Kilde: eSundhed.dk; synlige resultater

Figur 7.8
Færdigbehandlingsdage, antal pr. 1.000 borger, 2017



Kilde: eSundhed.dk; synlige resultater

7.4 Forskelle i organisering og kapacitet mellem primær sektor og sygehusene

Den primære sektor og sygehusene adskiller sig ikke kun i forhold til karakteren af behandlinger og patienterne. Organiseringen og kapaciteten i sektorerne er ligeledes meget forskellig, jf. tabel 7.6.

Behandlingen og beskæftigelsen i sygehusvæsenet er koncentreret på få (administrative/geografisk) enheder sammenlignet med praksissektoren, som er mere spredt rundt i landet. Det ses fx ved, at der er 24 somatiske sygehuse i landet, mens der er godt 2.000 almene praksisser og knap 1.000 speciallægepraksisser. Det svarer i gennemsnit til 20 almene praksisser og 10 speciallægepraksisser pr. kommune.

Mere end halvdelen af alle læger og speciallæger er beskæftiget på sygehusene, og meget få læger er beskæftiget i kommunerne. I praksissektoren er stort alle læger uddannede speciallæger, mens der er ca. 2 læger uden speciale for hver speciallæge på sygehusene.

Praksisserne – såvel almen praksis som speciallægepraksis – er generelt små enheder bestående af typisk 1-2 læger. I almen praksis er knap halvdelen af praksisserne solopraksisser med en læge, og en tredjedel er kompagniskaber med flere læger jf. Sundheds- og Ældreministeriet (2016). Sygehusene er omvendt store enheder med i gennemsnit knap 700 læger pr. sygehus. I kommunerne er der i gennemsnit godt én læge pr. kommune.

For de sygeplejersker, som er beskæftiget på sundhedsområdet, er det hovedparten, som er beskæftiget på sygehusene. Og der er flere sygeplejersker ansat i kommunerne end hos de praktiserende læger og speciallæge praksis.

Det betyder også, at der er stor forskel på det indbyrdes forhold mellem personalets kompetencer og baggrund i de forskellige sektorer. I kommunerne er koncentrationen af sygeplejersker størst, hvilket skyldes, at der er meget få læger ansat i kommunerne. For hver beskæftiget speciallæge er der således ca. 150 sygeplejersker. På sygehusene er der ca. 5 sygeplejersker for hver beskæftiget speciallæge og 2,5 sygeplejersker for hver læge - med eller uden et speciale. I praksissektoren bruges sygeplejersker i et meget mindre omfang. Der er således én sygeplejerske for hver anden speciallæge.

Tabel 7.6

Forskelle i organisering og kapacitet mellem sygehuse og primær sektor

	Sygehuse	Almen praksis	Speciallæge-praksis	Kommuner
Antal enheder	24	2.229	983	98
Personale (antal personer)				
Læger	16.199	4.314	1.385	147
Læger uden speciale	7.650	107	24	47
Speciallæger	8.549	4.207	1.361	100
Sygeplejersker	39.544	2.104	667	15.733
Plejepersonale	10.618	514	242	78.486
Patienter med kontakt	2.813.000	4.893.000	1.778.000	-
heraf psykiatri	142.000	-	-	-
Ratioer				
Læger pr. enhed	675,0	1,9	1,4	1,5
Læger uden speciale pr. speciallæge	0,9	0,0	0,0	0,5
Sygeplejersker pr. speciallæge	4,6	0,5	0,5	157
Sygeplejersker pr. læge	2,4	0,5	0,5	107
Patienter pr. læge	174	1.134	1.284	-
Patienter pr. speciallæge	329	1.163	1.306	-
Patienter pr. enhed	117.208	2.195	1.809	-

Anm.: Opgørelsen er baseret på data for året 2015. Personale er opgjort pba. af bevægelsesregisteret og Danmarks Statistiks branchekodning (DB07) af hhv. hospitaler, almen praksis og speciallægepraksis. Beskæftigelsen i branchen hospitaler omfatter kun den offentlige beskæftigelse. Beskæftigelsen i brancherne almen praksis og speciallægepraksis omfatter kun den private beskæftigelse. Beskæftigelse er for alle brancher og sektorer opgjort i antal personer. Antal patienter er opgjort som antal personer, der har haft kontakt til den relevante sektor.

Kilde: Bevægelsesregisteret, Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehusvæsenet, esundhed.dk, Udvalgte nøgletal for det regionale sundhedsvæsen 2009-15, Sundhedsdatastyrelsen.

Som tidligere vist er der stor forskel på den ressourcemæssige tyngde af behandlingen på sygehusene og i den primære sektor. Dette forhold kommer blandt andet til udtryk i tabel 7.6 ved antal patienter pr. læge. På sygehusene er der i gennemsnit 170 patienter pr. læge og 330 patienter pr. speciallæge, mens der i primærsektoren er 1.100-1.300 patienter pr. speciallæge.

Det afspejler især, at behandlingen i praksissektoren i højere grad består af korte og mindre komplekse behandlinger, som involverer færre personalemæssige ressourcer. Forskellen kan dog også henføres til andre forhold. En del af de beskæftigede læger på sygehusene er ikke nødvendigvis i direkte patientkontakt, men er beskæftiget med andre opgaver som fx forskning og uddannelse.

Speciallægernes uddannelsesbaggrund og kompetencer varierer også på tværs af sektorer, jf. tabel 7.7. I almen praksis er stort set alle læger uddannet i almen medicin[8], mens der er relativt få speciallæger i almen medicin på sygehusene og i speciallægepraksis. På sygehusene har en tredjedel af speciallægerne speciale i kirurgi, mens det er næsten halvdelen af lægerne i speciallægepraksis.

Tabel 7.7

Specialefordeling (pct.) blandt speciallæger på tværs af sygehuse og primær sektor

Pct.	Sygehuse	Almen praksis	Speciallæge-praksis	Kommuner
Specialefordeling (pct.) blandt speciallæger				
Almen medicin	3,0	97,7	7,1	59,0
Kirurgiske specialer	29,6	0,9	46,3	
Intern medicinske specialer	20,3	0,2	7,9	
Psykiatriske specialer	9,1	0,6	16,7	10,0
Anæstesiologi (tværgående speciale)	6,6		2,2	
Diagnostisk radiologi (tværgående speciale)	11,9		3,5	
Dermato-venerologi	0,7		9,1	
Neurologi	3,8		3,6	
Klinisk onkologi	2,4		0,0	
Pædiatri	4,6		2,2	
Øvrige	8,0	0,5	1,4	31,0

Anm.: Opgørelsen er baseret på data for året 2015. Personale er opgjort pba. af bevægelsesregisteret og Danmarks Statistiks branchekodning (DB07) af hhv. hospitaler, almen praksis og speciallægepraksis. Beskæftigelsen i branchen hospitaler omfatter kun den offentlige beskæftigelse. Beskæftigelsen i brancherne almen praksis og speciallægepraksis omfatter kun den private beskæftigelse. Beskæftigelse er for alle brancher og sektorer opgjort i antal personer. I brancherne almen praksis og kommuner omfatter kategorien øvrige alle specialer ud over de opførte. Eksempelvis kan det ikke udelukkes, at der er speciallæger med de specificerede specialer (fx intern medicinske speciale) beskæftiget i kommunerne eller almen praksis. Men tallene kan ikke medtages pga. få observationer og anonymitetshensyn.

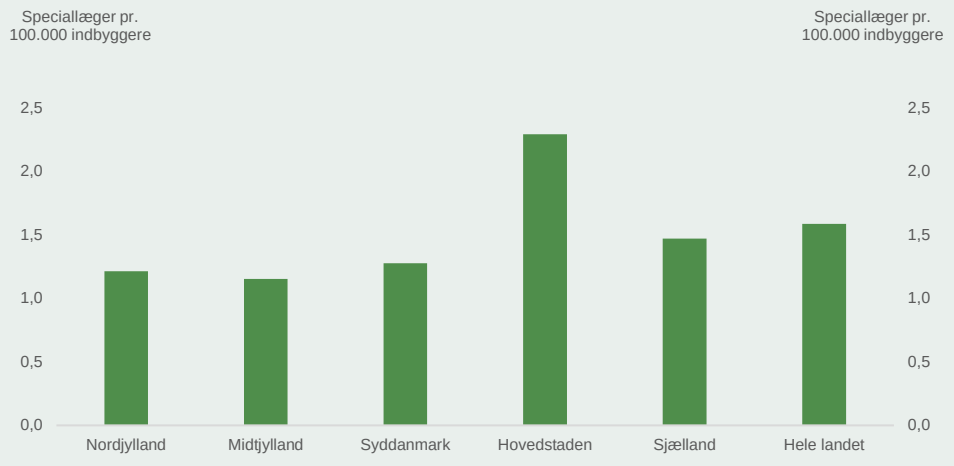
Kilde: Bevægelsesregisteret, Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehusvæsenet, esundhed.dk, Udvalgte nøgletal for det regionale sundhedsvæsen 2009-15, Sundhedsdatastyrelsen.

