

Øget fokus på gode resultater og bedste praksis på sygehusene

Udvikling i indlæggelsestid, omlægning til ambulante behandling og akutte genindlæggelser



Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Maj 2011

Indhold

1. Sammenfatning	3
2. Ambulant behandling, indlæggelsestid og genindlæggelser 2008-2010.....	5
3. Flere ambulante galdeblære- og brystkræftoperationer.....	11
4. Accelererede patientforløb.....	13
Bilag.....	16

1. Sammenfatning

Det er centralt, at der sker en udbredelse af viden og bedste praksis i sundhedsvæsenet til gavn for patienten og den samlede ressourceanvendelse. Øget gennemsigtighed og udbredelse af gode resultater skal sikre, at der samlet set opnås mere sundhed for de økonomiske ressourcer i sundhedsvæsenet.

Viden om og udbredelse af bedste praksis i de enkelte regioner og mellem sygehuse er et vigtigt redskab til at forbedre indsatsen og anvende de samlede ressourcer i sygehusvæsenet mere effektivt. Regionernes styring på sygehusområdet bør således i endnu højere grad, end det allerede sker i dag, rettes mod omkostningseffektive behandlinger, der samtidig kan gavne patienterne.

En øget udbredelse af bedste praksis med de mest omkostningseffektive patientforløb forudsætter først et overblik over, hvordan ressourcerne anvendes i dag, herunder hvem der leverer de mest omkostningseffektive behandlingsforløb og gode resultater på sygehusområdet. De mange data på sundhedsområdet giver en unik mulighed for at skaffe dette overblik.

Det næste skridt handler om at sikre en øget udbredelse af de omkostningseffektive patientforløb. For at ændre praksis skal sygehusledelsen og klinikerne gøre brug af den eksisterende viden, lære af andres gode erfaringer og herigennem gennemføre forbedrede behandlingsmetoder, arbejdsgange og lignende til mere omkostningseffektive behandlingsforløb.

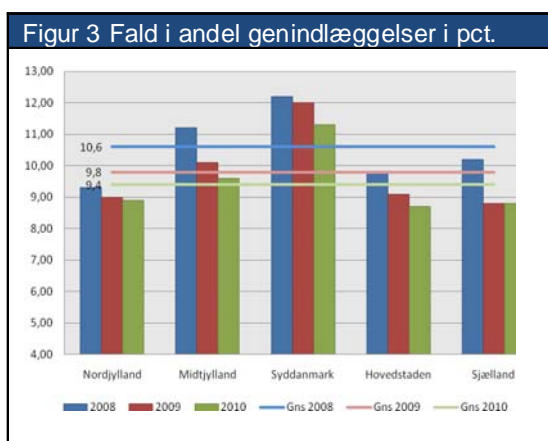
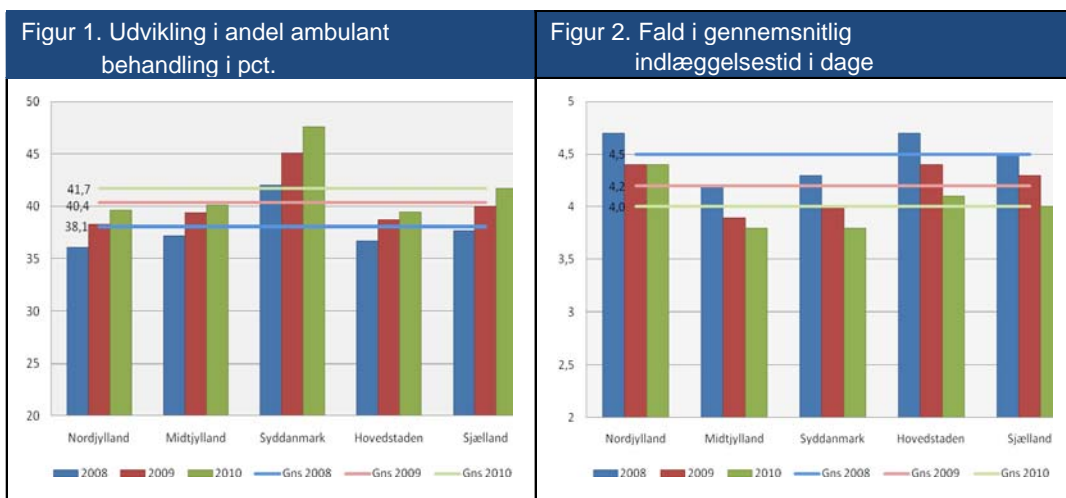
Regeringen og Danske Regioner har i aftale om regionernes økonomi for 2011 aftalt at gøre status årligt på udviklingen i følgende tre centrale omkostningseffektive indikatorer:

- Øget anvendelse af ambulant behandling
- Kortere indlæggelsestider
- Færre uhensigtsmæssige genindlæggelser

Forbedring på disse tre indikatorer giver både mere kvalitet i behandlingen og en forbedret omkostningseffektivitet på landets sygehuse.

På landsplan er udviklingen i perioden 2008 – 2010 gået i den ønskede retning for de tre centrale indikatorer, jf. nedenstående figurer. Den gennemsnitlige indlæggelsestid og andelen af patienter, som efter udskrivning må genindlægges, er faldet. Samtidig er andelen af ambulant behandling på sygehusene steget. Denne udvikling giver mere sundhed for de samlede ressourcer, herunder både de økonomiske og personalemæssige. Eksempelvis har faldet i den gennemsnitlige indlæggelsestid fra 2008 – 2010 alt andet lige frigjort ca. 1 mia. kr. til andre formål, herunder patientbehandling.

De positive resultater på landsplan dækker over forskelle mellem regioner, sygehuse og de enkelte afdelinger. Mellem regionerne er der forskel på 0,6 dage i indlæggelsestiden i 2010, og forskellen bliver væsentligt større ved sammenligning af sygehusene som helhed og ved sammenligning af de enkelte behandlingsområder. Ligeledes er der mellem regionerne en forskel på 8,1 procentpoint i andel ambulant behandling og 2,6 procentpoint i andel genindlæggelser. Og igen bliver disse forskelle væsentligt større ved sammenligning mellem sygehusene og ved sammenligning af de enkelte behandlingsområder. Forskellene indikerer, at selv om udviklingen går i den rigtige retning, er der stadig potentiale for forbedringer. Det er således centralt at få synliggjort, hvilke sygehuse og afdelinger der leverer gode resultater med omlægning til ambulant behandling, korte indlæggelsestider og få genindlæggelser.



Udviklingen i de tre indikatorer stilles til rådighed af Indenrigs- og Sundhedsministeriet via hjemmesiden og formidlingssystemet eSundhed. Ligeledes stilles behandlingsomkostningerne, baseret på Omkostningsdatabasen, til rådighed sammen med de tre indikatorer. Herved får såvel de centrale sundhedsmyndigheder som regioner, sygehusledelser og afdelinger et fælles vidensgrundlag. Regioner og sygehuse kan således selv undersøge, hvem der leverer de gode resultater og dermed hvem, der kan inspirere til at ændre behandlingspraksis på de forskellige behandlingsområder. Den viden skal udbredes, således at de gode behandlingsmetoder tages i brug på tværs af sygehusene og afdelingerne.

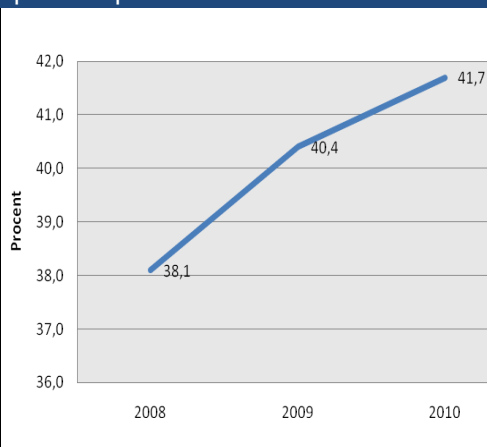
2. Ambulant behandling, indlæggelsestid og genindlæggelser 2008-2010

Mere ambulant behandling og kortere indlæggelsestid

Behandling af patienter kan foregå enten ambulant eller ved indlæggelse. Nogle sygdomme egner sig bedre til ambulant behandling end andre, og ambulant behandling anvendes i stadig stigende grad. Ambulant behandling er endvidere mere skånsom for patienterne, og unødige indlæggelser kan undgås. Derved opnås en bedre ressourceanvendelse og bedre behandling for patienterne. Alt dette kommer patienten til gode, da patienten kan undgå indlæggelse, men samtidig opnå samme kvalitet i behandlingen.

