

Status på sundhedsområdet

Sundheds- og Ældreministeriet

SEPTEMBER 2015

Status på sundhedsområdet
September 2015

I tabeller kan afrunding medføre,
at tallene ikke summer til totalen.

Henvendelse om publikationen kan ske til:
Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K.
T 72 26 90 00
F 72 26 90 01
E sum@sum.dk

Udgave: 1.0

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

Publikation kan hentes på
Sundheds- og Ældreministeriets hjemmeside:
www.sum.dk

Indholdsfortegnelse

1.	Sammenfatning	5
2.	International sammenligning og nøgletal.....	7
2.1	Internationale indikatorer	7
2.2	Udvikling i danskernes sundhedstilstand.....	8
2.3	Nøgletal for sundhedsvæsnet.....	9
3.	Ventetid.....	11
3.1	Ventetider til behandling	11
3.2	Udredningsret	13
4.	Kræft- og hjerteindsatsen	14
4.1	Kræft	14
4.2	Kræftpakkeforløb.....	15
4.3	Hjerte	16
4.4	Hjertepakkeforløb.....	17
5.	Borgere med kroniske sygdomme og demens	19
5.1	Kronikere	19
5.2	Demens.....	20
6.	Sammenhæng mellem regioner og kommune.....	22
6.1	Færdigbehandlingsdage.....	22
6.2	Belægning på sygehusene.....	22
6.3	Ventetid til kommunal genoptræning	24
6.4	Akutte medicinske korttidsindlæggelser	25
6.5	Akutte genindlæggelser	26
6.6	Forebyggelige indlæggelser for +65- årige.....	27
6.7	Almen praksis (lægedækning i hele landet)	27
6.8	Kontakter til almen praksis – med udgangspunkt i én udvalgt kronisk sygdom	30
7.	Psykiatri.....	31
7.1	Kontakter i psykiatrien	31
7.2	Ventetid til 1. psykiatriske sygehuskontakt	31
7.3	Tvang i psykiatrien	32
8.	Rygning, narkotika- og alkoholmisbrug	34
8.1	Rygning	34
8.2	Narkotika- og alkoholmisbrug.....	34
9.	Kvalitet og patientsikkerhed.....	37
9.1	Sygehusdødelighed (HSMR).....	37
9.2	Sygehuserhvervede infektioner	38
9.3	Patienttilfredshed	38
9.4	Præhospitale responstider og akutte patientkontakter	39

9.5	Kontaktpersonordningen	41
10.	Medicin, teknologi og produktivitet	42
10.1	Produktivitet	42
10.2	Medicinudgifter	43
10.3	Status for de kvalitetsfundsstøttede sygehusbyggerier	44
10.4	Status på udbredelse af det fælles medicinkort og elektronisk patientjournal	45

1. Sammenfatning

I regeringsgrundlaget "Sammen for fremtiden" for 2015 fremgår, at regeringen i løbet af sommeren 2015 vil gøre status på sundhedsområdet.

Denne rapport belyser udviklingen på sundhedsområdet for en række udvalgte områder.

Rapporten viser, at det danske sundhedsvæsen på flere områder har vist gode resultater og forbedringer. Samtidigt er der fortsat udfordringer og forskelle i resultaterne på tværs af både regions- og kommunegrænser.

Nedenfor skitseres en række fund og overordnede tendenser:

Demografisk udfordring for sundhedsvæsenet

- Over den kommende årrække vil antallet af ældre i Danmark stige markant. Antallet af 80+ årige forventes fordoblet og stiger med ca. 278.000 personer frem mod 2040.

Geografiske forskelle

- Der er regionale forskelle inden for bl.a. ventetiden til behandling, overholdelse af udredningsretten og pakkeforløb samt i forekomsten af sygehusinfektioner. Også kommunernes indsats er præget af forskelle indenfor bl.a. antal forebyggelige indlæggelser. Der er dog begrænset indblik og synlighed om resultaterne i det kommunale område, herunder også i almen praksis.

Ventetider og udredningsretten

- Ventetiden til behandling i både psykiatrien og somatikken er faldet i perioden 2001 til 2014. Set ift. udvalgte operationsgrupper har ventetiden udviklet sig forskelligt. Indberetningerne fra 2015 viser, at ca. 60 pct. af somatiske patienter med ret til hurtig udredning er færdigudredt indenfor 30 dage, og der er tegn på regional variation.

Belægning på sygehusene

- Der er regionale forskelle i antal dage med overbelægning på sygehusene. På tværs af landets sygehusafdelinger forekommer overbelægning ofte på de medicinske og geriatriske afdelinger.

Kræft- og pakkeforløb

- I periode 2000 til 2013 er andelen af nye kræfttilfælde stigende, mens kræftdødeligheden stort set er uændret og fortsat højere end fx Sverige og Norge. Overlevelsen efter en kræftdiagnose er stigende, men der er forskelle i resultaterne på tværs af landet. Andelen af kræftforløb, som gennemføres indenfor standardforløbstiden har i de seneste to år været stigende, men set ift. udvalgte kræfttyper er der dog regional forskel.

Sammenhæng og forløb

- Flere patienter oplever akutte genindlæggelser, akutte medicinske korttidsindlæggelser eller forebyggelige indlæggelser i 2014, og udviklingen i indlæggelserne har i de seneste fem år været omtrent stabil. Et lille fald i 2014 ses dog for forebyggelige indlæggelser. Forekomsten af indlæggelserne varierer betydeligt mellem regioner og kommuner.

- Ventetiden til kommunal genoptræning er faldet i perioden 2009 til 2014. Der er dog betydelig forskelle i ventetiden fra kommune til kommune.

Kontaktpersonordningen

- Der er regional variation i tildelingen af kontaktpersoner. En afdækning peger på, at ordningen ikke virker efter hensigten.

Almen praksis

- Den praktiserende læge har den mest omfattende kontakt til danskerne i sundhedsvæsenet. Der ses variation i antallet af kontakter pr. patient til almen praksis ift. type-2 diabetes. Lægedækningen i almen praksis varierer på tværs af landet.

Kronikere og demens

- Flere danskere lider af én eller flere kroniske sygdomme i 2014, og patienternes kontakter til sundhedsvæsenet er generelt højere end den samlede befolkning. Antallet af registrerede danskere med demens er stigende, og det samme er dødeligheden som følge af demens.

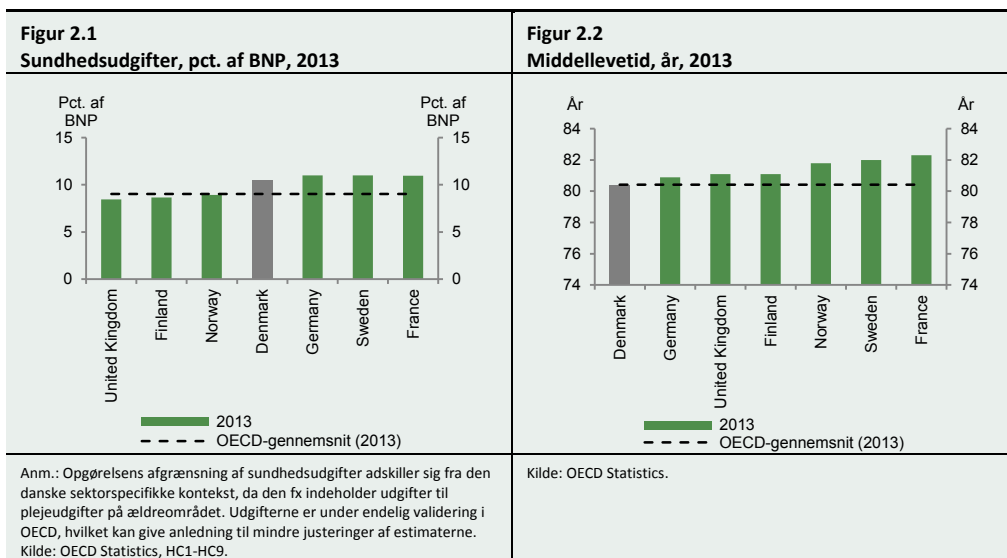
Produktivitet og ny teknologi

- Sygehusvæsenet har forbedret produktiviteten over en årerække. Der indføres og anvendes ny teknologi, fx i form af ny medicin, screening mv., og der sker en modernisering i form af nye sygehusbyggerier.

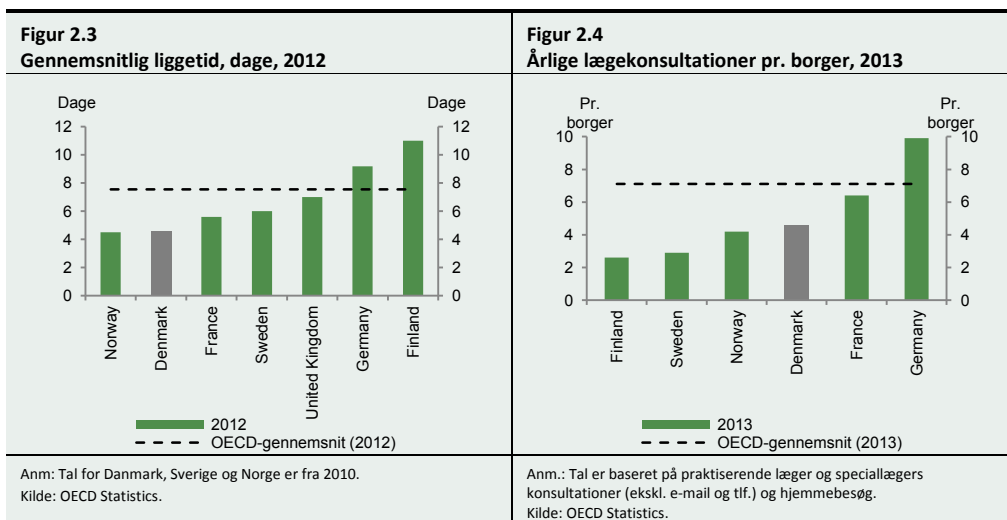
2. International sammenligning og nøgletal

2.1 Internationale indikatorer

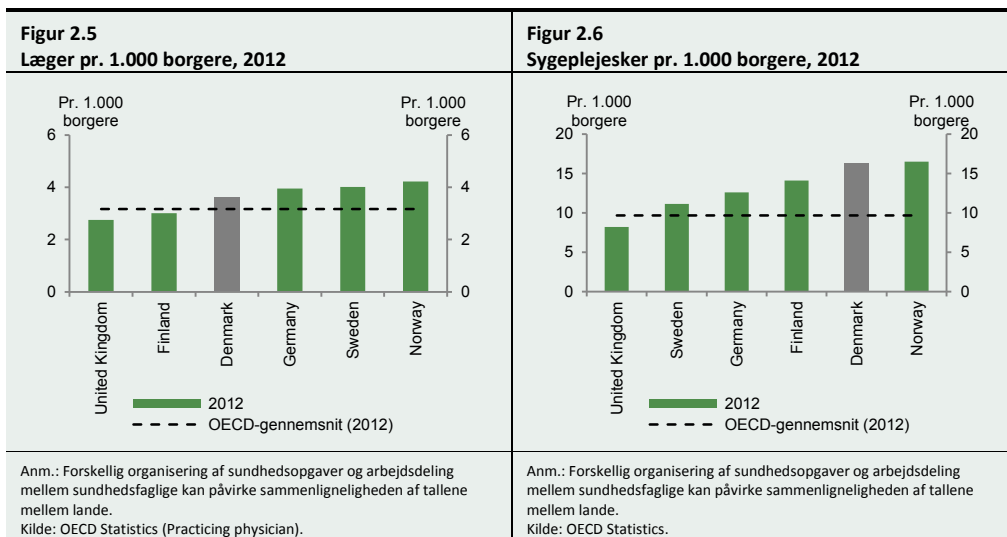
- Danmark anvender i international sammenhæng flere ressourcer på sundhedsvæsenet for så vidt angår de samlede sundhedsudgifters andel af BNP, *jf. figur 2.1*. Danmarks sundhedsudgifter udgør 10,4 pct. af BNP og ligger dermed over gennemsnittet for alle OECD-landene på 9,0 pct. i 2013.
- For så vidt angår middellevetiden ligger Danmark under OECD-gennemsnittet ift. sammenlignelige lande, *jf. figur 2.2*.



- Danske sygehuspatienter er indlagt i færre dage end gennemsnittet for alle OECD-lande, *jf. figur 2.3*. I 2012 er en dansk patient gennemsnitlig indlagt 4,6 dage.
- Danskere går mindre til læge end OECD-gennemsnittet. Men sammenlignet med nordiske lande, såsom Finland, Norge og Sverige opsøger danskerne i højere grad lægen, *jf. figur 2.4*.

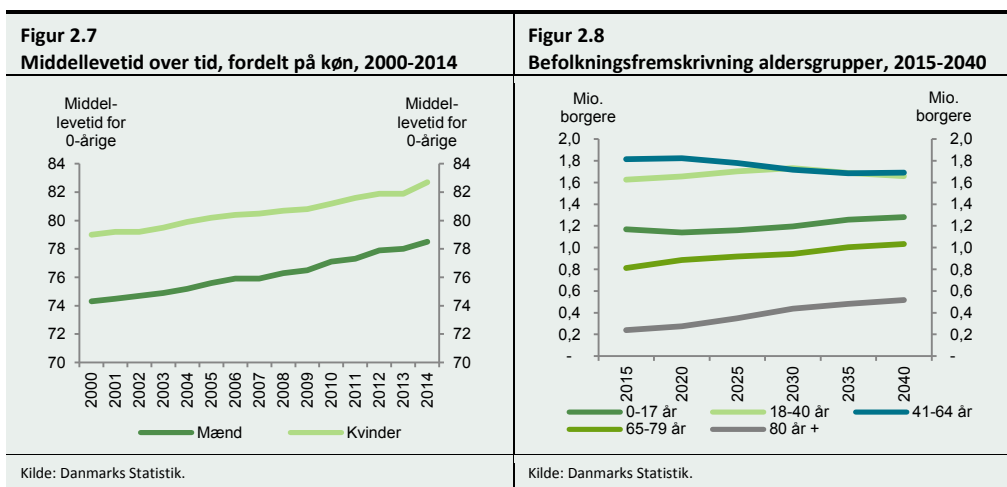


- Antallet af læger i 2012 er 3,6 læger pr. 1.000 borgere i Danmark. Det er omtrent på niveau med OECD-gennemsnittet. Antallet af sygeplejersker i 2012 er 16,3 sygeplejersker pr. 1.000 borgere i Danmark, hvilket er markant over OECD-gennemsnittet, *jf. figur 2.5 og figur 2.6.*

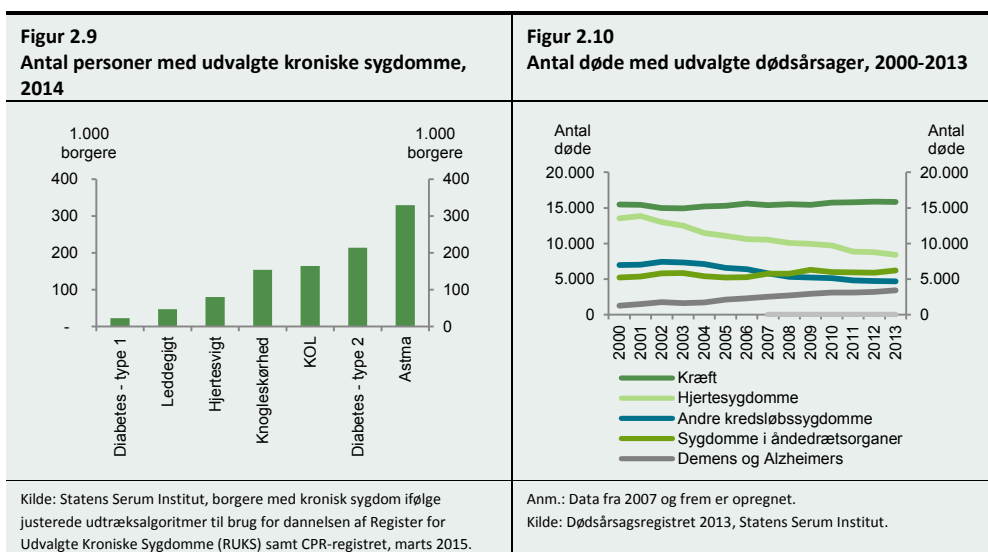


2.2 Udvikling i danskernes sundhedstilstand

- Danskernes middellevetid er siden 2000 steget med godt 4 år. I 2000 kunne mænd og kvinder i gennemsnit forvente at leve hhv. ca. 74 og 79 år, mens de i 2014 forventes at leve hhv. 79 og 83 år, *jf. figur 2.7.*
- Den danske befolkning forventes at stige fra knap 5.7 mio. indbyggere i 2015 til 6.2 mio. indbyggere i 2040, svarende til en stigning på 521.000 personer. Stigningen forventes særligt blandt borgere i alderen +65. Frem mod 2040 stiger antallet af +65-årige med knap 50 pct., svarende til ca. 498.000 personer. Antallet af 80+ årige fordobles og stiger med ca. 278.000 personer, *jf. figur 2.8.*



- Mange danskere lider af én eller flere kroniske sygdomme, *jf. figur 2.9*. I 2014 har knap 1 mio. voksne danskere én eller flere af følgende udvalgte kroniske sygdomme: KOL, leddegigt, knogleskørhed, type 1 og 2 diabetes, hjertesvigt og astma.
- Kræft og hjertesygdomme er de hyppigste dødsårsager i Danmark, *jf. figur 2.10*. I 2013 dør ca. 16.000 personer af kræft og ca. 8.400 personer af hjertesygdomme. Til sammenligning dør ca. 3.400 personer af demens (inkl. Alzheimers).
- I perioden fra 2000 til 2013 er antallet af dødsfald, som skyldes hjertesygdomme faldet med ca. 38 pct.