Forskellig brug af praktiserende speciallæger på tværs af regioner

På tværs af regioner ses der også forskelle i den valgte organisering og brugen af speciallæger i praksissektoren. I Region Hovedstaden lægges der større vægt på brugen af praktiserende speciallæger, hvilket blandt andet kommer til udtryk i antallet af speciallæger pr. indbygger, jf. figur 7.9. For hver 100.000 indbygger er der godt 20 speciallæger i Region Hovedstaden. I de øvrige regioner er der 10-15 speciallæger pr. 100.000 indbyggere.

[8] *Opgørelsen af baseret på Bevægelsesregisteret og beskæftigelsen i branchen "Almen praksis" jf. Danmarks Statistiks branchekodning. Beskæftigelsen omfatter alle speciallæger, som er beskæftiget i denne branche. Det er hovedsageligt speciallæger, som ejer et ydernummer og driver en almen praksis, men det kan også være speciallæger, som er ansat i en praksis eller beskæftiger sig med almen lægegerning på anden vis.*

Figur 7.9
Praktiserende speciallæger pr. indbygger fordelt på regioner



Anm.: Opgjort som fuldtidsstillinger.
Kilde: Yderregisteret (ny version fra 2014 og frem), Sygesikringsregisteret, CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

En undersøgelse af forskelle i henvisninger i almen praksis på tværs af regioner viser, at i der gennemsnit henvises ca. 30 pct. flere til speciallæger i Region Hovedstaden end i Region Nordjylland. Og der henvises i gennemsnit 10 pct. flere til sygehuse i Region Nordjylland end i Region Hovedstaden. Det kan være udtryk for, at der for visse sundhedsydelser kan være en substitution mellem henvisninger til speciallæge og ambulante sygehushenvisninger, og at Region Hovedstadens større brug af speciallægerne fungerer som et alternativ til sygehusbehandlingen på ambulatorierne. Analysen tager dog ikke højde for eventuelle viderehenvisninger fra speciallæge til sygehus. Og det kan derfor ikke konkluderes, at den større koncentration af speciallæger i Region Hovedstaden afløser aktivitet på sygehusene.

Litteratur

Det Nationale institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning (2012): *PaSS – patientforløb i speciallægepraksis og på sygehus. Analyse af regionernes omkostninger for 13 patientforløb inden for kirurgi og øre-næse-hals- og gynækologispecialet.*

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2008): *Henvisningsmønsteret i almen praksis i Danmark.*

Rapport fra regeringens Lægedækningsudvalg (2017): *Lægedækning i hele Danmark*.

Sundheds- og Ældreministeriet (2016): *Almen praksis analyser*.

Bilag

Boks 7.3
Definition af en kontakt og udgift til sundhedsvæsenet

Definitionen af en kontakt er vigtig for at forstå forskelle på tværs af sektorer dels i antal kontakter pr. modtager og udgiften pr. kontakt. Udgiften pr. kontakt afspejler fx i høj grad varigheden og kompleksiteten af kontakten. Opgørelserne i denne analyse er baseret på følgende definitioner af en hhv. kontakt og udgift:

Kontakter

Indlæggelse: Definitionen på en indlæggelse følger publikationen *Udvalgte nøgletal i det regionale sundhedsvæsen 2009-2015, september 2016, Sundhedsdatastyrelsen.* Dvs. en indlæggelse tælles som en patient udskrivning fra en sygehusafdeling, hvor patienten har optaget en normeret sengeplads. Overflytninger mellem sygehusafdelinger tæller ikke med som en selvstædig indlæggelse.

Ambulant besøg: Definitionen af et ambulant besøg følger publikationen *Udvalgte nøgletal i det regionale sundhedsvæsen 2009-2015, september 2016, Sundhedsdatastyrelsen.* Dvs. et ambulant besøg tælles som en patients fremmøde på et ambulatorium, i en tværgående klinisk serviceafdeling, et hjemmebesøg af sundhedsfagligt uddannet personale eller modtagelse af en afregningsberettiget telemedicinsk ydelse. For den enkelte patient opgøres der kun et ambulant besøg pr. dag pr. afdeling.

Kontakt til speciallæge: En kontakt defineres som en fysisk konsultation hos den praktiserende speciallæge.

Kontakt til almen praksis: En kontakt defineres som en fysisk konsultation hos den alment praktiserende læge.

Udgifter

Indlæggelse: DRG-produktionsværdien forbundet med ovenstående definerede indlæggelser.

Ambulant: DAGS-produktionsværdien forbundet med ovenstående definerede indlæggelser.

Speciallægepraksis: Honorarer til fysiske konsultationer samt tillægsydelser hos de praktiserende speciallæger. Udgifter er ekskl. honorarer til tlf. og email-konsultationer.

Almen praksis: Honorarer til fysiske konsultationer samt tillægsydelser hos de praktiserende læger. Udgifter er ekskl. honorarer til tlf. og email-konsultationer.

Analyse 8: Risikofaktorer og effektiv patientrettet forebyggelse

Et sundhedsvæsen som i endnu højere grad tilstræber behandling på det laveste, effektive omkostningsniveau kan understøtte en effektiv udnyttelse af ressourcerne i sundhedsvæsenet. Det handler blandt andet om, at patienter, der ikke har behov for sygehusvæsenets tilbud, så vidt muligt behandles og plejes i primærsektoren.

I denne analyse gennemgås strukturelle rammer og udvalgte indsatser, som har til formål at tilskynde en tidlig opsporing af borgere, som er i høj risiko for at udvikle et behov for specialiserede indsatser. Derudover gennemgås udvalgt litteratur og resultater om, hvad vi ved om effektive indsatser i forhold til at forebygge udvikling og forværring af sygdom og dermed forebygge, at borgere får behov for specialiseret behandling. I denne gennemgang er der fokus på indsatser direkte målrettet forebyggelse af indlæggelser.

I den forbindelse undersøges to konkrete indsatser – hhv. lungefunktionsmåling af borgere med KOL og opsøgende hjemmebesøg blandt skrøbelige ældre - som netop har til formål at bidrage til tidlig opsporing og forebygge specialiseret behandling blandt kroniske syge og svage ældre borgere.

Hovedresultater i analysen er:

- *Effektiv patientrettet forebyggelse forudsætter en målrettet og effektiv indsats, som kan stå mål med de ressourcer, som medgår heri. Nogle borgere er mere udsatte og har større sandsynlighed for at få behov for behandling. I den sundhedsfaglige litteratur og i sundhedssystemer i andre lande er der stigende fokus på at identificere risikogrupper, som er i høj risiko for at udvikle et behov for specialiseret behandling. Et redskab som er mere og mere udbredt er brugen af såkaldte "prædiktionsmodeller", som kan hjælpe med at identificere højrisikogrupper.*

- *Identifikation af grupper i høj risiko kan bidrage til tidlig opsporing og målretning af indsatser. Derudover kan identifikation af risikogrupper understøtte finansieringen af sundhedsvæsenet. I flere andre lande ses fx risikojusterede honorar- og betalingssystemer, hvor betalingen for behandling af borgere differentieres efter borgernes patienttyngde og sandsynlighed for at efterspørge sundhedsydelser. Sådanne honorarsystemer kan siges at fungere som prædiktionsmodeller, idet finansieringen kan tydeliggøre og tilskynde til en ekstra indsats over for højrisikogrupper.*

- *Højrisikogrupper tæller fx nogle grupper af ældre borgere med kroniske sygdomme eller borgere, som påvirkes af pludselige hændelser fx udskrivning fra sygehus, tab af vigtige social relationer kombineret med høj sygelighed og nedsat fysisk funktionsevne.*