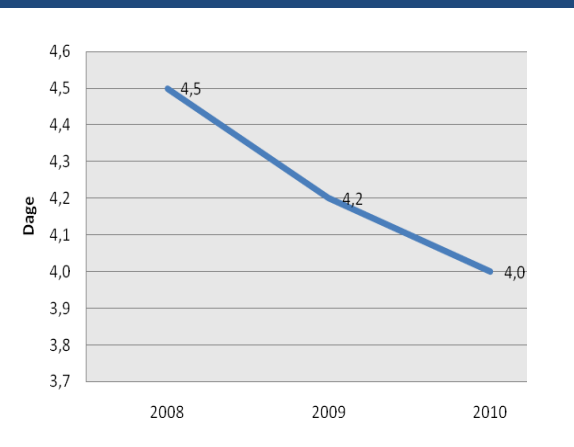
På landsplan er andelen af behandling, der foregår ambulant, steget fra ca. 38 pct. i 2008 til knap 42 pct. i 2010, jf. figur 1. Samtidig er den gennemsnitlige indlæggelsestid på landsplan faldet fra 4,5 dage i 2008 til 4,0 dage i 2010. Det svarer til et fald på 0,5 dage eller ca. 11 pct., jf. figur 2.

Figur 1. Andel ambulant behandling i pct. på landsplan



Anm.: Definition af andel ambulant behandling: Andel af værdien af den ambulante, somatiske sygehusbehandling ud af værdien for hele den somatiske sygehusbehandling.
Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, DRG-grupperet LPR-data, årsopgørelser 2008-2010, aktivitet på offentlige sygehuse.

Figur 2. Gennemsnitlig indlæggelsestid i dage på landsplan



Anm. : Definition af indlæggelsestid: Antallet af dage, patienten har været indlagt på sygehuset, uanset om patienten er blevet overflyttet internt mellem forskellige afdelinger på sygehuset.
Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, DRG-grupperet LPR-data, årsopgørelser 2008-2010, aktivitet på offentlige sygehuse.

Kortere indlæggelsestid

Kortere indlæggelsestid, fordi patienterne hurtigere bliver klar til udskrivning, kan blandt andet opnås ved en bedre tilrettelæggelse af arbejdsgangene og introduktion af mere skånsomme behandlingstyper mv. Dermed fås en bedre anvendelse af sygehusvæsenets kapacitet og i sidste ende mere sundhed for pengene.

Den kortere indlæggelsestid er oftest en fordel for patienterne, der hurtigere bliver klar til at komme hjem, fordi hele udrednings- og behandlingsforløbet er gennemført på færre dage. Patienten kan således også hurtigere genoptage sin almindelige hverdag med arbejde mv. Samtidig indeholder en kortere indlæggelsestid en direkte økonomisk gevinst i sygehusvæsenet, jf. boks 1.

Boks 1. Økonomisk gevinst ved fald i indlæggelsestid fra 2008-2010

Den gennemsnitlige indlæggelsestid er faldet fra 4,5 dage i 2008 til 4,0 dage i 2010. Det svarer til et fald på 0,5 dage. Derved frigøres ca. 1.030 mio. kr. i 2010 set i forhold til en uændret indlæggelsestid på 4,5 dage siden 2008.

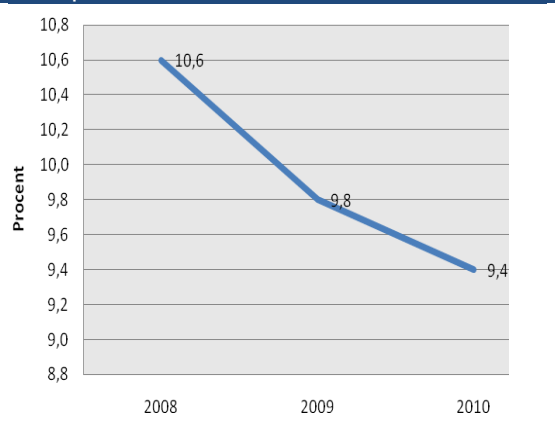
Anm.: Beregningen er følgende: Fald i indlæggelsestid * sengedagstakst * antal udskrivninger i 2010.
Sengedagstaksten er sat til taksten for færdigbehandlede patienter på 1.819 kr.
Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Færre genindlæggelser

Akutte genindlæggelser skal så vidt muligt undgås, da det giver et mere kompliceret forløb for den enkelte patient.

Andelen af genindlæggelser er på landsplan faldet fra 10,6 pct. i 2008 til 9,4 pct. i 2010. Det svarer til et fald på 1,2 procentpoint eller godt 11 procent., jf. figur 3.

Figur 3. Andel genindlæggelser i pct. på landsplan



Anm: Definition af andel genindlæggelse: Andel af værdien af akut genindlæggelse inden for 30 dage efter forudgående udskrivning ud af værdien for hele den afgrænsede somatiske sygehusbehandling.
Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, DRG-grupperet LPR-data, årsopgørelser 2008-2010, aktivitet på offentlige sygehuse.

Boks 2. Frigørelsespotentiale på landsplan

Ved at nedbringe niveauet af andel genindlæggelser fra 10,6 pct. i 2008 til 9,4 pct. i 2010 er der, alt andet lige, frigjort ca. 330 mio. kr.

Anm: Beregningen er følgende: Gennemsnitlig takst ved genindlæggelse * Forskel i antal genindlæggelser i 2008 og 2010. Gennemsnitstaksten for en genindlæggelse er 31.364 kr.
Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Faldet i andelen af genindlæggelser er ikke kun en fordel for de patienter, som undgår genindlæggelse. Færre genindlæggelser medvirker også til at frigøre økonomiske og personalemæssige ressourcer på sygehusene, jf. boks 2. De ressourcer har sygehusene kunnet bruge til andre formål.

3. Forskelle mellem regioner og sygehuse

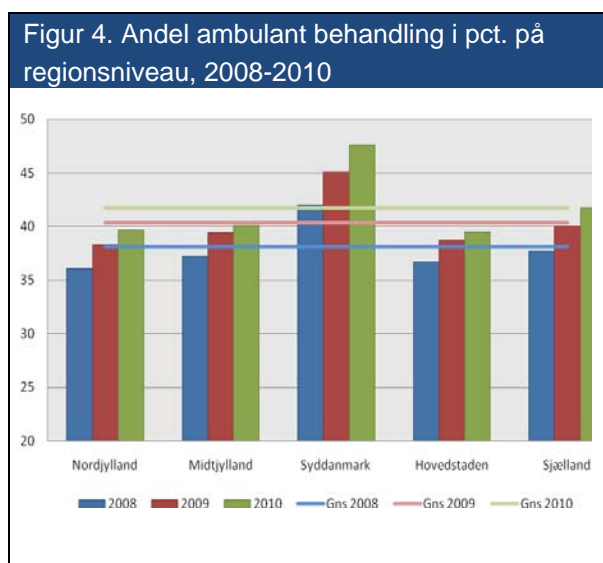
Forskel på 30 procentpoint i andel ambulant behandling mellem sygehuse

I tråd med udviklingen på landsplan er der i alle de fem regioner sket en gradvis omlægning til øget ambulant behandling i perioden 2008-2010.

Andelen af ambulat behandling har i perioden 2008-2010 været højest i Region Syddanmark. I 2010 gennemførte sygehusene i regionen ca. 48 pct. af behandlingen ambulat. Det er ca. 6 procentpoint mere end landsgennemsnittet, jf. figur 4.

Af de fem regioner ses den laveste andel ambulat behandling i 2010 i Region Hovedstaden. Her blev ca. 40 pct. af behandlingen gennemført ambulat i 2010, jf. figur 4. Det er godt to procentpoint mindre end landsgennemsnittet. Forskellen mellem regionerne kan skyldes opgavefordelingen mellem sygehuse og speciallægepraksis, hvor der fx i hovedstadsområdet er større brug af speciallæger til ambulat behandling.

Samlet set vurderes der at være potentiale for forbedringer på området, da variationen mellem regionerne udgør ca. otte procentpoint i 2010.

