

Analyse af de
medicinske afdelinger
En kortlægning og
vurdering af poten-
tialerne ved en bedre
kapacitetsudnyttelse



Indholdsfortegnelse

Sammenfatning	3
Baggrund og formål	3
Status og udvikling 2007-2011	4
Opsamling på centrale potentialer	7
1. Indledning	13
1.1. Baggrund og formål	13
1.2. Datagrundlag og definitioner	13
1.3. Læsevejledning	17
2. De medicinske afdelingers aktivitet og kapacitet	18
2.1. Indledning og sammenfatning	18
2.2. Det samlede billede af de medicinske patienter	25
2.3. Indlagte patienter	33
2.4. Medicinske patienters karakteristika	60
2.5. Færdigbehandlede patienter	69
2.6. Kapacitet og kapacitetsudnyttelse	71
3. Patientforløb for udvalgte patienttyper	75
3.1. Indledning og sammenfatning	75
3.2. Samlet overblik over de udvalgte patienttyper	77
3.3. Patientforløb for udvalgte patienttyper	89
3.4. Kontakt til kommune og almen praksis inden indlæggelse	93
3.5. Indlæggelsesmønstre	100
3.6. Patienternes kontakt til sundhedssystemet efter indlæggelse	106
4. Optimering af patientforløb	110
4.1. Indledning og sammenfatning	110
4.2. Generelle erfaringer med procesoptimering	111
4.3. Patientinventering og waste identification tool	116
4.4. Lean	129
4.5. Det tværsektorielle samarbejde	139
5. Bilag	161

Sammenfatning

Den gennemsnitlige liggetid på de medicinske afdelinger er fra 2007 til 2011 faldet fra 5,1 til 4,4 dage og sengedagsforbruget er faldet med 7 procent. Parallelt hermed er antallet af senge på området, som resultatet af en tilstræbt omlægning til ambulat behandling, reduceret med over 1.000. Analyser af indlæggelserne på hospitalerne viser, at sengedagsforbruget kan reduceres yderligere. Der er en markant geografisk variation, der ikke kan henføres til forskelle i befolkningssammensætning og derfor snarere må tilskrives forskelle i lokal praksis. Alt i alt vurderes der at være et større potentiale for at reducere sengedagsforbruget.

Baggrund og formål

I aftalen om satspuljen for 2012-2015 blev regeringen og satspuljepartierne enige om at afsætte en overordnet ramme på 200,4 mio. kr. til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient. Den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient består af 11 konkrete initiativer, der særligt skal føre til at:

- reducere antallet af uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser
- styrke sammenhængen i og koordineringen af patientforløbet.

En del af de ældre medicinske patienter har kontakt til både almen praksis, den kommunale sektor og regionernes hospitaler. For et godt og sammenhængende patientforløb er det derfor centralt, at samarbejdet på tværs af sektorerne fungerer. Dette samarbejde skal den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient understøtte.

Et af initiativerne under den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient er en analyse af de medicinske afdelinger, der skal have fokus på en vurdering af, om de medicinske sengepladser anvendes bedst muligt.

Analysen af de medicinske afdelinger er gennemført i perioden oktober 2012-februar 2013.

Hovedresultaterne af analysen er sammenfattet i de følgende afsnit.

Status og udvikling 2007-2011

Der er sket en betydelig udvikling i sengekapa­citeten og udnyttelsen af denne siden dannelsen af regionerne i 2007. Hovedtrækkene i denne udvikling er op­ridset nedenfor.

Det samlede antal unikke medicinske patienter er stærkt stigende, dog primært blandt patienter, der behandles ambulant

- Det samlede antal unikke borgere, der har været i behandling på de me­dicinske afdelinger, er steget fra cirka 715.000 i 2007 til 823.285 i 2011, svarende til en samlet stigning i perioden på 15,4 procent.
- Stigningen i antallet af unikke patienter kan maksimalt (når der udelades en effekt af sund aldring) for en tredjedels vedkommende (4,5 procent) forklares ved det stigende antal ældre, mens den resterende stigning (10,9 procent) kan henføres til, at der behandles flere borgere indenfor de forskellige aldersgrupper.
- Hovedparten af stigningen på 15,4 procent kan tilskrives en markant vækst i antallet af unikke borgere, der alene er berørt af ambulante kon­takter, mens antallet af unikke borgere, der er berørt af indlæggelse, kun er steget i moderat omfang. Stigningen i antallet af borgere, der behan­des ambulant, skyldes både et stigende antal ældre, og at der behandles flere borgere indenfor de forskellige aldersgrupper. Mens stigningen i an­talet af indlagte borgere næsten udelukkende kan forklares ved en æn­dret befolknings­ sammensætning.
- Opgørelser af henvisningsmåder i henholdsvis 2007 og 2011 viser, at en større andel indlagte patienter i 2011 er blevet indlagt af en hospitalslæ­ge. I 2007 stod hospitalslægerne for 40 procent af indlæggelserne på de medicinske afdelinger, mens deres andel i 2011 udgjorde 50 procent. En tilsvarende udvikling gør sig gældende for henvisningerne til ambulante besøg, hvor andelen af henvisninger fra sygehusafsnit steg fra 65 pro­cent i 2007 til 73 procent i 2011.

Antallet af unikke borgere berørt af indlæggelse er svagt stigende, mens antallet af indlæggelser er steget noget mere – men da liggetiden er faldet betydeligt, er det samlede antal af sengedage faldet

- Antallet af unikke borgere, der har været indlagt i perioden 2007-2011, er steget med cirka 1,3 procent om året og udgjorde i 2011 288.471.
- Antallet af indlæggelser er steget med 2,0 procent om året i perioden 2007-2011 og var 539.525 i 2011.
- Samtidig er den gennemsnitlige indlæggelsestid faldet fra 5,1 dag i 2007 til 4,4 dage i 2011, svarende til et fald på 14 procent, hvilket gør, at det samlede antal sengedage i perioden er faldet fra 2.543.838 i 2007 til 2.361.352 i 2011, svarende til et fald på 7 procent.

Patienttilstrømningen og indlæggelsesforløbene for indlagte patienter varierer begge betydeligt på tværs af kommunerne

- Der kan iagttages en variation i antal indlæggelser på tværs af kommunerne gående fra 70 til godt 130 indlæggelser per 1.000 indbyggere i 2011.
- Der kan samtidig konstateres store bevægelser i en række kommuner hen over perioden 2007-2011, hvad angår antallet af indlæggelser. Således har 6 kommuner oplevet en reduktion i antallet af indlæggelser per 1.000 indbyggere på mere end 20 procent, og omvendt har der været en stigning på mere end 20 procent i antallet af indlæggelser i 13 kommuner.
- I 2011 kan der konstateres en stor variation i antallet af sengedage for medicinske patienter per 1.000 indbyggere opdelt på kommuner.
- 18 kommuner har i perioden 2007-2011 oplevet en reduktion i senge-dagsforbruget på mere end 20 procent, og i samme periode har 10 kommuner oplevet en stigning på mere end 10 procent.
- Den store variation i antallet af sengedage per 1.000 indbyggere på tværs af kommunerne lader sig ikke forklare ved forskelle i kommunernes socioøkonomiske indeks eller isoleret set af forskelle i kommunale ældreomsorgsudgifter.
- Variationen mellem kommunerne er også betydelig, når man ser på de gennemsnitlige liggetider for hvert hospital opdelt på de kommuner, som det enkelte hospital modtager patienter fra.
- Ændringen i den kommunale medfinansiering fra januar 2012 har ikke ført til en stigning eller et fald i antallet af indlæggelser. Tre regioner har oplevet et fald i væksten af indlæggelser i forhold til perioden 2007-2011, mens to regioner har oplevet en vækst i samme periode.
- Der er flere indikationer på, at samarbejdet i den kommunale geografi mellem kommunerne, de almenpraktiserende læger og hospitalerne spiller en konstaterbar rolle for trækket på hospitalernes sengekapacitet.

Liggetiderne varierer betydeligt på tværs af hospitalerne indenfor de enkelte diagnoser

- Der ses en betydelig variation i liggetiderne mellem hospitalerne indenfor de enkelte diagnoser. Eksempelvis varierer liggetiden for patienter med luftvejsinfektioner og respirationsinsufficiens (herunder lungebetændelse) mellem 3,7 og 7,8 dage per indlæggelse på tværs af hospitalerne. En del af denne variation kan givetvis henføres til forskelle i patientsammensætningen og behandlingstilbuddene, men en del må også tilskrives forskelle i lokal praksis.
- Variationen i liggetiderne for de enkelte hospitaler mellem de kommuner, som de modtager patienter fra, indikerer, at forskelle i samspillet med kommunerne er en væsentlig bidragsyder til variationen.

Sengekapaciteten er reduceret betydeligt, hvilket har medført et gradvis stigende kapacitetspres på de medicinske afdelinger, og regionale analyser viser, at en del af de indlagte patienter kunne være håndteret ved et lavere omsorgsniveau eller have haft et hurtigere forløb

- Antallet af senge på de medicinske afdelinger er i perioden 2007-2011 reduceret med cirka 1.087, hvilket svarer til en reduktion på cirka 14,6 procent.
- I perioden 2007-2011 er sengekapaciteten på de medicinske afdelinger blevet reduceret mere end sengedagsforbruget. De medicinske afdelinger har således oplevet et gradvis stigende kapacitetspres i perioden.
- Region Sjælland og Region Nordjylland har gennemført spildanalyser/patientinventeringer på alle hospitalerne. Derudover er øvelserne gennemført på flere hospitaler og afdelinger forskellige steder i landet.
- Analyserne har afdækket, at de medicinske senge kunne anvendes bedre. Cirka 20 procent af de indlagte medicinske patienter i Region Nordjylland kunne være i et andet behandlingsforløb, fx ambulante forløb eller et plejeforløb i kommunen. I Region Sjælland viste spildanalyserne samme niveau, når der blev sat fokus på spild i relation til hospitalssengene. Heriblandt var der nogle steder en større andel tomme senge.
- Noget af kapacitetspresset kan således forventes at kunne imødegås ved optimering af patientforløb på hospitalerne og et bedre tværsektorielt samarbejde.

Erfaringer med optimering af patientforløb på hospitalerne

- Overordnet vurderer de interviewede afdelinger, at der er flere positive effekter af arbejdet med at optimere patientforløbene, men der foreligger i begrænset omfang kvantitativ dokumentation for effekten af de gennemførte indsatser.
- Der er hidtil primært arbejdet med procesoptimering indenfor de enkelte afdelinger, mens det største potentiale for at optimere patientforløbene på hospitalerne kan hentes ved at arbejde med patientforløb, der går på tværs af behandlingsafdelinger og diagnostiske afdelinger.
- Fastholdelse af fokus på optimering og løbende forbedring gennem en indarbejdelse af dette i det daglige arbejde er en udfordring.

Erfaringer med tværsektorielt samarbejde

- Analysen peger i retning af, at indlæggelserne af patienterne på hospitaler i overvejende grad er relevante på tidspunktet for indlæggelsen.
- Overdragelse af information ved indlæggelserne fra især kommuner, men også fra almen praksis er fortsat en udfordring. De hospitaler og kommuner, der har en veltilrettelagt organisering omkring et tæt samarbejde, er generelt mere positive på dette felt.
- Den gennemførte spørgeskemaundersøgelse viser, at under 30 procent af hospitalsafdelingerne er helt eller delvis enige i, at de modtager til-

strækkelige oplysninger fra almen praksis i forbindelse med indlæggelse (henvisningen).

- Endvidere viser spørgeskemaundersøgelsen, at under 30 procent af hospitalsafdelingerne er helt eller delvis enige i, at de modtager tilstrækkelige oplysninger fra kommunerne i forbindelse med indlæggelse af borgere. Det drejer sig om supplerende oplysninger til almen praksis' henvisning.
- Kommunale akut-/aflastningspladser vurderes at være et blandt flere alternativer til indlæggelse, herunder en mulighed for at reducere indlæggelsestiden, hvis kommunen har mulighed for at stille de nødvendige kompetencer til rådighed.
- Da 29 procent af de indlagte 65+årige modtager hjemmehjælp eller hjemmesygepleje inden indlæggelsen, kan en forstærket indsats for forebyggelse af indlæggelser ikke alene tage afsæt i den relation, som er etableret igennem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen.
- Analysen peger på, at et tæt samarbejde omkring udskrivning mellem hospitaler og kommuner i form af udskrivningskoordinatorer – gerne i form af de kommunale udskrivningskoordinatorers fremmøde på afdelingerne – sikrer patienterne/borgerne væsentlig bedre forløb, hvor kommunerne eksempelvis er klar med nødvendige hjælpemidler.
- En højere grad af sundhedsfaglige kompetencer i den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje vurderes at ville kunne bidrage til et væsentlig bedre forløb hen over sektorgrænser, bl.a gennem en tidligere opsporing af risici og sygdomme hos den ældre medicinske patient. De kommuner, der har sat fokus på at øge kompetenceniveauet i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, vurderer, at det har ført til bedre og mere stabile forløb for de ældre medicinske patienter, der har kontakt til kommunen.
- Opfølgende hjemmebesøg forestået af almenpraktiserende læge og hjemmesygeplejerske vurderes af alle interviewede i analysen at være et godt redskab, der kan bidrage til at reducere risikoen for genindlæggelser og nye indlæggelser for skrøbelige ældre medicinske borgere.

Opsamling på centrale potentialer

De centrale potentialer i forhold til den fortsatte udvikling af udnyttelsen af den medicinske sengekapacitet knytter sig i særlig grad til tre temaer, der er nærmere beskrevet i det følgende.

Optimering af den faktiske anvendelse af sengekapaciteten gennem nedbringelse af interne ventetider, omlægninger til lavere omsorgsniveau, mere effektive overgange til andre sektorer mv.

Analysens opsamling på de resultater, der er opnået i regionerne og på enkelte hospitaler ved gennemførelse af patientinventeringer og spildanalyser, viser, at der eksisterer et potentiale for at optimere anvendelsen af sengekapaciteten gennem blandt andet nedbringelse af interne ventetider, omlæg-

ninger til lavere omsorgsniveau, mere effektive overgange til andre sektorer mv.

Potentialet herfor er generelt opgjort til at være i størrelsesordenen 20 procent, men dog med betydelige udsving mellem de enkelte hospitaler. Det realiserbare potentiale er formentlig knap så stort, da det ikke vurderes som realistisk fuldstændigt at eliminere observationer af den gjorte karakter, men det forekommer realistisk at opnå betydelige gevinster gennem indsatser, der følger op på disse analyser. Der er ved beregninger af potentialet nedenfor taget afsæt i, at det realiserbare bruttopotentiale er i størrelsesordenen 10-15 procent.

Det er i denne sammenhæng vigtigt at være opmærksom på, at de dele af potentialet, der knytter sig til muligheden for et lavere omsorgsniveau end en hospitalsseng, vil være behæftet med en alternativ, men dog lavere omkostning, der for en række hospitalers vedkommende vil være betinget af etablering af (yderligere) patienthotelkapacitet, omlægning til ambulante forløb og/eller kommunale tilbud.