- *Det er fx velkendt at ældre borgere er særligt udsatte i tiden efter en udskrivning fra sygehuset. Derudover ses også en øget brug af sundhedsvæsenet blandt ældre borgere, som mister deres ægtefælle. Det kan være udtryk for, at borgere er særligt sårbare i tiden omkring pludselige begivenheder, men også at tætte sociale relationer spiller en rolle for borgernes sårbarhed.*

- *Målretning af indsatser understøttes også via faglige anbefalinger/retningslinjer omkring bestemte typer behandling. En faglig anbefaling handler fx om, at borgere med KOL skal tilbydes årskontrol bl.a. med lungefunktionsmåling. Målingen udføres ofte hos den alment praktiserende læge, men kan også foregå på et ambulatorium. Formålet er at følge borgernes helbredsmæssige tilstand og kunne reagere tidligt på evt. forværret tilstand. En analyse viser, at borgere, som modtager en lungefunktionsundersøgelse i almen praksis, ser ud til at have lavere udgifter til akutte indlæggelser sammenlignet med borgere, som ikke modtager en undersøgelse.*

8.1 Risikogrupper og behov for specialiserede indsatser

Stigende fokus på identifikation af risikogrupper

Der er i litteraturen og sundhedssystemer i andre lande et stigende fokus på at identificere særlige højrisikogrupper, som er særligt udsatte for at udvikle et behov for en fremtidig specialiseret behandling fx en indlæggelse.

Der eksisterer således en ganske omfattende og voksende litteratur, som undersøger sammenhængen mellem forskellige personkarakteristika såsom alder, køn, sygelighed på den ene side og tilbøjeligheden til at efterspørge sundhedsydelser fx behovet for en indlæggelse på den anden side. I litteraturen omtales disse sammenhænge undertiden som "prædiktionsmodeller", idet de kan bidrage til at forudsige og identificere borgergrupper med størst sandsynlighed for at have behov for en given behandling.

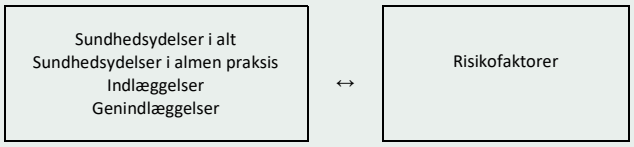
Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at modellerne ofte kun repræsenterer en sammenhæng mellem sundhedsforbrug og risikofaktorer – og ikke nødvendigvis en årsagssammenhæng.

Forskellige mål for opgørelse af risikogrupper

Risikogrupper kan identificeres op imod det udfald, som ønskes forudsagt, jf. figur 8.1. Fx hvad er sandsynligheden for, at en borger har en kontakt til almen praksis, bliver indlagt eller genindlagt, og hvilke risikofaktorer har indflydelse på disse udfald?

Risikogrupper kan således identificeres ud fra brede mål som det generelle forbrug af sundhedsydelser i såvel primær sektor som sekundær sektor. Eller det kan være mere snævert afgrænsede mål, som forbruget hos almen praksis, indlæggelser, genindlæggelser eller mere specifikke sundhedsydelser.

Figur 8.1
Identifikation af risikofaktorer



Der skelnes typisk mellem forudsigelse af indlæggelser og genindlæggelser. Det kan være nyttigt, idet risikogrupperne kan være meget forskellige og skal identificeres ud fra forskellige karakteristika.

Forudsigelse af genindlæggelser omfatter en mindre og mere homogen gruppe individer, idet der betinges på en forudgående indlæggelse. Forudsigelse af indlæggelser handler også om at identificere borgere, som ikke nødvendigvis har været i kontakt med sundhedsvæsenet endnu og ikke nødvendigvis kan identificeres ud fra en forudgående behandling og diagnose. Der er således tale om et bredere perspektiv og anvendelse, hvilket stiller krav til andre data og informationer i identifikationen af risikogrupper. Skelnen mellem indlæggelser og genindlæggelser er også relevant i forhold til at målrette en effektiv og forebyggende indsats.

Flere muligheder for anvendelse af risikoidentifikation

Identifikation af risikogrupper og prædiktionsmodeller kan først og fremmest være nyttigt i arbejdet med tidlig og rettidig opsporing af borgere, som er i høj risiko for at udvikle et behov for behandling, herunder til at prioritere og målrette relevante indsatser, som kan forebygge specialiserede indsatser, jf. figur 8.2. Derudover anvendes risikogrupper også til at foretage sammenligninger i aktivitet og resultater mellem sygehuse og andre enheder, hvor patientpopulationens risikoprofil kan være forskellig.

I flere lande har sundhedsmyndigheder og aktører i sundhedsvæsenet udviklet værktøjer til prædiktion og segmentering, som kan bruges til at identificere og forudsige højrisikogrupper.

Figur 8.2
Anvendelse af risikogrupper

Identifikation af risikogrupper er et nyttigt redskab og finder anvendelse i flere sammenhænge:

- **Målrettet forebyggelse:** Identifikation af risikogrupper kan bidrage til tidlig opsporing og muliggør iværksættelse af målrettede forebyggende indsatser
- **Benchmarking og sammenligninger:** Risikogrupper kan bruges til at risikojustere aktivitet, indlæggelser mv. mellem fx hospitaler med henblik at øge sammenligneligheden af resultater.
- **Finansiering:** Risikojusteret finansiering og honorering kan bidrage til et stærkere fokus på risikogrupper og potentielt mindske tilskyndelse til forskelsbehandling mellem borgergrupper.

Det er endvidere udbredt i andre lande, at dele af finansieringen af sundhedsvæsenet differentieres efter borgernes risikoprofil for at modtage behandling. Sådanne finansieringsmodeller kan fungere som en slags prædiktionsmodel, såfremt betalingen i højere grad følger borgere med risiko for at udvikle behov for behandling eller måtte have et behov for behandling i sundhedsvæsenet.

I Danmark fordeles bloktilskuddet til regionerne bl.a. efter en række objektive fordelingskriterier, der afspejler regionernes udgiftsbehov. Formålet er at give regionerne lige muligheder for at drive sundhedsvæsenet. Der er dog ikke tale om kriterier, der tager udgangspunkt i den enkelte borgers sundhed eller risiko, men mere overordnede kriterier på befolkningsniveau.

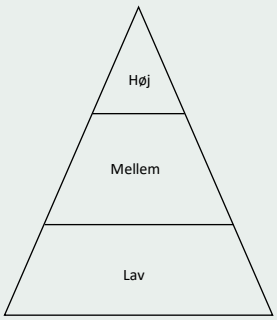
Karakteristika ved risikogrupper

I det følgende gennemgås forskellige karakteristika ved patientpopulationer, som litteraturen ofte finder relevante i forhold til at identificere højrisikogrupper, som efterspørger specialiserede indsatser. Der vil være fokus på karakteristika, som er korreleret med indlæggelser og genindlæggelser.

Blandt de fleste borgere vil sandsynligheden for at skulle have brug for en specialiseret indsats være lille. Mens en mindre gruppe befinder sig i høj risiko for at skulle efterspørge en særlig indsats. Denne sammenhæng er illustreret via en "trekant", jf. figur 8.3.

Figur 8.3
Risikofaktorer med indflydelse på behovet for behandling i sundhedsvæsenet

Risikogrupper



Risikofaktorer

Demografi
- Alder, køn etnicitet

Sygelighed
- Tidligere forbrug af sundhedsydelser
- Multisygdom
- Udvalgte diagnoser
- Polyfarmaci
- Psykisk sygdom

Socioøkonomi
- Uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning

Sociale relationer
- Civilstatus, boligforhold fx bor alene

Fysisk funktionsevne
- Selvvurderet helbred, fysisk mobilitet, fald

Livstilsfaktorer
- Rygning og alkoholforbrug
- Overvægt

Anm.: De oplistede risikofaktorer er baseret på udvalgte undersøgelser og litteratur om sammenhængen mellem forbruget af sundhedsydelser i det specialiserede sundhedsvæsen fx indlæggelser og genindlæggelser og forskellige patientkarakteristika.
Kilder:
Campbell, S. E. et. al. (2004): A Systematic Literature Review of Factors Affecting Outcome in Older Medical Patients Admitted to Hospital. Age and Ageing 33 (2).
Kansagara, D. et. al. (2011): Risk Prediction Models for Hospital Readmission: A Systematic Review. JAMA 206 (15).
Wallace, E. et. al. (2014): Risk Prediction Models to Predict Emergency Hospital Admission in Community-dwelling Adults. Medical Care 52 (8).