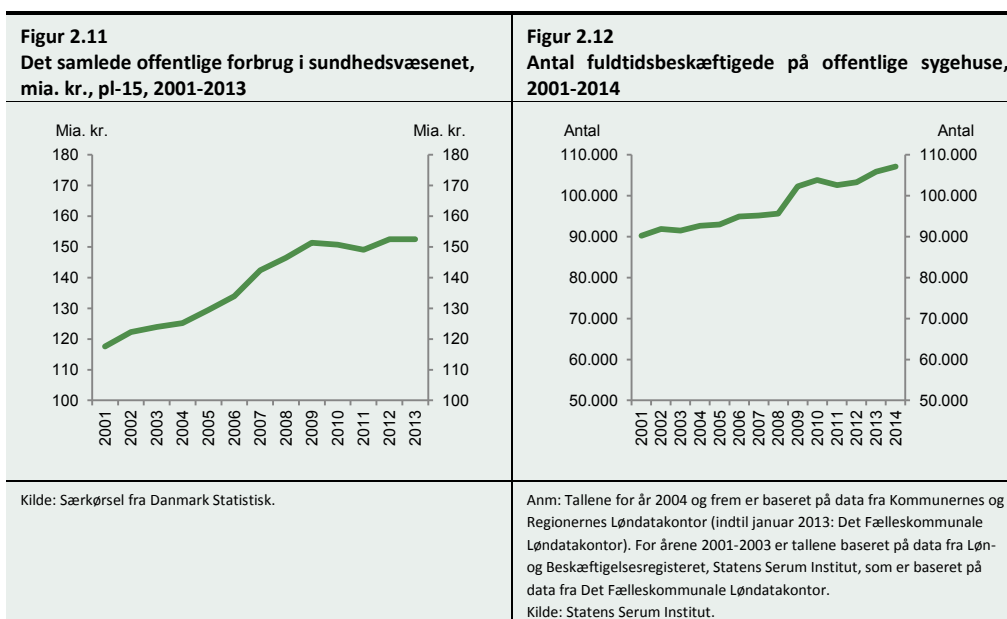
2.3 Nøgletal for sundhedsvæsenet

- I 2013 udgør det offentlige forbrug til det danske sundhedsvæsen 152 mia. kr., *jf. tabel 2.1*. Størstedelen af det offentlige sundhedsforbrug afholdes af regionerne, hvis forbrug i 2013 udgør ca. 74 pct. af det samlede offentlige forbrug på sundhedsområdet.

Tabel 2.1 Det offentlige forbrug på sundhedsområdet og antal fuldtidsbeskæftigede på offentlige sygehuse, 2001-2014														
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Det offentlige forbrug på sundhedsområdet, (mia. kr., pl-15)	117,5	122,2	123,9	125,2	129,4	133,9	142,4	146,4	151,3	150,7	149,0	152,5	152,4	-
Antal fuldtidsbeskæftigede på offentlige sygehuse (1.000)	90,2	91,9	91,4	92,6	93,0	94,9	95,1	95,6	102,2	103,8	102,6	103,3	105,9	107,1
Anm.: Antal fuldtidsbeskæftigede på offentlige sygehuse for år 2004 og frem er baseret på data fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (indtil januar 2013: Det Fælleskommunale Løndatakontor). For årene 2001-2003 er tallene baseret på data fra Løn- og Beskæftigelsesregisteret, Statens Serum Institut, som er baseret på data fra Det Fælleskommunale Løndatakontor.														
Kilde: Særkørsel fra Danmark Statistik, Statens Serum Institut.														

- Det offentlige forbrug på sundhedsområdet er steget fra ca. 118 mia. kr. til ca. 152 mia. kr. (pl-15) i perioden 2001 til 2013, *jf. tabel 2.1 og figur 2.11*.

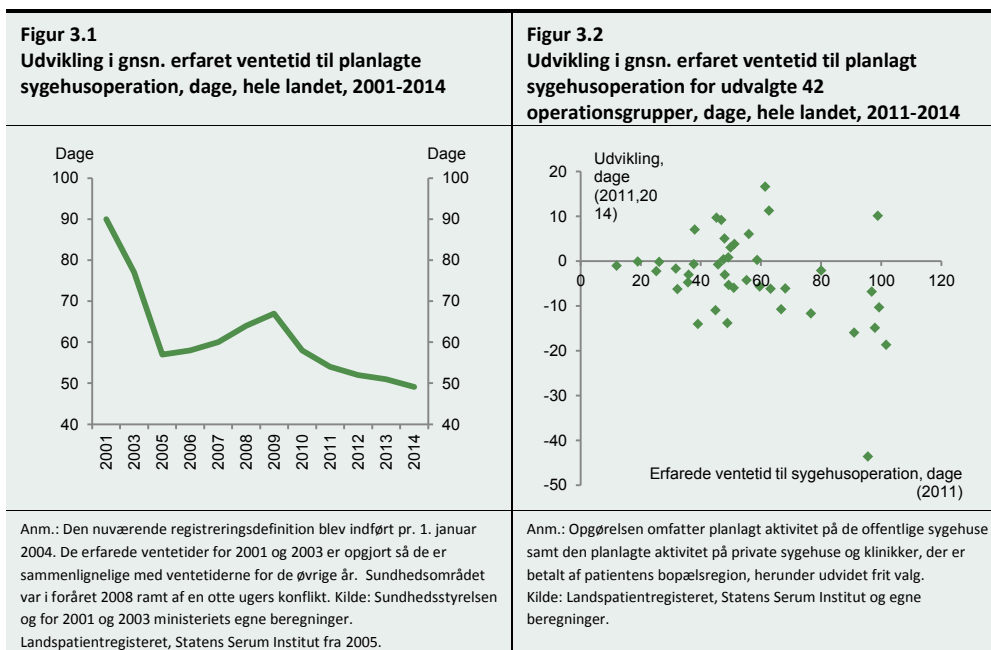
- I perioden 2001 til 2014 er antal offentlige fuldtidsbeskæftigede i sygehusvæsenet steget fra ca. 90.200 personer til ca. 107.100 personer, jf. tabel 2.1 og figur 2.12.



3. Ventetid

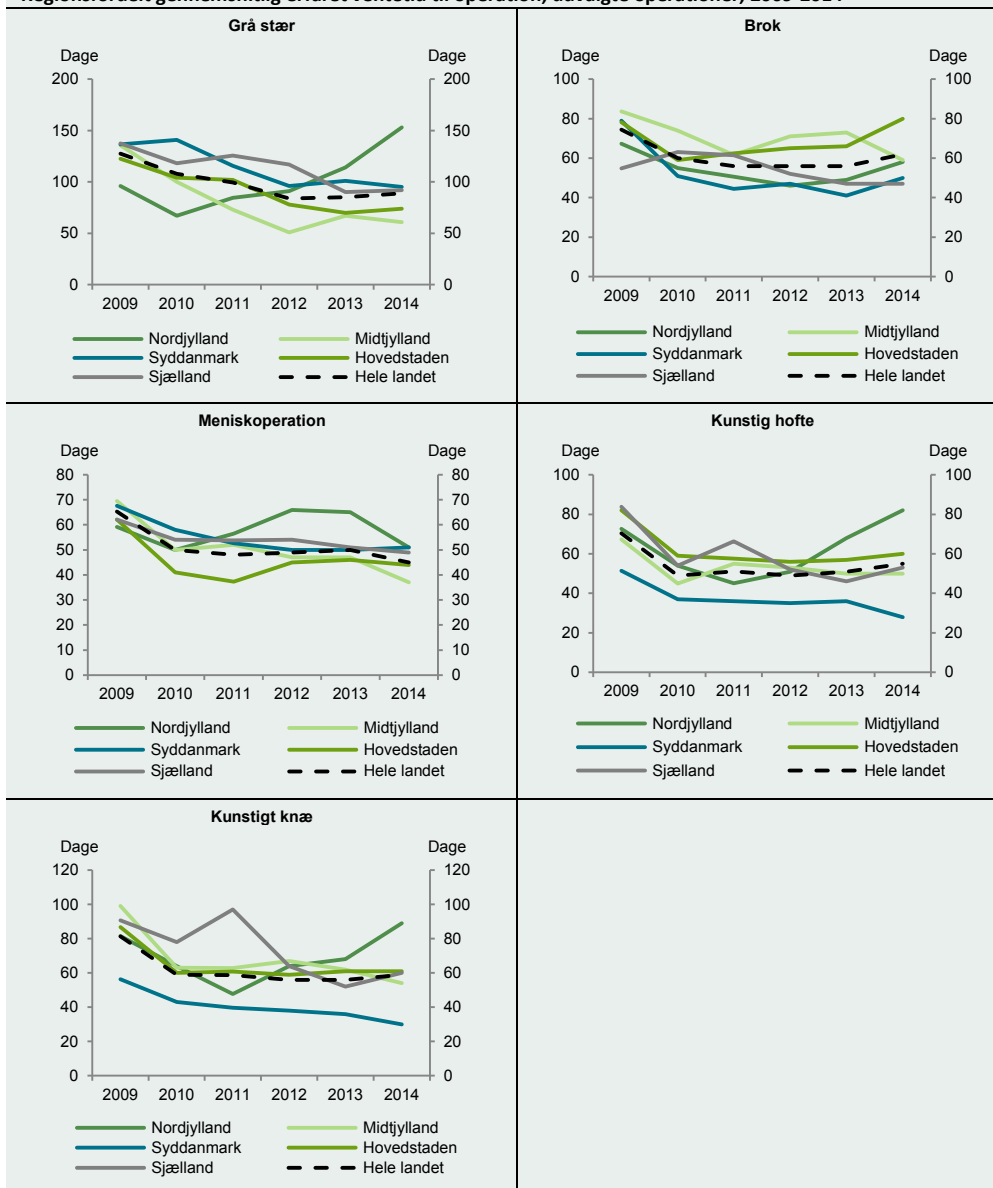
3.1 Ventetider til behandling

- I perioden 2001 til 2014 er den gennemsnitlige ventetid til planlagt sygehusoperation faldet fra 90 dage til 49 dage., *jf. figur 3.1.*
- Udviklingen fra 2001 til 2011 viser overordnet et fald på 36 dage i den erfarede gennemsnitlige ventetid til operation, mens udviklingen i de efterfølgende år viser et fald på 5 dage.
- Der er betydelig og stigende regional variation i ventetid til operation mellem regionerne.
- Set ift. 42 udvalgte operationsgrupper har ventetiden udviklet sig forskelligt i perioden 2011 til 2014 - ventetiden er steget for ca. 25 pct. af de udvalgte operationsgrupper, *jf. figur 3.2.*



- Ses på ventetiden til eksempelvis kunstig hofte, er ventetiden på landsplan faldet fra 70 dage i 2009 til 51 dage i 2011 og hertil steget til 55 dage i 2014 *jf. figur 3.3.*
- I perioden 2009 til 2014 er der desuden stigende variation på regionernes ventetider til kunstig hofte. Ventetiden mellem regionerne varierede med 32 dage i 2009, 30 dage i 2011, og endeligt 54 dage i 2014.

Figur 3.3
Regionsfordelt gennemsnitlig erfaret ventetid til operation, udvalgte operationer, 2009-2014



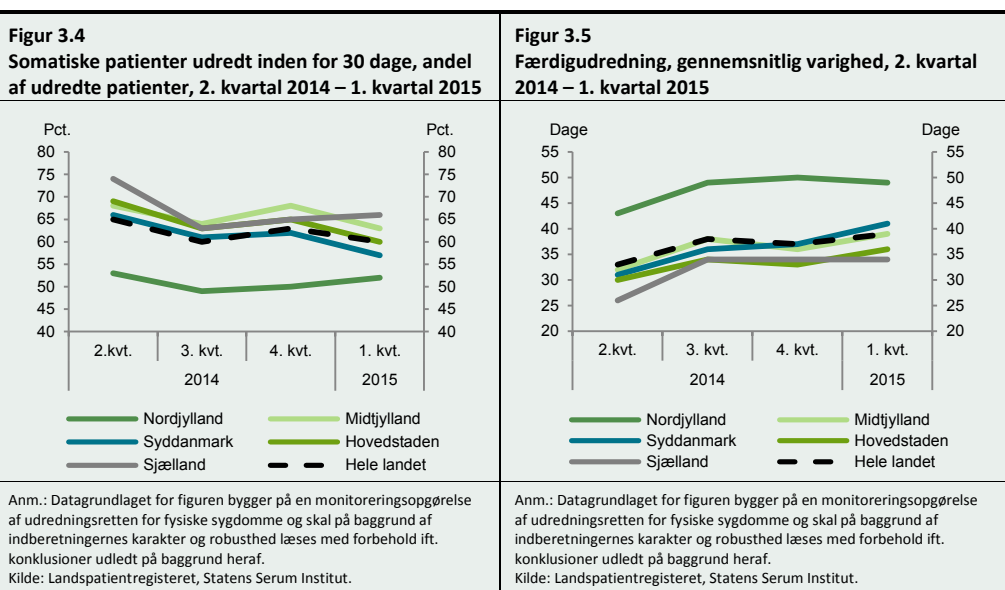
Anm.: Opgørelsen omfatter planlagt aktivitet på de offentlige sygehuse samt den planlagte aktivitet på private sygehuse og klinikker, der er betalt af patientens bopælsregion, herunder udvidet frit valg. "Region" angiver regionen for det sygehus, der er registreret på 1. kontakt i venteforløbet. Kolonnen "Antal forløb" angiver det antal behandlingsforløb som median og gennemsnit er beregnet på grundlag af. Udvalgte operationer er valgt på baggrund af operationsgruppens størrelse. I figuren vises de største operationsgrupper blandt de 42 udvalgte operationsgrupper (undtaget kikkertundersøgelser).

Kilde: Landspatientregisteret.

3.2 Udredningsret

- I 1. kvartal 2015 viser indberetningerne, at 60 pct. af somatiske patienter med ret til hurtig udredning er færdigudredt inden for 30 dage, mens 40 pct. af forskellige årsager ikke er udredt inden for 30 dage. Årsager til manglende udredning er ikke indeholdt i monitoreringen og er derfor ikke belyst nærmere fx om patienter selv vælger at vente og lignende.
- Indberetningerne viser, at andelen af færdigudredte somatiske patienter inden for 30 dage er faldet fra 65 pct. i 2. kvartal 2014 til 60 pct. i 1. kvartal 2015, *jf. figur 3.4.*
- Der er tegn på regional variation i andelen af patienter, der udredes inden for den nuværende frist på 30 dage. I 1. kvartal 2015 er der således en forskel på 14 pct. point fra Region Nordjylland, hvor 52 pct. er færdigudredt inden for 30 dage til Region Sjælland, hvor 66 pct. er færdigudredt inden for 30 dage.
- Ses på den gennemsnitlige varighed til færdigudredning, er der en svag stigende udvikling og regional variation i perioden 2. kvartal 2014 til 1. kvartal 2015, *jf. figur 3.5.*

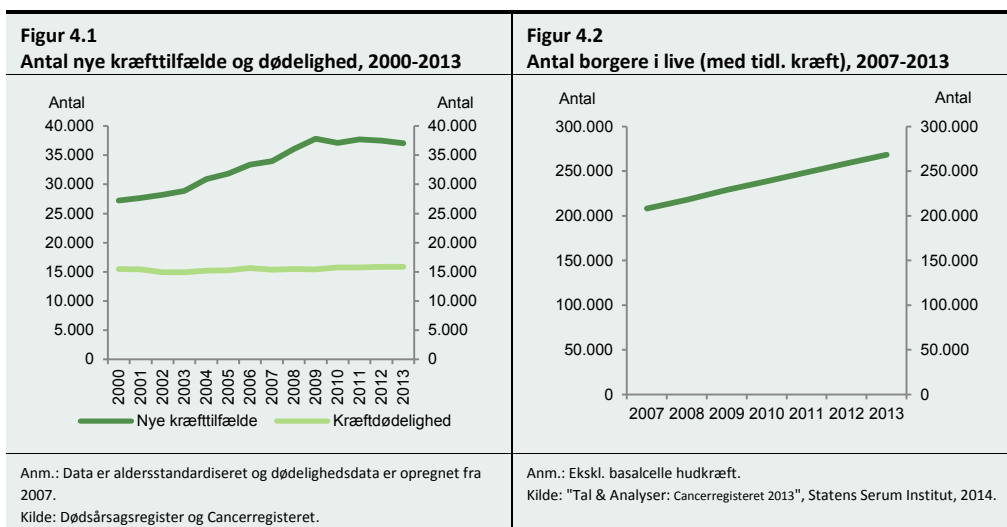
Definition
Retten til hurtig udredning betyder, at patienter henvist til sygehus, skal have et tilbud om at blive udredt inden for 30 dage, hvis det er fagligt muligt. Hvis ikke det er muligt at udrede patienten inden for 30 dage, skal patienten inden for samme frist have en plan for det videre udredningsforløb.