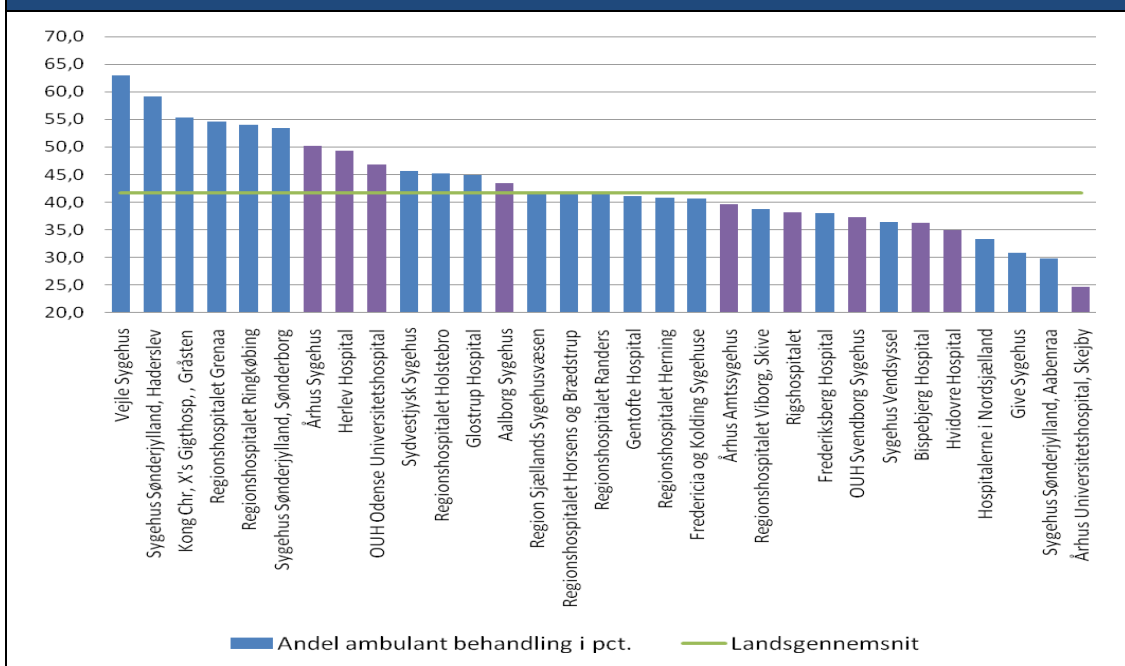


Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, DRG-grupperet LPR-data, årsopgørelser 2008-2010

Tilsvarende er der variationer på sygehusniveau. Fire ud af ni universitetssygehuse ligger over gennemsnittet på knap 42 pct. andel ambulat behandling, og variationen mellem disse sygehuse er ca. 25 procentpoint. jf. figur 5.

For de store sygehuse er det Vejle Sygehus, der har behandlet flest patienter ambulat med en andel på 63 pct., hvorimod Sygehus Sønderjylland, Aabenraa har den laveste andel ambulat behandling. For disse sygehuse er variationen på godt 30 procentpoint i andel ambulat behandling.

Figur 5. Andel ambulantly i pct. for universitetssygehuse og store sygehuse, 2010



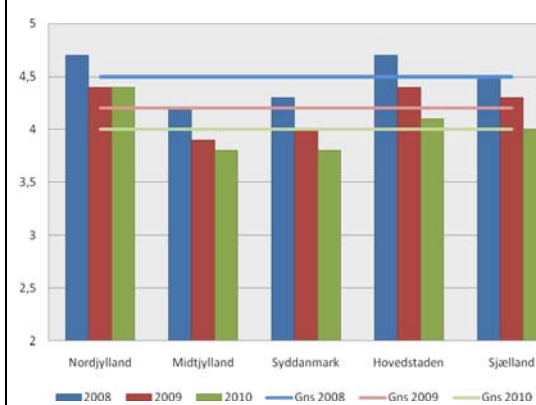
Anm: Udeladt: Sygehus Sønderjylland, Tønder (100 pct.), Regionshospitalet Tarm (100 pct.), Regionshospitalet Lemvig (6,5 pct.). Universitetssygehuse er markeret med lilla, store sygehuse er markeret med blå. I bilag 3 findes en oversigt over opdeling af sygehusene.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, DRG-grupperet LPR-data pr. 10 marts 2011, 2010 aktivitet, takstsystem 2010

Forskel på op til 1,5 dage i indlæggelsestid mellem sygehusene

I 2010 var patienterne i gennemsnit indlagt kortest tid i Region Syddanmark og Region Midtjylland, jf. figur 6. Gennemsnitsindlæggelsen varede i begge regioner 3,8 dage. Det er kortere end landsgennemsnittet på 4 dage.

Figur 6. Gennemsnitlig indlæggelsestid i dage på regionsniveau 2008-2010



Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, DRG-grupperet LPR-data, årsopgørelser 2008-2010

Boks 3. Regionalt frigørelsespotentiale

Hvis regionerne med højeste gennemsnitlige indlæggelsestid kommer ned på samme niveau som landsgennemsnittet, kan der for alle over gennemsnittet, alt andet lige, være mulighed for at frigøre ca. 455 mio. kr. ved at reducere indlæggelsestiden til 4,0 dage.

Anm: Beregningen er følgende: Fald i indlæggelsestid * sengedagstakst * antal udskrivninger i 2010.

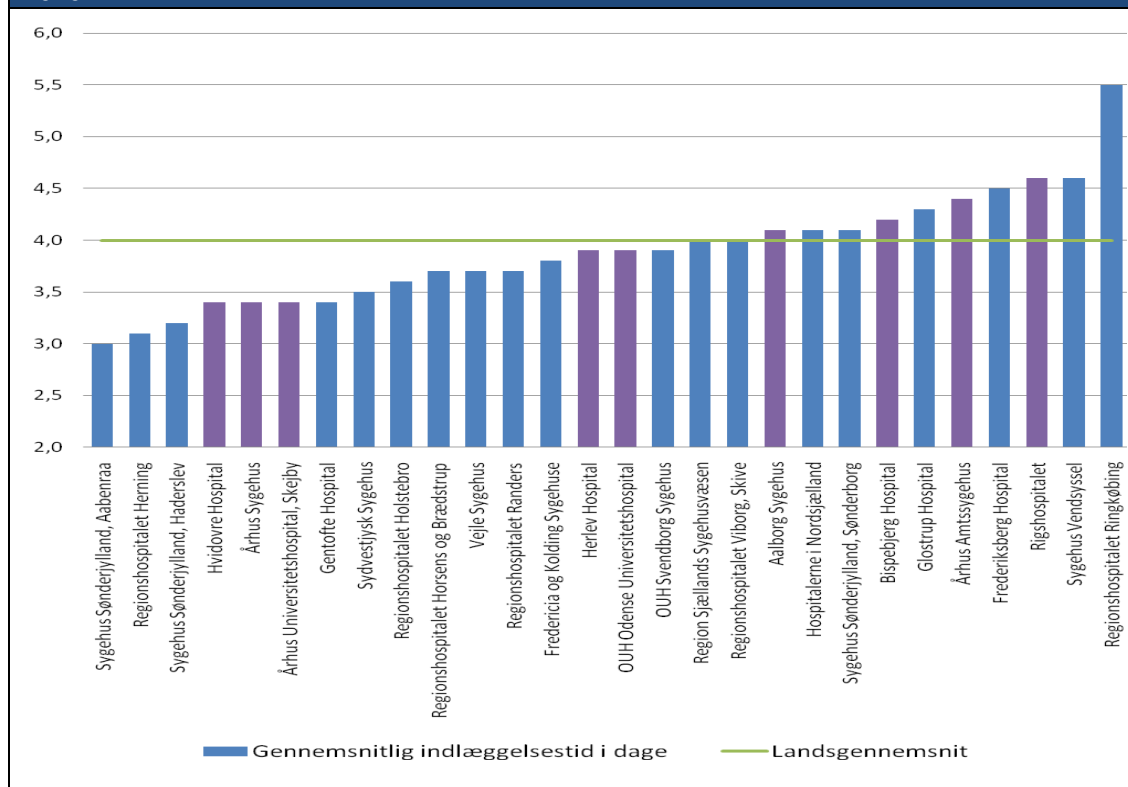
Sengedagstaksten er sat til taksten for færdigbehandlede patienter på 1.819 kr. Beregningen af frigørelsespotentialet er baseret på den antagelse, at det er færdigbehandlede patienter, der ligger længere i regionens sygehussenge.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Den gennemsnitlige indlæggelsestid var i 2010 længst i Region Nordjylland, jf. figur 6. Her var patienterne i gennemsnit indlagt 4,4 dage, hvilket er næsten 0,5 dag længere end landsgennemsnittet. Variationen i indlæggelsestid blandt regionerne i 2010 er 0,6 dage.

I 2010 faldt den gennemsnitlig indlæggelsestid sammenlignet med årene før. Hvis man sammenligner sygehusene, er der dog en stor spredning mellem de enkelte sygehuse.

Figur 7. Gennemsnitlig indlæggelsestid i dage for universitetssygehuse og store sygehuse, 2010



Anm.: Følgende hospitaler er ikke medtaget her, da de har en markant høj gennemsnitlig indlæggelsestid (angivet i parentes): Kong Chr. X's Gighospital, Gråsten(15,6), Give Sygehus(19,2), Regionshospitalet Lemvig(24,7), Regionshospitalet Grenaa(7,7). Universitetssygehuse er markeret med lilla, store sygehuse er markeret med blå. I bilag 3 findes en oversigt over opdeling af sygehusene.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, DRG-grupperet LPR-data pr. 10 marts 2011, 2010 aktivitet, takstsystem 2010

Fem ud af ni universitetssygehuse har en gennemsnitlig indlæggelsestid under gennemsnittet på 4,0 dage, jf. figur 7. For de store sygehuse er det Sygehus Sønderjylland, Aabenraa, der har den laveste gennemsnitlige indlæggelsestid på 3,0 dage. Omvendt er patienterne på Regionshospitalet Ringkøbing i gennemsnit indlagt 5,5 dage.