Der kan være særlige karakteristika eller risikofaktorer tilknyttet en borger, som bringer vedkommende i en højrisikogruppe (øverste trekant). Der kan være tale om faktorer, som har en direkte årsagsvirkning på sandsynligheden for sygdom og behov for behandling eller faktorer, hvor årsagsvirkningen er indirekte forbundet med sandsynligheden for sygdom. En præcis beskrivelse af relevante faktorer er kompliceret og spænder ofte over flere typer af karakteristika fx

livsstil, demografi, socioøkonomi, sygelighed og konkrete hændelser, hvor der kan være indbyrdes samvariation på tværs af faktorer.[9]

Livstilsrelaterede faktorer som fx rygning, alkohol, kost og fysisk aktivitet har først og fremmest stor betydning for helbred og sygelighed fx målt ved dødelighed og sygehuskontakter, jf. boks 8.1. Derudover udgør faktorer som høj alder eller en kronisk sygdom også vigtige faktorer. Som vist i analyse 4 og 5 kendetegner det nogle af de kronisk syge og ældre medicinske borgere, at de generelt har et stort forbrug af sundhedsydelser i alle del af sundhedsvæsenet. De har typisk en relativt høj alder, flere sygdomme samtidigt, og så bor de oftere alene og har en svagere tilknytning til arbejdsmarkedet. Forklaringen kan dog gå begge veje. Fx at kronisk sygdom forklarer manglende mulighed for at finde og varetage et arbejde.

Endvidere kan der være bestemte hændelser fx udskrivning fra sygehus eller tab af vigtige sociale relationer, som bringer en borger i større risiko for at efterspørge en særlig indsats.

Boks 8.1
Livstilsrelaterede risikofaktorer og sygdomsbyrde

En nylig undersøgelse kortlægger sammenhængen mellem risikofaktorer som bl.a. rygning, alkohol, kost, svær overvægt, fysisk inaktivitet og ensomhed og en række sygdomsbyrdemål.

Risikofaktorerne er generelt forbundet med overdødelighed og større brug af syghusvæsenet og ekstra omkostninger til behandling. Derudover er flere af faktorerne også forbundet med en række indirekte omkostninger i form af større sygefravær og svagere tilknytning til arbejdsmarkedet.

Tabel a viser den relative risiko for dødelighed og indlæggelse for udvalgte risikofaktorer. Den relative risiko angiver risikoforholdet for en given hændelse for en gruppe af personer sammenlignet med en referencegruppe. En relativ risiko på én betyder fx, at personer i risikogruppen har samme risiko for, at hændelsen sker som personer i referencegruppen. En relativ risiko større end én betyder fx, at personer i risikogruppen har en større risiko for hændelsen end personer i referencegruppen, og mindre end én betyder, at risikoen er mindre end referencegruppen.

Det ses fx, at rygning (storrygere), ensomhed og fysisk inaktivitet er forbundet med større risiko for dødelighed og indlæggelse sammenlignet med personer som er aldrig-rygere, ikke ensomme eller fysisk aktive.

Rygning er forbundet med 2-3 gange større dødssandsynlighed og 1,5 gange større sandsynlighed for en indlæggelse. Den relative risiko er størst for personer mellem 35-64 år. Det ses, at den relative risiko er aftagende i takt med stigende aldersgruppe. Det gælder i øvrigt for alle tre risikofaktorer, dog med undtagelse af fysisk inaktivitet. Her ses den højeste relative risiko blandet de 65-74 årige.

Ensomhed er ikke forbundet med større dødelighed blandt de ældste aldersgrupper. Til gengæld ses en større risiko for indlæggelse.

Tabel a
Relativ risiko i forhold til dødelighed og somatisk indlæggelse for rygning (storrygere), ensomhed og fysisk inaktivitet

Pct.	Dødelighed		Indlæggelse	
	mænd	kvinder	mænd	kvinder
35-64 år				
Rygning (Storrygere)	2,8	3,1	1,5	1,5
Ensomhed	2,0	2,0	1,5	1,4
Fysisk inaktivitet	1,8	1,7	1,5	1,3
65-74 år				
Rygning (Storrygere)	2,4	2,7	1,5	1,3
Ensomhed	1,3	1,2	1,3	1,3
Fysisk inaktivitet	1,9	2,4	1,5	1,5
75+ år				
Rygning (Storrygere)	2,2	2,3	1,0	1,4
Ensomhed	1,1	1,0	1,3	1,2
Fysisk inaktivitet	1,7	1,7	1,5	1,5

Anm.: Tallene er afrundet til én decimal i forhold til kilden, hvor den relative risiko angives med to decimaler. Risikogrupperne er defineret ud fra spørgsmål om rygning, ensomhed og fysisk inaktivitet i den nationale sundhedsprofil. Rygning dækker over storrygere, som er defineret som personer, som svarer, at de ryger 15 eller flere cigaretter om dagen, og referencegruppen er aldrig-rygere. Ensomhed er defineret som personer, som til spørgsmålet "*Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du mest har lyst til at være sammen med andre?*"" svarer "*ja ofte*", og referencegruppen er defineret som dem, der svarer *"Ja, en gang imellem", "Ja, sjældent"* eller "*Nej"* til spørgsmålet. Fysisk inaktivitet er defineret som personer, som til spørgsmålet "*Hvis vi ser på det sidste år, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse på din aktivitet i fritiden?*" svarer "*Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse*", og referencegruppen er defineret som dem, der svarer "*Træner hårdt […]", "Dyrker motionsidræt eller tungt havearbejde […]" samt "Spadserer, cykler eller har anden lettere motion […]"*. Den relative risiko for rygere er justeret for forskelle i alkohol, BMI og fysisk inaktivitet ift. referencegruppe. Den relative risiko for ensomhed er justeret for forskelle i BMI, rygning, alkohol og fysisk inaktivitet. Den relative risiko for fysisk inaktivitet er justeret for forskelle i BMI, rygning, alkohol.

Kilde: Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, Sørensen J, Juel K. (2016): *Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen.

[9] *Se fx Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, Sørensen J, Juel K. (2016): Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen.*

Modeller i litteraturen inkluderer typisk alder, køn, specifikke diagnoser og tidligere forbrug af sundhedsydelser. Men derudover spænder karakteristika fra demografiske, sygeligheds- og socioøkonomiske karakteristika såvel som sociale relationer, fysisk funktionsevne og livstilsfaktorer, jf. figur 8.3. I modeller til at forudsige genindlæggelser findes blandt andet, at patienterne ofte er kendetegnet ved høj alder, længerevarende indlæggelse, multisygdom, nedsat fysisk funktionsevne og polyfarmaci.

Prædiktionsmodeller, som inkluderer forudgående forbrug af sundhedsydelser, multisygdom, polyfarmaci og specifikke medicinske diagnoser, har typisk større forklaringskraft. Og modeller, som anvender registre, har typisk en stærkere forklaringskraft end modeller baseret på selvrapporterede data. Dertil kommer, at selvrapporterede data herunder spørgeskemaundersøgelser som regel er en forudsætning for oplysninger om livstilsfaktorer fx rygning, alkohol og fysisk funktionsevne, og det kan være vanskeligt at opnå denne information på registerbaseret form, som kan finde anvendelse i systematiske prædiktionsmodeller.

Betydningen af sociale relationer

Flere hændelser ud over udskrivning fra sygehus kan desuden virke destabiliserende på borgeres helbred og bringe borgere i en udsat gruppe. Fx tabet af vigtige sociale relationer, som skaber stabilitet i hverdagen fx en ægtefælle eller tabet af et arbejde.

En undersøgelse af borgernes brug af sundhedsvæsenet efter bortfald af ægtefælle indikerer fx et skift i borgerens efterspørgsel og brug af sundhedsvæsenet omkring tidspunktet for bortfald af ægtefælle. Det ses, at tiden omkring bortfaldet af ægtefælle, hvor hovedpersonen lever videre, er forbundet med en stigning i antal ydelser hos almen praksis og antallet af indlæggelser, jf. boks 8.2.