For at understøtte realiseringen af dette potentiale vil Deloitte anbefale:

- At der tilrettelægges en fast tilbagevendende gennemførelse af patientinventeringer eller tilsvarende, der kan bidrage til at fastholde fokus på potentialet og fungere som opfølgning på realiseringen.
- At der tilrettelægges en systematisk gennemførelse af lokale indsatser som opfølgning på de opnåede resultater, og at der på regionalt plan foretages en systematisk opfølgning herpå.

Systematisk fokus på udbredelse af den mest effektive patientforløbspraksis.

Analysen viser, at der er en variation mellem regionerne i forhold til gennemsnitlige indlæggelsestider både for det samlede medicinske område og indenfor de enkelte specialer. Denne variation har givetvis en sammenhæng med variationer i casemix, men variationerne er dog af en størrelsesmæssig karakter, der understøtter en vurdering af, at der eksisterer et potentiale for udbredelse af den mest effektive patientforløbspraksis.

Der er en variation både i antal sengedage per unik indlagt patient og i antal sengedage per indlæggelse på det medicinske område. Regionerne ligger mellem 7,5 og 9,6 sengedage per unik indlagt patient, og variationen i liggetiderne ligger i niveauet 3,8-5,6 sengedage per indlæggelse. En reduktion af liggetiderne til henholdsvis niveauet i regionen med det laveste antal og til medianniveauet vil svare til en reduktion i det samlede sengedagsforbrug i størrelsesordenen 2-13 procent.

Der ses endvidere en variation i liggetiderne mellem hospitalerne indenfor bestemte sygdomsgrupper. En gennemgang af udvalgte grupper af ældre medicinske patienter viser en variation på tværs af hospitalerne, der er større end den generelle variation på det regionale niveau. En reduktion af liggeti-

derne til medianniveauet og nedre kvartil for disse grupper patienter vil svare til en reduktion i det samlede sengedagsforbrug i størrelsesordenen 5-13 procent.

Endelig ses der også en variation i liggetiderne for de enkelte hospitaler mellem de kommuner, som de modtager patienter fra. Dette indikerer ligeledes et betydeligt rum for tilrettelæggelse af mere effektive patientforløb ved at styrke – og formentlig harmonisere og standardisere – samspillet mellem hospitaler og kommuner. En reduktion af liggetiderne til gennemsnitsniveauet for det enkelte hospital vil isoleret set indebære en reduktion i det samlede antal sengedage på cirka 3 procent.

Det skal understreges, at de tre ovenstående potentialebetragtninger er delvis overlappende og dermed ikke additive.

Der er således et potentiale for at reducere det samlede sengedagsforbrug med afsæt i en fokusering på optimering af patientforløbene ved indlæggelse.

For at understøtte realiseringen af dette potentiale vil Deloitte anbefale:

- At der etableres en løbende, fx halvårlig, opgørelse af nøgletal (sengedagsforbrug, antal indlæggelser, genindlæggelser, belægningsgrader mv.) for patientforløbenes tilrettelæggelse for grupper af hospitaler, der behandler de samme typer patienter, der kan understøtte en forceret udbredelse af effektiv praksis.
- At der løbende sker en afdækning og formidling af den faktiske tilrettelæggelse af den mest effektive patientforløbspraksis og de realiserede forudsætninger herfor, der kan danne grundlag for operationel inspiration til forbedringstiltag andre steder.
- At der tilrettelægges en systematisk gennemførelse af og opfølgning på initiativer, der kan understøtte eksekveringen af de relevante forandringer og forbedringer.

Udbredelse af god praksis i samspillet mellem kommuner, almenpraktiserende læger og hospitaler i forhold til begrænsning af patienttilstrømningen til indlæggelse

Analysen har afdækket, at patienttilstrømningen til indlæggelse på de medicinske afdelinger varierer ganske betydeligt på tværs af kommunerne, og analysen har endvidere vist, at denne variation på det foreliggende grundlag ikke lader sig forklare ved forskelle i kommunernes socioøkonomiske profil eller forskelle i kommunernes ældreomsorgsudgifter. Der forekommer endvidere en meget betydelig variation i liggetiderne mellem de kommuner, som det enkelte hospital modtager patienter fra.

Analysen har samtidig afdækket, at patienttilstrømningen for en række kommunale geografier er faldet markant i perioden 2007-2011, herunder for en række af de kommuner, der i 2011 havde den laveste patienttilstrømning. Dette underbygger en forventning om, at det bredt hen over de kommunale

geografier, hvor patienttilstrømningen i dag er høj, vil være muligt at reducere denne indenfor de eksisterende økonomiske rammer.

Størrelsesordenen af dette potentiale vurderes at være i niveauet 6-12 procent, hvilket modsvarer spændet, fra at niveauet for kommunerne med en høj patienttilstrømning reduceres til henholdsvis niveauet for medianen og kvartilen med den laveste patienttilstrømning. Uanset hvilken reduktion det vurderes realistisk at stræbe efter, må det naturligvis påregnes, at det vil skulle realiseres over nogle år. I den sammenhæng er det værd at hæfte sig ved, at antallet af indlæggelser per 1.000 indbyggere for 6 kommuner er faldet med over 20 procent i perioden 2007-2011.

For de kommuner, hvor der i særlig grad er potentiale for at reducere patienttilstrømningen, vil der isoleret set kunne hentes en gevinst i forhold til den kommunale medfinansiering og de regionale sundhedsudgifter. Den reelle gevinst vil dog være betinget af, at en nedgang i aktiviteten på det medicinske område ikke modsvares af stigende aktivitet på andre områder.

Det er på baggrund af denne analyse og tidligere udarbejdede analyser vurderingen, at realiseringen af en lavere patienttilstrømning altovervejende vil skulle opnås ved iværksættelse af kendte og afprøvede indsatser, der allerede er iværksat flere steder mellem hospitaler, kommuner og almen praksis.

Det er samtidig centralt at fremhæve, at der vil være tale om en bred vifte af indsatser, der i varierende omfang vil inddrage kommunerne, regionernes hospitaler og de almenpraktiserede læger. Dertil kan komme inddragelse af foreninger og andre lokale organisationer. Realiseringen stiller således store krav til orkestreringen af et tværgående samarbejde, der kan understøtte en effektiv eksekvering af den samlede vifte af indsatser.

Det skal dog fremhæves, at der ikke foreligger en systematisk evaluering af de forventelige effekter af de enkelte indsatser, men derimod alene overvejende kvalitative vurderinger. I den sammenhæng skal det nævnes, at der generelt ses en lavere patienttilstrømning i forhold til indlæggelser i Region Midtjylland og Region Syddanmark, hvilket kan ses som en indikation på et bedre tværgående samarbejde.

For at understøtte realiseringen af dette potentiale vil Deloitte anbefale:

- At der etableres et mere dækkende billede af indsatsmønsteret for de kommuner, der har både et lavt antal sengedage og et lavt antal ambulante besøg, så denne praksis kan udbredes mere systematisk. I denne sammenhæng vil det være oplagt at sætte fokus på de kommuner med et lavt antal sengedage, der over de seneste år har realiseret et betydeligt fald.
- At der etableres en løbende, fx halvårlig, opgørelse af udviklingen i de faktiske tal og antal sengedage per kommune, der kan danne afsæt for at følge og fokusere indsatsen.

- At der fremadrettet tilrettelægges mere systematiske evalueringer af iværksættelse af tiltag, der kan understøtte en mere målrettet udbredelse af de mest effektfulde indsatser.

Opsamling på potentialer

De angivne potentiale størrelser i forhold til en fortsat reduktion i antallet af sengedage knyttet til de tre temaer er hver især betydelige og understreger behovet for en fokuseret og systematisk indsats for en fortsat udvikling af behandlings- og forløbspraksis på området.

Potentialerne er dog ikke umiddelbart additive, da de er delvis overlappende. Det samlede potentiale vurderes dog at være større end det, der er angivet for hvert af disse.

Det er samtidig vigtigt at understrege, at der er tale om et bruttopotentiale, da realiseringen af potentialerne delvis vil indebære omlægning til et lavere omsorgsniveau, delvis vil forudsætte blandt andet forebyggende indsatser, der kan indebære øgede udgifter andre steder. Da væsentlige dele af potentialerne er baseret på benchmarking mod faktisk eksisterende praksis, er det dog vurderingen, at nettopotentialet er betydeligt.

Det er i sammenhæng med ovenstående endvidere vurderingen, at en realisering af potentialet vil strække sig over en flerårig periode, da det vil fordrer en bred indsats i forhold til organisering, processer og faktiske tilbud hos de forskellige aktører.

Omregningen af de potentielle reduktioner i antallet af sengedage til beløb i tabellen nedenfor er baseret på to alternative sengedagspriser, som repræsenterer to forskellige betragtninger på de mulige falde-bort-omkostninger.

Den ene model tager afsæt i sengedagsprisen for 2011 for væskemangel, som er i den lave ende af niveauet for medicinske patienter, bl.a. fordi behandlingen ikke vurderes at inkludere væsentligt træk på blandt andet billeddiagnostik, parakliniske enheder og medicin. Den gennemsnitlige sengedagspris for denne gruppe er 5.374 kr., mens gennemsnittet for alle medicinske patienter er 7.140 kr. Denne model vurderes som særligt relevant for den del af potentialet, som knytter sig til en mulig reduktion af patienttilstrømningen.

Den anden model tager afsæt i sengedagsprisen uden udførelse af procedurer, som afspejler situationen, hvor der ikke udføres særlige aktiviteter i forhold til patienten. Dette omkostningsniveau er oplyst til at være i størrelsesordenen 4.000 kr. Denne model vurderes som særligt relevant for den del af potentialet, som knytter sig til en mulig afkortning af liggetider, hvor det behandlingsmæssige indhold ikke i væsentligt grad ændres, men primært komprimeres på kortere tid.

I tabellen er nedenfor er begge modeller for omregning til beløb anvendt for alle potentialer.

Tabel 1: Opgørelser af bruttopotentialer fordelt på indsatsområder, 2011

Indsatsområder	Opgørelsesgrundlaget	Beregningsgrundlag	Sengedage (1.000 dage)	Procent	Beløb (mio. kr.)
Systematisk fokus på udbredelse af den mest effektive patientforløbs-praksis	En reduktion af liggetiderne til henholdsvis medianen og det laveste niveau på tværs af alle patienttyper for hver region, der ligger over det pågældende niveau	Totalopgørelse af det medicinske område Se afsnit 2.3	47-307	2-13	Model 1: 253-1.650 Model 2: 188-1.228
	En reduktion af liggetiderne til henholdsvis medianen og nedre kvartil for hvert hospital for de forskellige typer af patienter, der ligger over det pågældende niveau	Stikprøveberegning baseret på fire udvalgte patienttyper ¹⁾ Se afsnit 2.3	118-307	5-13	Model 1: 634-1.650 Model 2: 472-1.228
	En reduktion af liggetiderne for hver kommune, der ligger over gennemsnittet for det/de hospitaler, som kommunen sender patienter til, til gennemsnittet for det enkelte hospital	Stikprøveberegning baseret på fire udvalgte patienttyper ¹⁾ Se afsnit 2.3	71	3	Model 1: 382 Model 2: 284
Udbredelse af god praksis i samspillet mellem kommuner, praktiserende læger og regioner ift. begrænsning af patienttilstrømningen til indlæggelse	En reduktion af patienttilstrømningen til henholdsvis medianen og nedre kvartil for hver kommune, der ligger over det pågældende niveau	Totalopgørelse af det medicinske område Se afsnit 2.3	142-283	6-12	Model 1: 763-1.521 Model 2: 568-1.132
Patientinventeringer og spildanalyser	Optimering af den faktiske anvendelse af sengekapaleteten gennem bedre tilrettelæggelse af patientforløb, omlægninger til lavere omsorgsniveau, mere effektive overgange til andre sektorer mv.	Patientinventeringer og spildanalyser gennemført på en række hospitaler Se afsnit 4.3	236-354	10-15	Model 1: 1.268-1.902 Model 2: 948-1.416

Note: Det totale antal sengedage for medicinske patienter i 2011 er 2.361.352.

Beløb, model 1: Den anvendte sengedagstakst er sat til 5.374 kr., hvilket er den gennemsnitlige sengedagspris for en patient med væskemangel. Denne takst er anvendt, da der er tale om en patienttype med et lavt niveau af omkostninger til medicin, billeddiagnostik mv.

Beløb, model 2: Den anvendte sengedagstakst er skønnet til at være 4.000 kr., hvilket skal afspejle prisen uden udførelse af procedurer, som afspejler situationen, hvor der ikke udføres særlige aktiviteter i forhold til patienten.

1) Blodforgiftninger/infektioner, luftvejsinfektioner/respirationsinsufficiens, blærebetændelse og væskemangel.

1. Indledning

1.1. Baggrund og formål

I aftalen om satspuljen for 2012-2015 blev regeringen og satspuljepartierne enige om at afsætte en overordnet ramme på 200,4 mio. kr. til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient. Den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient består af 11 konkrete initiativer, der særligt skal føre til at:

- reducere antallet af uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser
- styrke sammenhængen i og koordineringen af patientforløbet.

En del af de ældre medicinske patienter har kontakt til både almen praksis, den kommunale sektor og regionernes hospitaler. For et godt og sammenhængende patientforløb er det derfor centralt, at samarbejdet på tværs af sektorerne fungerer. Dette samarbejde skal den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient understøtte.

Et af initiativerne under den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient er en analyse af de medicinske afdelinger, der skal have fokus på en vurdering af, om de medicinske sengepladser anvendes bedst muligt.

Denne rapport indeholder afrapporteringen af denne analyse.

1.2. Datagrundlag og definitioner

Datagrundlaget for opgørelsen og beskrivelsen af aktiviteten på de medicinske afdelinger består af et omfattende sæt af data, der er tilvejebragt via Danmarks Statistik:

- Data fra Landspatientregisteret for perioden 2007 til og med 2011 for de medicinske patienters kontakter til hospitalsvæsenet som helhed.
- Sygesikringsdata fra 2007 til 2011, hvor patienternes kontakter på ugebasis fremgår.
- Data om udlevering af receptpligtig medicin fra 2007 til 2011 fra Lægemiddeldatabasen.
- Data om kommunale ydelser fra EOJ-systemerne fra årene 2008-2011. De omfatter oplysninger om visiteret hjemmepleje (praktisk og personlig), genoptræning og forebyggende hjemmebesøg.

- Oplysninger om de medicinske patienters familietype og boligforhold (plejebolig eller hjemmeboende).
- Data fra Statistikbanken og De Kommunale Nøgletal, fx indbyggertal og kommunernes placering i det socioøkonomiske indeks.

Der er endvidere gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt alle landets medicinske afdelinger med en forholdsvis høj svarprocent på 62 og en god dækning af hele landet.

Der er ligeledes gennemført et større antal interview med repræsentanter for hospitaler, kommuner og almen praksis.