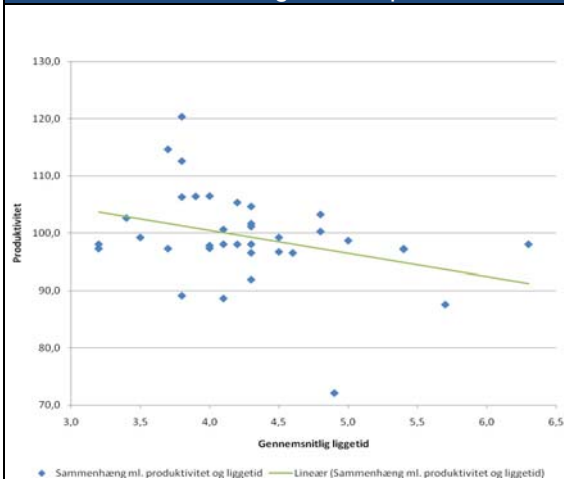
Boks 4. Frigørelsespotentialer på sygehusniveau

Hvis de sygehuse, der ligger over landsgennemsnittet, kommer ned på gennemsnittet, kan der, alt andet lige, frigøres ca. 539 mio. kr.

Anm.: Beregningen er følgende: Fald i indlæggelsestid * sengedagstakst * antal udskrivninger i 2010. Sengedagstaksten er sat til taksten for færdigbehandlede patienter på 1.819 kr. Beregningen af frigørelsespotentialer er baseret på den antagelse, at det er færdigbehandlede patienter, der ligger længere i regionens sygehusenge. Kong Chr. X's Gighosp., Gråsten(15,6), Give Sygehus(19,2), Regionshospitalet Lemvig(24,7), Regionshospitalet Grenaa(7,7) og Hammel Neurocenter(43,8) er ikke medtaget i beregningen.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Boks 5. Sammenhæng mellem produktivitet 2009 og gennemsnitlig indlæggelsestid i 2009



I figuren er vist sammenhæng mellem produktiviteten i 2009 og den gennemsnitlige indlæggelsestid i 2009. Tendensen er, at sygehuse med en kort indlæggelsestid har en højere produktivitet. Den lave indlæggelsestid er derfor med til at forbedre sygehusenes produktivitet, alt andet lige.

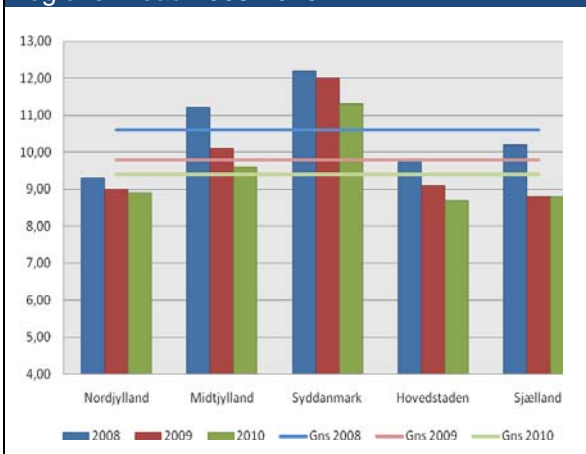
Med en produktivitet på 120 var Vejle Sygehus i 2009 mest produktiv, mens Bornholms hospital havde den laveste produktivitet på 72,1.

Anm.: De Vestdanske Friklinikker, Give og Brædstrup samt regionshospitalerne Lemvig og Tarm er ikke medtaget.
Kilde: Produktivitsanalyse for 2008-2009, im.dk. Resultatindikatorer for 2009, opgjort på DRG-data, LPR pr. 10. april 2010. Talgrundlag findes i bilag 2.

Forskel på 11 procentpoint i andel akutte genindlæggelser på sygehusniveau

I alle fem regioner er der fra 2008 til 2010 sket et fald i andelen af patienter, der har behov for at blive genindlagt, jf. figur 8. Der er dog en stor spredning mellem de enkelte sygehuse, jf. figur 9. Seks ud af ni universitetssygehuse ligger under gennemsnittet på 9,4 pct. andel genindlæggelser. For de store sygehuse har Give Sygehus den laveste andel genindlæggelser med 5 pct., mens Regionshospitalet Ringkøbing har den højeste andel med knap 16 pct.

Figur 8. Andel genindlæggelser i pct. på regionsniveau 2008-2010



Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, DRG-grupperet LPR-data, årsopgørelser 2008-2010

Boks 6. Regionalt frigørelsespotentiale

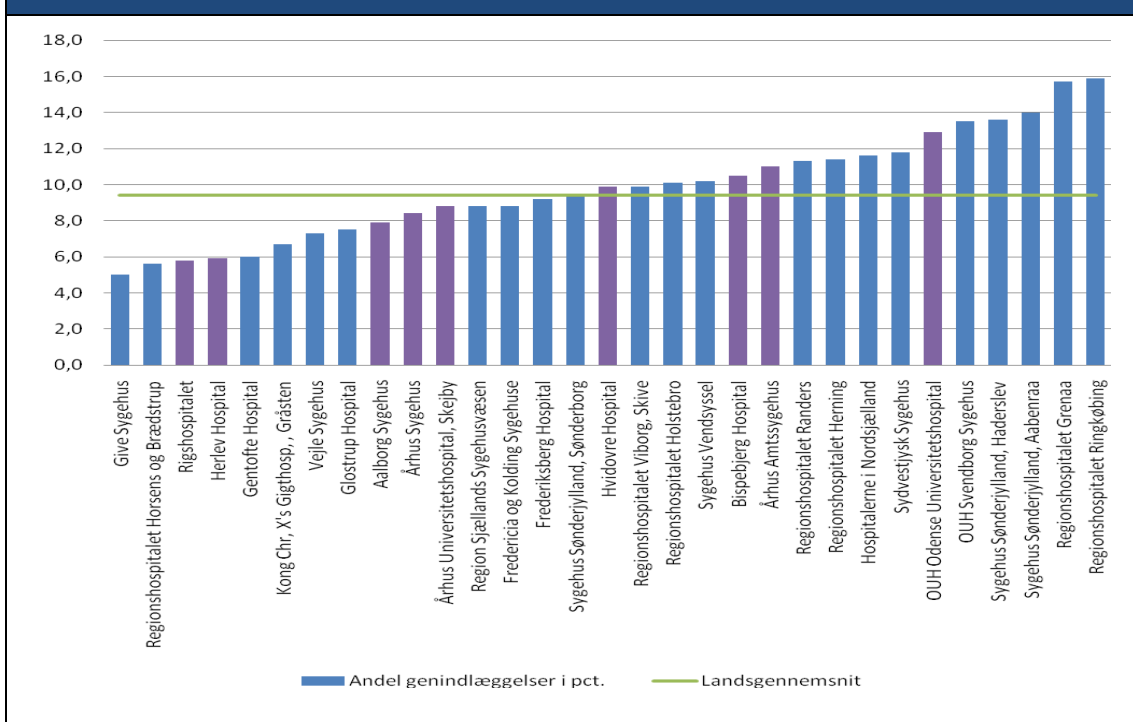
Hvis regionerne med højeste andel genindlæggelser kommer ned på samme niveau som landsgennemsnittet på 9,4 pct., er der mulighed for at frigøre ca. 123 mio. kr.

Anm.: Beregningen er følgende: Gennemsnitlig takst ved genindlæggelser * Forskel i antal genindlæggelser i 2008 og 2010. Gennemsnitstaksten for en genindlæggelse er 31.364 kr.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Andelen af genindlæggelser var i 2010 lavest i Region Hovedstaden. Her udgjorde andelen af genindlæggelser ca. 9 pct., hvilket er knap 1 procentpoint under landsgennemsnittet (9,4 pct.). Region Syddanmark har i hele perioden haft den højeste andel genindlæggelser. I 2010 var andelen ca. 11 pct., jf. figur 8.

Figur 9. Andel genindlæggelser i pct. for universitetssygehuse og store sygehuse, 2010



Anm.: Universitetssygehuse er markeret med lilla, store sygehuse er markeret med blå. I bilag 3 findes en oversigt over opdeling af sygehusene.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, DRG-grupperet LPR-data pr. 10 marts 2011, 2010 aktivitet, takstsystem 2010

Boks 7. Frigørelsespotentialet på sygehusniveau

Hvis de sygehuse, der ligger over landsgennemsnittet, får nedbragt deres andel genindlæggelser til gennemsnittet kan der, alt andet lige, frigøres 276 mio. kr. på genindlæggelser

Anm.: Beregningen er følgende: Gennemsnitlig takst ved genindlæggelser * Forskel i antal genindlæggelser i 2008 og 2010. Gennemsnitstaksten for en genindlæggelse er 31.364 kr.