Boks 8.2
Sammenhæng mellem bortfald af ægtefælle og kontakt til sundhedsvæsenet

Sociale relationer har stor betydning for livskvaliteten, helbredet og levealderen. Personer med stærke sociale relationer bliver ikke så let syge som personer med svage sociale relationer. Dertil kommer de sig hurtigere, hvis de bliver syge og har mindre risiko for at dø tidligt end personer med svage sociale relationer. Som vist i boks 8.1 har personer som betragter sig selv som ensomme en større dødssandlighed og sandsynlighed for indlæggelse.

En betydningsfuld hændelse i alderdommen er tabet af en ægtefælle, venner og andre familiemedlemmer. Særligt tabet af ægtefælle kan være årsag til at mange ældre mennesker føler sig ensomme og øger dermed risikoen for eksempelvis depression. Tabet truer dermed både sundhedstilstanden og livskvaliteten. Dertil ses, at den største andel af personer, der ikke regner med at kunne få hjælp fra andre i tilfælde af sygdom og ofte føler sig alene, til trods for at de ønsker selskab, er enker (sammenlignet gifte, samlevende, ugifte eller skilte).

En undersøgelse af forbruget af sundhedsydelser i tiden omkring enkestatus
Der er foretaget en undersøgelse af forbruget af sundhedsydelser blandt personer, som mister deres ægtefælle, og hvor hovedpersonen lever videre. Formålet er at undersøge, hvorvidt kontaktmønsteret og forbruget af sundhedsydelser ændrer sig i årene efter, at ægtefællen er gået bort. Undersøgelsen tager udgangspunkt i borgere, som i år 2009 var gift og i alderen 65-75 år, og som på et tidspunkt i perioden 2009 til 2016 blev enke. Borgerne ekskluderes i analysen, hvis de dør, bliver skilt eller er i registreret ægteskab. I undersøgelsen indgår i startåret 2009 34.123 gifte borgere.

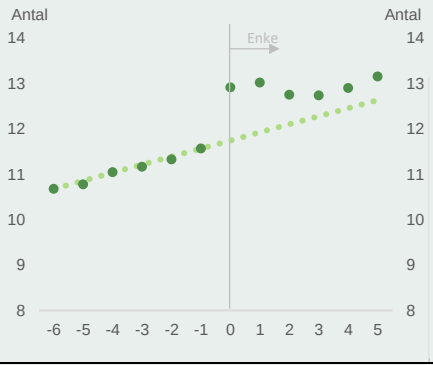
Stigende forbrug i almen praksis og flere indlæggelser i årene omkring tabet af ægtefælle
Udviklingen i borgernes brug af almen praksis og indlæggelser fremgår af figur a og b. Figurerne viser tiden op til og efter enkestatus indtræffer. I årene inden enkestatus, hvor borgere er gifte, ses en generel stigning i kontakten til sundhedsvæsenet, hvilket bl.a. kan henføres til stigende alder.

Af figurerne ses et brud i udviklingen af borgernes gennemsnitlige antal kontakter og indlæggelser omkring enkeåret. Det kan være et udtryk for, at det at blive enke har en betydning for antallet af kontakter til almen praksis og antallet af indlæggelser, særligt i enkeåret, men også i de efterfølgende år som enke. Stigningen i antallet af kontakter er signifikant større end årene før ægtefællen gik bort – også efter kontrol for udviklingen i alder.

Nylige enker har i gennemsnit ca. 1,5 flere kontakter til almen praksis, end da de var gifte. Når der korrigeres for udviklingen i alder reduceres antallet af kontakter til ca. én kontakt mere. Alder har en betydning for hyppigheden i kontakter til sundhedsvæsnet, men det at blive enke er tilsyneladende også en vigtig faktor for de ældre borgeres kontakt-og behandlingsbehov. Betydningen af tabet af ægtefælle for forbruget i almen praksis har dog tilsyneladende en aftagende effekt. Sammenhængen mellem enkestatus og kontakten til almen praksis er således størst i årene umiddelbart efter bortfaldet af ægtefællen.

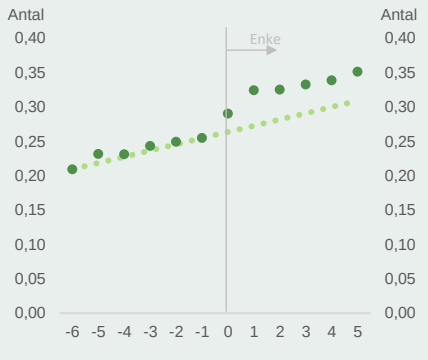
Ligeledes ses en stigning i det gennemsnitlige antal indlæggelser i årene efter bortfaldet af ægtefællen. Enker har i årene efter bortfaldet af ægtefællen knap 0,1 flere indlæggelser pr. indbygger end i årene før. Når der kontrolles for udviklingen i alder reduceres sammenhængen til 0,05 indlæggelser pr. indbygger. Det kan fremstå som en relativt ubetydelig forskel, men det dækker over en population på ca. 33.000 indbyggere, og dertil kommer, at indlæggelser er relativt ressourcekrævende. Under antagelse af en gennemsnitlige udgift pr. indlæggelse på ca. 34.000 kr. jf. analyse 3, da svarer stigningen i indlæggelser pr. indbygger til et beregnet ressourceforbrug på ca. 50 mio. kr. (33.000 indbyggere x 34.000 kr. x 0,05). Det skal understreges, at dette er en illustrativ beregning og ikke det faktiske ressourceforbrug.

Figur a
Gns. antal kontakter til almen praksis pr. indbygger for borgere som mister ægtefælle fordelt efter tiden før og efter tabet af ægtefælle



Kilde: CPR-registret, sygesikringsregistret, Landspatientregistret og egne beregninger.

Figur b
Gns. antal somatiske indlæggelser på et sygehus pr. borger for borgere som mister ægtefælle fordelt efter tiden før og efter tabet af ægtefælle



Kilde: CPR-registret, sygesikringsregistret, Landspatientregistret og egne beregninger.

Der ses en lille forskel mellem kontaktmønsteret til almen praksis og indlæggelser i populationen. Stigningen i indlæggelser pr. indbygger afspejler især, at en større andel af populationen oplever en indlæggelse, mens intensiteten i indlæggelser pr. patient ikke ændres væsentligt. Hos almen praksis ses både en stigning i andelen med kontakt, men også en stigning i antal kontakter pr. borger med kontakt.

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen, Statens Institut for Folkesundhed. Center for Sund Aldring, Københavns Universitet og egne beregninger.

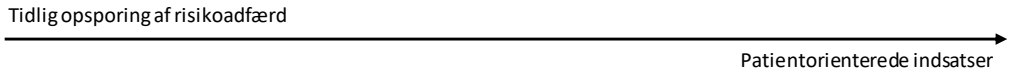
8.2 Udvalgte indsatser målrettet forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser

Langt den største del af udgifterne i sundhedsvæsenet går til indlæggelser. I 2015 var udgifterne til indlæggelser ca. 40 mia. kr. Det er særligt kontakternes tyngde, der havde betydning for udgiftsniveauet. Indlæggelser defineres i det følgende som det højeste specialiseringsniveau i sundhedsvæsenet (jf. analyse 3). Forebyggelse af indlæggelser skaber potentiale for indsatser på det lavest effektive omkostningsniveau.

Udfordringen består derfor i at iværksætte de rette effektive indsatser på et lavere specialiseringsniveau, som kan forhindre en helbredsudvikling, der på et senere tidspunkt kræver behandling på et højere specialiseringsniveau i form af indlæggelser.

Målrettet forebyggelse af behov for specialiseret behandling

Den konkrete indsats kan fokuseres på forskellige tidspunkter i helbredsudviklingen og kan strække sig fra tidlig opsporing af risikoadfærd til patientorienterede behandlingsindsatser.



Den tidlige opsporing af risikoadfærd kan være forebyggelse i forbindelse med KRAM-faktorer (Kost, rygning, alkohol og motion). Rygestopkurser, alkoholkampagner og lignende kan være eksempler på forebyggelse af risikoadfærd.