Boks 1. Deltagere i interview

Regioner: Region Nordjylland (kvalitetskontoret), Region Sjælland (kvalitet og udvikling) og Region Hovedstaden (kvalitetskontoret).

Hospitaler: Aalborg Universitetshospital (hospitalsledelsen), Thy-Mors Sygehus (medicinsk afdeling), Regionshospitalet Horsens (medicinsk afdeling), Regionshospitalet Randers (medicinsk afdeling og hospitalsadministrationen), Odense Universitetshospital (akutmodtagelsen og geriatrisk afdeling), Fredericia Sygehus (intern medicinsk), Vejle Sygehus (intern medicinsk), Roskilde Sygehus (hospitalsledelsen og geriatrisk afdeling), Slagelse Sygehus (akutmodtagelsen og intern medicin), Nykøbing Falster Sygehus (geriatrisk afdeling), Hvidovre Hospital (akutmodtagelsen, gastroenheden og tværsektoriel enhed), Frederiksberg/Bispebjerg Hospital (hospitalsledelsen).

Kommuner: Roskilde Kommune, Ringsted Kommune, Fredericia Kommune, Vejle Kommune, Norddjurs Kommune og Randers Kommune.

Almen praksis: Praksiskoordinator for Randers Sygehus, praksiskoordinator for Vejle Sygehus og praksiskoordinator for Slagelse Sygehus.

Note: Der er gennemført 31 semistrukturerede interview.

I rapporten anvendes en række forskellige begreber til at beskrive aktiviteten på de medicinske afdelinger. Der er i videst muligt omfang anvendt definitioner, der har været anvendt i tidligere analyser af sundhedssystemet. En beskrivelse af de væsentligste definitioner findes i tabel 2 nedenfor.

Tabel 2: Definitionsoversigt

Definition af centrale begreber i analysen

Medicinske patienter: Medicinske patienter er defineret som patienter, der har modtaget behandling indenfor den medicinske blok. Den medicinske blok er defineret som specialerne 0 til 22.

Antal patienter: Antallet af patienter er opgjort som summen af det antal personer, der mindst én gang indenfor en given tidsperiode (fx ét år) og en given geografisk afgrænsning (fx hele landet) har været i kontakt med den del af sundhedsvæsenet, der indgår i analysen. Hvis antallet af patienter er opgjort på mere end én geografisk enhed (fx de fem regioner), tæller den samme person med flere gange, hvis vedkommende har været behandlet indenfor mere end én geografisk enhed i den pågældende tidsperiode. Der kan således forekomme uoverensstemmelser mellem antallet af patienter summeret over de geografiske enheder og opgørelsen af antallet af patienter i hele landet.

Medmindre andet er nævnt, er antallet af patienter opdelt på regioner opgjort i forhold til den region, der har behandlet patienterne. For nogle opgørelser er patienterne dog opdelt på bopælsregion. I disse tilfælde er forholdet angivet i en note.

Patienter, der har modtaget behandling på skadestuer, indgår ikke i analysen.

Opgørelsen af patienter er fraregnet udenlandske borgere, det vil sige borgere, der ikke har et gyldigt CPR-nummer.

Indlæggelser: Antallet af indlæggelser er opgjort i forhold til udskrivningstidspunktet. En indlæggelse, der er påbegyndt i et givet år, men ikke afsluttet ved årets udgang, tæller således ikke med i opgørelsen af indlæggelser i året. Hvis andet ikke er nævnt, er indlæggelser opgjort som afdelingsudskrivinger. Det vil sige, at en udskrivning som følge af en overflytning fra én afdeling til en anden tæller med som en indlæggelse. For nogle opgørelser er anvendt hospitalsudskrivinger. Det vil sige, at en, to eller flere indlæggelser, hvor den første udskrivning efterfølges af den anden indlæggelse indenfor fire timer, regnes som én indlæggelse.

Sengedage: Sengedage defineres som det antal dage, en patient har været indlagt, og udregnes som udskrivningsdatoen fratrukket indskrivningsdatoen. Hvis en patient indlægges og udskrives samme dato, tæller det stadig som én senge dag.

Sengepladser: Oplysninger om sengepladser per år for årene 2007-2011 er indsamlet via Statens Serum Institut, mens tallene for 2012 er indhentet fra regionerne og hospitalerne.

Der er angivet både normerede og disponible sengepladser. Disponible sengepladser er antallet af normerede sengepladser fratrukket senge, der ikke benyttes på grund af ombygninger, ferier, mangel på personale osv.

Genindlæggelse: Genindlæggelser indenfor 30 dage er defineret som en ny akut indlæggelse i intervallet mellem 4 timer og 30 dage efter den primære indlæggelse. Indlæggelser som følge af en ulykke eller cancer eller som henvisning fra hospital medregnes ikke som genindlæggelser. Definitionen stiller ikke krav om, at den fornyede indlæggelse skal ske på samme hospital eller indenfor samme diagnosegruppe. Ved opgørelsen er anvendt hospitalsudskrivinger, idet indlæggelser, hvor der er sket tidsmæssigt sammenhængende overflytninger indenfor samme hospitals(nummer), er kædet sammen til én hospitalsudskrivning.

Indikatoren måler antallet af primærindlæggelser (indlæggelsen, der ligger forud for selve genindlæggelsen) i forhold til det samlede antal hospitalsindlæggelser i populationen.

Korttidsindlæggelse: En korttidsindlæggelse er defineret som en indlæggelse, der varer én senge dag. Korttidsindlæggelser opgøres på baggrund af hospitalsudskrivinger, så en overflytning mellem to afdelinger ikke kan give anledning til korttidsindlæggelse.

Færdigbehandlede patienter: En indlagt patient betragtes som færdigbehandlet, når patienten ud fra en lægefaglig vurdering kan udskrives. Det vil sige, når behandlingen er afsluttet, eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling. Antallet af senge dage for færdigbehandlede patienter udregnes som forskellen mellem datoen for udskrivning og datoen for færdigbehandling.

Hvis en patients tilstand forværres, i perioden efter at vedkommende er blevet registreret som færdigbehandlet, så vedkommende ikke længere er registreret som færdigbehandlet, fraregnes denne periode fra antallet af senge dage, vedkommende har haft som færdigbehandlet.

Procedurekoderne AWA1 og AWX1 anvendes til registrering af henholdsvis færdigbehandlede og ikke-færdigbehandlede patienter.

Definition af centrale begreber i analysen

Forebyggelige indlæggelser: Forebyggelige indlæggelser omfatter akutte indlæggelser med følgende diagnoser (SKS-koder er angivet i parentes):

- Ernæringsbetinget blodmangel (DD-50-53)
- Knoglebrud (DS02, DS12, DS32, DS42, DS52, DS62, DS72, DS82 og DS92)
- Tarminfektion (DA09)
- Blærebetændelse (DN30 – undtagen DN303 og DN304)
- Lungebetændelse (DJ12-15 og DJ18)
- Akut bronkitis o.l. (DJ20-22)
- Kronisk nedre luftvejssygdom (DJ40-47)
- Forstoppelse (DK590)
- Væskemangel (DE869)
- Tryksår (DL89)
- Sociale og plejemæssige forhold (DZ59 og DZ74-DZ75)
- Diabetes (DE10-14)

Medicinforbrug: Opgørelsen af patienternes medicinforbrug er baseret på Lægemedeldatabasen. Opgørelsen af lægemidler indeholder ikke håndkøbsmedicin. Når antallet af forskellige lægemidler er opgjort, betragtes to lægemidler som forskellige, hvis de har forskellige betegnelser på ATC-klassifikationens (anatomisk terapeutisk kemisk) andet niveau.

Henvisninger fra almenpraktiserende læge: Tidligere analyser af henvisningspraksis har vist, at der findes en vis variation i registreringspraksis mellem hospitalerne. Yderligere ser det ud til, at variationen har sammenhæng med regioner, så variationen mellem regionerne er større end variationen mellem hospitalerne indenfor samme region. Disse forskelle knytter sig i særlig grad til registrering af henvisninger fra almenpraktiserende læge. I rapporten er der derfor foretaget en korrektion af henvisningsmåden, hvilket skal sikre en mere konsistent opgørelse. Metoden er beskrevet i bilaget til Analyse af henvisningsmønstret i dansk almen praksis (2008) udgivet af Dansk Sundhedsinstitut. (Se http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2008/Henvisningsm%C3%B8nstret%20vXII.ashx)

Kronikere: I opgørelsen af kronisk sygdom inkluderes alle levende borgere over 18 år på opgørelsestidspunktet. Opgørelsen inkluderer populationer for de følgende fem kroniske sygdomsområder: diabetes, hjerte-kar-sygdomme, kroniske lungesygdomme, knogleskørhed og leddegigt og psykiske sygdomme. Kronikere identificeres indenfor hvert sygdomsområde på baggrund af hospitalskontakt, lægemiddelforbrug og ydelser omfattet af den offentlige sygesikring. For en nærmere beskrivelse af metoden henvises til http://www.sst.dk/~media/Indberetning%20og%20statistik/Sundhedsdata/Kommunale_sundhedsindikatorer/Algoritme%20for%20Sundhedsstyrelsens%20monitorering%20af%20kronisk%20sygdom.ashx.

Det skal bemærkes, at denne analyse ikke er baseret på data for samtlige leverede ydelser, der er omfattet af den offentlige sygesikring. Analysens datagrundlag indeholder udelukkende oplysninger om ydelser leveret af almenpraktiserende læger og dermed ikke speciallæger. Opgørelsen af kronikere kan derfor være underestimeret, da ydelser omfattet af den offentlige sygesikring leveret af speciallæger ikke indgår. Det vurderes, at omfanget af denne underestimering er minimal.

Aldersstandardisering: I relevante opgørelser, hvor data er opdelt på kommuner, er der anvendt en standardisering af data ud fra alder. Opgørelser på regionalt niveau er ikke aldersstandardiserede, da variationen i aldersfordelingen ikke på dette niveau vurderes at være så stor, at dette har en væsentlig indvirkning.

Aldersstandardisering har til formål at sikre, at der tages højde for forskelle i alderssammensætningen på tværs af de geografiske enheder. Aldersstandardiseringen er baseret på en inddeling af populationen i femårs intervaller (fra 0-4 år til 85+ år). For hver geografisk enhed og aldersgruppe beregnes det forventede antal (fx patienter), som enheden ville have – givet antallet af indbyggere, der findes i aldersgruppen, hvis enheden havde det samme antal per 1.000 indbyggere som hele landet. Det forventede antal summeres for hver geografisk enhed på tværs af aldersgrupperne. Det samlede forventede antal sættes i forhold til det samlede faktiske antal. Denne brøk ganges med det samlede antal per 1.000 indbyggere for hele landet og udtrykker hver geografisk enheds standardiserede antal per 1.000 indbyggere.

1.3. Læsevejledning

Afreporteringen af analysen er opdelt i tre kapitler, der dækker de forskellige hoveddele af den samlede analyse.

Kapitel 2 indeholder en bred overvejende registerbaseret analyse af den samlede medicinske aktivitet og kapacitetsudnyttelse for 2007-2011. Dette fører frem til en række betragtninger om potentialer for at reducere patienttilstrømningen og for at opnå en bedre udnyttelse af sengekapaciteten, sådan som det er præsenteret i den indledende sammenfatning.

Kapitel 3 fokuserer på de ældre medicinske patienter, der har været indlagt til undersøgelse eller behandling for bestemte lidelser, og som udgør en væsentlig del af den gruppe patienter, der ofte betegnes som diffuse eller komplekse patienter. Denne del af analysen har til formål at kortlægge strukturen i patienternes forløb både før, under og efter selve kontakten med hospitalet og belyse samspillet mellem primærsektoren og sekundærsektoren i behandlingen af patienterne.

Kapitel 4 omfatter en overvejende kvalitativ kortlægning af praksis og muligheder i forhold procesoptimering på de medicinske afdelinger og i forhold til samarbejdet på tværs af sektorerne, der vil være væsentlige omdrejningspunkter for realiseringen af de potentialer, der er præsenteret i det foregående.

I bilag er der endvidere medtaget en række supplerende figurer, som der henvises til fra kapitel 2.

2. De medicinske afdelingers aktivitet og kapacitet

De medicinske afdelinger har oplevet en stigning i aktiviteten – særligt indenfor det ambulante område – men har generelt reduceret sengekapaciteten og sengedagsforbruget, hvilket har medført en højere kapacitetsudnyttelse, da sengeantallet er reduceret mere end faldet i antallet af senge-dage. Der er dog stor variation i de enkelte regioners kapacitetsudnyttelse. Samtidig viser hospitalernes egne patientinventurer og spildanalyser, at sengekapaciteten kan anvendes bedre. Dertil kommer, at der på tværs af kommuner er stor variation i kapacitetstrækket på hospitalerne. Samlet set indikerer dette, at der fortsat er et betydeligt potentiale i forhold til at optimere patientforløbene og sikre en bedre regional og kommunal forebyggelse på området.

2.1. Indledning og sammenfatning

Dette kapitel omfatter en samlet beskrivelse af de medicinske afdelingers aktivitet, patientforløb og sengekapacitet med fokus på perioden 2007-2011, herunder antal patienter, antal sengedage, antal indlæggelser, antal normerede sengepladser mv., og en beskrivelse af de medicinske patienters karakteristika.

I det følgende sammenfattes denne del af analysens væsentligste resultater, idet de centrale nøgletal for det medicinske område er opstillet i nedenstående tabel.

Tabel 3. Nøgletal for aktiviteten og kapaciteten på de medicinske afdelinger opdelt på regioner, 2011

	Hoved- staden	Sjælland	Syd- danmark	Midt- jylland	Nord- jylland	Hele landet
Samlede patienter						
Antal unikke patienter (CPR)	270.265	103.710	213.546	179.964	79.934	823.285
- Indlagte (uden ambulante kontakter)	35.126	18.061	19.704	24.063	14.710	103.379
- Både indlagt og ambulant	59.491	22.350	40.377	37.884	16.705	178.342
- Ambulante (uden indlæggelser)	175.648	63.299	153.465	118.017	48.519	541.564
Antal unikke patienter per 1.000 indbyggere ¹	145	136	171	140	140	148
Årlig vækst i antal unikke patienter, 2007-2011	2,7 %	3,2 %	5,6 %	2,1 %	5,2 %	3,6 %
Indlagte patienter						
Antal unikke indlagte patienter per 1.000 indbyggere ¹	54	50	45	49	54	50
Årlig vækst i antal unikke indlagte patienter, 2007-2011	2,1 %	-0,5 %	0,8 %	0,6 %	1,7 %	1,3 %
Antal indlæggelser	183.995	68.920	106.744	122.407	57.459	539.525
Antal indlæggelser per unik indlagt patient	1,9	1,7	1,8	2,0	1,8	1,9
Antal sengedage	786.826	388.028	457.013	465.041	264.444	2.361.352
Antal sengedage per unik indlagt patient	8,3	9,6	7,6	7,5	8,4	8,4
Antal sengedage per indlæggelse	4,3	5,6	4,3	3,8	4,6	4,4
Årlig vækst i antal sengedage per indlæggelse, 2007-2011	-5,7 %	2,8 %	-3,3 %	-5,5 %	-3,4 %	-3,7 %
Andel genindlæggelser	7,4 %	7,2 %	10,0 %	7,0 %	8,4 %	7,9 %
Antal forebyggelige indlæggelser per 1.000 indbyggere ²	15,5	13,4	13,5	12,4	14,5	14,0
Antal korttidsindlæggelser per 1.000 indbyggere ²	34,8	27,5	28,1	28,9	23,9	29,8
Ambulante besøg						
Antal ambulante besøg	1.352.962	383.070	954.627	680.707	265.648	3.637.014
Antal ambulante forløb	333.750	116.921	302.230	254.397	89.366	1.096.664
Antal ambulante besøg per unik patient	5,8	4,5	4,9	4,4	4,1	5,1
Færdigbehandlede patienter						
Antal sengedage for færdigbehandlede patienter	8.737	1.010	730	1.302	768	12.547
Andel sengedage for færdigbehandlede patienter af samlede sengedage	1,11 %	0,26 %	0,16 %	0,28 %	0,29 %	0,53 %
Kapacitet						
Antal disponible senge på de medicinske afdelinger i alt	2.183	908	1.193	1.255	737	6.275

Kilder: Landspatientregisteret, regionerne og Danmarks Statistik.