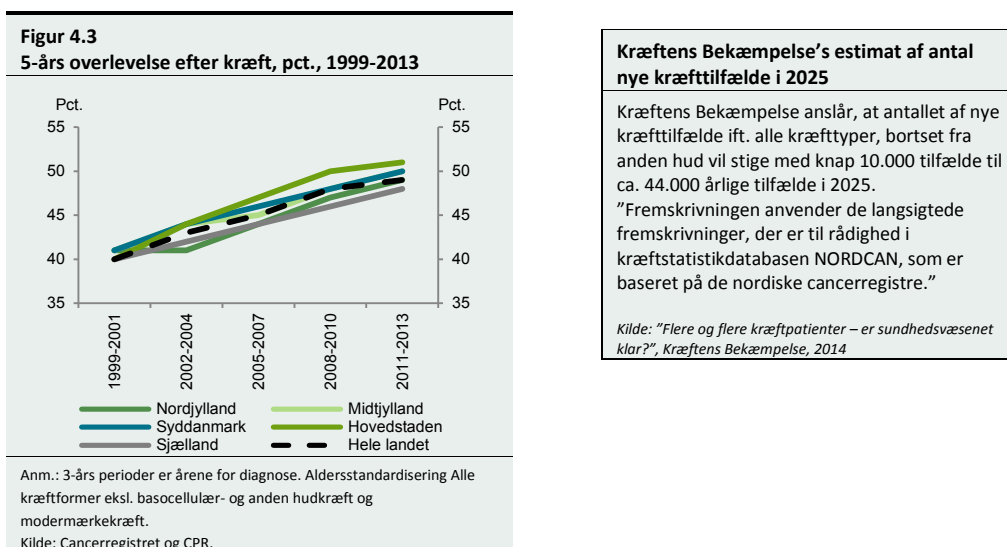
4. Kræft- og hjerteindsatsen

4.1 Kræft

- I Danmark er antallet af nye kræfttilfælde stigende i perioden 2000 til 2009. Udviklingen knækker i 2009, og i perioden 2009 til 2013 er antallet af nye kræfttilfælde på landsplan faldet med ca. 9 pct. Kræftdødeligheden er stort set uændret i samme periode, *jf. figur 4.1.*
- Antallet af borgere i live med tidligere kræftdiagnose er i perioden 2007 til 2013 steget med ca. 60.000, *jf. figur 4.2.*

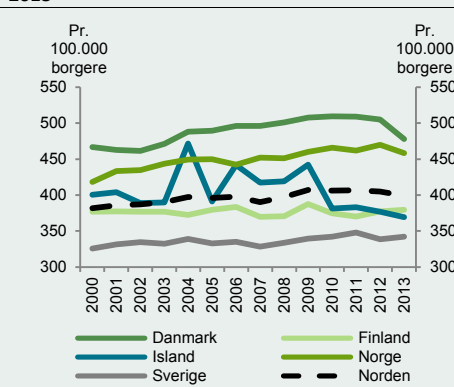


- 5-års overlevelsen efter en kræftsygdom er steget i perioden 1999 til 2013, *jf. figur 4.3.*



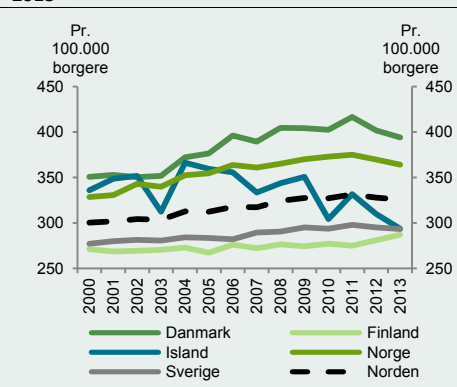
- I sammenligning med de nordiske lande får danske mænd og kvinder i højere grad konstateret kræft i perioden 2000 til 2013, *jf. figur 4.4 og 4.5.*

Figur 4.4
Nye tilfælde, pr. 100.000 borgere, mænd, alle kræftformer undtagen anden hud (ASR (N)), 2000-2013



Anm.: Data er aldersstandardiseret.
Kilde: NORDCAN.

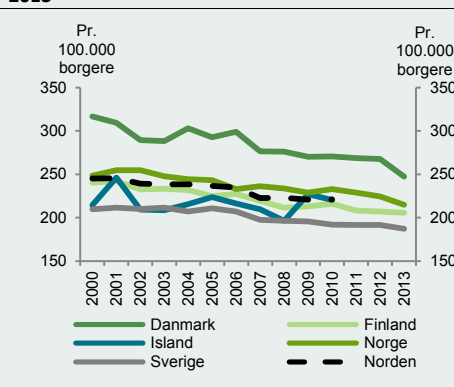
Figur 4.5
Nye tilfælde, pr. 100.000 borgere, kvinder, alle kræftformer undtagen anden hud (ASR (N)), 2000-2013



Anm.: Data er aldersstandardiseret.
Kilde: NORDCAN.

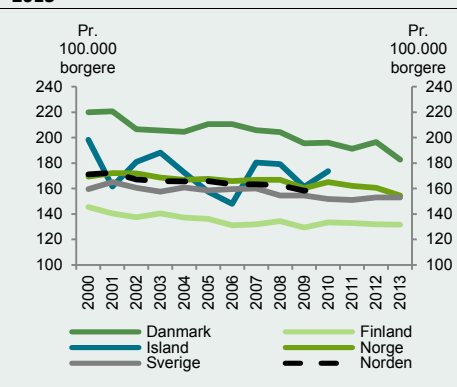
- Ligeledes dør flere danske mænd og kvinder af kræft sammenlignet med de nordiske lande i perioden 2000 til 2013, jf. figur 4.6 og 4.7.

Figur 4.6
Kræftdødelighed, pr. 100.000 borgere, mænd, alle kræftformer undtagen anden hud (ASR (N)), 2000-2013



Anm.: Data er aldersstandardiseret.
Kilde: NORDCAN.

Figur 4.7
Kræftdødelighed, pr. 100.000 borgere, kvinder, alle kræftformer undtagen anden hud (ASR (N)), 2000-2013



Anm.: Data er aldersstandardiseret.
Kilde: NORDCAN.

4.2 Kræftpakkeforløb

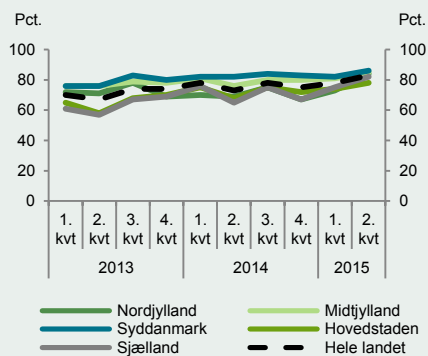
- Regionerne er fortsat ikke i mål med deres egen målsætning om, at 90 pct. af patienterne skal igennem pakkeforløbene indenfor de fagligt definerede standardforløbstider, jf. figur 4.8.
- Der er store regionale forskelle i andelen af gennemførte kræftpakkeforløb inden for de definerede standardforløbstider ift. udvalgte kræfttyper, jf. figur 4.9.
- Region Nordjylland har den laveste andel af lungekræftforløb gennemført inden for standardforløbstiden (64 pct.), mens Region Syddanmark har den

Definition

I 2008 blev der indført pakkeforløb på kræftområdet med det formål, at alle patienter oplever et veltilrettelagt, fagligt velfunderet forløb, uden unødvendig ventetid under udredning og behandling. Hvert pakkeforløb tilrettelægges individuelt, hvor der tages hensyn til borgerens ønsker og situation, fx anden betydelig sygdom. Som udgangspunkt har pakkeforløbene en sundhedsfaglig anbefalet standardforløbstid med tidsangivelser i dage for den enkelte kræfttype med tilhørende behandlingsform.

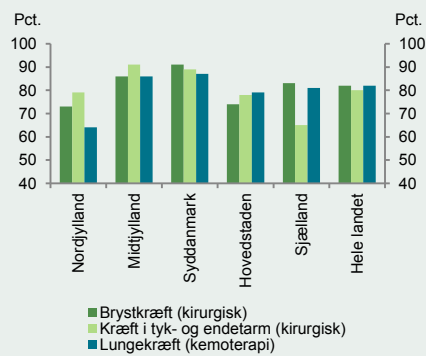
højeste andel (87 pct.). For kræft i tyk- og endetarmen (kirurgisk) har Region Sjælland den laveste andel forløb gennemført indenfor standardforløbstiden (65 pct.), mens Region Midtjylland har den højeste andel (91 pct.), jf. figur 4.9.

Figur 4.8
Andel forløb (OF4) gennemført inden for angivne standardforløbstider, uanset behandlingsform og organspecifik kræfttype, 1. kvrt. 2013 - 2. kvrt. 2015



Anm.: Figuren viser andel af forløb, hvor behandling blev igangsat inden for standardforløbstiden. Monitoreringsdata i figuren baseres på dynamiske data.
Kilde: Kvartalsopgørelse 2. kvrt. 2015 af Monitorering af kræftområdet 31. august 2015, Statens Serum Institut.

Figur 4.9
Andel forløb (OF4) gennemført inden for angivne standardforløbstider for udvalgte kræfttyper, 2014

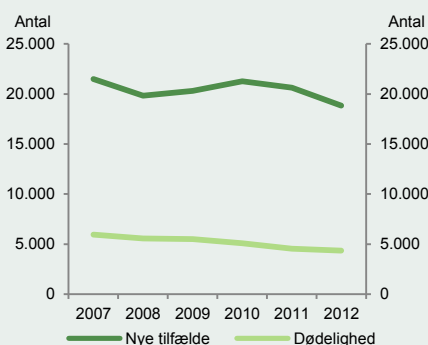


Anm.: Figuren viser andel af forløb, hvor behandling blev igangsat inden for standardforløbstiden.
Kilde: Årsopgørelse 2014 af monitorering af kræftområdet, Landpatientregisteret per 11. april 2015, Statens Serum Institut.

4.3 Hjerte

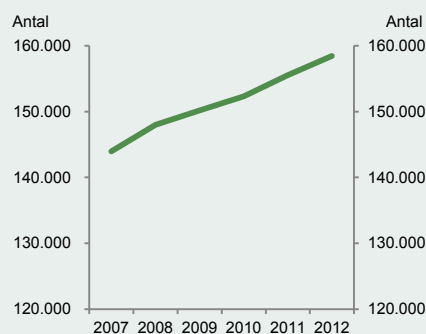
- Antallet af nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom (blodprop i hjerte eller hjertekramper) er faldet med ca. 12 pct. i perioden 2007 til 2012. I samme periode er dødeligheden for iskæmisk hjertesygdom faldet med ca. 27 pct., jf. figur 4.10.
- Det samlede antal tilfælde af iskæmisk hjertesygdom er i perioden steget med ca. 10 pct. Stigningen i det samlede antal tilfælde er bl.a. relateret til faldet i dødeligheden. jf. figur 4.11.

Figur 4.10
Antal nye tilfælde og dødelighed af iskæmisk hjertesygdom, 2007-2012



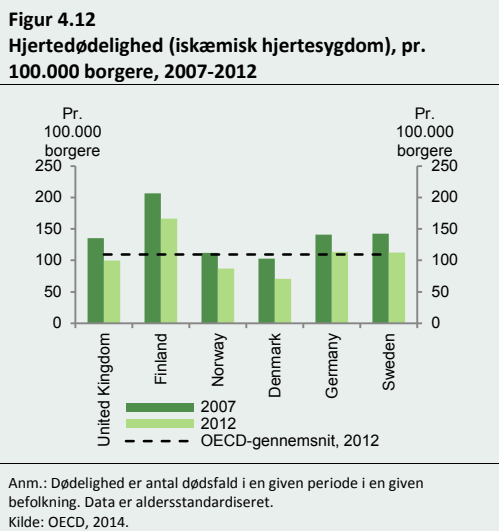
Anm.: Dødelighed er antal dødsfald i en given periode i en given befolkning. Data er aldersstandardiseret.
Kilde: Statens Institut for Folkesundhed.

Figur 4.11
Antal borgere med iskæmisk hjertesygdom, 2007-2012



Kilde: Statens Institut for Folkesundhed.

- Hjertedødeligheden for iskæmisk hjertesygdom er i Danmark lavere sammenlignet med de nordiske lande som Finland, Norge og Sverige, *jf. figur 4.12.*



4.4 Hjertepakkeforløb

- På landsplan er andelen af hjerteforløb for ustabile hjertekramper eller blodprop i hjertet, som gennemføres inden for standardforløbstiden på knap 70 pct., *jf. figur 4.13.*
- Udviklingen i andelen af gennemførte forløb inden for standardforløbstiden er faldet i perioden 3. kvrt. 2013 til 1. kvrt. 2015.
- I 1. kvartal 2015 er andelen af gennemførte pakkeforløb for ustabile hjertekramper inden for standardforløbstiden på 86 pct. i Region Nordjylland, mens Region Hovedstadens andel af gennemførte forløb er på 58 pct., *jf. figur 4.13*
- For stabile hjertekramper behandlet inden for standardforløbstiden 80 pct. i Region Nordjylland, mens Region Sjællands andel af gennemførte forløb er på 38 pct., *jf. figur 4.14*

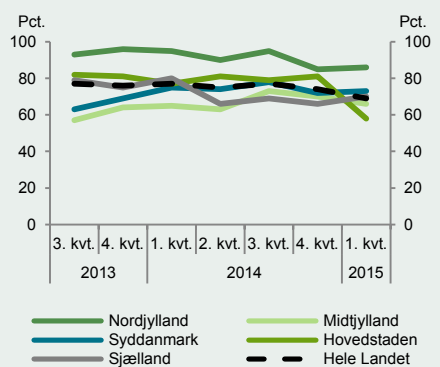
Definition

Hjertepakkerne er et standardpatientforløb, som beskriver hele det forløb en patient typisk skal igennem.

Den enkelte pakke beskriver det forløb, patienten skal igennem fra start til slut. For hvert trin i pakken er der angivet såkaldte standardforløbstider.

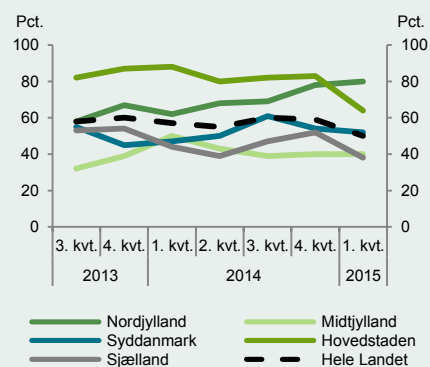
Standardforløbstiden er ikke en patientrettighed, men en faglig rettesnor, der beskriver den tid, der bør efterstræbes i forhold til en standardpatient. Der kan dog også være andre faglige hensyn, der vil forlænge et pakkeforløb ud over standardforløbstiderne.

Figur 4.13
Andel forløb for ustabile hjertekramper eller blodprop i hjertet behandlet inden for standardforløbstiden, pct., 3. kv. 2013 – 1. kv. 2015



Anm.: Opgørelserne vedrørende monitorering af hjertepakkeforløb skal fortolkes med varsomhed, da de bygger på en ny monitoringsmodel samt registreringspraksis i regionerne, som fortsat er under indfasning. Opgørelse omfatter henvisnings- og udredningsperiode, diagnose bekræftet.
 Kilde: Landpatientregisteret, Statens Serum Institut.

Figur 4.14
Andel forløb for stabile hjertekramper behandlet inden for standardforløbstiden, pct., 3. kv. 2013 - 1. kv. 2015

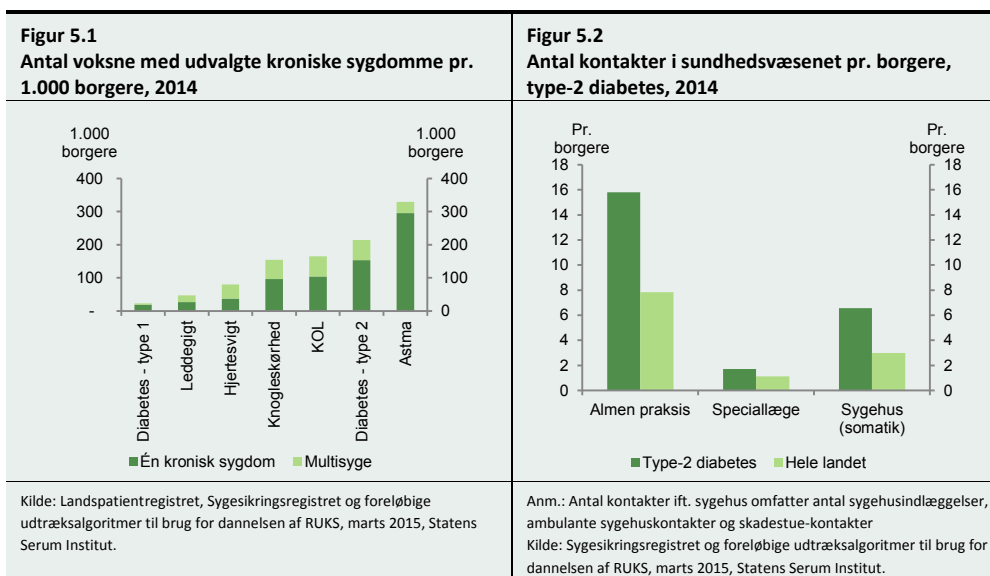


Anm.: Opgørelserne vedrørende monitorering af hjertepakkeforløb skal fortolkes med varsomhed, da de bygger på en ny monitoringsmodel samt registreringspraksis i regionerne, som fortsat er under indfasning. Opgørelse omfatter henvisnings- og udredningsperiode, diagnose bekræftet.
 Kilde: Kvartalsrapport pr 12. juni 2015, Statens Serum Institut.

5. Borgere med kroniske sygdomme og demens

5.1 Kronikere

- Knap 1. mio. voksne danskere lider af én eller flere udvalgte kroniske sygdomme: KOL, leddegigt, hjertesvigt, knogleskørhed, type 1 og 2, diabetes og astma. Af de knap 1. mio. kronikere har 15 pct. mere end én kronisk sygdom, og antallet af multisyge i de enkelte kronikergrupper varierer *jf. figur 5.1*.
- Borgere med kroniske sygdomme har generelt flere kontakter til sundhedsvæsenet ift. den samlede befolkning, *jf. figur 5.2*. Borgere med type 2 diabetes har i 2013 ca. 16 årlige lægebesøg, 0,5 sygehusindlæggelse og 6 ambulante sygehusbesøg årligt.



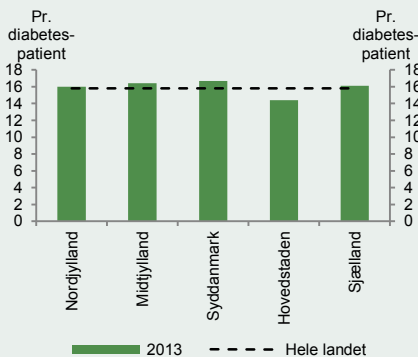
- Der er regional variation i antallet af kontakter til almen praksis i 2014 *jf. figur 5.3*. I Region Hovedstaden har borgere med type 2 diabetes gennemsnitlig ca. 14 kontakter til almen praktiserende læge, mens borgere i Region Syddanmark har ca. 17 kontakter.
- Antallet af ambulante besøg pr. patient med type 2 diabetes er også varierende afhængig af region *jf. figur 5.4*.

Hvordan fordeler sundhedsforbruget sig i Region Sjælland?