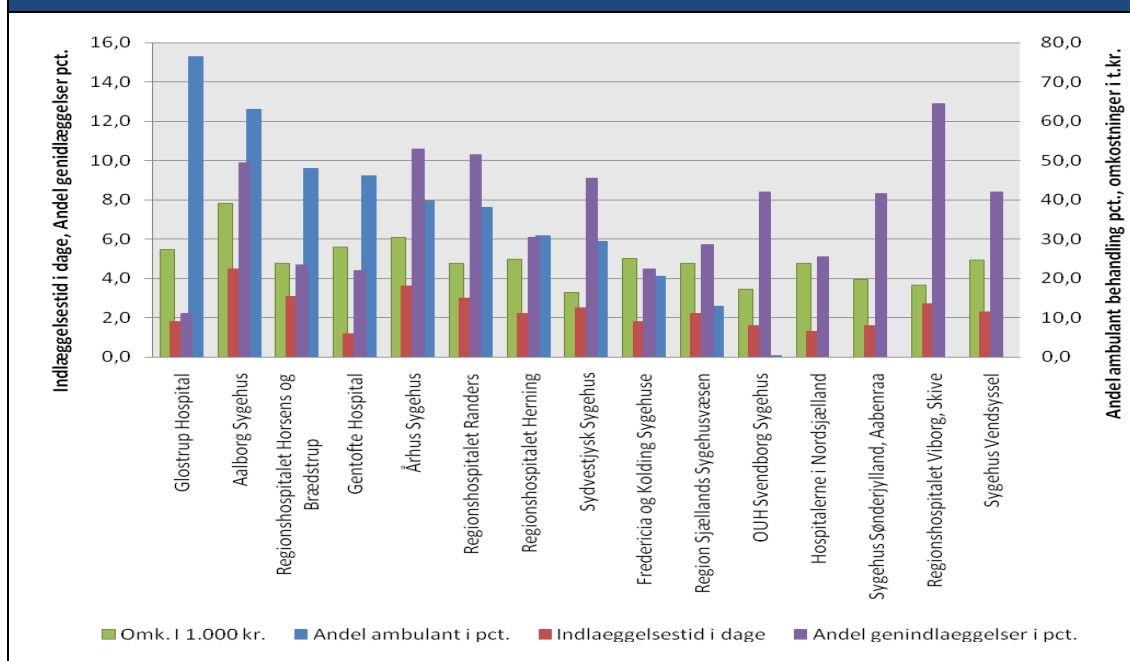
Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

3. Flere ambulante galdeblære- og brystkræftoperationer

De tre resultatindikatorer indlæggelsestid, andel ambulat behandling og andel akutte genindlæggelser kan opgøres for de enkelte behandlinger i de forskellige DRG-grupper. Herved er det muligt at sammenligne udviklingen i de tre resultatindikatorer med udviklingen i omkostningerne for det pågældende behandlingsområde.

For fjernelse af galdeblære via kikkertoperation er det eksempelvis muligt at sammenligne de sygehuse, som gennemfører disse behandlinger, med hensyn til indlæggelsestider, genindlæggelser eller andel ambulat behandling, jf. figur 10.

Figur 10. Fjernelse af galdeblære via kikkertoperation 2010



Anm.: Sygehuse med over 100 behandlinger i 2010

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, DRG-grupperet LPR-data pr. 10 marts 2011, 2010 aktivitet, takstsystem 2010 og omkostningsdatabasen for 2010.

På behandlingsniveau er det muligt at sætte fokus på udvalgte indikatorer. To områder hvor der i varierende grad sker en øget omlægning til ambulantly behandling er bl.a. fjernelse af galdeblæren via en kikkertoperation samt brystkræftoperationer. For disse to behandlinger gælder, at der er store forskelle mellem sygehusenes anvendelse af ambulantly behandling, jf. figur 11 og 12.

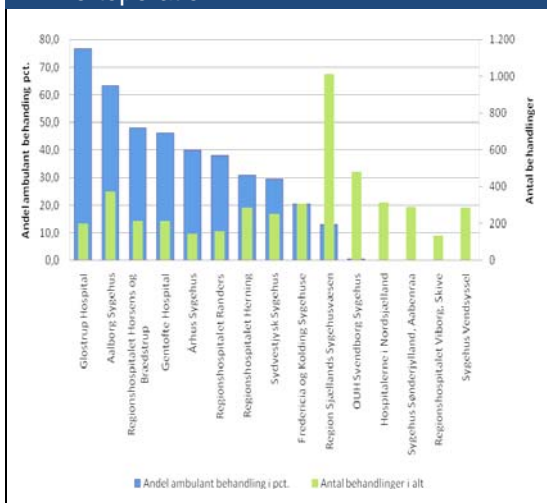
Der blev i 2010 foretaget ca. 4.600 fjernelser af galdeblæren med kikkertoperation, hvoraf ca. 1.000 var ambulante. Der blev i 2010 foretaget ca. 5.600 brystkræftkirurgiske indgreb, hvoraf 950 var ambulante.

Inden for fjernelse af galdeblæren med kikkertoperation er der på Glostrup sygehus en ambulantly andel på over 75 pct., mens en række sygehuse slet ikke gennemfører fjernelse af galdeblæren ambulantly, jf. figur 11. Den gennemsnitlige indlæggelsestid er for disse patienter på landsplan 2,1 dage, hvorfor der kan frigøres ressourcer ved omlægning fra stationær til ambulantly behandling, hvor det er muligt.

For brystkræftoperationer er der specielt på Århus Amtssygehus, Regionshospitalet Randers og Sygehus Sønderjylland, Åbenrå sket en stor omlægning sammenlignet med resten af landet, jf. figur 12.

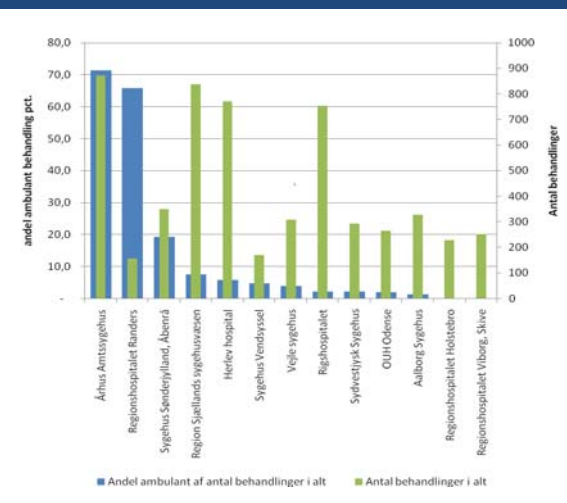
En gennemgang af disse to eksempler viser, at det er bestemte sygehuse, som udskiller sig fra de øvrige sygehuse med en høj omlægning til ambulantly behandling. Dette kan bl.a. indikere behov for mere vidensdeling og udbredelse af viden om bedste praksis. Der vurderes derfor at være et betydeligt potentiale, såfremt den erhvervede viden og de specifikke behandlingsmetoder på disse sygehuse kan overføres til landets øvrige sygehuse, der foretager denne behandling.

Figur 11. Fjernelse af galdeblære via kikkertoperation



Anm. : Sygehuse med over 100 behandlinger i 2010
 Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, DRG-grupperet LPR-data pr. 10 marts 2011, 2010 aktivitet, takstsystem 2010

Figur 12. Brystkræftkirurgi



Anm. : Sygehuse med over 100 behandlinger i 2010. Patienterne er identificeret ud fra en mammacancerdiagnose (DC50*) og kombinationen med en kirurgisk kode (K*). Patienterne bliver grupperet til DRG 0903 Mammakirurgi III, takst 48.028 kr. og 0904 Mammakirurgi IV (gråzone), takst 24.670 kr. samt PG04A operation på kar eller lymfesystem, takst 13.209 kr. Antal patienter er i dette tilfælde er derfor fundet på tværs af DRG-grupper.
 Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, DRG-grupperet LPR-data pr. 10 marts 2011, 2010 aktivitet, takstsystem 2010

4. Accelererede patientforløb

Accelererede patientforløb er et skånsomt behandlingskoncept, der går ud på at tilrettelægge patientforløb gennem viden om evidens, således at bl.a. behovet for en lang indlæggelse reduceres. Hovedprincippet i accelererede patientforløb er at optimere de forskellige dele af patientbehandlingen både før, under og efter en operation. På den måde mindskes belastningen af patienterne, og det forkorter den tid, de er om at komme sig.

Før indgrebet modtager patienterne udførlig information om operationen, hvilket giver bl.a. en vis tryghed. I forbindelse med selve indgrebet er især smertebehandlingen i fokus, herunder lokalbedøvelse mv. Efter operationen bliver patienterne hurtigt fysisk mobiliserede. De patienter, der har været gennem et accelereret forløb, oplever færre komplikationer, genvinder hurtigere deres funktionsevne og har en gennemsnitlig kortere indlæggelsestid på sygehuset.