¹ Antal unikke patienter er her opdelt på bopælsregion.

² Antal indlæggelser er her opdelt på bopælsregion.

De indlagte medicinske patienter omfatter en stor andel ældre med mange diagnoser og et relativt højere medicinforbrug, der bor alene og ikke modtager hjemmehjælp

- Ud af den samlede gruppe af unikke medicinske patienter udgør borgere over 65 år 40,1 procent på landsplan, heraf 20,3 procent i gruppen af 65-74-årige, 13,6 procent i gruppen af 75-84-årige og 6,2 procent i gruppen af 85+årige. Gruppen af medicinske patienter er ligeligt fordelt mellem kønnene.
- De indlagte medicinske patienter er generelt ældre end de ambulante medicinske patienter. I alle fem regioner udgør de 85+årige lidt over 10 procent af de indlagte patienter, mens samme aldersgruppe kun udgør omkring 3 procent af de patienter, der alene behandles ambulant.
- For samtlige regioner gælder, at gruppen af patienter, der er over 65 år, udgør cirka halvdelen af de indlagte patienter, mens samme gruppe udgør cirka en tredjedel af de patienter, der alene har været i ambulant behandling.

- Det gennemsnitlige antal diagnoser på regionsniveau ligger mellem 2,5 og 3 for medicinske patienter. Antallet af diagnoser per patient stiger i takt med alderen, og de indlagte medicinske patienter har generelt flere diagnoser end de ambulante medicinske patienter.
- De indlagte medicinske patienter tager generelt flere lægemidler end de ambulante medicinske patienter. Det gennemsnitlige antal lægemidler for indlagte medicinske patienter stiger med alderen, og der er et væsentligt spring i antallet af lægemidler, når patienterne bliver over 65 år. De indlagte medicinske patienter under 65 år modtog således i gennemsnit 4,8 lægemidler i løbet af 2011, mens antallet var over 7 for gruppen af indlagte medicinske patienter over 65 år.
- Blandt de indlagte patienter er der en højere andel enlige, og den udgør den største andel i Region Hovedstaden med 48 procent. Andelen, som plejehjemsbeboere udgør af henholdsvis indlagte og ambulante patienter, er meget begrænset.
- Cirka en fjerdedel af de indlagte patienter over 65 år modtager hjemmepleje mindst én gang i en periode på seks måneder inden indlæggelsen.
- De patienter, der ikke modtager hjemmepleje, har kortere liggetider end dem, der modtager hjemmepleje, men de er samtidig indlagt flere gange end de patienter, der modtager hjemmepleje, hvilket alt i alt giver flere sengedage per år per patient uden hjemmepleje.

Aktiviteten på det medicinske område er steget kraftigt, især på det ambulante område

- De medicinske afdelinger har generelt oplevet en vækst både i antallet af unikke medicinske patienter og i antallet af behandlingsforløb fra 2007 til 2011.
- Antallet af unikke medicinske patienter steg fra 713.444 i 2007 til 823.285 i 2011, svarende til en gennemsnitlig årlig vækst på 3,6 procent og en samlet stigning på 15,4 procent. Væksten fandt primært sted indenfor det ambulante område, hvor antallet på landsplan voksede med 4,5 procent årligt, mens den årlige vækst i antallet af unikke indlagte medicinske patienter alene var 1,3 procent på landsplan.
- Stigningen i det samlede antal unikke patienter kan maksimalt (når der udelades en effekt af sund aldring) for en tredjedels vedkommende (4,5 procent) forklares ved det stigende antal ældre, mens den resterende stigning (10,9 procent) kan henføres til, at der behandles flere borgere indenfor de forskellige aldersgrupper.
- Hovedparten af stigningen i antallet af unikke patienter kan tilskrives en markant vækst i antallet af unikke borgere, der alene er berørt af ambulante kontakter, mens antallet af unikke borgere, der er berørt af indlæggelse, kun er steget i moderat omfang. Stigningen i antallet af borgere, der behandles ambulant, skyldes både et stigende antal ældre, og at der behandles flere borgere indenfor de forskellige aldersgrupper, mens stig-

ningen i antallet af indlagte borgere næsten udelukkende kan forklares ved en ændret befolkningssammensætning.

- Afdelingerne gennemførte 1.636.189 behandlingsforløb i 2011, hvoraf 539.525 var indlæggelser, og 1.096.664 var ambulante forløb.
- Antallet af ambulante forløb er steget mere end antallet af indlæggelser i perioden 2007-2011. Antallet af ambulante forløb steg med 6,8 procent årligt på landsplan fra 2007 til 2011, mens antallet af indlæggelser i gennemsnit er steget med 2,0 procent årligt.
- Antallet af ambulante besøg er steget i nogenlunde samme takt som antallet af ambulante patienter i hele landet. Der er dog tydelige regionale forskelle i udviklingen. I Region Syddanmark er antallet af ambulante besøg steget mere end antallet af ambulante patienter, mens antallet af ambulante patienter er steget mere end antallet af ambulante besøg i Region Sjælland, Region Midtjylland og Region Nordjylland.

Niveauet for og udviklingen i tilgangen til og aktiviteten på de medicinske afdelinger varierer i væsentligt omfang mellem regionerne

- En forholdsmæssigt større andel af befolkningen i Region Syddanmark modtager behandling på de medicinske afdelinger. Region Syddanmark har desuden haft en relativt højere årlig vækst i antal unikke medicinske patienter i perioden 2007-2011, der ikke kan henføres til forskelle i demografi.
- Antallet af unikke medicinske patienter per 1.000 indbyggere var 148 på landsplan i 2011, mens tallet var 171 for Region Syddanmark. Region Sjælland havde med 135 det laveste antal og oplevede som den eneste region en mindre reduktion på 0,5 procent årligt fra 2007 til 2011.
- Antallet af behandlingsforløb steg tilsvarende meget markant fra 2007 til 2011 med i alt 32,7 procent i Region Syddanmark efterfulgt af Region Nordjylland med 29,1 procent. Væksten i behandlingsforløb fandt især sted indenfor det ambulante område. Heroverfor havde Region Sjælland alene en samlet vækst på 10,2 procent i antallet af behandlingsforløb i perioden, mens de samlede vækstrater for Region Hovedstaden og Region Midtjylland var henholdsvis 16,0 procent og 23,0 procent.
- Der kan endvidere konstateres meget store forskelle mellem de enkelte kommuner – også indenfor de enkelte regioner – i forhold til, i hvilken grad borgerne berøres af indlæggelser på det medicinske område. I gennemsnit havde kommunerne på landsplan 93,8 indlæggelser på de medicinske afdelinger per 1.000 indbyggere i 2011. Kommunen med færrest indlæggelser havde dog alene 70,6, mens kommunen med flest indlæggelser havde 133,1.
- Forskellene mellem kommunerne lader sig ikke forklare ved forskellene i kommunernes socioøkonomiske forhold.

Der er generelt sket en reduktion i sengedagsforbruget – men der er stor variation på tværs af regionerne

- De medicinske patienter havde 2.361.352 sengedage i 2011, hvoraf knap halvdelen kunne henføres til intern medicinske afdelinger.
- Hver unik patient indlagt på de medicinske afdelinger havde på landsplan i gennemsnit 8,4 sengedage i løbet af året i 2011 og i gennemsnit 4,4 dage per indlæggelse (afdelingsudskrivninger).
- Der er væsentlige forskelle mellem regionerne. Region Sjælland havde med 5,6 sengedage per indlæggelse det højeste gennemsnitlige antal sengedage på de medicinske afdelinger, mens Region Midtjylland med 3,8 sengedage havde det laveste antal.
- Der er sket et fald på i alt 17,6 procent i det gennemsnitlige antal sengedage per indlæggelse på de medicinske afdelinger i perioden 2007-2011, svarende til et årligt fald på 3,7 procent. Fire ud af fem regioner reducerede således det gennemsnitlige antal af sengedage i perioden, mens Region Sjælland oplevede en stigning på 11,5 procent fra 2007 til 2011, svarende til 2,8 procent årligt.
- Mens de øvrige regioner generelt har haft en tilvækst i antallet af medicinske patienter, men en reduktion i antallet af sengedage per indlæggelse, har Region Sjælland som den eneste region omvendt reduceret antallet af unikke medicinske patienter fra 2007 til 2011 og øget det gennemsnitlige antal sengedage både per unik patient og per indlæggelse i perioden.
- Samlet set har det resulteret i, at alle regioner bortset fra Region Sjælland har reduceret det totale sengedagsforbrug på de medicinske afdelinger fra 2007 til 2011.

Sengedagsforbrug og liggetider varierer markant på tværs af kommunerne

- Kommunerne spiller en central rolle i forhold til forebyggelse af indlæggelse og ved modtagelse af patienter udskrevet fra de medicinske afdelinger, herunder borgere, som de allerede er i kontakt med. Deres indsats på området indvirker dermed på det samlede sengedagsforbrug på de medicinske afdelinger.
- Der er en betydelig variation mellem kommunerne i antallet af sengedage per 1.000 indbyggere. Kommunerne har i gennemsnit 412,1 sengedag per 1.000 indbyggere, men antallet varierer mellem knap 300 og knap 600 sengedage på tværs af landet. Der kan ikke observeres en klar sammenhæng mellem kommunernes profil (målt ved det socioøkonomiske indeks) og kommunernes sengedagsforbrug.
- Variationen mellem kommunerne er også betydelig, når man ser på de gennemsnitlige liggetider for hvert hospital opdelt på de kommuner, som det enkelte hospital modtager patienter fra.
- Samlet set indikerer dette, at der eksisterer et potentiale for at nedbringe sengedagsforbruget på tværs af kommunerne. Dette kan for eksempel

ske ved at optimere patientforløbene på tværs af hospitaler, kommuner og almen praksis.

De indlagte medicinske patienter henvises især akut og fra andre hospitalsafdelinger

- De medicinske patienter indlægges i altovervejende grad akut. I samtlige regioner indlægges omkring fire femtedele af de medicinske patienter således akut.
- Halvdelen af de indlagte medicinske patienter var henvist fra andre hospitalsafsnit, mens cirka en fjerdedel var henvist fra egen praktiserende læge og en femtedel fra vagtlægen.
- Henvisningerne til indlæggelse fra et andet hospitalsafsnit fordeler sig ligeligt mellem henvisninger fra en anden indlæggelse, henvisninger fra en skadestue og henvisninger fra ambulans behandling.

Andelen af genindlæggelser har været svagt faldende, men varierer betydeligt i niveau på tværs af landet og kommunerne

- Andelen af genindlæggelser af indlagte medicinske patienter har været svagt faldende i perioden 2007-2011. Omkring 8 procent af samtlige indlagte medicinske patienter i 2011 genindlægges således akut indenfor 30 dage efter udskrivning fra den primære indlæggelse.
- Der er en betydelig variation i niveauet for genindlæggelser på tværs af landet, hvor særligt kommuner på Fyn, i Nordsjælland og i dele af Nordjylland har en høj andel af genindlæggelser i niveauet 11-14 procent, mens en række kommuner i Midtjylland og i den nordvestlige del af hovedstadsområdet ligger i niveauet 3,5-5,5 procent.
- Faldet i antallet af genindlæggelser er sket samtidig med et fald i antal sengedage.

Antallet af forebyggelige indlæggelser og korttidsindlæggelser har været stigende

- Antallet af forebyggelige indlæggelser og korttidsindlæggelser er på landsplan fra 2007 til 2011 i gennemsnit steget med henholdsvis 2,6 og 2,8 procent per år.
- Det samlede antal forebyggelige indlæggelser udgjorde 77.653 i 2011, hvilket svarer til 14,4 procent af de samlede indlæggelser og 14,0 per 1.000 indbyggere. Med 15,5 var antallet højest i Region Hovedstaden og med 12,4 lavest i Region Midtjylland. Der er dog fra flere sider undervejs i analyseforløbet sat spørgsmålstegn ved, hvor reelt retvisende afgrænsningen af den underliggende diagnoseliste er.
- Det samlede antal korttidsindlæggelser udgjorde 165.693 i 2011, hvilket svarer til 35,2 procent af de samlede indlæggelser og 29,8 per 1.000 indbyggere. Antallet af korttidsindlæggelser steg med 2,8 procent årligt i perioden 2007-2011.

- Antallet af korttidsindlæggelser varierer betydeligt mellem regionerne. Region Syddanmark skiller sig ud ved alene at have 23,9 korttidsindlæggelser per 1.000 indbyggere, mens Region Hovedstaden havde 38,4 korttidsindlæggelser per 1.000 indbyggere.
- For forebyggelige indlæggelser og korttidsindlæggelser er der en betydelig variation på tværs af kommuner.

Belægningsgraden er høj og har været stigende – men mange patienter behøvede ikke at være indlagt

- Antallet af senge på de medicinske afdelinger er blevet reduceret betydeligt fra 2007 til 2011. Den samlede sengekapacitet på de medicinske afdelinger er således blevet reduceret med 1.087 senge fra 2007 til 2011, hvilket svarer til en reduktion på 14,6 procent i perioden.
- I samme periode er antallet af sengedage faldet med 7 procent, da stigningen i antallet af indlæggelser er mere end opvejet af faldet i liggetiden.
- Sengekapaciteten på de medicinske afdelinger er således blevet reduceret mere end sengedagsforbruget. De medicinske afdelinger har således oplevet et gradvis stigende kapacitetspres i perioden.
- Patientinventeringer og spildanalyser har afdækket, at cirka 20 procent af de faktisk indlagte ikke behøvede at være indlagt, blandt andet på grund af interne ventetider, muligheder for anvendelse af lavere omsorgsniveau og omlægning til ambulat behandling.