En analyse foretaget for Region Sjælland viser, at størstedelen af forbruget af sundhedsydelse er koncentreret om en meget lille gruppe af borgere, og at én procent af borgerne står for knap 30 pct. af omkostningerne. Denne patientgruppe fordeles over en lang række af forskellige diagnoser

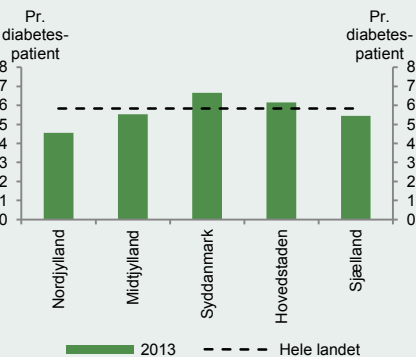
Kilde: "Analyse af forudsætninger for øget patientkvalitet og ressourceeffektivitet gennem aktiv patientstøtte i Region Sjælland", Region Sjælland 2014

Figur 5.3
Kontakter til almen praksis pr. patient, fordelt på regioner, diabetes, 2013



Kilde: Landspatientregistret (DRG-grupperet), Sygesikringsregistret og foreløbige udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af RUKS, Statens Serum Institut.

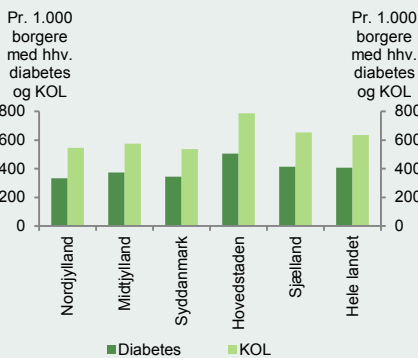
Figur 5.4
Antal ambulante besøg, pr. patient, diabetes, 2013



Kilde: Landspatientregistret (DRG-grupperet), Sygesikringsregistret og foreløbige udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af RUKS, Statens Serum Institut.

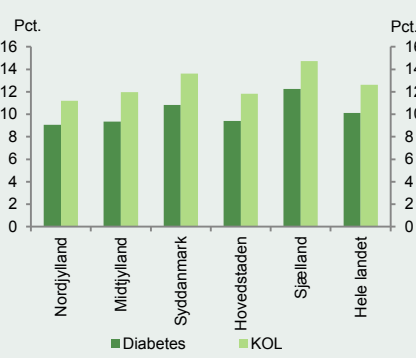
- Andel akutte indlæggelser pr. 1.000 voksne borgere med hhv. KOL og type 2 diabetes varierer på regionalt niveau i 2014. I Region Hovedstaden er der ca. 32 pct. flere akutte KOL-indlæggelser sammenlignet med Region Syddanmark, *jf. figur 5.5.*
- For akutte genindlæggelser hos borgere med KOL og type 2 diabetes ses også regional variation, *jf. figur 5.6.*

Figur 5.5
Akutte indlæggelser pr. 1.000 borgere, fordelt på regioner, type-2 diabetes og KOL 2014



Kilde: Sygesikringsregisteret og foreløbige udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af RUKS, marts 2015, Statens Serum Institut.

Figur 5.6
Genindlæggelsesfrekvens, type-2 diabetes og KOL, 2014



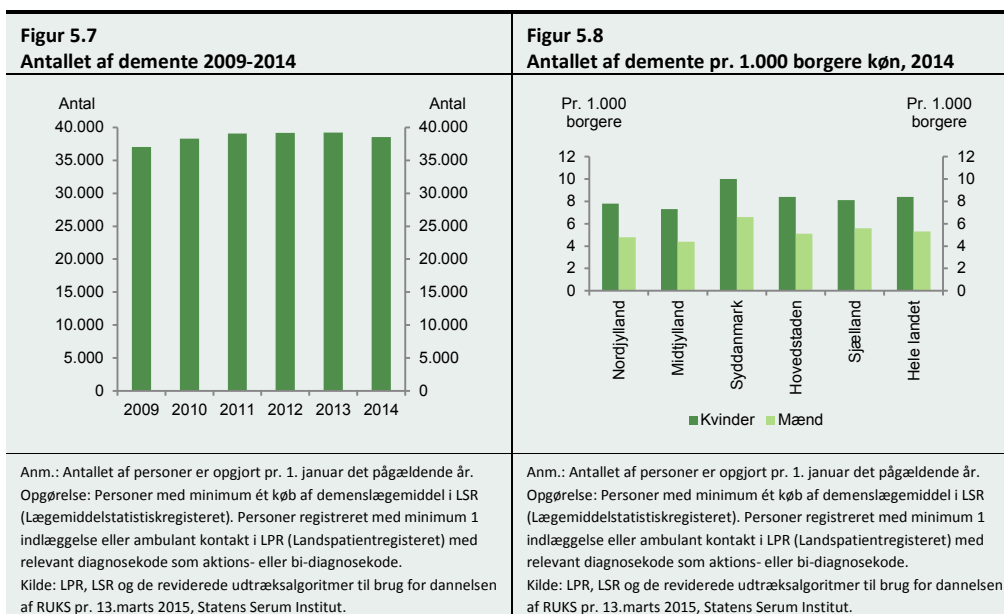
Kilde: Sygesikringsregisteret og foreløbige udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af RUKS, marts 2015, Statens Serum Institut.

5.2 Demens

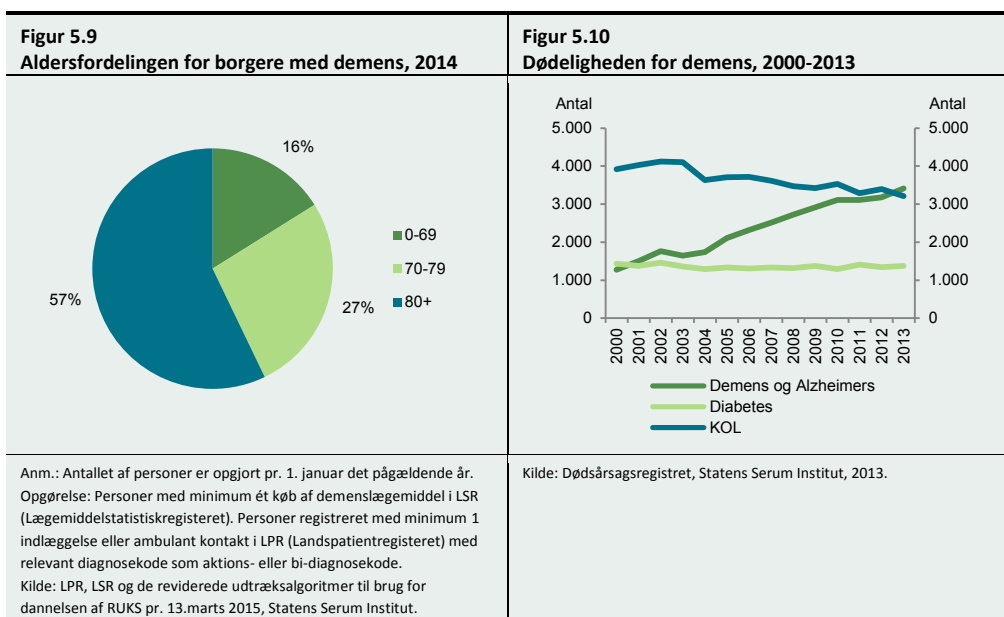
- Udviklingen i antallet af danskere med demens viser en stigning i perioden 2009 til 2014. I 2014 har knap 39.000 personer diagnosen demens, *jf. figur 5.7*
- Flere kvinder end mænd har demens, og der er en vis regional variation i antallet af personer pr. 1.000 borgere *jf. figur 5.8.*

Definition

Betegnelsen demens dækker over en række diagnoser, men fælles gælder, at demenssygdomme er karakteriseret ved en svækkelse af hjernens funktioner.



- Knap 57 pct. af borgere med demens var +80 årige i 2014, svarende til knap 22.000 personer, jf. figur 5.9. Antallet af 80+ årige fordobles og stiger med ca. 278.000 personer frem mod 2040 jf. figur 2.8.
- Dødeligheden for demens (inkl. Alzheimers) er steget siden 2000. I 2013 er dødeligheden langt højere for personer med demens sammenlignet med fx de kroniske sygdomme: diabetes og KOL, jf. figur 5.10.



Nationalt Videnscenter for Demens's estimat for den fremtidige demensudvikling

"Nationalt Videnscenter for Demens har beregnet den skønnede forekomst af demens for hele landet, de 5 regioner og de 98 kommuner. Det drejer sig om et estimat af antallet af ældre med demens i 2013 samt en fremskrivning af det forventede antal frem til 2040. Det må understreges, at der er tale om estimater – det vil sige kvalificerede skøn baseret på nogle nærmere definerede forudsætninger - og ikke eksakt tal for det faktiske antal personer med demens baseret på fx patient- eller diagnoseregistre"

Nationalt Videnscenter for Demens anslår, at antallet af ældre danskere med demens i 2014 ligger omkring 90.000 personer, og estimerer, at antallet er ca. 135.000 personer i 2030, svarende til en stigning på knap 50 pct.

Kilde: Rapport: Forekomst af demens hos ældre i Danmark, Nationalt Videnscenter for Demens, 2013-2050

6. Sammenhæng mellem regioner og kommune

6.1 Færdigbehandlingsdage

- Antallet af færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere er på landsplan 7 dage i 2014, *jf. figur 6.1*.

Definition

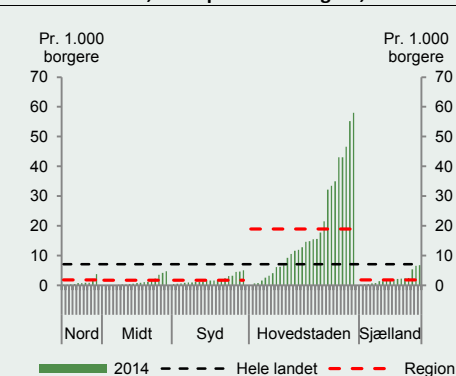
Færdigbehandlingsdage er opgjort som antallet af dage, hvor somatiske patienter (ekskl. hospice) er indlagt (endnu ikke udskrevet) efter de er blevet vurderet færdigbehandlet i sygehusregi. Dvs. at denne sygehusseng potentielt kunne være blevet udnyttet til andre patienter.

- Der er regional variation blandt regionerne. Region Hovedstaden ligger markant højere sammenlignet med de øvrige regioner. I Region Hovedstaden er antallet af færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borger mere end ni gange højere end de øvrige regioner i 2014. Antallet af somatiske færdigbehandlingsdage i Region Hovedstaden udgør 19 dage pr. 1.000 borgere i 2014, mens det i de øvrige regioner udgør knap 2 dage pr. 1.000 borgere.

- Inden for psykiatrien er antallet af færdigbehandlingsdage, der optager en seng på sygehuse, også primært et hovedstadsfænomen, og særligt i en række kommuner i og omkring hovedstadsområdet, *jf. figur 6.2*. Antallet af psykiatriske færdigbehandlingsdage er mere end dobbelt så højt i Region Hovedstaden sammenlignet med de øvrige regioner i 2014.

Figur 6.1

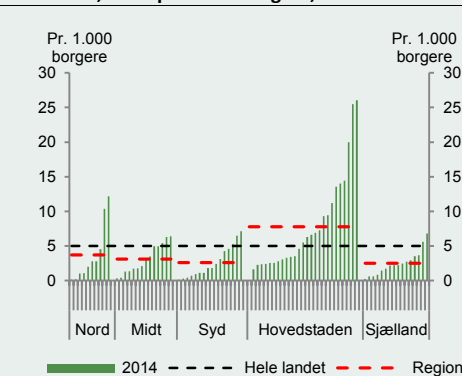
Somatiske færdigbehandlingsdage på sygehuse, efter kommune, antal pr. 1.000 borgere, 2014



Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret grundet relativt få observationer på kommuneniveau. Kommuner med færre end 10.000 indbyggere indgår ikke i figuren.
Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut og CPR.

Figur 6.2

Psykiatriske færdigbehandlingsdage på sygehuse, efter kommune, antal pr. 1.000 borgere, 2014

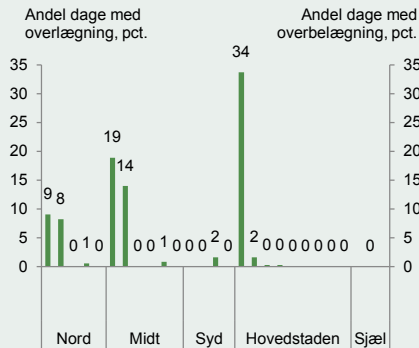


Anm.: Ikke køns- og aldersstandardiseret grundet relativt få observationer på kommuneniveau. Kommuner med færre end 10.000 indbyggere indgår ikke i figuren.
Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut og CPR.

6.2 Belægning på sygehusene

- I 2014 ses variation i antal dage med overbelægning på tværs af sygehusene. Belægningsopgørelsen indikere, at størstedelen af sygehusene ikke oplever overbelægning på sygehusniveau, men at enkelte sygehuse i Region Hovedstaden og Region Midtjylland oplever væsentlig mere overbelægning end sygehusene i de øvrige regioner, *jf. figur 6.3*.

Figur 6.3
Andel dage med overbelægning i året,
sygehusniveau, opdelt på regioner, pct., 2014



Anm.: Se figurforklaring.
 Data bygger på en ny indsamlingsmodel og registreringspraksis i regionerne, som fortsat er under indfasning, hvorfor data skal fortolkes med forsigtighed. Bemærk, at sygehuse i Region Sjælland er medtaget under ét.
 Kilde: Statens Serum Institut.

- På tværs af landets medicinske og geriatriske sygehusafdelinger forekommer der ofte overbelægning, jf. figur 6.4.
- Der ses regional variation i overbelægning på de medicinske og geriatriske afdelinger
- Set ift. de enkelte regioner er der en tendens til, at de samme afdelinger har flere måneder med høje belægningsprocenter og dage med overbelægning i 2014.

Definition

Belægning angiver forholdet mellem antal indlagte patienter i perioden og antallet af sengepladser.

Overbelægning forekommer, når antallet af patienter overstiger antallet af sengepladser som reelt er til rådighed (disponibel).

Dage med overbelægning kan betyde, at sygehusafdelingerne oplever manglende sengekapaцитet og evt. skal åbne flere senge, indkalde ekstra personale eller aflastes af sygehusets øvrige afdelinger. Endeligt kan en overbelægningsituation medføre, at sengeliggende patienter placeres andre steder end på sengeafdelingen.

Den gennemsnitlige månedlige belægningsprocent kan generelt variere, og belægningsprocenten bør derfor ikke fortolkes selvstændigt, men kan ses i sammenhæng med fx antal dage med overbelægning. Det er forventeligt at der for begge indikatorer vil være udsving fra måned til måned. Dette kan sammen give et indtryk af, hvorvidt der er tale om en sporadisk eller mere konstant problemstilling med belægning.

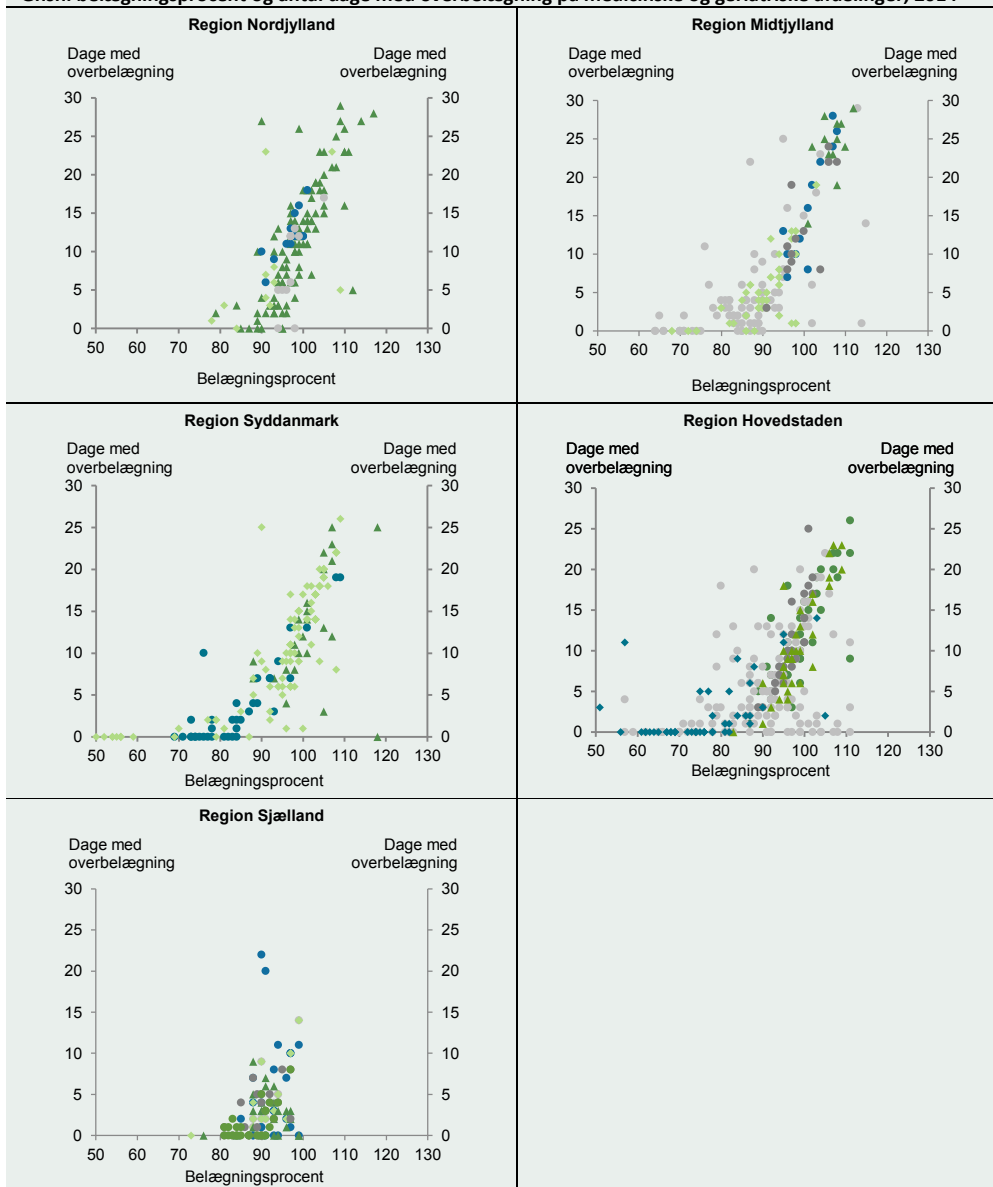
Figurforklaring

6.3
 Figuren angiver andelen af dage med overbelægning på sygehusniveau i perioden 2014. Hver søjle angiver overbelægningen på et sygehus.