Indsatser målrettet forebyggelse kan være brede populationsscreeninger, der har til formål at opspore sygdom eller forstadier til sygdom før symptomudvikling som eksempelvis mammografiscreening og screening for livmoderhalskræft. Det vil altid være en konkret vurdering ved den enkelte sygdom, om populationsscreening er effektfuld.

Indsatserne kan være målrettet en bestemt gruppe af borgere, der anses for at være i højrisiko for udvikling af sygdom. Opsøgende hjemmebesøg er et eksempel herpå, hvor aktører i det nære sundhedsvæsen foretager besøg særligt til ældre borgere med henblik på at tilse borgernes helbredstilstand og eventuelt iværksætte tiltag som medicinhåndtering, faldforebyggelse, ernæringsindsats etc.

Indsatserne kan også være organiseret som rutinemæssige kontroller, hvor borgere med en kronisk sygdom regelmæssigt kontrolleres. Et eksempel herpå kan være en årlig lungefunktionsundersøgelse af borgere med KOL. Med denne indsats følges og måles KOL-borgeres helbredstilstand systematisk uanset borgerens generelle helbredstilstand.

Endelig kan indsatserne være mere patientorienterede indsatser som opfølgende hjemmebesøg eller følge-hjem ordninger, hvor borgere følges hjem efter udskrivning fra sygehus, og hvor der i tiden efter udskrivning holdes øje med borgerens helbredsudvikling.

Det er imidlertid vanskeligt at etablere sikker evidens for, at en indsats reducerer antallet af indlæggelser eller genindlæggelser. Den tidlige opsporing af risikoadfærd og de bredere populationsindsatser foretages ofte på et meget tidligt tidspunkt i helbredsudviklingen, og tiden fra indsatsen til en eventuel indlæggelse er oftest lang. Dette gør det kompliceret at bevise en årsagssammenhæng mellem indsats og antallet af indlæggelser, da mange konkurrerende faktorer kan have indflydelse på den observerede sammenhæng mellem indsatsen og indlæggelser – såkaldt confounding.

Des tættere indsatsen er på en eventuelt indlæggelse, des lettere er det at bestemme en årsagssammenhæng generelt. Evidensen for effekten af indsatser med henblik på at forebygge indlæggelser er dermed også stærkere, jo kortere tiden er imellem. Konkret betyder dette, at den eksisterende evidens er stærkere des mere patientorienterede indsatsen er, og hvor evidensen for den tidlige opsporing af risikoadfærds betydning for antallet af indlæggelser er mere begrænset.

I nedenstående tabel 8.1 fremgår en række eksempler på indsatser målrettet forebyggelse af indlæggelser. Tabellen er afgrænset til kun at indeholde evidens, hvor der direkte er målt på effekten ift. indlæggelser og genindlæggelser. Oversigten er ikke udtømmende, men kan skabe et overblik over den eksisterende viden på området. Det gælder generelt, at der er begrænset evidens for effekten af målrettede indsatser til forebyggelse af indlæggelser.

Den eksisterende evidens er dog noget bredere, hvis der inkluderes andre outcome-mål. Der er fx sammenhæng mellem livstilsfaktorer som rygning, alkohol, kost og motion og sandsynligheden for sygehusindlæggelse. Indsatser målrettet disse risikofaktorer er ikke indeholdt i nedenstående oversigt.

Tabel 8.1

Oversigt over indsatser målrettet forebyggelse af indlæggelser

	Indsats	Formål	Beskrivelse af indsats	Viden om effekt ift. indlæggelse og/eller omkostningseffektivitet
Tidlig opsporing af risikoadfærd	Befolkningsscreening	Tidlig opsporing af forstadier til sygdom eller sygdom inden symptomudvikling ved alle borgere uanset risikostatus og uden konkret mistanke om sygdom ved den enkelte.	Mammografiscreening, livmoderhalskræftscreening, tarmkræftscreening	Begrænset viden om direkte årsagssammenhæng til reduktion af indlæggelser.
	Opportunistisk screening	Tidlig opsporing af forstadier til sygdom eller sygdom inden symptomudvikling ved borgere med kendte risikofaktorer, symptomer eller begrundet klinisk mistanke om sygdom.	Screening ved hjælp af ultralydsscanning for nyrearteriestenose hos patienter med hypertension.	Begrænset viden om direkte årsagssammenhæng til reduktion af indlæggelser.
	Hjemmebaseret praktiserende læge	Give svage borgere bedre adgang til praktiserende læge.	Lægen tilbyder konsultation i borgerens eget hjem.	Få studier finder reduktion i antallet af indlæggelser samt omkostningseffektivitet.
	Opsøgende hjemmebesøg	Tidlig opsporing i borgerens eget hjem ift. faldulykker, dehydrering etc.	Udegående tværfagligt team	Flere studier finder ingen effekt på antallet af indlæggelser, få studier finder reduktion i antal indlæggelser.
	Medicingennemgang i primærsektoren	At undgå unødvendig og uhensigtsmæssig medicinering	Ældre borgere, der er i behandling med flere lægemidler, tilbydes rutinemæssig medicingennemgang.	Få studier finder ingen effekt i antallet af indlæggelser.
	Borgerorienteret sygdomshåndtering	Sikre bedre sygdomshåndtering hos borgere med kronisk sygdom.	Borgeren med kronisk sygdom tilbydes "self-management" til håndtering af egen sygdom. Evt. som gruppe.	Få studier viser ingen effekt.
	Monitorering af borgere med kronisk sygdom hos almen praksis	Struktureret kontrol ved almen praksis specifikt til udvalgte kroniske sygdomme.	Lungefunktionsundersøgelse til borgere med KOL, måling af HbA1c niveau ved borgere med diabetes	Få studier viser reduktion af indlægger og få studier viser ingen effekt. Sygdomsspecifik.
	Udegående hospitalsteams (hospitals at home)	Behandling i eget hjem som erstatning for indlæggelse eller ambulant besøg til ældre borgere.	Hospitalspleje i borgerens eget hjem som erstatning for rutinemæssig indlæggelse, almindelig indlæggelse eller ambulant besøg ved borgere over 65 år med udvalgte kroniske eller akutte sygdomme.	Flere studier finder reduktion i antal indlæggelser samt generelt omkostningseffektivitet. Sygdomsspecifik.
	Opfølgende hjemmebesøg efter indlæggelse	Nedsættelse af risikoen for genindlæggelse for særligt ældre borgere.	Udegående team fra både sygehuset og kommunen besøger borgeren i eget hjem i perioden efter en indlæggelse med henblik på justering efter ny situation.	Flere studier finder reduktion i antal genindlæggelser og sengedage samt generelt omkostningseffektivt.
	Hverdagsrehabilitering	Hjælp til selvhjælp	Borgere der henvender sig til kommunen med anmodning om hjælp og støtte i hjemmet tilbydes rehabilitering med et udegående rehabiliteringsteam med forskellige sundhedsfaglige.	Usikker evidens af effekten på antallet af indlæggelser.
Patientorienterede indsatser	Patientorienteret sygdomshåndtering	Sikre bedre sygdomshåndtering ved patienter efter en indlæggelse.	Opfølgende besøg med fokus på self-management. Eventuelt som gruppe.	Flere studier finder reducering i antallet af genindlæggelser, dog ikke omkostningseffektivitet.

Anm.: Tabellen er baseret på udvalgte studier og ikke nødvendigvis en udtømmende liste over indsatser målrettet forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser

Kilde: Se boks 8.3

Boks 8.3
Litteratursøgningen

De inkluderede studier i oversigtstabellen er ikke en udtømmende liste over studier. Tabellen er baseret på både dansk og international litteratur, hvor den danske litteratur primært er baseret på rapporter fra den offentlige administration eller sektorforskningsinstitutioner, og hvor den internationale litteratur primært er baseret på videnskabelige artikler. Indsatserne i de internationale studier kan ikke nødvendigvis implementeres direkte i en dansk kontekst, hvorfor det ikke er sikkert, at evidensen er direkte relevant i en dansk kontekst. Den anvendte litteratur kan dog skabe et overblik over mulige indsatser, der kan forebygge indlæggelser og genindlæggelser.

Studierne i oversigten er valgt ud fra et inklusionskriterium om indlæggelse eller genindlæggelse som udfaldsmål. Flere af studierne medtager andre relevante udfaldsmål såsom overlevelse og generel helbredstilstand. I indeværende tabel er disse udfald ikke medtaget.