Udbredelse af accelererede patientforløb vil resultere i kortere indlæggelsestider eller omlægning til ambulantly behandling, ved at behandlingsforløbet optimeres, samtidig med at behandlingen foretages mere skånsomt til fordel for patienten, jf. boks 8.

Der kan desuden gøres en indsats både i kommunerne og på landets sygehuse i forhold til at minimere omfanget af sengedage, hvor der ikke sker reel behandling, mens patienten er indlagt. Det gælder både på de kirurgiske og medicinske afdelinger

Accelererede patientforløb er bl.a. velegnet inden for behandling af hoftebrud, knæ- og hoftealloplastik, amputationer, operationer på bugspytkirtlen, galdesten, brok, fjernelse af

livmoder, nyre, urinblære og karkirurgi. Det anvendes endvidere til behandling af tarmkræft, æggestokkræft, prostatakræft, brystkræft og lungekræft.¹

Boks 8. Økonomiske gevinster ved accelererede patientforløb

Studier viser, at der er økonomiske gevinster at hente ved accelererede patientforløb.

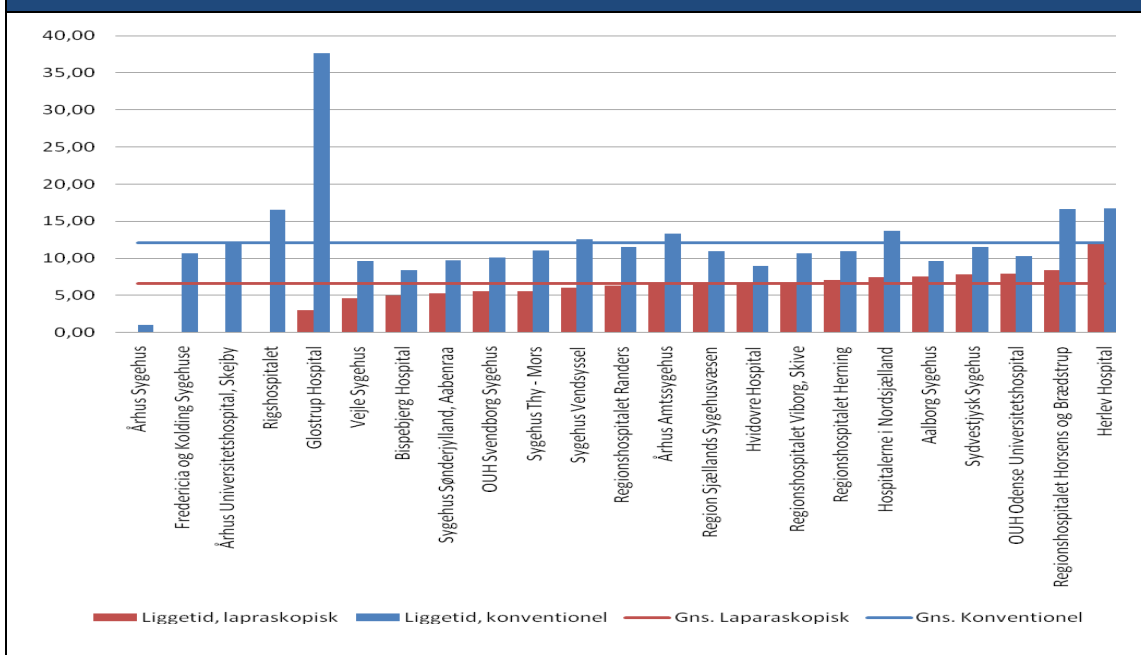
Ved sammenligning af behandling med knæalloplastik for tre kirurgiske afdelinger, en med accelererede patientforløb og to afdelinger med konventionel behandling, var indlæggelsestiden 4,4 dage i 2006 for en afdeling med accelereret patientforløb og hhv. 7,2 dage og 6,5 dage for afdelingerne med almindelige forløb. Patienter i det accelererede forløb havde endvidere et lavere forbrug af smertebehandling. Samlet set var det accelererede patientforløb hhv. 5.229 kr. og 6.248 kr. billigere end behandlingen på de to afdelinger med konventionel behandling.

Efterfølgende var der ikke forskel på antal henvendelser til egen læge eller forskel på antal genindlæggelser. Patienter, der havde gennemgået et accelereret patientforløb, havde mindre behov for fysioterapi i primærsektoren.

Kilde: Ugeskrift for læger 2009;171(45):3276, Økonomiske konsekvenser ved accelererede knæalloplastikforløb

Et eksempel, hvor accelererede patientforløb allerede i dag er relativt udbredt, er bl.a. tarmoperation på cancerpatienter, hvor kikkertoperation i stedet for konventionel operation er medvirkende til, at patienten udskrives hurtigere efter behandling.

Figur 13. Gennemsnitlig indlæggelsestid for tarmkræftoperation – kikkert og konventionel



Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, DRG-grupperet LPR-data pr. 10 marts 2011, 2010 aktivitet, takstsystem 2010

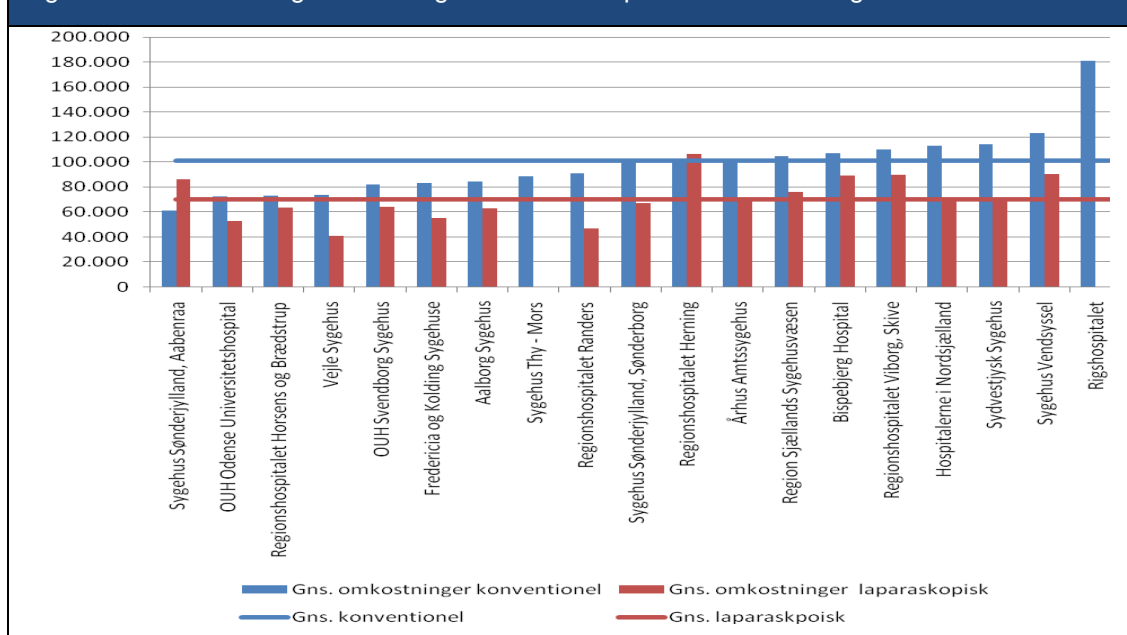
Den gennemsnitlige indlæggelsestid er 6,3 dage i 2010 for kikkertoperation for tarmkræft, mens den er 12,3 dage for patienter med konventionel operation, jf. figur 16. Indlæggelsestiden bliver med andre ord i gennemsnit halveret med den mere skånsomme behandling. Det giver sig udslag i omkostningerne. Den gennemsnitlige omkostning for kikkertoperation ved tarmkræft er

¹ Kilde: Enhed for Perioperativ Sygepleje, Rigshospitalet

ca. 70.000 kr. i 2010 mod ca. 100.000 kr. ved konventionel operation, jf. figur 17. Dvs. for hver enkelt tarmkræftpatient er der besparelser på 30.000 kr. ved omlægning af behandlingsmetode samtidig med, at patienten får et langt mere skånsomt forløb.

For såvel kikkertoperation som konventionel operation varierer omkostningerne mellem sygehusene med ca. 60.000 kr., hvis der ses bort fra Rigshospitalet. Specielt Odense Universitetshospital og Vejle Sygehuse har lave omkostninger for både kikkertoperation og konventionel operation.