6.4
 Figurerne viser sammenhængen mellem den gnsn. belægningsprocent og antal dage med overbelægning ift. de enkelte regioners medicinske og geriatriske afdelinger. Hvert punkt i figuren angiver på afdelingsniveau (medicinske og geriatriske afdelinger) den månedlige belægningsprocent og antal dage med overbelægning. Hver afdeling er vist 12 gange i figuren, svarende til et helt år.

Figur 6.4

Gnsn. belægningsprocent og antal dage med overbelægning på medicinske og geriatriske afdelinger, 2014



Anm.: Hvert punkt i figuren angiver den gennemsnitlige belægningsprocent og antallet af dage med overbelægning i den enkelte måned i 2014. Hver medicinsk- og geriatrisk afdeling region optræder derfor 12 gange i figuren. Hvert sygehus i de enkelte regioner er markeret med individuelt mærke. Data bygger på en ny indsamlingsmodel og registreringspraksis i regionerne, som fortsat er under indfasning, hvorfor data skal fortolkes med forsigtighed. Opgørelserne bygger på oplysninger om de disponible sengepladser, som reelt er til rådighed for indlagte patienter.

Kilde: Statens Serum Institut.

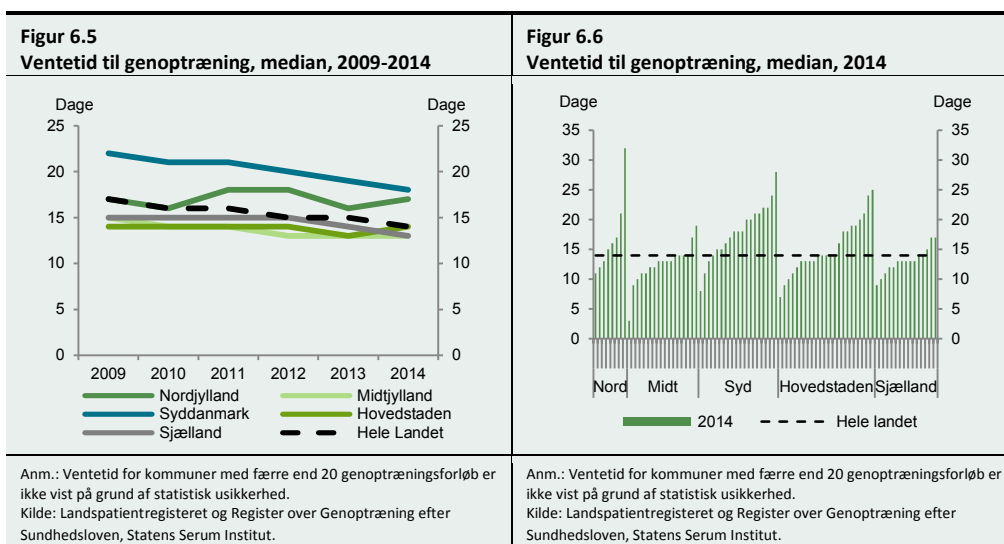
6.3 Ventetid til kommunal genoptræning

- For borgere med behov for almen kommunal genoptræning er median-ventetiden i perioden 2009 til 2014 svagt faldende. Median-ventetiden er i perioden faldet fra 17 til 14 dage, *jf. figur 6.5*.
- Alt efter bopælsregion er der forskel på borgernes ventetid. Borgere i kommuner i Region Sjælland har en median-ventetid på 13 dage i 2014, mens borgere i kommuner i Region Syddanmark har en median-ventetid på 18 dage.

Definition

Ventetid til kommunal genoptræning angiver ventetiden til almen genoptræning i kommunerne for borgere, der har fået udarbejdet en genoptræningsplan i sygehusregi.

- Der er også betydelig forskel i median-ventetiden mellem kommunerne indenfor den enkelte region. Ventetiden varierer fra 11 dage til 32 dage i Region Nordjylland, som er den region med størst variation, *jf. figur 6.6.*
- På kommuneniveau varierer median-ventetiden fra 3 dage i Lemvig Kommune til 32 dage i Jammerbugt Kommune.



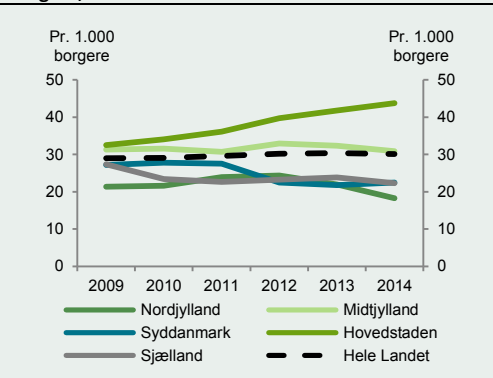
6.4 Akutte medicinske korttidsindlæggelser

- Antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere ligger på landsplan stabilt på ca. 30 indlæggelser i perioden fra 2009 til 2014, *jf. figur 6.7.*
- Der er stor spredning mellem regionerne og variansen er stigende. Region Hovedstaden ligger højest med ca. 44 akutte korttidsindlæggelse pr. 1.000 borgere i 2014, mens Region Nordjylland ligger lavest med ca. 18 korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere.
- I 27 ud af 29 kommuner i Region Hovedstaden er antallet af akutte korttidsindlæggelser højere end landsgennemsnittet i 2014 *jf. figur 6.8.*
- På kommuneniveau varierer antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere fra knap 9 indlæggelser pr. 1.000 borgere i Langeland Kommune til 68 indlæggelser pr. 1.000 borgere i Ishøj Kommune.

Definition

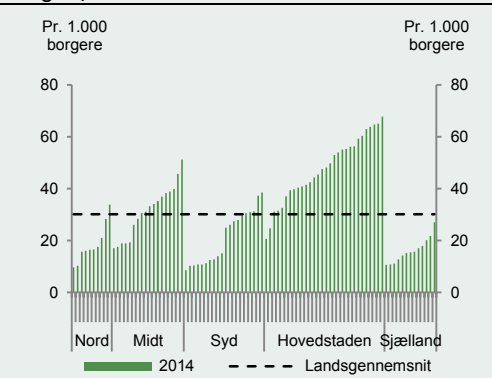
Akutte medicinske korttidsindlæggelser defineres, som en akut indlæggelse på en afdeling indenfor de medicinske specialer, hvor udskrivning enten finder sted på samme dag som indlæggelse eller dagen efter indlæggelse (én overnatning).

Figur 6.7
Akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere, 2009-2014



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret.
Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Statens Serum Institut.

Figur 6.8
Akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere, 2014



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret. Kommunerne Læsø, Fanø, Samsø og Ærø ikke medtaget.
Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Statens Serum Institut.

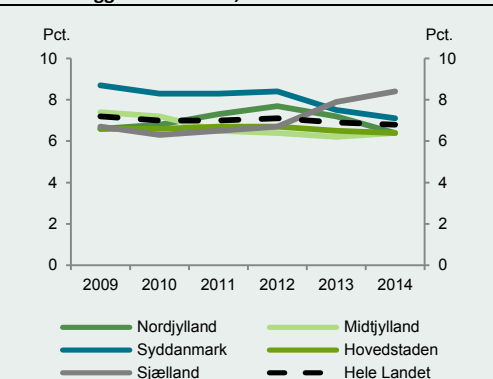
6.5 Akutte genindlæggelser

- I perioden 2009 til 2014 er andelen af akutte genindlæggelser ift. det samlede antal indlæggelser (genindlæggelsesfrekvensen) stabil *jf. figur 6.9*.
- Region Syddanmark oplever et fald i genindlæggelsesfrekvensen fra 2009 til 2014, mens Region Sjælland i samme periode oplever en stigning.
- Der er stor spredning i genindlæggelsesfrekvensen blandt kommunerne – Slagelse Kommune med højest genindlæggelsesfrekvens på godt 10 pct. har fire gange højere frekvens end Lyngby-Taarbæk og Gentofte Kommune med de laveste frekvenser på knap 3. pct. *jf. figur 6.10*.

Definition

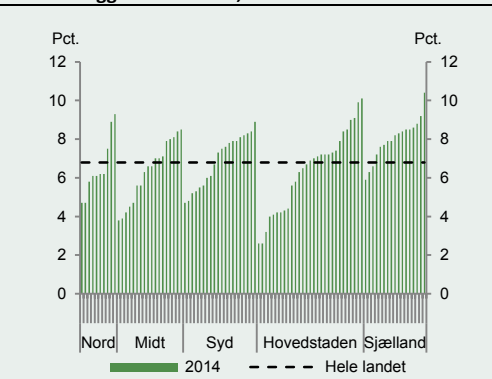
En genindlæggelse defineres som en akut indlæggelse, der finder sted tidligst 4 timer og senest 30 dage efter forrige udskrivning. Indlæggelsen må ikke være som følge af henvisning fra et andet sygehus eller sygehusafsnit.

Figur 6.9
Genindlæggelsesfrekvens, 2009-2014



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret.
Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

Figur 6.10
Genindlæggelsesfrekvens, 2014



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret.
Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

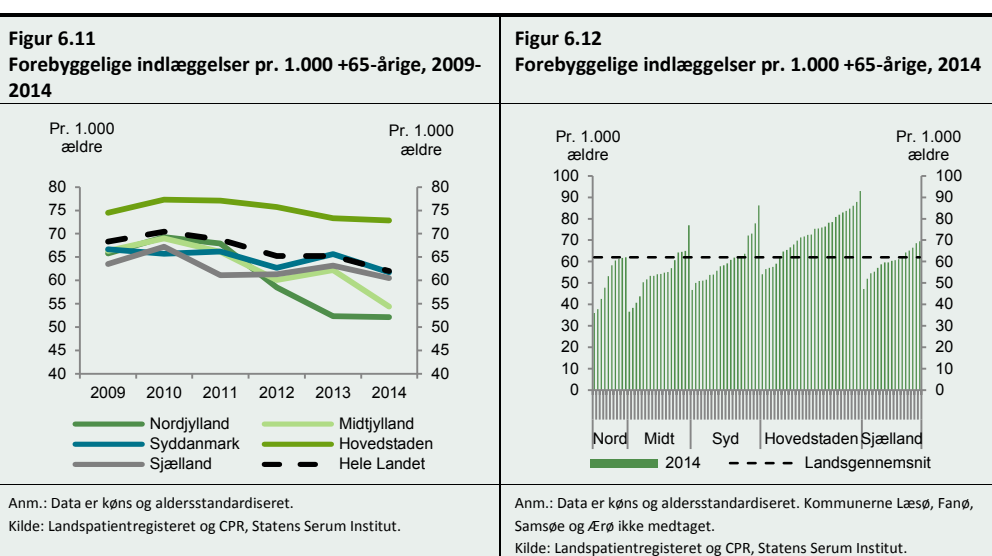
6.6 Forebyggelige indlæggelser for +65-årige

- Antallet af forebyggelige indlæggelser er faldet på landsplan fra 68 indlæggelser pr. 1.000 +65-årige i 2009 til 62 indlæggelser i 2014 *jf. figur 6.11*.

Definition

Forebyggelig indlæggelse defineres som en indlæggelse blandt borgere på 65 år eller derover, hvor aktionsdiagnosen hører til en af følgende ni diagnoser: dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejs sygdomme, blærebetændelse, gastroenteritis, brud, ernæringsbetinget anæmi (blodmangel), sociale eller plejemæssige forhold og tryksår.

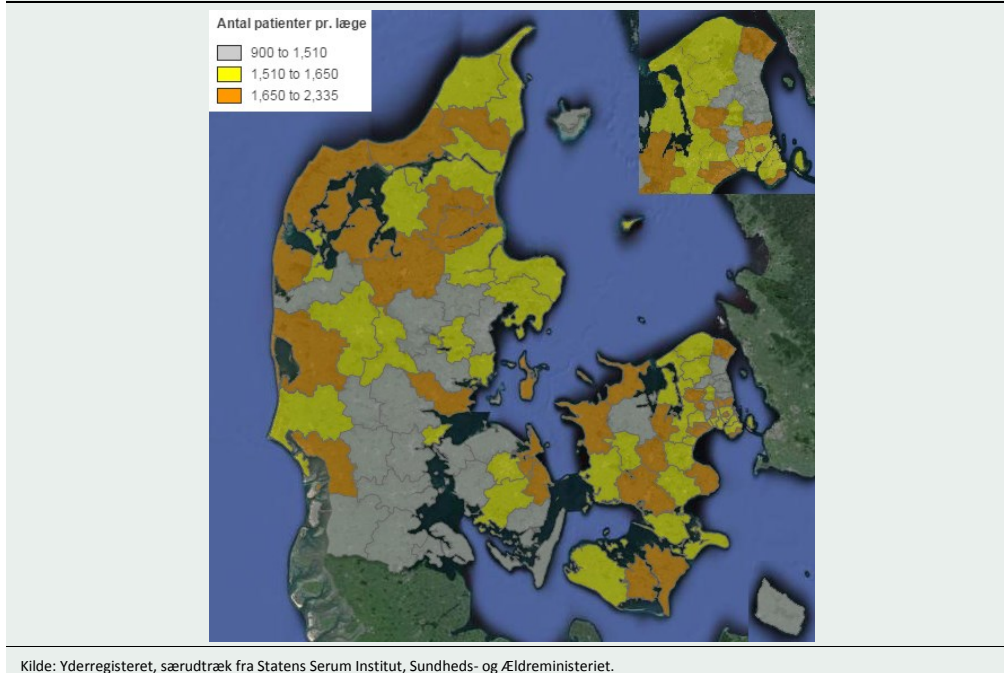
- Den regionale variation i forebyggelige indlæggelser er steget fra 2009 til 2014, *jf. figur 6.11*.
- Forskelle i kommuner spænder betydeligt på landsplan fra ca. 36 indlæggelser pr. 1.000 +65 årige i Mariager Fjord Kommune til 93 pr. 1.000 +65 årige i Ishøj Kommune. *jf. figur 6.12*.



6.7 Almen praksis (lægedækning i hele landet)

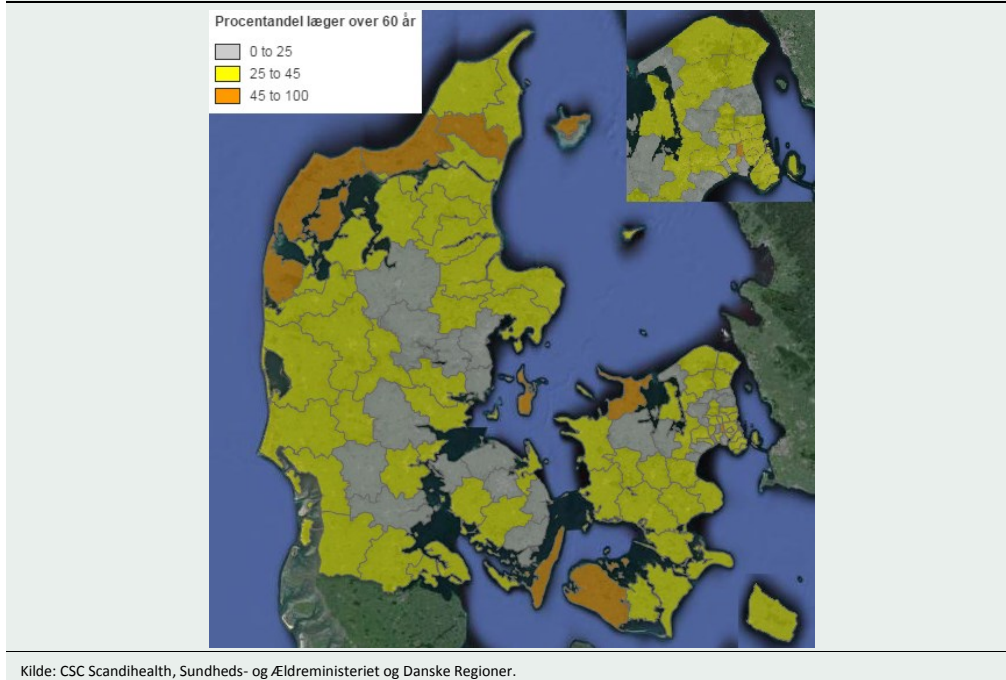
- Der er på landsplan variation i antallet af borgere pr. almen praksis læge. I yderområderne er antallet af borgere pr. læge markant højere end i byområderne, *jf. figur 6.13*

Figur 6.13: Lægedækning i almen praksis i Danmark, 2014



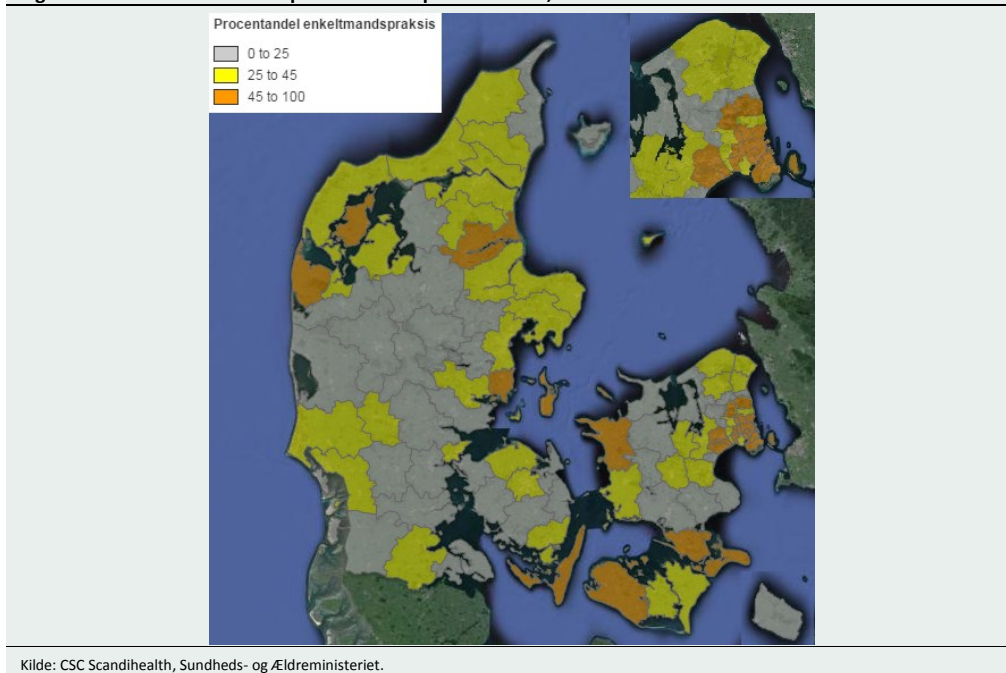
- Mere end 30 pct. af de praktiserende læger er 60 år eller derover i 2013. Særligt yderområderne har en højere andel praktiserende læger i alderen 60 år eller derover *jf. figur 6.14*. I de kommende år står almen praksis overfor en række udfordringer, herunder om yngre kræfter vil overtage de ledigblevne ydernumre.
- Ændringer af sundhedsloven i 2014 skabte nye muligheder for at dække hele Danmark med almen lægelig service. Der vil dog fortsat skulle arbejdes med nye initiativer for almen praksis, ikke mindst i et mere sammenhængende sundhedsvæsen.