Der vurderes fortsat at være betydelige muligheder for at reducere sengedagsforbruget yderligere.

På baggrund af de gennemførte analyser af det medicinske område som helhed, der har afdækket en betydelig variation i mange dimensioner, tegner der sig tre hovedspor i forhold til realisering af potentialer for betydelige reduktioner i sengedagsforbruget:

- Optimering af den faktiske anvendelse af sengekapaciteten med afsæt i resultaterne af patientinventeringer og spildanalyser.
- Udbredelse af den mest effektive patientforløbspraksis med afsæt i variationen i liggetider på tværs af hospitaler og kommuner.
- Udbredelse af god praksis i kommunerne og i samspillet mellem kommuner, almenpraktiserende læger og regioner i forhold til begrænsning af patienttilstrømningen med afsæt i den betydelige variation i indlæggelser, sengedage og liggetider mellem patienterne i kommunerne.

Der henvises til den overordnede sammenfatning for en nærmere og samlet præsentation af potentialebetragtningerne.

I det følgende er de enkelte elementer i denne del af analysen nærmere præsenteret.

2.2. Det samlede billede af de medicinske patienter

Unikke patienter

Antallet af medicinske patienter har generelt været stigende i perioden 2007-2011. Samlet set steg antallet af patienter således fra 713.444 i 2007 til 823.285 i 2011, svarende til en gennemsnitlig årlig vækst på 3,6 procent.

Region Syddanmark oplevede den højeste årlige vækst på 5,6 procent, mens Region Midtjylland oplevede den laveste årlige vækst på 2,1 procent, jf. tabel nedenfor.

Table 4. Antal unikke medicinske patienter opdelt på regioner, 2007-2012¹

	2007	2008	2009	2010	2011	2012 ² (skøn)	Årlig vækst 2007- 2011	Årlig vækst 2011- 2012
Hovedstaden	242.879	247.471	256.572	260.223	270.265	286.677	2,7	6,1
Sjælland	91.574	95.377	96.829	96.513	103.710	106.306	3,2	2,5
Syddanmark	172.009	180.899	192.028	197.467	213.546	221.405	5,6	3,7
Midtjylland	165.535	169.767	178.412	173.999	179.964	187.919	2,1	4,4
Nordjylland	65.169	68.443	73.300	77.111	79.934	82.557	5,2	3,3
Hele landet	713.444	736.801	771.455	782.138	823.285	860.554	3,6	4,5

Kilde: Landspatientregisteret.

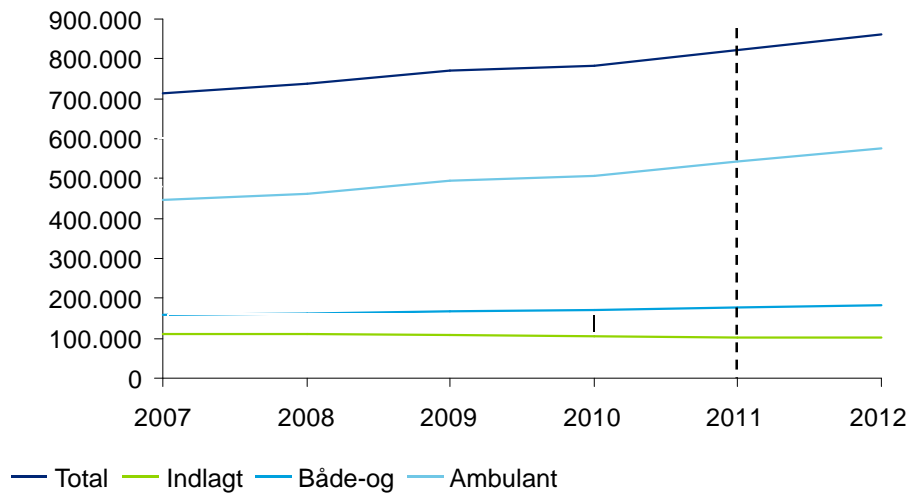
¹ Summen af de enkelte regioners unikke patienter er højere end tallet for hele landet, da nogle patienter har modtaget behandling i flere forskellige regioner.

² Tallene for 2012 omfatter faktiske aktivitetstal for perioden januar-november, der er tillagt et skøn for aktiviteten i december, der er opgjort med udgangspunkt i decembers forholdsmæssige andel af aktiviteten i 2011.

Af de samlede unikke medicinske patienter i 2011 var 103.379, svarende til 12,7 procent, af patienterne alene indlagt, mens 541.564, svarende til 65,8 procent, alene modtog ambulante behandling. De resterende 178.342 af de unikke medicinske patienter var både indlagt og modtog ambulante behandling i løbet af 2011.

Set over perioden 2007-2011 har der været en samlet stigning i antallet af unikke medicinske patienter, der alene modtog ambulante behandling, på 17,7 procent, mens antallet af unikke medicinske patienter, der alene var indlagt, er faldet med 6,2 procent i samme periode. Antallet af unikke medicinske patienter, der både modtog ambulante behandling og var indlagt, steg med 13,2 procent fra 2007 til 2011, jf. figuren nedenfor.

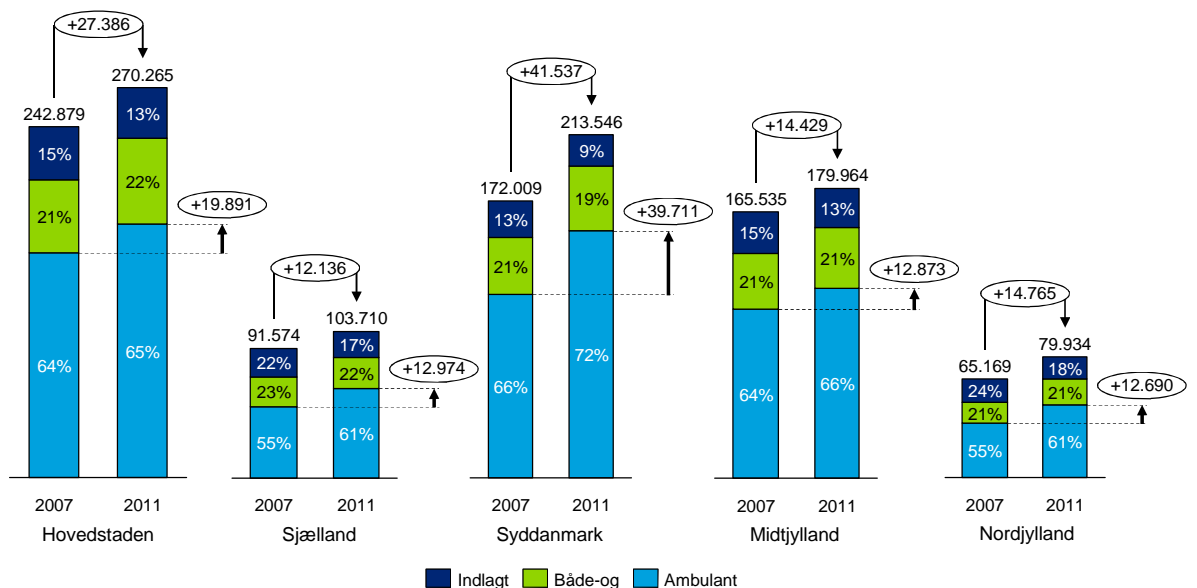
Figur 1. Udvikling i antal unikke medicinske patienter, 2007-2011



Kilde: Landspatientregisteret.

En sammenligning af udviklingen i unikke medicinske patienter på tværs af regioner viser, at den samlede vækst i unikke patienter stort set har fundet sted indenfor gruppen af patienter, der alene behandles ambulant. Region Hovedstaden skiller sig dog ud ved, at kun godt to tredjedele af væksten i unikke patienter på 27.386 dækkes af denne gruppe, jf. figuren nedenfor.

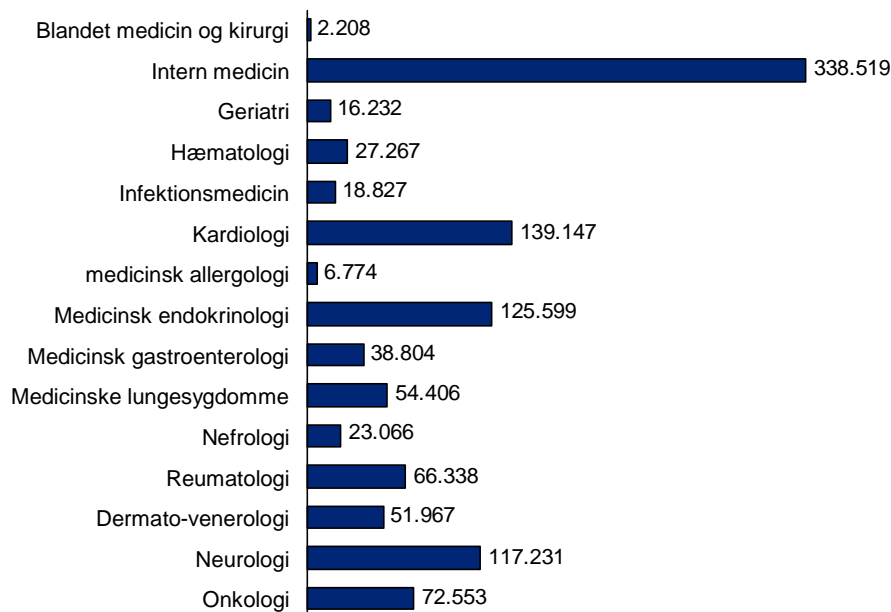
Figur 2. Udvikling i antal unikke medicinske patienter opdelt på regioner, 2007 og 2011



Kilde: Landspatientregisteret.

En større del af de medicinske patienter modtog i løbet af 2011 behandling indenfor flere forskellige specialer, og opgjort på specialer/afdelingstyper blev der således behandlet 1.198.938 patienter i 2011. Knap en tredjedel heraf blev behandlet indenfor specialet/afdelingstypen intern medicin, jf. figur nedenfor.

Figur 3. Antal medicinske patienter opdelt på specialer/afdelingstyper, 2011



Kilde: Landspatientregisteret.

Denne relative vækst i antallet af medicinske patienter på landsplan fra 2007 til 2011 har især været høj indenfor specialerne medicinsk allergologi, medicinsk endokrinologi, dermato-venerologi og onkologi. Indenfor medicinsk endokrinologi voksede antallet af patienter således fra godt 82.000 i 2007 til knap 131.000 i 2011. Den årlige vækst indenfor det største område – intern medicin – ligger derimod under gennemsnittet, men voksede dog alligevel fra godt 315.000 patienter i 2007 til knap 339.000 patienter i 2011, jf. tabel nedenfor.

Tabel 5. Antal unikke medicinske patienter opdelt på specialer, 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011	2012 ¹ (skøn)	Årlig vækst 2007- 2011	Årlig vækst 2011- 2012
Blandet medicin og kirurgi	7.053	7.040	5.806	2.671	2.208	1.864	-25,2	-15,6
Intern medicin	315.334	321.269	332.631	333.499	338.519	338.810	1,8	0,1
Geriatrici	17.081	18.113	18.645	17.000	16.232	15.973	-1,3	-1,6
Hæmatologi	20.975	22.535	19.811	23.434	27.267	30.239	6,8	10,9
Infektionsmedicin	16.835	17.630	18.527	17.307	18.827	22.402	2,8	19,0
Kardiologi	114.455	119.228	126.867	128.464	139.147	150.273	5,0	8,0
Medicinsk allergologi	4.472	4.029	4.544	5.664	6.774	7.529	10,9	11,1
Medicinsk endokrinologi	82.240	92.391	107.924	112.364	125.599	130.741	11,2	4,1
Medicinsk gastroenterologi	30.873	31.429	34.245	36.371	38.804	43.932	5,9	13,2
Medicinsk lungesygdomme	44.674	41.152	46.977	49.301	54.406	60.124	5,1	10,5
Nefrologi	19.065	19.763	20.365	20.411	23.066	24.693	4,9	7,1
Reumatologi	60.232	65.925	65.467	61.478	66.338	76.972	2,4	16,0
Dermato-venerologi	39.192	40.674	44.746	48.505	51.967	56.862	7,3	9,4
Neurologi	90.653	96.787	100.820	104.723	117.231	121.922	6,6	4,0
Onkologi	53.018	58.534	66.487	69.353	72.553	76.526	8,2	5,5
Hele landet	916.152	956.499	1.013.862	1.030.545	1.098.938	1.158.862	4,7	5,5

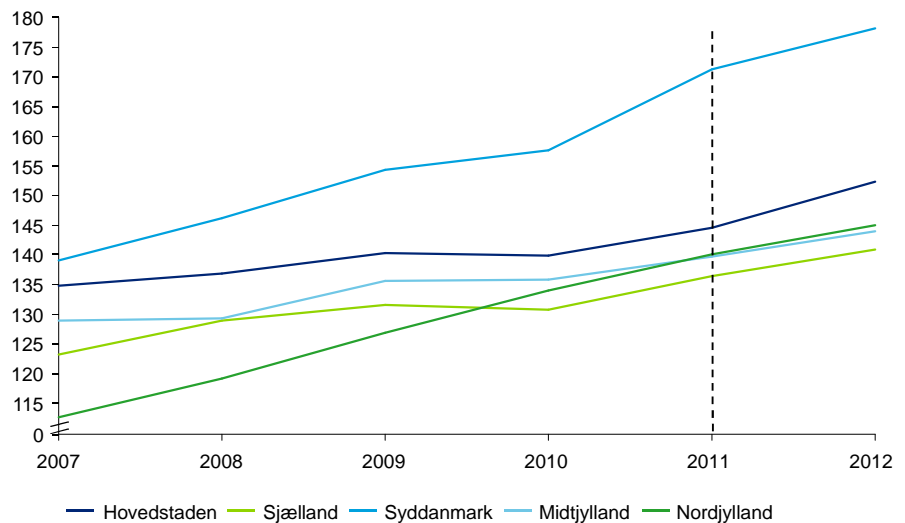
Kilde: Landspatientregisteret.

¹ Tallene for 2012 omfatter faktiske aktivitetstal for perioden januar-november, der er tillagt et skøn for aktiviteten i december, der er opgjort med udgangspunkt i decembers forholdsmæssige andel af aktiviteten i 2011.

Omlægninger mellem specialer kan eventuelt forklare en del af forskellene i væksten indenfor de enkelte specialer.

Antallet af unikke medicinske patienter per 1.000 indbyggere udgjorde 148 på landsplan i 2011. Region Syddanmark havde den højeste andel af unikke medicinske patienter med 171 per 1.000 indbyggere, mens Region Sjælland med 136 unikke patienter per 1.000 indbyggere havde den laveste andel. Region Nordjylland havde den laveste andel medicinske patienter i 2007, men oplevede den højeste årlige vækst på 5,6 procent i perioden og lå derfor højere end Region Sjælland i 2011. Region Hovedstaden og Region Midtjylland havde de laveste årlige vækstrater på henholdsvis 1,8 og 2,0 procent i perioden.