Kilder:

- Huntley A. L., Chalder M., Shaw A.R.G., et al. (2017): A systematic review to identify and assess the effectiveness of alternatives for people over the age of 65 who are at risk of potentially avoidable hospital admission. BMJ open (7).
- Sundhedsstyrelsen (2016): Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.
- Purdy, Sarah (2010): Avoiding hospital admissions – what does the research evidence say? The Kings Fund.
- Elkan et al. (2001): Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. BMJ. (323)
- Smith et al. (2012): Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. BMJ
- Krogsbøll et al. (2012): General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ.
- Dansk Sundhedsinstitut (2011): Forebyggelse af indlæggelser – oversigtsnotat om metoder, koncepter, evalueringer og effekter.
- KL, Danske regioner, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2013): Effektiv kommunal forebyggelse – med fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser.
- Vinther Karna og Nielsen Karen Gliese (2012): Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser. Halsnæs kommune og Hillerød Hospital.
- Forebyggelseskommissionen (2009): Vi kan leve længere og sundere – Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forbyggende indsats.
- Dusheiko et al. (2011): Does better disease management in primary care reduce hospital costs? Evidence from English primary care. Journal of Health Economics. 30(5):919-32.
- Schmidt-Mende et al. (2017): Educational intervention on medication reviews aiming to reduce acute healthcare consumption in elderly patients with potentially inappropriate medicines-A pragmatic open-label cluster-randomized controlled trial in primary care. Pharmacoepidemiology and drug safety 26(11):1347-1356.
- Wolters et al. (2017): Impact of primary care on hospital admission rates for diabetes patients: A systematic review. Diabetes research and clinical practice 129(7):182-196.
- Schamess et al. (2017): Reduced emergency room and hospital utilization in persons with multiple chronic conditions and disability receiving home-based primary care. Disability and Health Journal 10(2):326-333.

Boks 8.4
Udvalgte strukturelle forhold som understøtter behandling og tidlig opsporing i det primære sundhedsvæsen

Flere strukturelle forhold i organiseringen og finansieringen af sundhedsvæsenet har til formål at tilskynde ti behandling og tidlig opsporing i det primære sundhedsvæsen.

Den alment praktiserende læge som "gate-keeper"
Det danske sundhedsvæsenet er indrettet med den alment praktiserende læge centralt placeret som borgernes første møde, behandler og vejviser til sundhedsvæsenets specialiserede og øvrige tilbud. Den organisering har bl.a. til formål at sikre nærhed og let adgang til sundhedsvæsenet for borgeren. Samtidig kan organiseringen bidrage til at sikre behandling på det laveste, effektive omkostningsniveau.

Kommunalt ansvar for pleje og forebyggelse
Kommunerne har ifølge sundhedsloven ansvaret for den borgernære forebyggelse og for at skabe rammer for sund levevis tæt på befolkningen. Opgaverne indebærer blandt andet forebyggelse, genoptræning, tandpleje, hjemmesygepleje mv. Disse opgaver har sammenhæng til flere af kommunernes øvrige velfærdsopgaver fx pleje og praktisk hjælp til ældre borgere.

Kommunal medfinansiering
Kommunerne yder et aktivitetsafhængigt bidrag til regionerne hver gang deres borgere modtager en ydelse i det regionale sundhedsvæsen. Bidraget er knyttet op på DRG/DAGS-systemet i sygehussektoren og takstafregningen i praksissektoren og varierer på tværs af behandlingsområder og borgernes alder.

Det kommunale finansieringsbidrag har til formål at give kommunerne en tilskyndelse til at holde deres borgere ude af det specialiserede sundhedsvæsen fx ved at forebygge unødige indlæggelser. Den økonomiske tilskyndelse består i, at hver gang kommunens borgere behandles i det regionale sundhedsvæsen, finansierer kommunen en del af aktiviteten. Hvis en kommune driver en effektiv forebyggelses- og plejeindsats fx over for antallet af forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser, som medvirker til at borgerne behandles mindre end forudsat, da vil kommunens faktiske finansieringsbidrag være mindre end det forudsatte, og denne forskel vil udgøre en økonomisk genvist, som tilgår kommunen.

Færdigbehandlingstakster
Kommunerne skal betale en færdigbehandlingstakst pr. sengedag for borgere som ligger på sygehuset, hvor behandlingen er afsluttet. Betalingen har til formål at tilskynde kommunerne til at hjemtage færdigbehandlede borgere, så snart behandlingen på sygehuset er afsluttet.

Sundhedsaftaler og samarbejde på tværs af sektorer
Sundhedsloven fastlægger, at regionsrådet skal nedsætte et sundhedskoordineringsudvalg i samarbejde med kommunalbestyrelserne i regionen. Sundhedskoordinationsudvalget består af repræsentanter fra regionen, kommunerne samt praksissektoren. Derudover har regioner og kommuner pligt til, at indgå sundhedsaftaler på en række obligatoriske indsatsområder. Sundhedsaftalerne skal understøtte sammenhæng og koordinering af behandlingsforløb på tværs af regioner, kommuner og praksissektoren. I sundhedsaftalerne fastlægges og klargøres blandt andet de enkelte aktørers ansvar i forskellige forløb og indsatser.

8.3 Lungefunktionsundersøgelse

Et eksempel på en forebyggende indsats er lungefunktionsmåling af borgere med KOL. Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledninger skal borgere med KOL tilbydes mindst en årlig kontrol, der bl.a. skal indeholde en lungefunktionsmåling ved hjælp af spirometri. Spirometri er en undersøgelse af lungefunktion vha. af et spirometer, hvor der måles, hvor stor en mængde luft (volumen), der kan pustes fra lungerne, og hvor hurtigt luften kan pustes ud af lungerne (luftstrømningshastigheden).

Det anbefales, at lungefunktionsmålingen anvendes dels i den tidlige opsporing blandt patienter, der vurderes at være i risikofor at udvikle KOL, og dels som et redskab til at stille diagnosen KOL. Derudover anbefales det, at lungefunktionsmålingen anvendes som et led i en systematisk opfølgning af sygdomsudviklingen med henblik på at kunne afklare sygdommens sværhedsgrad og vurdere borgerens behov for indsatser.

En lungefunktionsmåling kan både udføres i almen praksis, hos privatpraktiserende speciallæger og på sygehusene.

Stor variation i brugen af målingen på tværs af almen praksisser

Der ses stor variation på tværs af praksisser i brugen af undersøgelsen. I nogle praksisser er det 10 pct. af borgerne med KOL, som modtager undersøgelse, mens det i andre praksisser er op mod 80 pct. borgerne.

Sundhedsdatastyrelsen har foretaget en statistisk analyse, hvor det undersøges om borgere med KOL, som modtager en lungefunktionsmåling hos almen praksis eller et ambulatorium, har et lavere forbrug af sundhedsydelser i efterfølgende år (sammenlignet med de borgere med KOL, som ikke modtog en lungefunktionsmåling). I analysen korrigeres for en række baggrundskarakteristika fx alder, sygelighed og sociale forhold.

Måling er forbundet med færre udgifter til akutte indlæggelser

Resultatet af analysen er, at borgere med KOL, som modtager en lungefunktionsmåling på et ambulatorium, har et højere forbrug af sundhedsydelser end borgere med KOL uden en lungefunktionsmåling. Derimod har borgerne, som modtager målingen i almen praksis, et lavere forbrug.

Forskellen skyldes i høj grad, at borgerne med forløb på ambulatorierne er mere syge og har større komorbiditet end borgere med KOL, som ikke modtager en måling. Når der kontrolleres for patientkarakteristika såsom demografiske, socioøkonomiske og sygelighedsmæssige faktorer, mindskes forskellene således.

Det ses blandt andet, at udgifterne til akutte indlæggelser er ca. 1.600 kr. (pr. borger) lavere blandt borgere, som modtager en undersøgelse i almen praksis.

Systematisk måling og opfølgning tyder på lavere forbrug af sundhedsydelser

Der ses imidlertid ikke nogen signikant forskel på de samlede udgifter til praksissektor og sygehuse blandt borgere med KOL, der får foretaget en måling i praksissektoren. Men hvis gruppen af borgere med en måling i praksissektoren afgrænses til dem, som har haft en løbende måling årligt, da ses en tendens til lavere ressourceforbrug og stigende statistisk styrke jo flere og mere systematisk lungefunktionsundersøgelserne har været.