Figur 6.14: Andel almen praktiserende læger over 60 år ift. samlet antal læger pr. kommune, 2013



- Andelen af enkeltmandspraksis varierer på tværs af landet. Særligt kommuner i hovedstadsområdet har flere læger med enkeltmandspraksis end øvrige kommuner, *jf. figur 6.15.*

Figur 6.15: Andel enkeltmandspraksis fordelt på kommuner, 2013



6.8 Kontakter til almen praksis – med udgangspunkt i én udvalgt kronisk sygdom

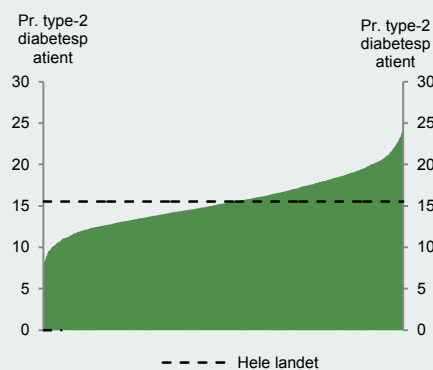
- Der er stor variation i antal kontakter pr. patient med type-2 diabetes på landsplan, jf. figur 6.16. Det gennemsnitlige antal almen-praksis-kontakter pr. patient med type-2 diabetes varierer fra 8 til 24 kontakter i 2013, jf. figur 6.17.

Definition

Kontakter til almen praksis er defineret som ydelser indberettet til Sygesikringsregistret i form af almindelige konsultationer, andet fysisk fremmøde (forebyggelse, svangerskab, børneundersøgelser, vaccination mv.), telefonkonsultationer, e-mailkonsultationer og sygebesøg.

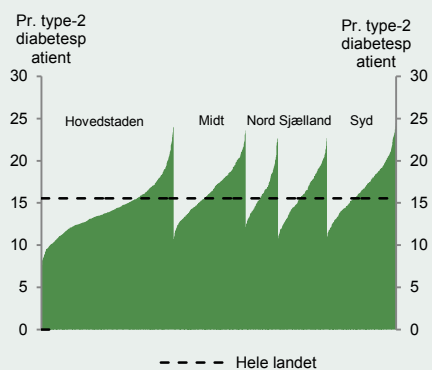
- Der er intern variation i de enkelte regioner ift. de enkelte almene praksis-ydernes kontakter til patienter med type-2 diabetes.

Figur 6.16
Gennemsnitligt antal almen-praksis-kontakter pr. patient med type-2 diabetes, ydernummer, hele landet, 2013



Anm.: Almen praksis-ydernes, der er i kontakt med 10 eller færre patienter med type-2 diabetes er frasorteret, hvorved i alt 2.023 ud af de 2.079 ydernes i kontakt med patienter med type-2 diabetes i 2013 indgår i opgørelsen. Med henblik på at fjerne outliers, er de fem ydernes med hhv. det mindste og det største antal kontakter pr. type-2 diabetespatient i hver region ikke medregnet i figuren. I alt indgår 1.973 ydernes i opgørelsen. Ikke alders og kønsstandardiseret.
Kilde: Sygesikringsregistret og foreløbige udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af RUKS, Statens Serum Institut.

Figur 6.17
Gennemsnitligt antal almen praksis-kontakter pr. patient med type-2 diabetes, ydernummer, regioner, 2013

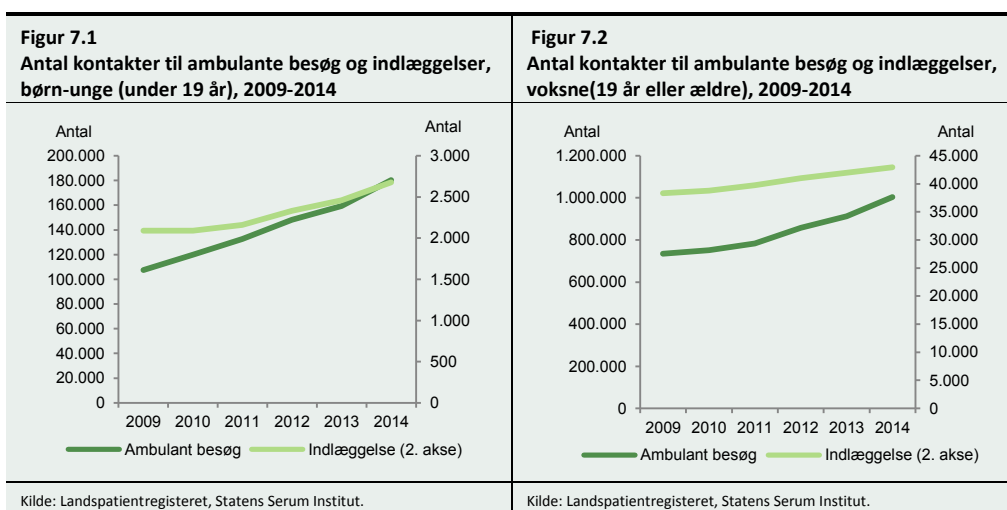


Anm.: Almen praksis-ydernes, der er i kontakt med 10 eller færre patienter med type-2 diabetes er frasorteret, hvorved i alt 2.023 ud af de 2.079 ydernes i kontakt med patienter med type-2 diabetes i 2013 indgår i opgørelsen. Med henblik på at fjerne outliers, er de fem ydernes med hhv. det mindste og det største antal kontakter pr. type-2 diabetespatient i hver region ikke medregnet i figuren. I alt indgår 1.973 ydernes i opgørelsen. Ikke alders og kønsstandardiseret.
Kilde: Sygesikringsregistret og foreløbige udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af RUKS, Statens Serum Institut.

7. Psykiatri

7.1 Kontakter i psykiatrien

- Børn- og ungepsykiatrien oplever en markant stigning i ambulante besøg (inkl. skadestuebesøg) i perioden 2009 til 2014. Antallet af ambulante besøg er steget med ca. 68 pct. i perioden, mens antallet af indlæggelser er steget med ca. 28 pct., jf. figur 7.1.
- Antallet af ambulante besøg og indlæggelser for voksne i psykiatrien er også steget i perioden 2009 til 2014 - især antallet af ambulante besøg, som er steget med 37 pct., jf. figur 7.2.



7.2 Ventetid til 1. psykiatriske sygehuskontakt

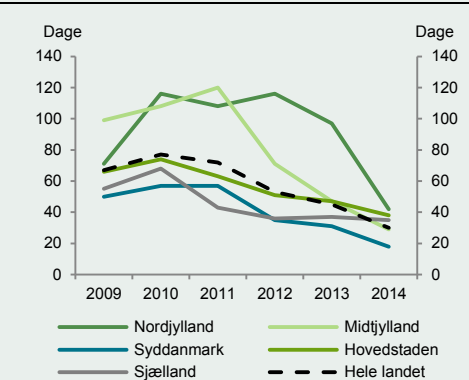
- Den gennemsnitlige ventetid til 1. psykiatriske sygehuskontakt for børn og unge er opgjort til 30 dage i 2014, hvilket indikerer et fald på 15 dage i forhold til 2013, jf. figur 7.3. Set i perioden 2009 til 2014 er den regionale variation i ventetid til 1. psykiatriske sygehuskontakt for børn og unge generelt mindsket.
- Den gennemsnitlige ventetid til 1. psykiatriske sygehuskontakt for voksne indikerer en relativ uændret udvikling i perioden 2009 til 2014. Der ses en regional variation i ventetiden. Region Sjælland har i 2014 landets laveste ventetid med 22 dage, mens Region Nordjylland har landets højeste med 49 dage, jf. figur 7.4.

Definition

Ventetidsperioden i psykiatrien opgøres fra patienten har modtaget henvisning og til 1. sygehuskontakt. Ventetidsperioden siger derfor ikke noget om patientens samlede ventetid til udredning og behandling.

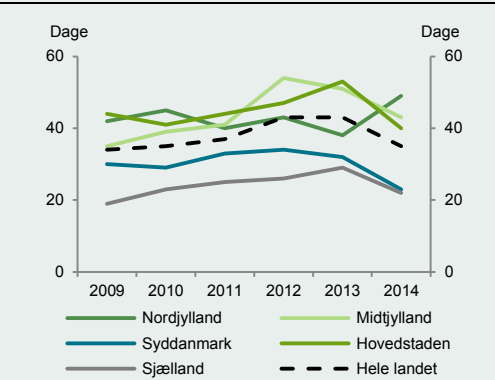
Der findes ikke opgørelser for ventetiden ift. hele forløbet eller fx ventetiden til 2. sygehuskontakt.

Figur 7.3
Udvikling i erfaret ventetid i psykiatrien for børn og unge, 2009-2014



Anm.: Ventetiden opgøres som den aktive ventetid fra modtagelsen af henvisning til 1. kontakt på det psykiatriske sygehus. 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 registreret på 1. kontakt i venteforløbet.
Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

Figur 7.4
Udvikling i erfaret ventetid i psykiatrien for voksne, 2009-2014



Anm.: Ventetiden opgøres som den aktive ventetid fra modtagelsen af henvisning til 1. kontakt på det psykiatriske sygehus. 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 registreret på 1. kontakt i venteforløbet.
Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

- I lighed med somatikken er der pr. 1. januar 2015 indført monitorering af udredningsretten til psykiatrien. Validerede tal for udredningsrettens implementering i psykiatrien foreligger ikke, men forventes offentliggjort i 2015. Det er imidlertid meget usikkert om regionerne når i mål i forhold til udredningsret på 30 dage som træder i kræft pr. 1. september 2015.

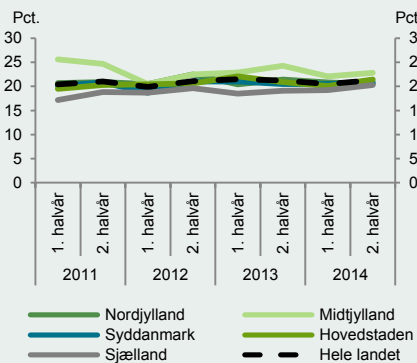
7.3 Tvang i psykiatrien

- Udviklingen i brugen af tvang er stort set uændret i perioden 2011 til 2014 – i 2014 er ca. 21 pct. af indlagte patienter berørt af én eller flere tvangsforanstaltninger, jf. figur 7.5.
- I 2014 er knap 6 pct. af indlagte patienter bæltefikseret i psykiatrien, jf. figur 7.6. I perioden 2011 til 2014 er andelen af bæltefikserede i psykiatrien relativ uændret.

Definition

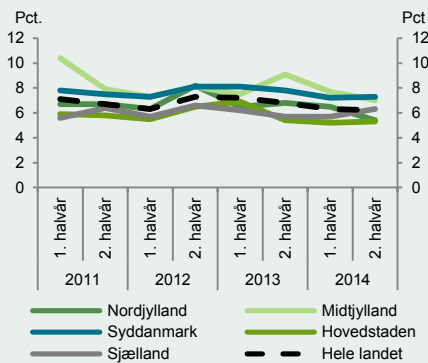
Ved tvang inden for psykiatrien forstås anvendelse af foranstaltninger, for hvilke der ikke ligger et informeret samtykke.

Figur 7.5
Andel personer berørt af en eller flere tvangsforanstaltninger ift. antal indlagte, 2011-2014



Anm.: Monitorering af tvang i psykiatrien er funderet i en baseline, som omfatter årene 2011-2013, hvorfor tidsseriens start år er 2011.
 Kilde: Register for Anvendelse af Tvang i Psykiatrien og Landspatientregisteret (monitorering af tvang i psykiatrien), Statens Serum Institut.

Figur 7.6
Andelen af indlagte personer i psykiatrien, der bæltefikseres, 2011-2014

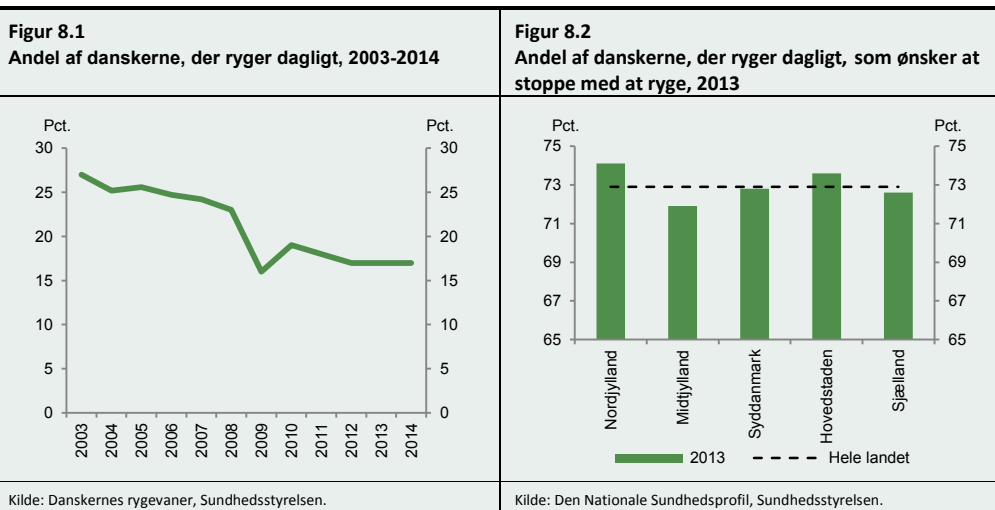


Anm.: Monitorering af tvang i psykiatrien er funderet i en baseline, som omfatter årene 2011-2013, hvorfor tidsseriens start år er 2011.
 Kilde: Register for Anvendelse af Tvang i Psykiatrien og Landspatientregisteret (monitorering af tvang i psykiatrien), Statens Serum Institut.

8. Rygning, narkotika- og alkoholmisbrug

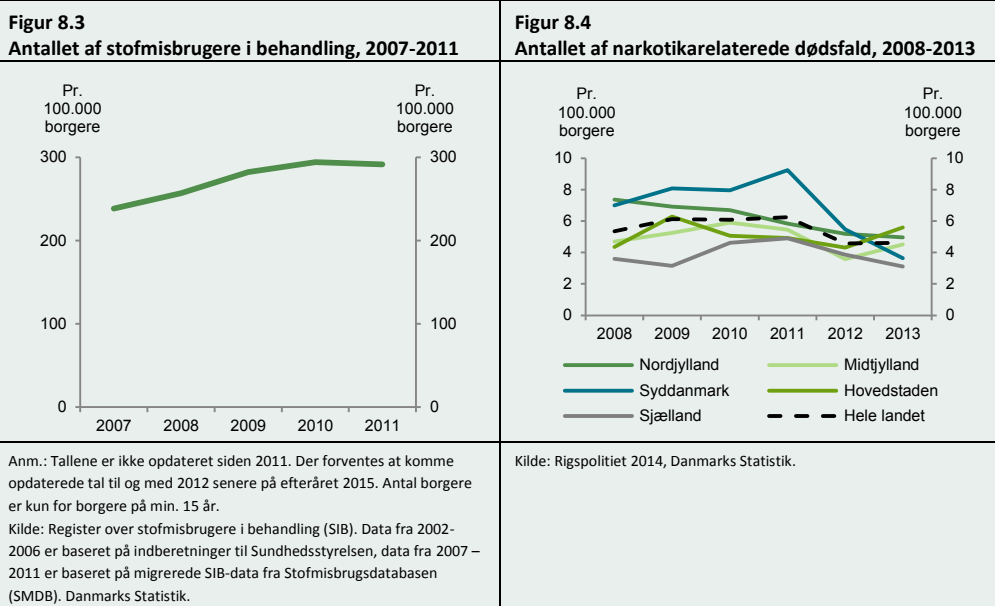
8.1 Rygning

- Færre danskere ryger. Andelen af dagligrygere er på landsplan faldet fra ca. 27 pct. i 2003 til ca. 17 pct. i 2014, *jf. figur 8.1*.
- Omtrent tre ud af fire dagligrygere angiver, at de ønsker at stoppe med at ryge, *jf. figur 8.2*.

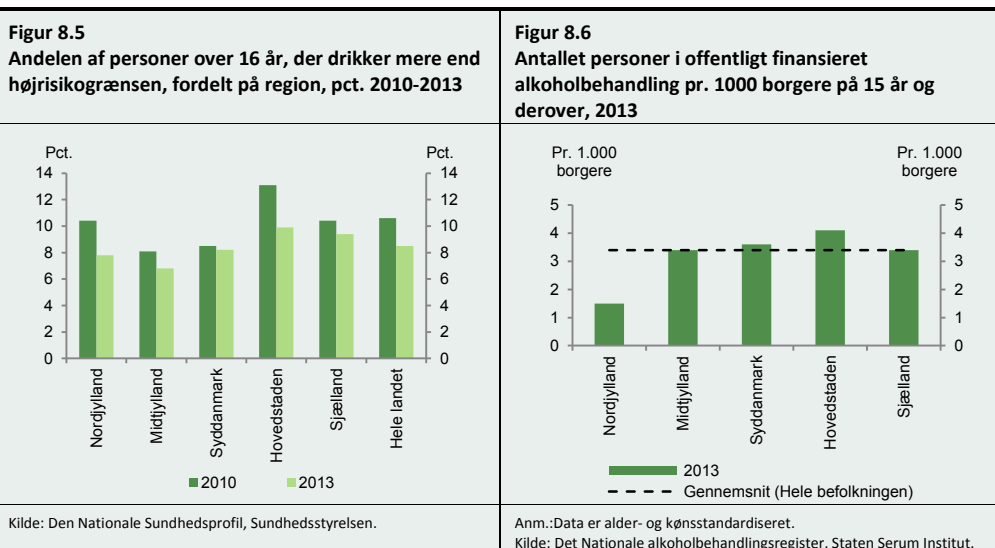


8.2 Narkotika- og alkoholmisbrug

- Antallet af stofmisbrugere i behandling er steget siden 2007, *jf. figur 8.3*.
- Antallet af narkotikarelaterede dødsfald er faldet til knap 5 dødsfald pr. 100.000 borgere på landsplan i 2013, *jf. figur 8.4*. Især Region Syddanmark har oplevet et markant fald siden 2011 fra ca. 9 til 4 dødsfald pr. 100.000 borgere.
- De regionale forskelle i forhold til antallet af narkotikarelaterede dødsfald er mindsket i samme periode. I 2008 er den regionale spredning knap 4 dødsfald pr. 100.000 borgere, mens den i 2013 er 2,5 dødsfald pr. 100.000 borgere, *jf. figur 8.4*.