Figur 4. Antal unikke medicinske patienter per 1.000 indbyggere opdelt på regioner¹, 2007-2012



Kilder: Landspatientregisteret og Danmarks Statistik.

¹ Antal unikke patienter er her opdelt på bopælsregion.

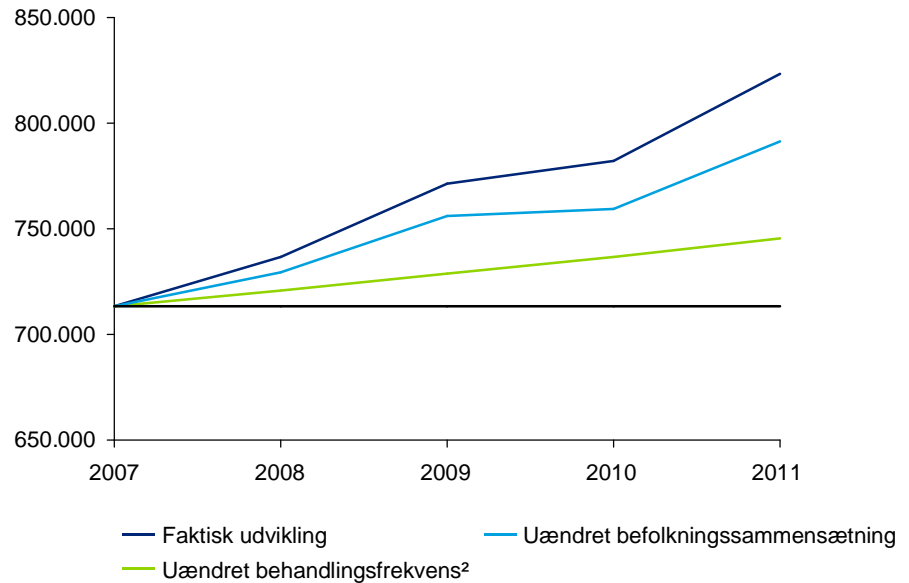
Samlet viser opgørelsen af unikke patienter, at de medicinske afdelinger har skullet håndtere et stigende antal patienter i perioden 2007-2012, særligt indenfor det ambulante område.

Herudover viser opgørelsen, at en forholdsmeget stor andel af befolkningen i Region Syddanmark og til dels Region Hovedstaden modtager behandling på de medicinske afdelinger sammenlignet med de øvrige regioner, ligesom Region Syddanmark desuden har haft en relativt højere årlig vækst i antal unikke medicinske patienter i perioden 2007-2011.

Væksten i antallet af patienter på de medicinske afdelinger fra 2007 til 2011 kan ikke udelukkende henføres til en relativt højere vækst i hverken det samlede indbyggertal eller andelen af 65+årige i befolkningen.

Nedenstående figur viser den faktiske udvikling i antallet af medicinske patienter og udviklingen i antallet af patienter under antagelse af, at henholdsvis antallet af patienter per 1.000 indbyggere og befolkningssammensætningen fastholdes på niveauet for 2007.

Figur 5. Udvikling i antal patienter på de medicinske afdelinger¹, 2007-2011



Kilder: Landspatientregisteret og Danmarks Statistik.

¹ Udviklingen i det samlede antal patienter er beregnet ud fra udviklingen i aldersintervaller af fem år fra 0-4 år til 85+ år. ² Antal patienter per 1.000 indbyggere.

Som figuren viser, medfører ændringen i befolkningssammensætningen en stigning i antal patienter på 4,5 procent, mens ændringen i behandlingsfrekvensen medfører en stigning på 10,9 procent.

Der er således sket en vis tilvækst i antallet af patienter på de medicinske afdelinger som følge af, at befolkningen er blevet ældre og dermed alt andet lige mere behandlingskrævende. Befolkningssammensætningen kan dog langt fra forklare hele udviklingen, og der er således også sket en tilvækst i antallet af patienter udelukkende som følge af, at der behandles flere patienter per indbyggere indenfor de forskellige aldersgrupper.

Hvis figur 5 laves separat for henholdsvis indlagte patienter og patienter behandlet ambulant, viser der sig en forskellig udvikling for hver af de to grupper (se figur 105 og figur 106 i bilag). For de ambulante patienter minder udviklingen meget om udviklingen for den samlede gruppe patienter. En betydelig del af stigningen i antallet af ambulante patienter kan forklares ved en stigning i behandlingsfrekvensen, mens en mindre del kan forklares ved ændringen i befolkningssammensætningen.

For de indlagte patienter forholder det sig anderledes. For denne gruppe kan næsten hele stigningen i antallet af patienter forklares ved udviklingen i befolkningssammensætningen, mens kun en mindre del af stigningen kan forklares ved en ændret behandlingsfrekvens.

Indlæggelser og ambulante forløb.

De medicinske afdelingers kapacitetsudnyttelse påvirkes ikke alene af antallet af unikke medicinske patienter, som de skal behandle, men også af, hvor mange behandlingsforløb de medicinske patienter har på afdelingerne.

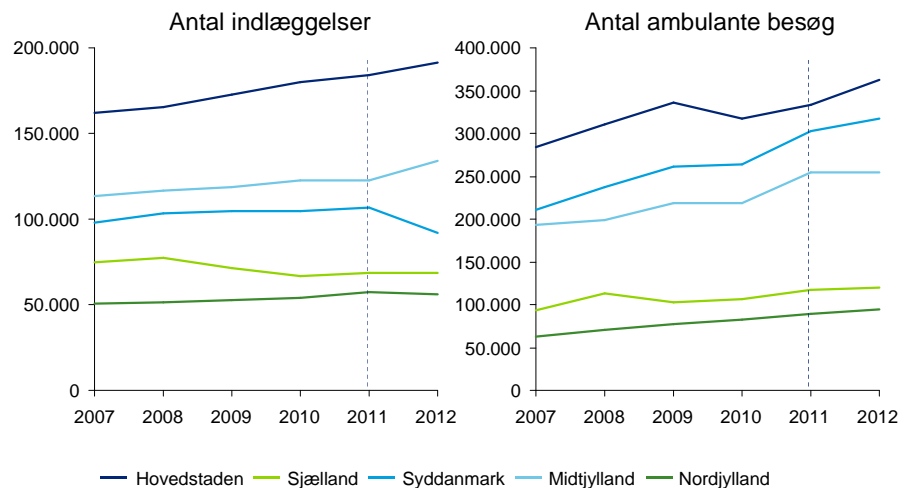
Behandlingsforløb kan omfatte en indlæggelse eller et ambulante forløb, der typisk omfatter en række besøg på de medicinske afdelinger.

Indlæggelserne og de ambulante forløb på de medicinske afdelinger er under ét steget fra 1.343.186 i 2007 til 1.636.189 i 2011, hvilket svarer til en samlet stigning på 21,8 procent i perioden og en gennemsnitlig årlig vækst på 5,1 procent

Væksten har især fundet sted på det ambulante område. Antallet af ambulante forløb er således steget med 6,8 procent årligt på landsplan, mens antallet af indlæggelser alene er steget med i gennemsnit 2,0 procent årligt.

Som figur 6 viser, kan der konstateres en række betydelige forskelle mellem regionerne i forhold til udviklingen i antal indlæggelser og ambulante forløb på de medicinske afdelinger.

Figur 6. Antal indlæggelser og ambulante forløb på medicinske afdelinger opdelt på regioner, 2007-2012



Kilde: Landspatientregisteret.

Antallet af indlæggelser er steget med mellem 8 og 13 procent i Region Hovedstaden, Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland fra 2007 til 2011. I samme periode er antallet af indlæggelser i Region Sjælland faldet med 8 procent.

For samtlige regioner er antallet af ambulante besøg steget i perioden 2007-2011. Der er dog betydelig forskel på, i hvilket tempo denne stigning er sket. Region Hovedstaden og Region Sjælland har haft stigninger på henholdsvis 17 og 25 procent. Region Midtjylland har haft en stigning på 33 procent, og Region Syddanmark og Region Nordjylland har haft stigninger på henholdsvis 44 og 42 procent.

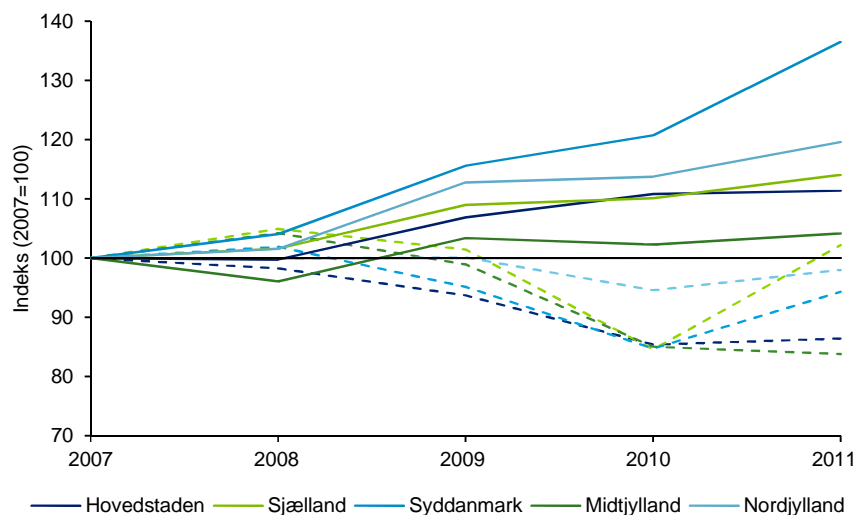
For de fleste regioner er den relative størrelsesorden af den ambulante og den stationære aktivitet ens på tværs af regionerne. Region Hovedstaden har således både flest ambulante besøg og flest indlæggelser, og Region Nordjylland har færrest af begge dele. Det forholder sig dog omvendt for Region

Syddanmark og Region Midtjylland. Af de to regioner har Region Syddanmark færrest indlæggelser, men flest ambulante besøg.

Den kommunale medfinansieringstakst for hospitalsindlæggelser blev hævet fra 1. januar 2012, og væksten i antallet af indlæggelser kunne derfor forventes at være faldet fra 2011 til 2012 i forhold til den forudgående periode. Dette gør sig også gældende i Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Nordjylland, hvor væksten fra 2011 til 2012 ligger under den gennemsnitlige årlige vækstrate fra 2007 til 2011. Dette er imidlertid ikke tilfældet i Region Hovedstaden og Region Midtjylland, hvor væksten har været højere. Der tegner sig således ikke umiddelbart en generel sammenhæng mellem ændringen i medfinansieringen og udviklingen i antal indlæggelser.

Nedenstående figur viser udviklingen i antallet af sengedage per 1.000 indbyggere og udviklingen i antallet af ambulante besøg per 1.000 indbyggere fra 2007 til 2011 for de fem regioner.

Figur 7. Indekseret udvikling i antal sengedage per 1.000 indbyggere (stiplede kurver) og antal ambulante besøg per 1.000 indbyggere (fuldt optrukne kurver) opdelt på regioner, 2007-2011 (indeks 2007 = 100)



Kilder: Landspatientregisteret og Danmarks Statistik.

Note: De stiplede kurver viser udviklingen i antal sengedage per 1.000 indbyggere, mens de fuldt optrukne kurver viser udviklingen i antal ambulante besøg per 1.000 indbyggere.

Som det fremgår af figuren, er antallet af ambulante besøg per 1.000 indbyggere steget for samtlige regioner fra 2007 til 2011. Antallet af ambulante besøg er steget mest i Region Syddanmark (indeks 136 i 2011) og mindst i Region Midtjylland (indeks 104 i 2011).

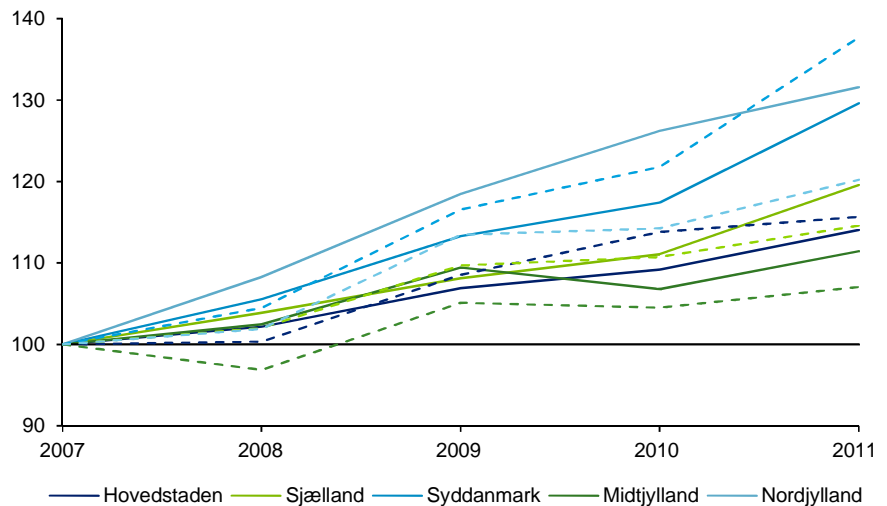
Det forholder sig generelt omvendt for antallet af sengedage per 1.000 indbyggere. Fire af regionerne ligger således under indeks 100 i 2011, mens Region Sjælland ligger på indeks 102.¹

¹ Det relative fald i antal indlæggelser i 2010 kan være sammenhængende med, at influenzaudbruddene i vinteren 2009/2010 og 2010/2011 er faldet udenfor kalenderåret 2010.

Samlet set viser figuren, at der er sket en omlægning af aktiviteten i regionerne fra stationær til ambulante aktivitet. Omlægningen har dog ikke været ensartet på tværs af regionerne, og det kan ikke umiddelbart konkluderes, at stigningen i ambulante aktivitet modsvarer af et tilsvarende fald i den stationære aktivitet.

Figur 8 viser udviklingen i antal ambulante patienter og antal ambulante besøg for hver af de fem regioner.

Figur 8. Udvikling i antal ambulante patienter (fuldt optrukne kurver) og antal ambulante besøg (stiplede kurver) opdelt på regioner, 2007-2011 (indeks 2007 = 100)



Kilder: Landspatientregisteret og Danmarks Statistik.

Note: De fuldt optrukne kurver viser udviklingen i antal ambulante patienter, mens de stiplede kurver viser udviklingen i antal ambulante besøg.

For samtlige regioner gælder, at både antallet af ambulante patienter og antallet af ambulante besøg har været stigende i perioden 2007-2011. I Region Sjælland, Region Midtjylland og Region Nordjylland er antallet af patienter steget relativt mere end antallet af ambulante besøg. Særligt i Region Nordjylland er der en betydelig forskel i udviklingen. Her er antallet af ambulante besøg steget til indeks 120 i 2011, mens antallet af ambulante patienter er steget til indeks 132.