Boks 8.5
Analyse af lungefunktionsundersøgelse i almen praksis

Sundhedsdatastyrelsen har foretaget en statistisk analyse af lungefunktionsundersøgelsen blandt borgere med KOL. Formålet med analysen er at belyse om det at modtage en undersøgelse, har indflydelse på borgerens forbrug i sundhedsvæsenet. Konkret undersøges om borgere, som modtager en undersøgelse i perioden 2012-14, har et anderledes forbrug i sundhedsvæsenet, sammenlignet med borgere, som ikke modtager en undersøgelse.

Borgere, som modtager en undersøgelse i praksissektoren og borgere uden undersøgelse, har omtrent de samme baggrundskarakteristika, jf. tabel a. Borgere med en undersøgelse har dog lidt lavere komorbiditetsgrad, men til gengæld højere alder og flere år med kronisk sygdom. Borgere, som modtager en undersøgelse på et ambulatorium, har højere komorbiditetgrad og svagere tilknytning til arbejdsmarkedet.

Tabel a

Udvalgte karakteristika ved populationer hhv. uden og med en lungespirometri i perioden 2012-2014.

	Ingen spirometri	Spirometri i praksissektor	Spirometri på ambulatorium
Antal (personer)	97.650	51.600	32.150
Andel			
- År med sygdom < 5 år	20,9	27,2	23,3
- Kvinder	55,2	53,2	54,0
- Alder +65 år	63,4	65,9	64,6
- Komorbiditet	62,6	59,3	94,6
- Midl. el. varigt uden for arbejdsmarkedet	54,6	57,1	61,4

Sundhedsdatastyrelsen estimerer en statistisk model, hvor sammenhængen mellem sundhedsforbrug og lungefunktionsundersøgelse undersøges.

Analysen viser, at borgere med KOL, som modtager en lungefunktionsundersøgelse hos almen praksis i årene 2012-14, har et signifikant lavere sundhedsforbrug i år 2015 på 7.500 kr. sammenlignet med borgere, der ikke får en undersøgelse, jf. tabel b. Denne sammenhæng mindskes dog betydeligt, når der kontrolleres for forskelle i patientgruppernes køn, alder, sygelighed, kronikeralder, arbejdsmarkedstilknytning og andelen af borgere, som dør i løbet af året. Når der også kontrolleres for borgeres sundhedsforbrug i foregående år, og hvorvidt borgeren dør i løbet af året, da findes en forskel, som statistisk set er nul.

Tabel b

Estimerede koefficienter for sammenhængen mellem lungespirometri og sundhedsforbrug

Uafhængig variabel\Afhængig variabel:	Sundhedsforbrug i alt (kr.)					Akutte indlæggelser (kr.)	
	a	b	c	d	e	f	g
Spirometri på ambulatorium	30.597*	19.123*	8.163*	6.421*		4.260*	
Spirometri i praksissektor	-7.516*	-4.117*	-696	123		-1.555*	
Spirometri hvert år på ambulatorium					9.300*		7.318*
Spirometri hvert år i praksissektor					-718		-2.254*
Køn, alder, bopæl, arbejdsmarkedstilknytning		+	+	+	+	+	+
Komorbiditet, andre sygdomme og år med KOL		+	+	+	+	+	+
Foregående års sundhedsforbrug			+	+	+	+	+
År til død, boligstatus				+	+	+	+
Spirometri hvert år i periode					+		+
R^2	0,0163	0,0753	0,1125	0,1459	0,1935	0,123	0,1233

Anm.: Koefficienter viser forskellen i sundhedsudgift i kr. mellem borgere med KOL som modtager måling i hhv. ambulatorium og almen praksis sammenlignet med borgere med KOL, som ikke modtager måling. * signifikant på 5 pct. niveau

Lungefunktionsundersøgelsen udgør et redskab i den løbende monitorering af KOL-borgeres helbredstilstand, og de gavnlige effekter af undersøgelsen ses måske først over en længere årrække. I analysen betragtes sammenhængen mellem behandlingen i en forholdsvis kort periode på 3 år op mod sundhedsforbruget i et enkelt år.

Hvis gruppen af borgere med KOL, som har fået en lungefunktionsundersøgelse, opdeles i tre grupper af borgere, som har fået en undersøgelse i hhv. et, to eller tre år i perioden 2012-14, da ses en tendens til lavere ressourceforbrug og stigende statistisk styrke jo flere og mere systematisk lungefunktionsundersøgelserne har været. Blandt borgere med en undersøgelse i almen praksis i alle tre år i perioden ses et lavere sundhedsforbrug på ca. 700 kr., som dog ikke et statistisk signifikant.

Hvis sammenhængen i stedet afgrænses til sundhedsforbruget i forbindelse med akutte indlæggelser, da ses et signikant lavere forbrug på godt 1.500 kr. blandt borgere med en undersøgelse i almen praksis. Det gælder også, når der kontrolleres for forudgående forbrug og dødelighed i året. Blandt borgere med en undersøgelse i alle tre år i almen praksis ses et lavere forbrug i størrelsesordenen ca. 2.000 kr.

Det er vigtigt at fortolke resultaterne varsomt. Der er tale om en observeret sammenhæng og analysen giver ikke nødvendigvis belæg for at sige, at en undersøgelse i praksissektoren fører til lavere udgifter. De estimerede forskelle kan fx være udtryk for, at grupperne ikke er fuldt sammenlignelige på grund af uobserverbare forhold, som de anvendte baggrundkarakteristika ikke fanger.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen (2018): *Lungefunktionsmåling og sundhedsudgifter for borgere med KOL.*

Litteratur

Campbell, S. E. et. al. (2004): A Systematic Literature Review of Factors Affecting Outcome in Older Medical Patients Admitted to Hospital. Age and Ageing 33 (2).

Dansk Sundhedsinstitut (2011): *Forebyggelse af indlæggelser – oversigtsnotat om metoder, koncepter, evalueringer og effekter*.

Dusheiko et al. (2011): *Does better disease management in primary care reduce hospital costs? Evidence from English primary care*. Journal of Health Economics. 30(5):919-32.

Elkan et al. (2001): *Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis*. BMJ. (323).

Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, Sørensen J, Juel K. (2016): *Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer.* Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen.

Forebyggelseskommissionen (2009): *Vi kan leve længere og sundere – Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forbyggende indsats.*

Huntley A. L., Chalder M., Shaw A.R.G., et al. (2017): A systematic review *to identify and assess the effectiveness of alternatives for people over the age of 65 who are at risk of potentially avoidable hospital admission*. BMJ open (7).

Kansagara, D. et. al. (2011): Risk Prediction Models for Hospital Readmission: A Systematic Review. JAMA 206 (15).

KL, Danske regioner, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2013): Effektiv kommunal forebyggelse – med fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser.

Krogsbøll et al. (2012): *General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis*. BMJ.

Purdy, Sarah (2010): *Avoiding hospital admissions – what does the research evidence say?* The Kings Fund.

Schamess et al. (2017): *Reduced emergency room and hospital utilization in persons with multiple chronic conditions and disability receiving home-based primary care. Disability and Health Journal 10(2):326-333.*

Schmidt-Mende et al. (2017): *Educational intervention on medication reviews aiming to reduce acute healthcare consumption in elderly patients with potentially inappropriate medicines-A pragmatic open-label cluster-randomized controlled trial in primary care. Pharmacoepidemiology and drug safety 26(11):1347-1356.*

Smith et al. (2012): *Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings.* BMJ

Sundhedsdatastyrelsen (2018): Lungefunktionsmåling og sundhedsudgifter for borgere med KOL.

Sundhedsstyrelsen (2016): *Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom*.

Vinther Karna og Nielsen Karen Gliese (2012): *Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser.* Halsnæs kommune og Hillerød Hospital.

Wallace, E. et. al. (2014): Risk Prediction Models to Predict Emergency Hospital Admission in Community-dwelling Adults. Medical Care 52 (8).

Wolters et al. (2017): *Impact of primary care on hospital admission rates for diabetes patients: A systematic review. Diabetes research and clinical practice 129(7):182-196.*

Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K
Tlf. 72 26 90 00