- I 2010 drikker ca. 11 pct. af danskerne over højrisikogrænsen, dvs. mere end 21 genstande for mænd og 14 genstande for kvinder om ugen, mens tallet er faldet til knap 8 pct. i 2013, *jf. figur 8.5*.
- Der er regional variation i antallet af personer i offentlig finansieret alkoholbehandling pr. 1.000 indbyggere på 15 år eller derover. Region Hovedstaden har det højeste antal personer sammenlignet med øvrige regioner i 2013, *jf. figur 8.6*.



Alkoholforbrug blandt gravide

"Gravide i alkoholbehandling eller med alkoholrelateret sygehuskontakt

Registreringer i nationale registre af alkoholbehandlinger, og/eller alkoholrelaterede sygehuskontakter fra ét år før en graviditets påbegyndelse til ét år efter en graviditets afslutning viser, at der er omkring 0,1-0,4 % (lige over 96 til knap 370 tilfælde årligt) af gravide, der har kontakt til alkoholbehandling eller sygehus i forbindelse med en alkoholrelateret lidelse. Disse tal belyser "toppen af isbjerget" af overforbrug af alkohol under graviditeten, idet langt fra alle gravide med et overforbrug vil opsøge alkoholbehandling eller opleve helbredsgener, der kræver sygehusbehandling.

Børn diagnosticeret med føtalt alkoholsyndrom

FAS blev indført som diagnose i Danmark tilbage i 1994, og i alt 153 børn født fra 1994-2010 var blevet registreret med denne diagnose i 2010. For hver årgang fra 1994-2010 var det <0,1 % af børnene, der havde en FAS diagnose. FAS blev diagnosticeret omkring 5-års alderen (median), men med en betydelig variation. Antallet af børn diagnosticeret med FAS pr. fødselsårgang varierede mellem 5 og 23 for fødselsårgange med minimum 5 års opfølgning (i gennemsnit lige over 11 børn årligt). Igen udgør dette udelukkende de alvorligste tilfælde, i og med FAS er vanskeligt at diagnosticere. "

Kilde: "Alkoholforbrug blandt gravide og kvinder i den fertile alder i Danmark", Marts 2015, Københavns Universitet, udarbejdet for Sundhedsstyrelsen

9. Kvalitet og patientsikkerhed

9.1 Sygehusdødelighed (HSMR)

- Fra 2010 til 2014 er sygehusdødeligheden faldet fra 108 pct. af den forventede dødelighed til 97 pct., jf. figur 9.1
- På regionalt plan er sygehusdødeligheden generelt også faldet. I Region Nordjylland er sygehusdødeligheden faldet fra 124 pct. i 2010 til 113 pct. af den forventede dødelighed i 2014, mens dødeligheden i Region Hovedstaden er faldet fra 99 pct. i 2010 til 86 pct. af den forventede dødelighed i 2014.

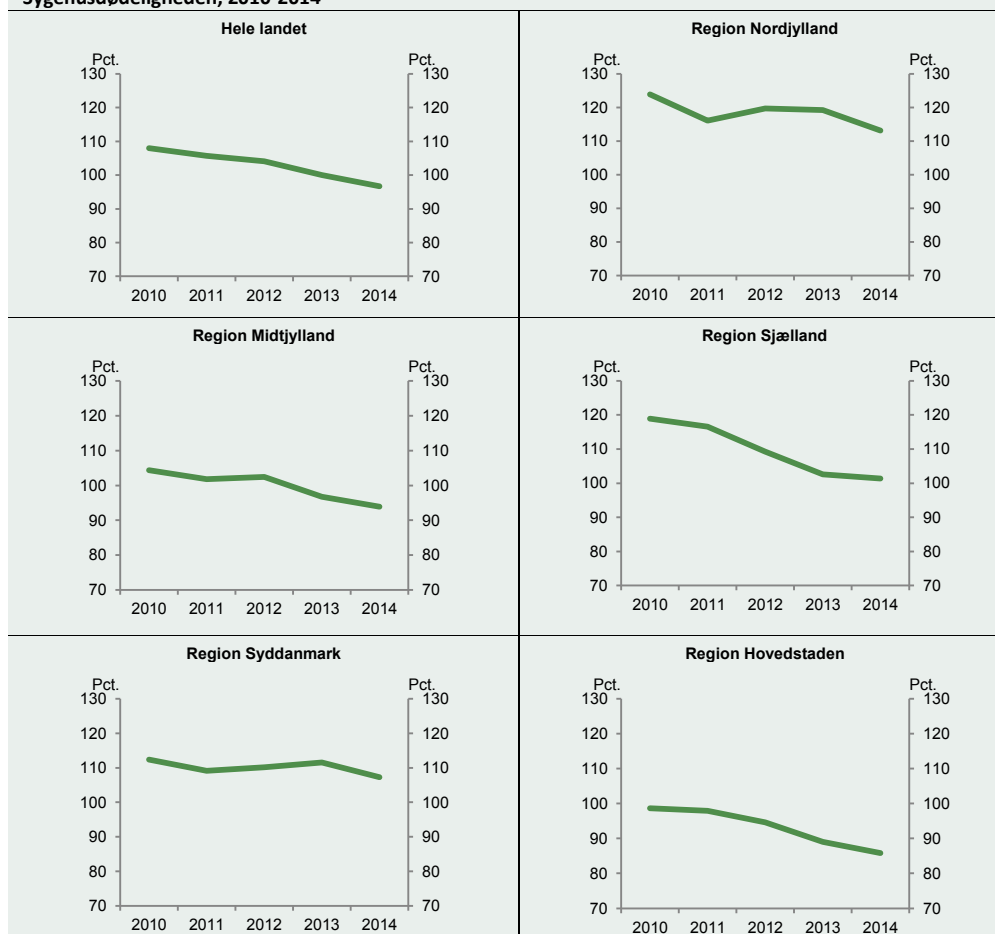
Definition

Sygehusdødelighed måler antallet af observerede dødsfald indenfor 30 dage efter indlæggelse på et sygehus som pct. af det forventede antal dødsfald. En sygehusdødelighed på 100 pct. betyder, at det faktiske antal dødsfald svarer til det forventede.

Sygedødelighed er et prioriteret område for hospitalerne at følge, og HSMR er et af værktøjerne til at undersøge, hvorvidt der sker uforklarlige ændringer i dødeligheden, som skal undersøges nærmere.

Det er som følge af opgørelsesmetoden ikke muligt direkte at sammenligne dødeligheden på tværs af regioner eller sygehuse, idet beregningsmetoden tager udgangspunkt i forholdene for det enkelte sygehus (indirekte standardisering).

Figur 9.1
Sygehusdødeligheden, 2010-2014

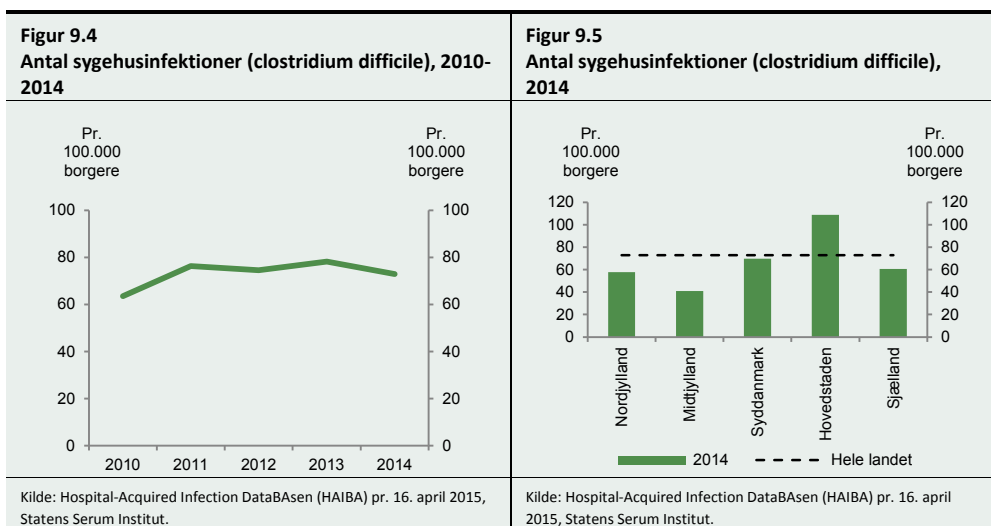
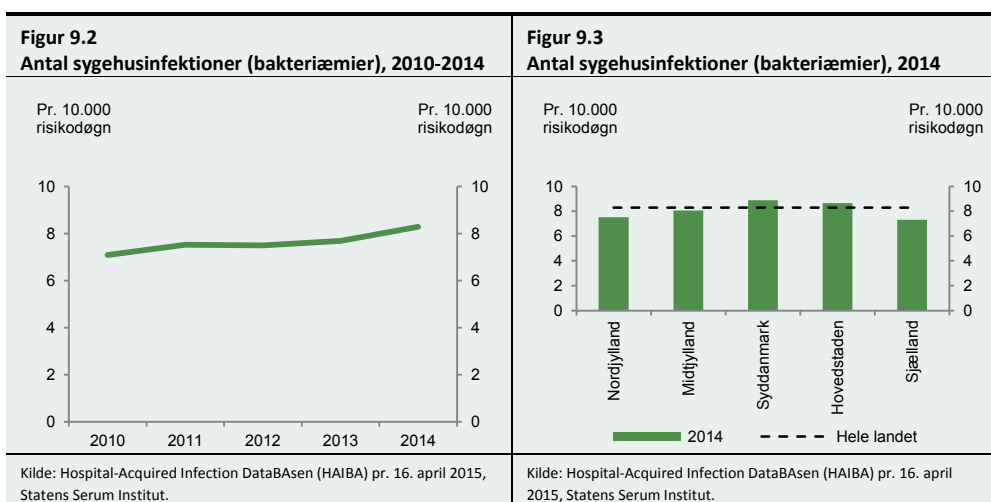


Anm.: Det forventede antal dødsfald i hvert kvartal er beregnet på baggrund af det faktiske antal dødsfald i forbindelse med indlæggelse i hele landet i 2013. Der er i beregningen korrigeret for patientsammensætningens betydning for antallet af dødsfald.

Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Klinisk Epidemiologisk Afdeling ved Aarhus Universitetshospital.

9.2 Sygehuserhvervede infektioner

- Risikoen for bakteriemier (bakterier i blodet og i reglen udtryk for blodforgiftning) stiger svagt fra 2010 til 2014, mens risikoen for clostridium difficile (den mest almindelige årsag til bl.a. alvorlig diarré hos indlagte patienter) har efter en stigning fra 2010 til 2011 ligget på nogenlunde samme niveau i periode 2011 til 2014, jf. figur 9.2 og 9.4.
- Der er regionale forskelle i de to infektionstyper i 2014 - især ift. antal sygehusinfektioner med clostridium difficile. I 2014 er forekomsten af clostridium difficile højest i Region Hovedstaden, hvor den ligger på ca. 109 infektioner pr. 100.000 borgere. I de øvrige regioner ligger forekomsten på mellem ca. 41 og 70 infektioner pr. 100.000 borgere, jf. figur 9.3 og 9.5.



9.3 Patienttilfredshed

- Der er generelt en høj patienttilfredshed blandt indlagte (planlagte) og ambulante patienter på privathospitalerne og de offentlige sygehuse i Region Midtjylland og Region Nordjylland. Til sammenligning er indlagte og ambulante

patienter i Region Sjælland i mindre grad tilfredse med hhv. forløbet, behandlingen og plejen, *jf. tabel 9.1*.

- Sammenlignet med vesteuropæiske lande er Danmark ét af de lande, hvor patienterne er mest tilfredse med behandlingen på sygehuse, *jf. figur 9.6*.

Tabel 9.1 Sammenligning af resultaterne på udvalgte spørgsmål ift. regioner og privathospitaler, 2014									Figur 9.6 Patienters vurdering af behandling på sygehuse, 2011-2013, andel meget eller fuldstændigt tilfreds, pct.	
		Privat-hospitalerne	Midtjylland	Nordjylland	Syddanmark	Sjælland	Hovedstaden			
Planlagt indlagte patienter										
Patienterne er i alt tilfredse med forløbet fra indlæggelse til udskrivelse		O	O	O	G	U	G			
Patienterne er tilfredse med behandlingen		O	O	G	G	U	G			
Patienterne er tilfredse med plejen		O	O	O	G	U	G			
Ambulante patienter										
Patienterne er i alt tilfredse med besøgets forløb		O	O	O	O	U	U			
Patienterne er tilfredse med behandlingen		O	O	O	G	U	U			
Patienterne er tilfredse med plejen		O	O	O	G	U	U			
Anm.: O - over landsresultatet, G - Gennemsnitlige, U - under landsresultat. Kilde: Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser.										

	Pct.		Pct.
Portugal	32	Schwyz	58
Frankrig	35	Danmark	55
Tyskland	40	Finland	50
Belgien	43	Holland	48
Sweden	44	Norge	46
Norge	45	Beigien	43
Holland	48	Portugal	32
Finland	50	Frankrig	35
Danmark	55	Tyskland	40
Schwyz	58	Sweden	44

Anm.: Følgende svarkategorier er anvendt: fuldstændigt tilfreds, meget tilfreds, ret tilfreds, hverken eller, ret utilfreds, meget utilfreds, fuldstændigt utilfreds. Kilde: The International Social Survey Programme: "Health and Healthcare".	
---	--

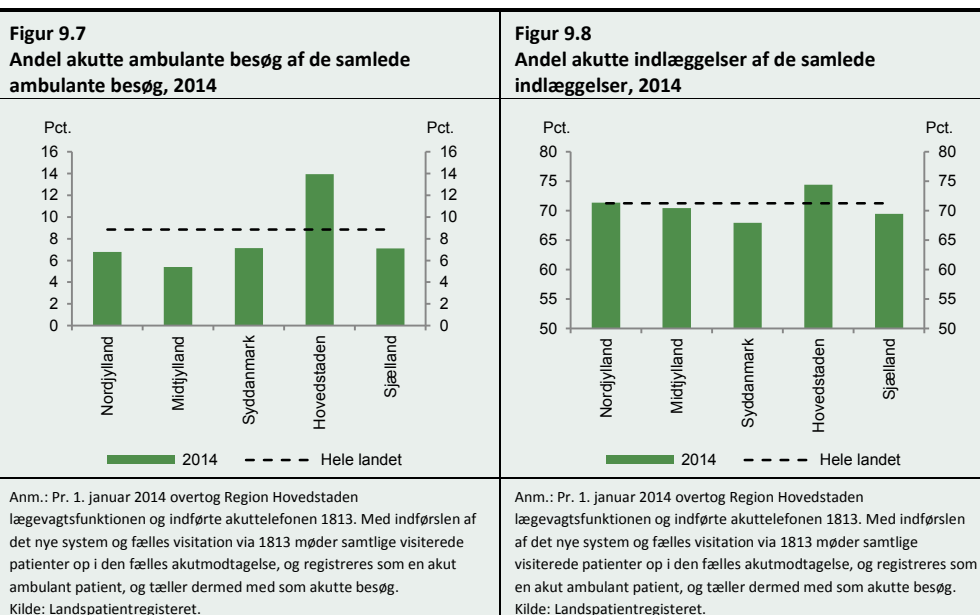
9.4 Præhospitalt responstider og akutte patientkontakter

- Af de regionale responstider for kategori A (livstruende eller mulig livstruende sygdom eller tilskadekomst) har Region Syddanmark den korteste responstid på gennemsnitlig 7 min. og 42 sek., mens Region Nordjylland med gennemsnitlig 8 min. og 39 sek. har den højeste, *jf. tabel 9.2*.
- Der offentliggøres ikke landsdækkende responstider efter samme opgørelsesmetode, og der findes derfor ikke et samlet overblik. Oplysninger fra Region Midtjylland fremgår af tabel 9.3.

Tabel 9.2 Oversigt over responstider ift. kategori A, 2014		
	Gns. responstid i min.	Andel responstider på under eller lig 15 min, pct..
Region Nordjylland	08:39	89
Region Hovedstaden	07:43	94
Region Syddanmark	07:42	94
Region Sjælland	08:16	92
Anm.: Kategori A (kørsel A) anvendes ved livstruende eller mulig livstruende sygdom eller tilskadekomst fx større traumer, hjertestop eller svære luftvejsproblemer. Denne kategori vil svare til meldinger, der udløser ambulance samt ud kald af lægebil, paramediciner eller anden supplerende indsats. Kilde: Danske Regioner.		

Tabel 9.3 Oversigt over responstider ift. kategori A, Region Midtjylland, 2014		
	Gnm. Responstid for 92 percentil i min.	Gnm. Responstid for 98 percentil i min.
Region Midtjylland	13:49	17:25
Anm.: Region Midtjylland oplyser, at deres systemer ikke registrerer den gennemsnitlige responstid eller andele inden x minutter. Kategori A (kørsel A) anvendes ved livstruende eller mulig livstruende sygdom eller tilskadekomst fx større traumer, hjertestop eller svære luftvejsproblemer. Denne kategori vil svare til meldinger, der udløser ambulance samt udkald af lægebil, paramediciner eller anden supplerende indsats.		
Kilde: Danske Regioner.		