I Region Hovedstaden er antallet af patienter og ambulante besøg steget nogenlunde lige meget, mens antallet af ambulante besøg er steget betydelig mere end antallet af ambulante patienter i Region Syddanmark. Region Syddanmark skiller sig også ud ved at have haft en betydelig større vækst i antallet af ambulante besøg sammenlignet med de øvrige regioner. Det er i forbindelse med analysen blevet fremført, at dette blandt andet kan skyldes større ambulante indsatser i forhold til KOL og diabetes i regionen.

Forskellene i sammensætningen af de medicinske behandlinger mellem indlæggelser og ambulante forløb på tværs af regioner – og den forskellige udvikling heri fra 2007 til 2011 – gør det relevant nærmere at undersøge afdelingernes kapacitetsudnyttelse. Tilsvarende viser de betydelige forskelle i

tilgangen af patienter til de medicinske afdelinger, at der kan være et potenti-
 ale knyttet til at sikre et mere effektivt samspil mellem de medicinske afdelin-
 ger og primærsektoren.

Da analysens fokus er på en optimal udnyttelse af sengekapaciteten på de
 medicinske afdelinger, ses der – med afsæt i ovenstående resultater – i næs-
 te afsnit nærmere på udviklingen i antallet af *indlagte* patienter.

2.3. Indlagte patienter

Unikke patienter og indlæggelser.

Samlet set var der indlagt 281.721 unikke patienter på de medicinske afde-
 linger i 2011, svarende til godt en tredjedel af samtlige unikke medicinske
 patienter.

Antallet af unikke indlagte patienter har været svagt stigende fra 2007 til
 2011. Den gennemsnitlige årlige vækst var således på 1,3 procent i perioden,
 hvilket er væsentlig lavere end den gennemsnitlige årlige vækst i antallet af
 unikke medicinske patienter på 3,6 procent fra 2007 til 2011, jf. tabel 4 oven-
 for.

Den højeste årlige vækst fandt sted i Region Hovedstaden, mens Region
 Sjælland oplevede en svag negativ årlig vækst i perioden. Det bemærkes, at
 der er sket en markant reduktion på 8,8 procent i antal unikke indlagte patien-
 ter i Region Syddanmark fra 2011 til 2012, jf. tabel nedenfor.

Tabel 6. Antal unikke indlagte medicinske patienter opdelt på regioner, 2007-2012¹

	2007	2008	2009	2010	2011	2012 ² (skøn)	Årlig vækst 2007- 2011	Årlig vækst 2011- 2012
Hovedstaden	87.122	88.718	90.159	93.008	94.617	99.123	2,1	4,8
Sjælland	41.249	43.306	41.549	38.543	40.411	40.474	-0,5	0,2
Syddanmark	58.255	59.873	60.536	59.143	60.081	54.799	0,8	-8,8
Midtjylland	60.391	62.462	63.293	62.337	61.947	64.995	0,6	4,9
Nordjylland	29.340	29.228	30.205	30.390	31.415	31.224	1,7	-0,6
Hele landet	267.839	275.072	277.526	276.132	281.721	284.091	1,3	0,8

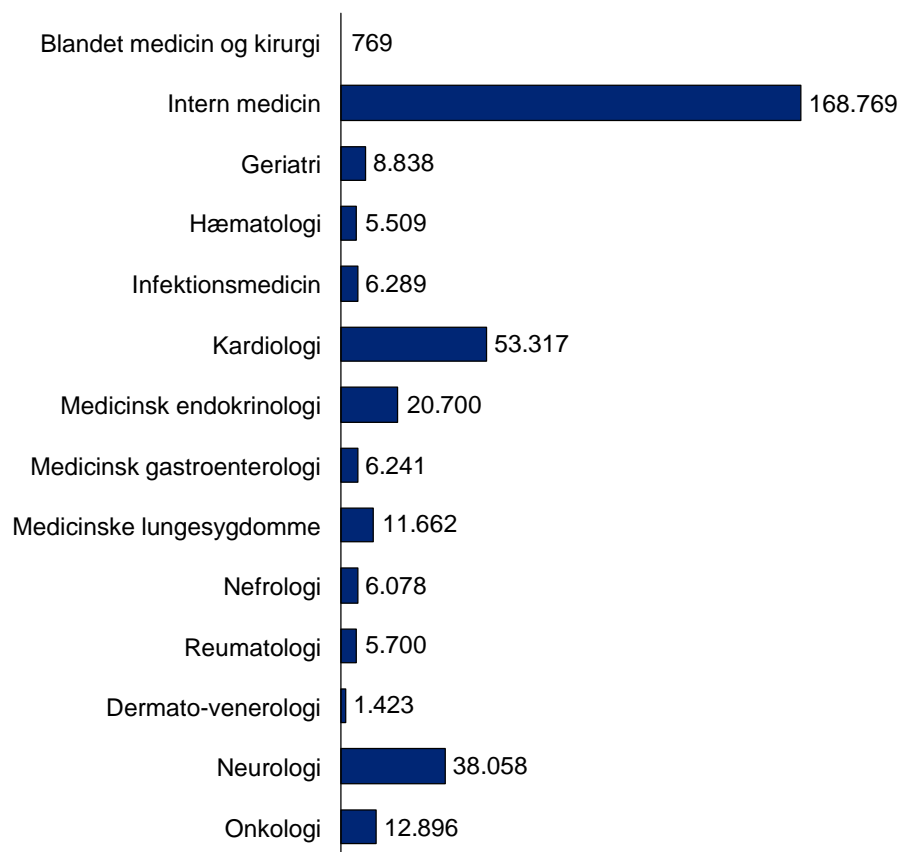
Kilde: Landspatientregisteret.

¹ Summen af de enkelte regioners unikke patienter er højere end tallet for hele landet, da nogle
 patienter har modtaget behandling i flere forskellige regioner.

² Tallene for 2012 omfatter faktiske aktivitetstal for perioden januar-november, der er tillagt et skøn for
 aktiviteten i december, der er opgjort med udgangspunkt i decembers forholdsmæssige andel af
 aktiviteten i 2011.

Flere af de medicinske patienter var i løbet af 2011 indlagt på forskellige
 medicinske afdelinger, og der blev behandlet i alt 346.249 patienter på de
 medicinske specialer under ét i 2011. Heraf kunne langt hovedparten henfø-
 res til intern medicin, der havde indlagt 168.769 patienter i 2011, efterfulgt af
 kardiologi, der havde indlagt 53.317 patienter, og neurologi, der havde indlagt
 38.058 patienter, jf. figur nedenfor.

Figur 9. Antal indlagte medicinske patienter opdelt på specialer/afdelingstyper, 2011



Kilde: Landspatientregisteret.

Det er i særlig grad neurologi og onkologi, der har oplevet vækst i antal indlagte patienter i perioden 2007-2011, mens flere specialer/afdelingstyper, herunder især reumatologi og nefrologi, har haft en betydelig negativ vækst i antallet af indlagte patienter i perioden, jf. tabel nedenfor. Stigningen i onkologi kan formentlig tilskrives øget fokus på kræftområdet som følge af kræftplanerne.

Da stort set samtlige specialer har oplevet vækst i antallet af unikke medicinske patienter i perioden, kan den negative vækst i antallet af *indlagte* medicinske patienter forklares ved en betydelig omlægning af aktiviteten til ambulantly behandling i perioden indenfor visse specialer, jf. foregående afsnit.

Tabel 7. Antal unikke indlagte medicinske patienter opdelt på specialer/afdelingstyper, 2007- 2012

	2007	2008	2009	2010	2011	2012 ¹	Årlig	Årlig
						(skøn)	vækst	vækst
							2007-	2011-
							2011	2012
Blandet medicin og kirurgi	1.255	1.241	953	874	769	573	-11,5 %	-25,4 %
Intern medicin	157.524	161.776	172.423	173.335	168.769	165.535	1,7 %	-1,9 %
Geriatrici	9.801	9.588	8.961	8.388	8.838	8.851	-2,6 %	0,1 %
Infektionsmedicin	6.088	6.076	5.349	5.259	5.509	5.570	-2,5 %	1,1 %
Kardiologi	5.890	5.938	6.387	5.555	6.289	6.269	1,7 %	-0,3 %
Medicinsk allergologi	52.807	53.526	49.190	48.228	53.317	56.427	0,2 %	5,8 %
Medicinsk endokrinologi	18.845	20.263	20.090	21.769	20.700	21.230	2,4 %	2,6 %
Medicinsk gastroenterologi	7.183	6.974	4.983	5.504	6.241	6.518	-3,5 %	4,4 %
Medicinske lungesygdomme	11.445	10.344	8.838	9.411	11.662	13.188	0,5 %	13,1 %
Nefrologi	8.565	8.448	7.149	6.261	6.078	5.514	-8,2 %	-9,3 %
Reumatologi	11.517	11.527	9.577	4.994	5.700	6.166	-16,1 %	8,2 %
Dermato-venerologi	1.428	1.386	1.381	1.401	1.423	1.376	-0,1 %	-3,3 %
Neurologi	28.031	30.487	31.883	33.723	38.058	40.624	7,9 %	6,7 %
Onkologi	10.916	12.130	12.995	12.677	12.896	13.009	4,3 %	0,9 %
Hele landet	267.839	275.072	277.526	276.132	281.721	284.091	1,3 %	0,8 %

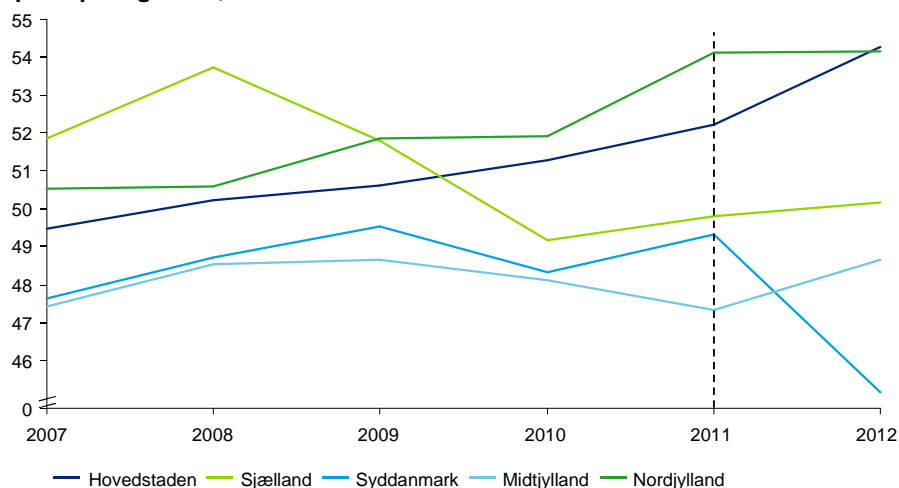
Kilde: Landspatientregisteret.

¹ Tallene for 2012 omfatter faktiske aktivitetstal for perioden januar-november, der er tillagt et skøn for aktiviteten i december, der er opgjort med udgangspunkt i decemberens forholdsmæssige andel af aktiviteten i 2011.

Antallet af unikke patienter per 1.000 indbyggere har på landsplan ligget relativt stabilt omkring 50 i perioden 2007-2011. Med årlige vækstrater på henholdsvis 1,7 og 1,4 procent oplevede Region Nordjylland og Region Hovedstaden dog en relativt større stigning i antal indlagte medicinske patienter end de øvrige regioner – og havde med 54 unikke patienter per 1.000 indbyggere desuden det højeste antal i 2012.

Region Sjælland oplevede omvendt en negativ årlig vækst i perioden 2007-2011 og havde således 50 unikke indlagte patienter per 1.000 indbyggere i 2011.

Figur 10. Antal unikke indlagte medicinske patienter per 1.000 indbyggere opdelt på regioner¹, 2007-2012



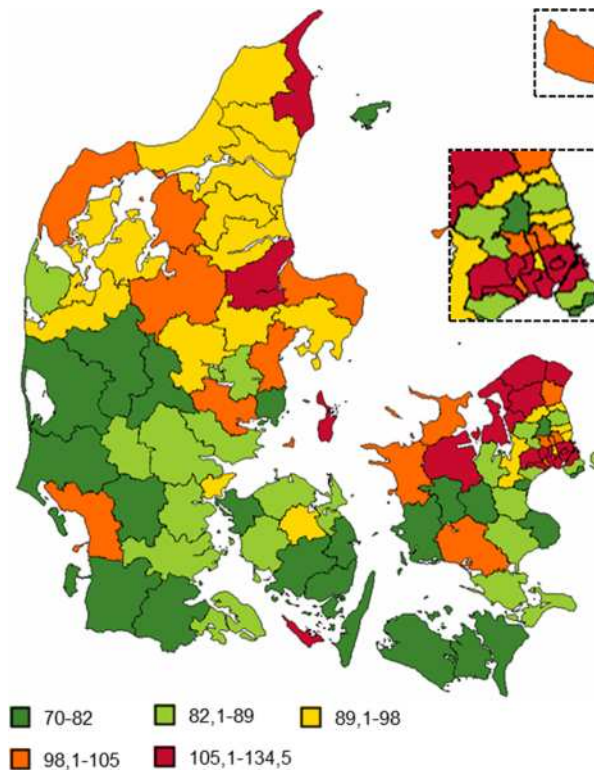
Kilder: Landspatientregisteret, regionerne og Danmarks Statistik.

¹ Antal unikke patienter er her opdelt på bopælsregion.

Kommunerne har et væsentligt ansvar for forebyggelse og dermed for at tilrettelægge en indsats – i samspil med de almenpraktiserende læger og hospitalerne – der skal begrænse indlæggelse af borgere på et hospital.

Der kan dog konstateres meget store forskelle mellem de enkelte kommuner. I gennemsnit havde kommunerne på landsplan 93,8 indlæggelser på de medicinske afdelinger per 1.000 indbyggere i 2011. Kommunen med færrest indlæggelser havde alene 70,6, mens kommunen med flest indlæggelser havde 133,1, jf. figur nedenfor.

Figur 11. Antal indlæggelser¹ på medicinske afdelinger per 1.000 indbyggere opdelt på kommuner², 2011



Kilder: Landspatientregisteret og Danmarks Statistik.

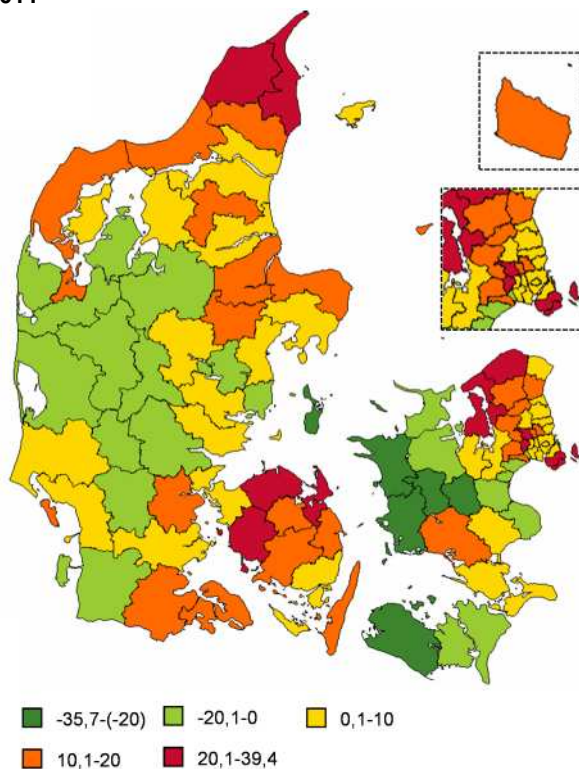
¹ Opgjort ud fra afdelingsudskrivninger.