Figur 14. Gennemsnitlig omkostning for tarmkræftoperation – kikkert og konventionel



Anm.: DRG 0606 i takstsystem 2010 har nummer 0609 i takstsystem 2011.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, DRG-grupperet LPR-data pr. 10 april 2010, 2009 aktivitet, takstsystem 2011 samt takstgrundlag fra omkostningsdatabasen for takstsystem 2011

Bilag

Bilag 1: Resultatindikatorer

Udvikling på landsplan 2008-2010

Tabel 1: Udvikling i indikatorer defineret i økonomiaftalen

År	Andel ambulant behandling pct.	Gennemsnitlig indlæggelsestid i dage	Andel genindlæggelser pct.
2008	38,1	4,5	10,6
2009	40,4	4,2	9,8
2010	41,7	4,0	9,4

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, DRG-grupperet LPR-data, Årsopgørelser for 2008, 2009 og 2010

Udvikling på regionsniveau 2008-2010

Tabel 2: Udvikling i gennemsnitlig indlæggelsestid i dage

Region	2008	2009	2010
Sjælland	4,5	4,3	4,0
Hovedstaden	4,7	4,4	4,1
Syddanmark	4,3	4,0	3,8
Midtjylland	4,2	3,9	3,8
Nordjylland	4,7	4,4	4,4
Hele Landet	4,5	4,2	4,0

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, DRG-grupperet LPR-data, Årsopgørelser for 2008, 2009 og 2010

Tabel 3: Udvikling i andel genindlæggelser i pct.

Region	2008	2009	2010
Sjælland	10,2	8,8	8,8
Hovedstaden	9,8	9,1	8,7
Syddanmark	12,2	12,0	11,3
Midtjylland	11,2	10,1	9,6
Nordjylland	9,3	9,0	8,9
Hele Landet	10,6	9,8	9,4

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, DRG-grupperet LPR-data, Årsopgørelser for 2008, 2009 og 2010

Tabel 4: Udvikling i andel ambulant behandling i pct.

Region	2008	2009	2010
Sjælland	37,7	40,0	41,7
Hovedstaden	36,7	38,7	39,5
Syddanmark	42,0	45,1	47,6
Midtjylland	37,2	39,4	40,1
Nordjylland	36,1	38,3	40,1
Hele Landet	38,1	40,4	41,7

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, DRG-grupperet LPR-data, Årsopgørelser for 2008, 2009 og 2010

Årsopgørelse 2010 på regionsniveau

Tabel 5: Årsopgørelse for 2010 for resultatindikatorer på regionsniveau

Region 2010	Andel ambulant behandling pct.	Gennemsnitlig indlæggelsestid i dage	Andel genindlæggelser pct.	Akutandel pct.	Antal ambulante kontakter og ydelser	Antal sygehus- udskrivinger	Antal unikke patienter
Sjælland	41,7	4,0	8,8	78,9	1.463.315	156.920	383.097
Hovedstaden	39,5	4,1	8,7	71,7	3.825.869	393.071	794.866
Syddanmark	47,6	3,8	11,3	69,8	2.934.709	229.580	619.318
Midtjylland	40,1	3,8	9,6	68,2	2.455.020	247.338	582.600
Nordjylland	39,7	4,4	8,9	66,9	984.088	106.677	254.527
Hele Landet	41,7	4,0	9,4	71,1	11.663.001	1.133.586	2.516.244

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, DRG-grupperet LPR-data pr. 10 marts 2011, 2010 aktivitet, takstsystem 2010

Årsopgørelse 2010 på sygehusniveau

Tabel 6: Årsopgørelse for 2010 for resultatindikatorer på sygehusniveau

Sygehus 2010	Andel ambulant behandling pct.	Gennemsnitlig indlæggelsestid i dage	Andel genindlæggelser pct.	Akutandel pct.	Antal ambulante kontakter og ydelser	Antal sygehus- udskrivinger	Antal unikke patienter
Rigshospitalet	38,2	4,6	5,8	45,8	839.071	74.434	220.405
Bispebjerg Hospital	36,2	4,2	10,5	72,5	348.660	38.063	100.198
Hvidovre Hospital	34,9	3,4	9,9	83,7	424.162	56.941	110.777
Amager Hospital	33,8	5,2	13,4	88,5	107.498	9.577	44.994
Frederiksberg Hospital	38,0	4,5	9,2	64,4	187.321	15.568	57.639
Gentofte Hospital	41,1	3,4	6,0	69,8	370.388	34.979	120.927
Glostrup Hospital	44,9	4,3	7,5	80,8	331.084	29.123	106.413
Herlev Hospital	49,3	3,9	5,9	74,6	629.031	55.624	127.267
Hospitalet i Nordsjælland	33,3	4,1	11,6	81,3	522.228	71.225	150.309
Region Sjællands Sygehusvæsen	41,7	4,0	8,8	78,9	1.463.315	156.920	383.097
Bornholms Hospital	41,5	4,5	12,9	89,9	66.426	7.537	19.704
OUH Odense Universitetshospital	46,8	3,9	12,9	59,1	1.005.184	67.624	240.205
OUH Svendborg Sygehus	37,3	3,9	13,5	70,3	264.009	25.523	79.352
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	53,5	4,1	9,4	77,2	218.824	17.957	57.255
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	59,1	3,2	13,6	87,1	86.925	6.460	31.044
Sygehus Sønderjylland, Tønder	100				29.290		13.866
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	29,8	3,0	14,0	80,6	96.120	13.858	48.234
Kong Chr. X's Gigthosp. , Gråsten	55,4	15,6	6,7	3,2	18.425	793	5.425
Sydvestjysk Sygehus	45,7	3,5	11,8	75,7	424.686	39.527	100.956
Give Sygehus	30,8	19,2	5,0	0,5	12.545	399	9.553
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	41,7	3,7	5,6	77,2	222.210	21.355	70.831
Fredericia og Kolding Sygehuse	40,6	3,8	8,8	80,3	326.284	34.098	98.058
Vejle Sygehus	63	3,7	7,3	66,3	433.616	21.784	117.015
De Vestdanske Friklinikker, Give	43,1	1,7	3,0	1,1	18.801	1.557	9.876
De Vestdanske Friklinikker, Brædstrup	100				24.327		10.827
Regionshospitalet Holstebro	45,2	3,6	10,1	66,6	191.361	18.516	57.106
Regionshospitalet Herning	40,8	3,1	11,4	88,2	207.304	27.886	70.138
Regionshospitalet Tarm	100				4.265		3.578
Regionshospitalet Ringkøbing	54,0	5,5	15,9	91,6	20.009	1.273	9.416
Regionshospitalet Lemvig	6,5	24,7		24,9	4.485	322	4.067
Regionshospitalet Silkeborg	44,3	3,8	9,0	69,0	185.677	14.007	50.519

Århus Sygehus	50,2	3,4	8,4	48,4	492.486	39.558	139.534
Århus Amtssygehus	39,6	4,4	11,0	67,3	222.148	18.889	58.175
Regionshospitalet Randers	41,6	3,7	11,3	85,9	292.279	30.458	134.269
Regionshospitalet Grenaa	54,6	7,7	15,7	17,7	4.366	124	3.001
Regionshospitalet Hammel							
Neurocenter	1,0	43,8		14,8	872	586	763
Samsø Syge- og sundhedshus	57,3	1,3	15,8	86,1	5.193	209	1.967
Århus Universitetshospital, Skejby	24,6	3,4	8,8	54,3	231.395	36.855	75.136
Regionshospitalet Viborg, Skive	38,8	4,0	9,9	70,5	346.643	37.300	94.081
Sygehus Thy - Mors	36,1	4,2	12,1	85,7	96.107	10.803	30.767
Aalborg Sygehus	43,5	4,1	7,9	59,4	516.982	56.109	140.878
Sygehus Vendsyssel	36,4	4,6	10,2	73,6	177.078	23.012	71.984
Sygehus Himmerland	21,3	5,6	12,1	92,4	43.074	6.331	25.387
Ortopædkirurgi Nordjylland	27,7	4,6	3,3	57,5	89.841	10.422	32.010
Anæsthesisektor Nordjylland	100,0				61.006		42.914
Hele landet	41,7	4,0	9,4	71,1	11.663.001	1.133.586	2.516.244

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, DRG-grupperet LPR-data pr. 10 marts 2011, 2010 aktivitet, takstsystem 2010