- I 2014 er der ca. 1,1 mio. akutte ambulante besøg, svarende til ca. 9 pct. af det samlede antal akutte ambulante besøg. Andelen af akutte ambulante besøg varierer fra ca. 5 pct. i Region Midtjylland til ca. 14 pct. i Region Hovedstaden, *jf. figur 9.7*.
- Der er ca. 0,8 mio. akutte indlæggelser i 2014, svarende til hhv. ca. 71 pct. af det samlede antal indlæggelser. Andelen af akutte indlæggelser varierer fra ca. 68 pct. i Region Syddanmark til ca. 74 pct. i Region Hovedstaden, *jf. figur 9.8*.



Faglig gennemgang af akutmodtagelser og regionale opgørelser af ventetid

En faglig gennemgang af akutmodtagelserne fra juni 2014 viser, at akutmodtagelserne samlet set har løftet kvaliteten i behandlingen af den akutte patient, men at regionerne og de enkelte akutmodtagelser på en række områder har organiseret sig forskelligt og valgt forskellige løsninger, samt at der er et stort potentiale for at forbedre anvendelsen af data i kvalitetsudviklingen.

Kilde: "Faglig gennemgang af akutmodtagelserne", juni 2014, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Opgørelser fra Danske Regioner viser, at den gennemsnitlige ventetid i akutmodtagelserne i 2014 er på mellem 23 minutter (Region Sjælland) og 49 minutter (Region Nordjylland) for den gruppe af patienter, som har lettere skader eller ikke er akut syge.

Anm.: Der kan være anvendt forskellig opgørelsesmetode i regionerne
Kilde: Danskeregioner.dk

Visitation til akutmodtagelser

Pr. 1. april 2014 har alle regioner indført visiteret adgang til deres akutmodtagelser, dvs. at kontakten starter som telefonisk henvendelse.

Visitationen sker dels via ordninger i almen praksis, dels via ordninger i hospitalsregi eller en kombination. Region Hovedstaden har fx (som den eneste region) opsagt lægevagtsordningen og etableret et enstrenget og visiteret akutsystem i hospitalsregi. Region Hovedstadens servicemål er, at 90 pct. af opkaldene skal være besvaret indenfor 3 min. I 2014 blev 43 pct. af opkaldene til 1813 besvaret indenfor 3 minutter. I maj 2015 var det 49 pct.

Kilde: Dagsordenspunkt 16, møde i Forretningsudvalg juni 2015, Region Hovedstaden.

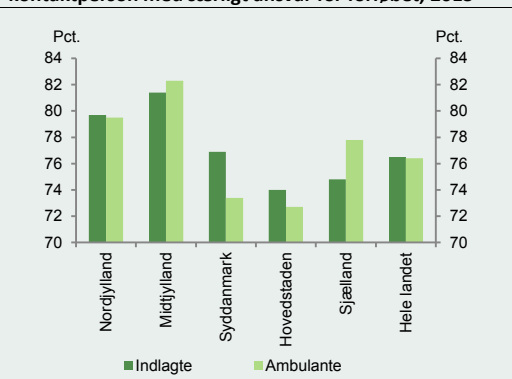
9.5 Kontaktpersonordningen

- Ca. 76 pct. af de adspurgte somatiske patienter angiver i "Den Landsdækkende Undersøgelser af patientoplevelser 2013", at de har fået tildelt en kontaktperson med særligt ansvar for forløbet i 2013, jf. figur 9.9.

Definition

Siden 2009 har patienters ret til en kontaktperson været lovfæstet som del af Sundhedsloven, og tildelingen af en kontaktperson er defineret som en akkrediteringsstandard i Den Danske Kvalitetsmodel

Figur 9.9
Somatiske patienter, der har oplevet at have en kontaktperson med særligt ansvar for forløbet, 2013



Anm.: Procentsatserne angiver andelen af patienter, der har svaret 'ja' på spørgsmålet: "Oplevede du, at én eller flere kontaktperson(er) på afdelingen havde særligt ansvar for dit forløb?"

Kilde: Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser 2011-2013.

Styringsinterview om kontaktpersonordningen

KORA udarbejdede i 2015 et styringsreview af hospitalsområdet. I reviewet konkluderes, at kontaktpersonordningen i praksis ikke virker som tiltænkt.

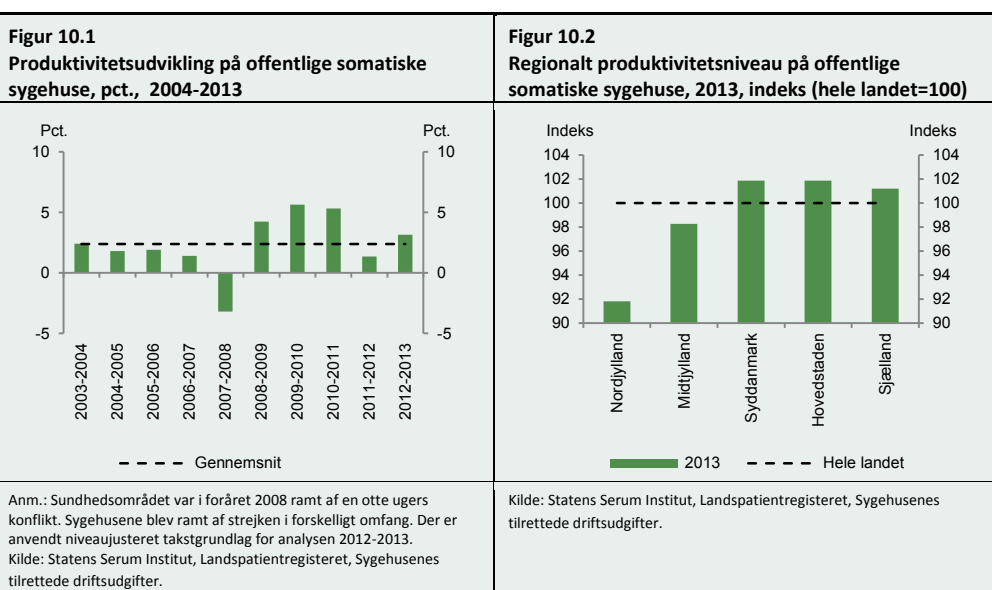
Hospitalspersonalet og ledere på afdelings- og hospitalsniveau giver generelt udtryk for, at de deler ambitionen om at styrke patienters oplevelse af kontinuitet i behandlingsforløb. De problematiserer samtidig, at det i praksis sjældent er muligt at implementere kontaktpersonordningen, som den er tænkt.

Kilde: Styringsreview på sundhedsområdet, 2015, KORA.

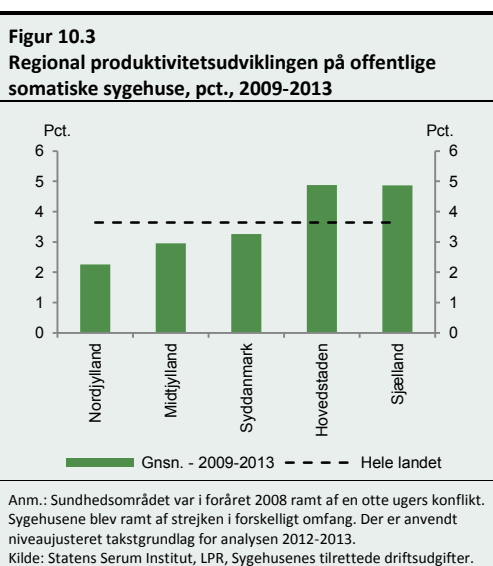
10. Medicin, teknologi og produktivitet

10.1 Produktivitet

- Produktiviteten på de offentlige somatiske sygehuse har i gennemsnit været på 2,4 procent i perioden 2003 til 2013, *jf. figur 10.1*.
- Der er regionale forskelle i produktivetsniveauet i de enkelte regioner. Region Hovedstaden og Region Syddanmark har det højeste produktivetsniveau, mens Region Nordjylland har det laveste produktivetsniveau i 2013, *jf. figur 10.2*.

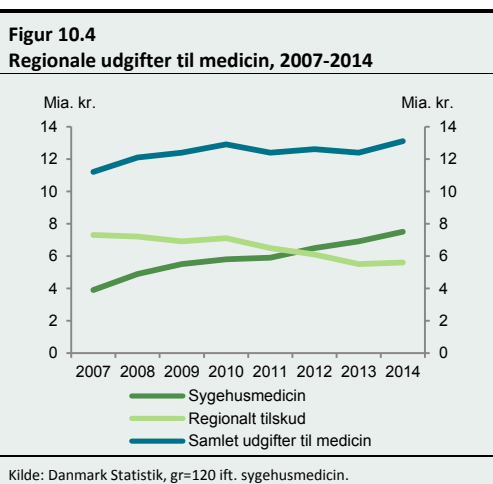


- Produktivetsudvikling i regionerne varierer i perioden 2009-2013. Region Hovedstaden og Region Sjælland har med 4,9 pct.point den højeste gennemsnitlige produktivetsstigning, mens Region Nordjylland med 2,3 pct. point har den laveste, *jf. figur 10.3*.



10.2 Medicinudgifter

- De regionale udgifter til sygehusmedicin og medicintilskud udgør hhv. ca. 7,5 og 5,6 mia. kr. i 2014, *jf. figur 10.4*.
- Udgifterne til sygehusmedicin og tilskudsmedicin har udviklet sig modsatrettet - udgifter til tilskudsmedicin er således faldet, mens udgifterne til sygehusmedicin er steget. I perioden 2013 til 2014 stiger udgifterne dog for begge grupper.



- I perioden 2007 til 2014 er udgifterne til sygehusmedicin opgjort som andel af de samlede regionale sundhedsudgifter steget fra 4,8 pct. til 7,3 pct., mens andelen fsva. tilskudsmedicinen er faldet fra 9,0 til ca. 5,5 pct., *jf. tabel 10.1*.

Tabel 10.1
Regionale udgifter til medicin som andel af de samlede regionale sundhedsudgifter, pct., 2007-2014

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Sygehusmedicin	4,8	5,7	5,9	6,1	6,2	6,6	6,9	7,3
Regionalt tilskud	9,0	8,3	7,5	7,5	6,9	6,2	5,5	5,5
Samlet udgifter til medicin	13,8	14,0	13,4	13,6	13,1	12,8	12,4	12,8

Kilde: Statens Serum Institut og regionernes regnskaber på sundhedsområdet, Danmark Statistik.

Ibrugtagning af ny medicin

Danmark er hurtig til at vurdere om ny sygehusmedicin skal tages i brug. De korte sagsbehandlingstider i Koordinationsrådet for ibrugtagning af sygehusmedicin (KRIS) betyder, at danske patienter hurtigere får adgang til nye og effektive behandlinger end patienter i andre lande.

Kilde: Värdefullt men inte fullvärdigt – Om nyttan med hälsoekonomiska bedömningar av kliniskläkemedel, 2014, Vårdanalyse.

10.3 Status for de kvalitetsfondsstøttede sygehusbyggerier

- I 2007 blev det besluttet at afsætte midler i en kvalitetsfond til statslig medfinansiering af investeringer i en ny sygehusstruktur.
- Kvalitetsfonden medfinansierer i alt 16 byggeprojekter med en samlet økonomisk ramme på 45,6 mia. kr. (15-pl). Heraf er 7,2 mia. kr. (15-pl) reserveret til investeringer i teknologi. Forholdet mellem statslig og regional finansiering er 60/40.
- Regionerne har igangsat byggeriet på 11 af de 16 projekter og har anmodet om udbetaling af tilskudsmidler, mens 5 projekter fortsat er under planlægning.
- Det planlægges at samtlige byggerier vil være ibrugtaget i år 2020.

Tabel 10.2 Status på sygehusbyggerier, 2014		Figur 10.5 De 16 byggeprojekter, som er medfinansieret af Kvalitetsfonden
Projekt	Planlagt ibrugtagning	
Region Hovedstaden		
Nyt Hospital Bispebjerg	2015-2024	
Nyt Hospital Herlev	2019	
Nyt Hospital Nordsjælland	2021	
Nyt Hospital Hvidovre	2020	
Det Nye Rigshospital	2018	
Ny Retspsykiatri Sct. Hans	2020	
Region Midtjylland		
Det Nye Universitetshospital i Aarhus (DNU)	2016-2019	
Det Nye Hospital i Vest, Gødstrup (DNV)	2019	
Regionshospitalet Viborg	2014-2018	
Region Nordjylland		
Nyt Aalborg Universitetshospital	2020	
Region Sjælland		
Køge Sygehus	2020-2021	
Psykiatri i Slagelse	2015	
Slagelse Sygehus (somatik)	2013	
Region Syddanmark		
Kolding Sygehus	2012-2017	
Nyt Universitetshospital i Odense (OUH)	2018-2022	
Aabenraa Sygehus	2014-2020	
Anm.: Tabellen viser den aktuelle status pr. ultimo 2.kvt. 2015 Kilde: Sundheds- og Ældreministeriet		Kilde: Sundheds- og Ældreministeriet

10.4 Status på udbredelse af det fælles medicinkort og elektronisk patientjournal

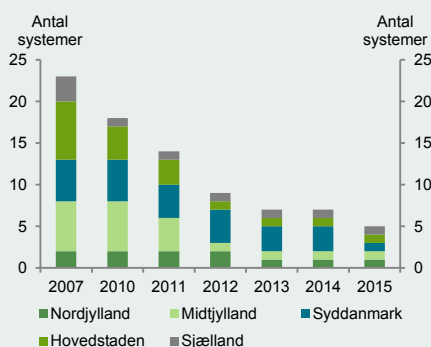
- Antallet af forskellige elektroniske patientjournaler (EPJ) er i perioden 2007 til 2015 faldet fra 23 til 5 systemer, *jf. figur 10.6.*
- Der er forskel i regionernes EPJ-systemer fsva. funktionalitet, driftsstabilitet og anvendelsesgrad. Andelen af udskrevne patienter, som er færdigregistrerede senest dagen efter udskrivningen er i størrelsesordenen 90 pct. i Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland og mellem ca. 60 og 70 pct. i Region Hovedstaden og Region Nordjylland, *jf. figur 10.7.*

Udveksling af patientdata

Regionerne har siden 2010 arbejdet på at samle sygehusenes elektroniske patientjournal-systemer (EPJ) til ét system pr. region. Region Syddanmark forventer som sidste region at indfri denne målsætning i 2. halvår af 2015.

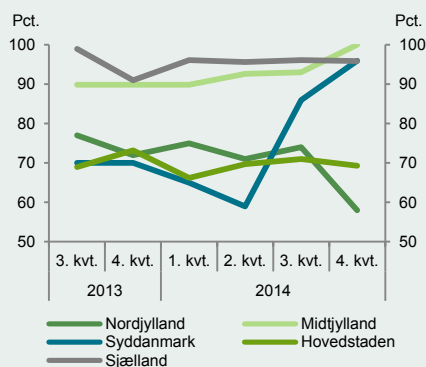
Samtidigt arbejdes der på at udveksle patientdata mellem regionerne, og også mellem almen praksis og den kommunale sundheds- og ældrepleje. Det udestår imidlertid fortsat, at etablere løsninger, der kan give bedre adgang til et samlet overblik over en patients aftaler på tværs af sundhedsvæsenet.

Figur 10.6
Antal EPJ-landskaber pr. region, 2007-2015



Anm. Af aftalen om regionernes økonomi for 2011 fremgår det, at regionerne skulle have nedbragt antallet af EPJ-landskaber til ét pr. region ved udgangen af 2013.
Kilde: Danske Regioner.

Figur 10.7
Færdigregistrerede patienter, 3. kv. 2013 - 4. kv. 2014



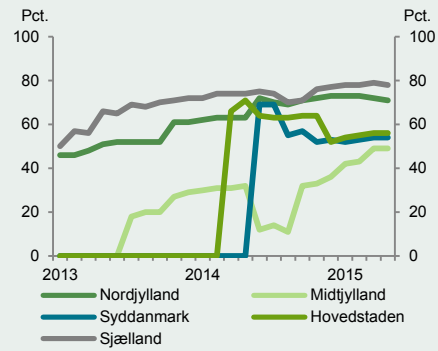
Anm.: Færdigregistreringsgraden er defineret som andelen af udskrevne patienter, som er færdigregistrerede senest dagen efter udskrivelse
Kilde: Danske Regioner.

- Regionernes ibrugtagning af Fælles Medicinkort (FMK) har været forskudt. I maj 2015 er der fortsat en variation i anvendelsen af FMK på sygehusene på op mod ca. 30 pct. point, *jf. figur 10.8.*
- For almen praksis ses, at FMK nu ajourføres i knap 10 pct. af de tilfælde, hvor en praktiserende læge ændrer i en patients medicinering. Tendensen er svagt opadgående i alle regioner, *jf. figur 10.9.*

Fælles Medicinkort - FMK

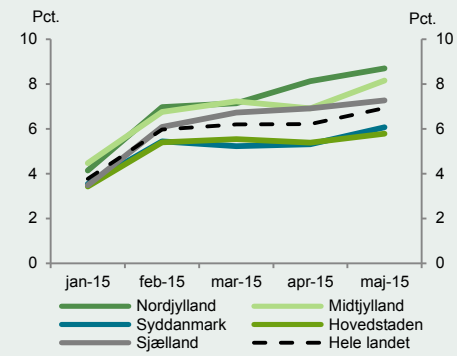
Siden 2009 er det fælles elektroniske medicinkort (FMK) udbredt i sundhedsvæsenet. Systemet består af en central database, som indeholder oplysninger om alle borgers receptpligtige medicin to år tilbage. Overblik over borgernes medicinering kan mindske fejl i medicineringen og forbedre medicin håndteringen, og derved øge patientsikkerheden.

Figur 10.8
FMK anvendelse på sygehusene, 2013-2015



Anm.: Andelen af udskrevne patienter, der udskrives med ajourførte oplysninger i FMK. I aftalen om regionernes økonomi for 2013 fremgår det, at anvendelsesgraden på sygehusene skulle have været 100 pct. ved udgangen af 2013.
 Kilde: Statens Serum Institut.

Figur 10.9
Antal ajourføringer pr. 1.000 FMK-konsultationer i almen praksis pr. region, alle patienter, jan-maj 2015



Kilde: Trifork og Sundheds- og Ældreministeriet.