Årsopgørelse 2010 på kommuneniveau

Tabel 7: Årsopgørelse for 2010 for resultatindikatorer på kommuneniveau			
Kommune 2010	Gennemsnitlig indlæggelsestid i dage	Andel genindlæggelser pct.	Andel borgere med kontakt til sygehusvæsenet pct.
København	4,0	8,9	40,4
Frederiksberg	4,1	10,1	43,1
Ballerup	4,0	5,4	44,8
Brøndby	4,1	8,8	47,4
Dragør	4,4	10	41,3
Gentofte	3,9	6,3	44,4
Gladsaxe	3,8	5,7	43,9
Glostrup	4,4	7,8	48,2
Herlev	4,1	5,3	47,3
Albertslund	3,7	6,6	46,8
Hvidovre	4,0	9,9	46,6
Høje-Taastrup	4,1	7,7	45,3
Lyngby-Taarbæk	4,1	7,0	43,6
Rødovre	4,3	5,9	44,3
Ishøj	3,8	5,9	46,0
Tårnby	4,5	10,2	44,9
Vallensbæk	3,8	6,7	45,6
Furesø	4,0	8,2	40,1
Allerød	3,6	10,6	41,3
Fredensborg	3,6	10,3	44,2
Helsingør	3,7	10,4	47,6
Hillerød	3,6	12,3	45,0
Hørsholm	4,1	10,5	43,4
Rudersdal	4,1	8,1	42,6
Egedal	3,8	8,6	41,1
Frederikssund	3,8	10,9	45,4
Greve	3,8	8,4	43,3
Køge	3,9	9,5	47,8
Halsnæs	3,7	12,3	46,5
Roskilde	4,1	8,3	44,9
Solrød	3,8	8,0	47,2
Gribskov	3,8	11,4	44,1
Odsherred	4,2	10,2	51,7
Holbæk	3,9	9,8	48,1
Faxe	4,4	8,4	46,1
Kalundborg	4,2	9,7	48,2
Ringsted	4,2	7,6	44,8
Slagelse	4,3	8,9	46,9

Stevns	4,2	9,7	47,6
Sorø	4,0	8,9	42,2
Lejre	3,8	8,2	47,1
Lolland	4,5	8,2	47,4
Næstved	4,2	7,1	48,6
Guldborgsund	4,2	7,4	48,7
Vordingborg	4,3	6,4	47,9
Bornholms kommune	4,8	11,8	49,5
Middelfart	4,0	9,1	45,9
Assens	3,6	12,7	45,2
Faaborg-Midtfyn	4,0	13,8	45,7
Kerteminde	3,8	10,9	46,7
Nyborg	3,8	14,3	47,3
Odense	3,9	12,4	47,9
Svendborg	3,8	15,1	51,0
Bogense	3,9	11,9	45,4
Langeland	4,6	18,3	48,7
Ærø	4,9	19,5	42,8
Haderslev	3,7	11,7	48,1
Billund	4,1	10,6	48,8
Sønderborg	4,0	11,3	50,0
Tønder	3,8	9,9	52,4
Esbjerg	3,7	12,0	49,7
Fanø	3,7	8,6	49,5
Varde	3,8	10,4	48,0
Vejen	3,8	10,3	44,5
Aabenraa	3,8	10,7	51,2
Fredericia	4,0	9,0	51,4
Horsens	3,7	6,8	48,6
Kolding	4,0	8,9	48,9
Vejle	3,9	7,9	49,7
Herning	3,5	10,6	45,1
Holstebro	3,7	11,8	42,0
Lemvig	3,9	10,5	42,1
Struer	3,6	13,0	44,1
Syddjurs	4,1	10,2	43,3
Norddjurs	4,1	11,0	45,3
Favrskov	3,7	10,3	44,4
Odder	3,9	6,4	41,3
Randers	3,9	11,4	47,8
Silkeborg	3,7	9,9	46,2
Samsø	3,9	8,0	49,2
Skanderborg	3,8	8,3	42,8
Århus	3,7	9,5	42,1
Ikast-Brande	3,6	9,5	44,8
Ringkøbing-Skjern	3,6	9,8	45,2
Hedensted	3,9	6,8	46,5
Morsø	4,3	11,1	44,3
Skive	3,8	10,1	46,4
Thisted	4,2	12,0	45,1
Viborg	3,6	9,9	46,9
Brønderslev-Dronninglund	4,2	8,3	42,5
Frederikshavn	4,4	9,3	45,8
Vesthimmerland	4,5	10,9	43,2
Læsø	5,1	5,5	43,8
Rebild	4,2	8,0	41,2
Mariagerfjord	4,2	8,2	42,3
Jammerbugt	4,6	8,4	42,7
Aalborg	4,7	7,2	41,8
Hjørring	4,2	9,2	44,6
Hele landet	4,0	9,4	45,4

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, DRG-grupperet LPR-data pr. 10 marts 2011, 2010 aktivitet, takstsystem 2010

Bilag 2: Produktivitet og indlæggelsestid

Tabel 1: Produktivitet og indlæggelsestid		
Sygehus	Gennemsnitlig indlæggelsestid i dage, 2010	Produktivitet 2009
Bornholms Hospital	4,9	72,1
Sygehus Himmerland	5,7	87,6
Sygehus Thy - Mors	4,1	88,6
Hospitalet i Nordsjælland	3,8	89,1
Region Sjællands Sygehusvæsen	4,3	91,9
Frederiksberg Hospital	4,6	96,5
Gentofte Hospital	4,3	96,5
Ortopædkirurgi Nordjylland	4,5	96,7
Amager Hospital	5,4	97,1
Regionshospitalet Holstebro	3,7	97,3
Regionshospitalet Herning	3,2	97,3
Regionshospitalet Ringkøbing	5,4	97,3
Regionshospitalet Viborg, Skive	4,0	97,3
Hvidovre Hospital	4,0	97,8
Aalborg Sygehus	4,2	98,0
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	4,3	98,0
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	4,1	98,0
Sygehus Sønderjylland, Tønder	6,3	98,0
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	3,2	98,0
Rigshospitalet	5,0	98,7
Århus Sygehus	3,5	99,2
Århus Amtssygehus	4,5	99,2
Bispebjerg Hospital	4,8	100,3
OUH Odense Universitetshospital	4,1	100,6
Glostrup Hospital	4,3	101,1
Herlev Hospital	4,3	101,6
Århus Universitetshospital, Skejby	3,4	102,6
Sygehus Vendsyssel	4,8	103,2
Region Sjællands Sygehusvæsen	4,3	104,6
OUH Svendborg Sygehus	4,2	105,3
Sydvestjysk Sygehus	3,8	106,3
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	3,9	106,4
Regionshospitalet Silkeborg	4,0	106,5
Fredericia og Kolding Sygehuse	3,8	112,6
Regionshospitalet Randers	3,7	114,7
Vejle Sygehus	3,8	120,4
De Vestdanske Friklinikker, Brædstrup	0,0	142 *
De Vestdanske Friklinikker, Give	1,9	160,7 *
Regionshospitalet Lemvig	27,0	*
Regionshospitalet Tarm	0,0	*

* Er ikke medtaget i den grafiske fremstilling.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Produktivitetsopgørelse 2008-2009, samt DRG-grupperet LPR-data pr. 10 marts 2011, 2010 aktivitet, takstsystem 2010

Bilag 3: Sygehusopdeling – baseret på opdeling fra produktivitetsrapporten 2009

- 1 Universitetssygehuse
- 2 Store sygehuse
- 3 Mindre sygehusenheder

Tabel 1: Opdeling af sygehuse.

Sygehustype	Sygehusnummer	Sygehusnavn
1	1301	Rigshospitalet
1	1309	Bispebjerg Hospital
1	1330	Hvidovre Hospital
3	1351	Amager Hospital
2	1401	Frederiksberg Hospital
2	1501	Gentofte Hospital
2	1502	Glostrup Hospital
1	1516	Herlev Hospital
2	2000	Hospitalet i Nordsjælland
2	3000	Sygehus Vestsjælland
2	3800	Region Sjællands Sygehusvæsen
3	4001	Bornholms Hospital
1	4202	OUH Odense Universitetshospital
2	4212	OUH Svendborg Sygehus
2	5001	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg
2	5002	Sygehus Sønderjylland, Haderslev
2	5003	Sygehus Sønderjylland, Tønder
2	5004	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa
2	5007	Kong Chr, X's Gigthosp, , Gråsten
2	5501	Sydvestjysk Sygehus
2	6002	Brædstrup Sygehus
2	6004	Give Sygehus
2	6006	Regionshospitalet Horsens og Brædstrup
2	6007	Fredericia og Kolding Sygehuse
2	6008	Vejle Sygehus
3	6013	De Vestdanske Friklinikker, Give
3	6014	De Vestdanske Friklinikker, Brædstrup
2	6501	Regionshospitalet Holstebro
2	6502	Regionshospitalet Herning
2	6503	Regionshospitalet Tarm
2	6504	Regionshospitalet Ringkøbing
2	6505	Regionshospitalet Lemvig
3	7002	Regionshospitalet Silkeborg
1	7003	Århus Sygehus
1	7004	Århus Amtssygehus
2	7005	Regionshospitalet Randers
2	7009	Regionshospitalet Grenaa
3	7010	Regionshospitalet Hammel Neurocenter
3	7013	Samsø Syge- og sundhedshus
1	7026	Århus Universitetshospital, Skejby
2	7601	Regionshospitalet Viborg, Skive
3	7603	Sygehus Thy - Mors
1	8001	Aalborg Sygehus
2	8003	Sygehus Vendsyssel
3	8005	Sygehus Himmerland
3	8040	Ortopædkirurgi Nordjylland
3	8050	Anæsthesisektor Nordjylland

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Produktivitetsopgørelse 2008-2009,