² Opgørelsen er standardiseret for alder.

Det ses, at hovedstadsområdet generelt skiller sig ud ved at have mange kommuner med en høj andel af indlæggelser, ligesom Aarhus, Odense, Esbjerg og Randers kommuner har en relativt højere andel af indlæggelser end de omkringliggende kommuner i det samme optageområde.

Ses der på udviklingen i antal indlæggelser per 1.000 indbyggere fra 2007 til 2011, fremgår det desuden, at særligt flere kommuner i hovedstadsområdet – herunder Øst- og Nordsjælland – og i Nordjylland og på Fyn har oplevet en forholdsvis markant vækst i antallet af indlæggelser på de medicinske afdelinger i perioden, mens de vestjyske og syd- og vestsjællandske kommuner har haft en meget mere begrænset vækst eller endda en negativ vækst i antallet af indlæggelser i perioden, jf. figuren nedenfor.

Figur 12. Vækst i antal indlæggelser per 1.000 indbyggere opdelt på kommuner, procent, 2007-2011



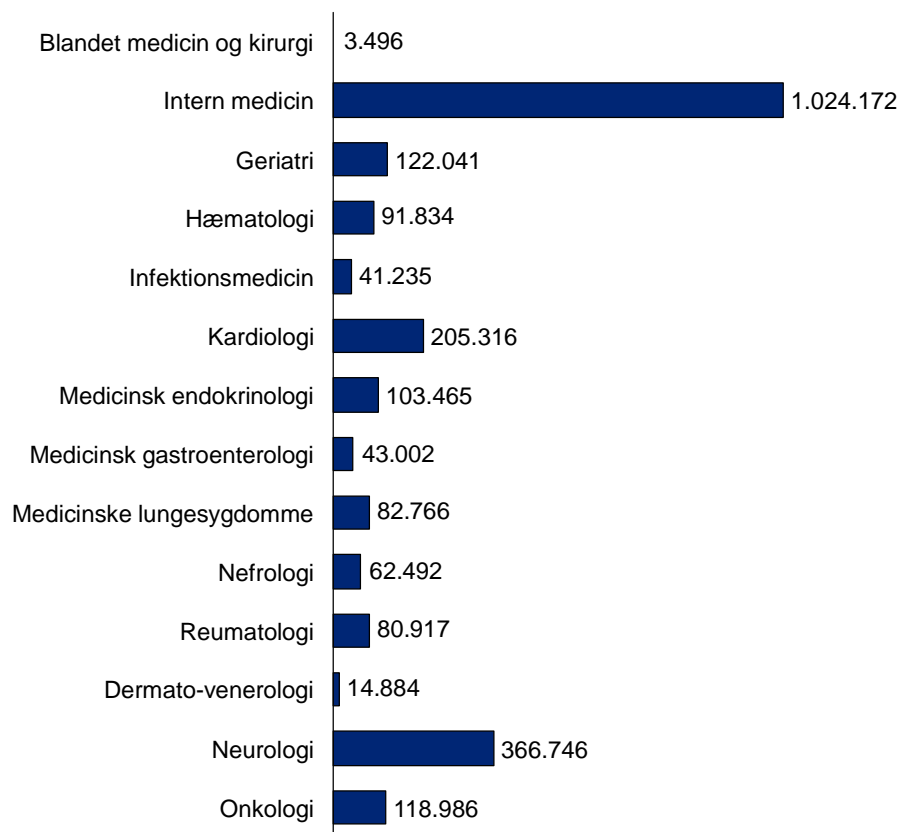
Kilder: Landspatientregisteret og Danmarks Statistik.

Samlet set viser den betydelige variation mellem kommunerne såvel i deres absolutte niveau som i deres relative udvikling alt andet lige, at der eksisterer et potentiale i forhold til at reducere tilgangen af patienter til de medicinske afdelinger.

Sengedage

De medicinske patienter havde 2.361.352 sengedage i 2011, hvoraf knap halvdelen kunne henføres til intern medicin. Herefter følger neurologi med 366.746, kardiologi med 205.316 og geriatri med 122.041 sengedage, jf. figur nedenfor. I perioden 2007-2011 er det samlede antal sengedage blevet reduceret med 182.486, svarende til et fald på 7 procent.

Figur 13. Antal sengedage for unikke medicinske patienter opdelt på specialer/afdelingstyper, 2011

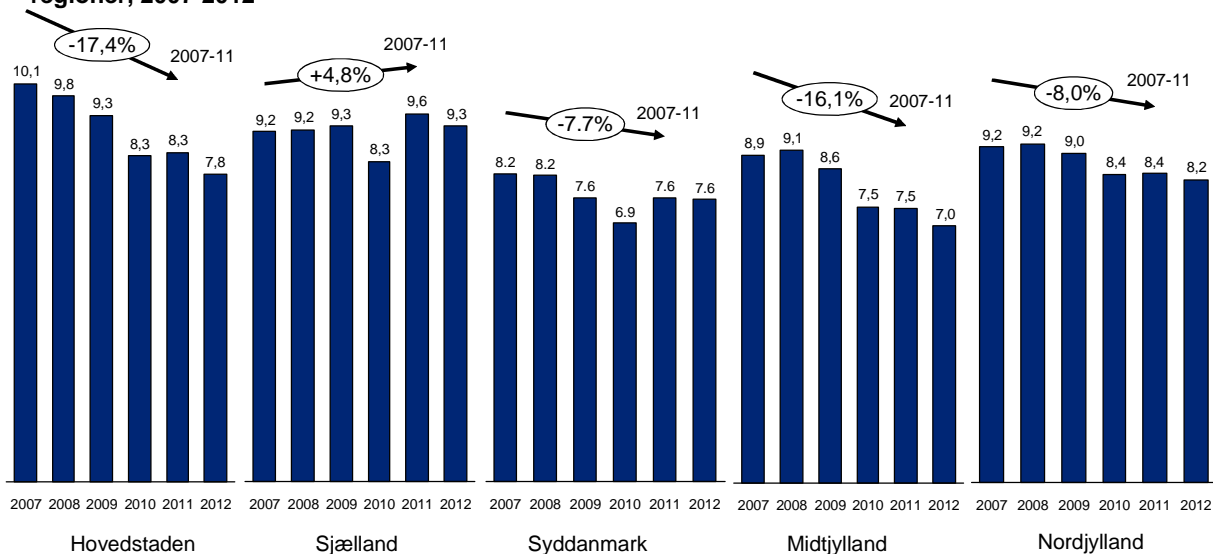


Kilde: Landspatientregisteret.

Hver unik patient indlagt på de medicinske afdelinger havde i gennemsnit 8,4 sengedage i løbet af året i 2011. Antallet af sengedage per unik patient, der var indlagt, er på landsplan faldet årligt med 3,1 procent fra 2007 til 2011 – og med 11,7 procent over hele perioden.

Især Region Hovedstaden og Region Midtjylland har med en samlet negativ vækst på henholdsvis 17,4 procent og 16,1 procent i perioden oplevet væsentlige årlige fald i sengedagene på de medicinske afdelinger, mens Region Sjælland omvendt har oplevet en årlig vækst i sengedage på 4,8 procent fra 2007 til 2011 og havde med 9,6 sengedage per unik patient det højeste niveau blandt regionerne i 2011. Dette dækker dog over, at antallet af sengedage per unik patient i Region Sjælland – og i øvrigt også i Region Syddanmark – faldt betydeligt fra 2009 til 2010 og derefter steg markant igen fra 2010 til 2011. Region Sjælland ser dog ud til at have reduceret det gennemsnitlige antal sengedage per unik patient til 9,3 sengedage i 2012, jf. figur nedenfor.

Figur 14. Gennemsnitligt antal sengedage per unik patient på de medicinske afdelinger opdelt på regioner, 2007-2012

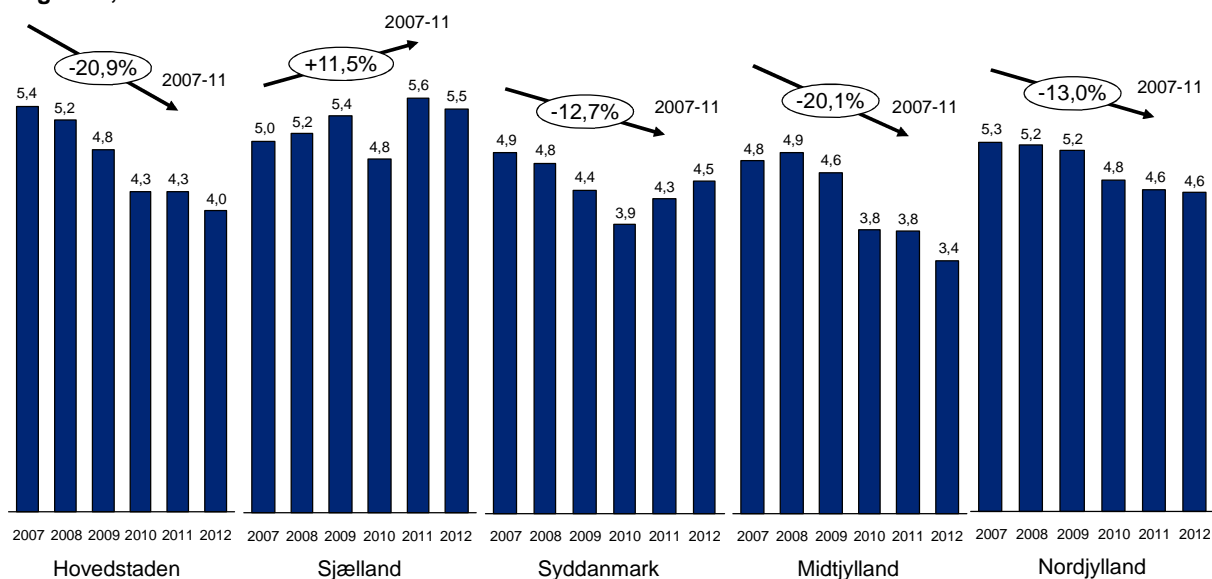


Kilde: Landspatientregisteret.

Ses der i stedet på antallet af sengedage per indlæggelse, var de medicinske patienter i gennemsnit indlagt 4,4 dage på landsplan. Dette dækker dog ligeledes over en variation mellem regioner. Med 5,6 sengedage per indlæggelse havde Region Sjælland således det højeste gennemsnitlige antal sengedage på de medicinske afdelinger, mens Region Midtjylland med 3,8 sengedage havde det laveste antal. Det gennemsnitlige antal sengedage per indlæggelse på de medicinske afdelinger var dermed knap 1,5 gange højere i Region Sjælland sammenlignet med Region Midtjylland.

Der skete et fald på 17,6 procent i det gennemsnitlige antal sengedage per indlæggelse på de medicinske afdelinger i perioden 2007-2011, svarende til en negativ årlig vækst på 3,7 procent. Dette dækker over, at fire ud af fem regioner reducerede det gennemsnitlige antal sengedage i perioden, mens Region Sjælland oplevede en stigning på 11,5 procent fra 2007 til 2011, svarende til 2,8 procent årligt. Region Sjælland reducerede dog det gennemsnitlige antal sengedage per indlæggelse fra 2011 til 2012, mens Region Syddanmark omvendt har oplevet en stigning heri fra 2010 til 2012, jf. figur nedenfor.

Figur 15. Gennemsnitligt antal sengedage per indlæggelse på de medicinske afdelinger opdelt på regioner, 2007-2012



Kilde: Landspatientregisteret.

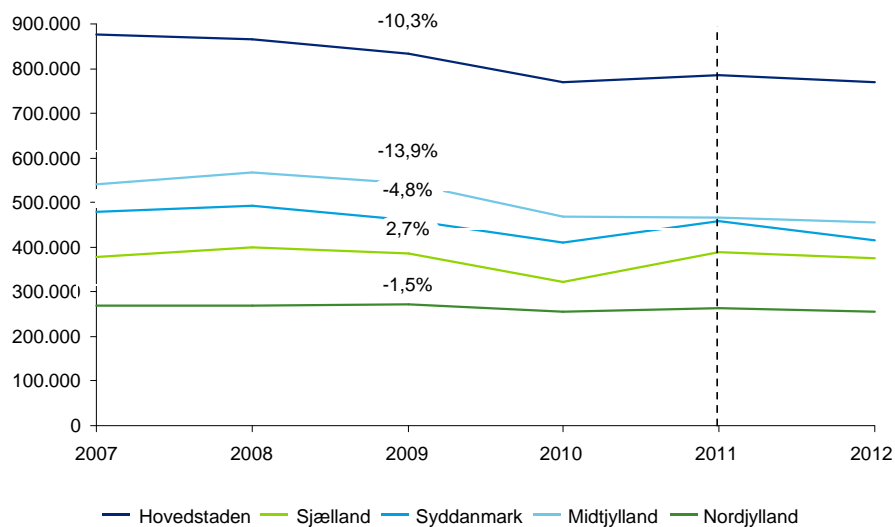
Det bemærkes, at Region Sjælland som den eneste har reduceret antallet af unikke medicinske patienter fra 2007 til 2011, men at regionen også som den eneste har øget det gennemsnitlige antal sengedage både per unik patient og per indlæggelse i perioden.

Denne modsatrettede udvikling vurderes blandt andet at kunne forklares ved, at den reducerede gruppe af indlagte medicinske patienter alt andet lige må forventes at være mere behandlingskrævende og derfor fordrer længere behandlingsforløb. Herudover har Region Sjælland en marginalt højere andel ældre medicinske patienter på 75+ år, jf. næste kapitel, hvilket også kan trække i retning af relativt længere indlæggelsesforløb. Endvidere kan udviklingen være påvirket af, at regionen i perioden har hjemtaget patienter til behandling i Region Sjælland, der tidligere blev behandlet i Region Hovedstaden.

En reduktion i antallet af sengedage per indlæggelse for de regioner, der ligger over medianen for de fem regioner, til medianen vil medføre en samlet reduktion i antallet af sengedage på 2 procent. Hvis antallet af sengedage per indlæggelse reduceres til niveauet i regionen med det laveste antal, medfører det en samlet reduktion på 13 procent i antallet af sengedage.

Region Sjælland har således som den eneste region øget det samlede sengedagsforbrug på de medicinske afdelinger med 2,7 procent fra 2007 til 2011, mens de øvrige regioner har reduceret det samlede sengedagsforbrug – på trods af det stigende antal unikke medicinske patienter. Ikke mindst Region Midtjylland og Region Hovedstaden har reduceret deres totale sengedagsforbrug betydeligt i perioden. Region Sjælland har dog reduceret det totale sengedagsforbrug fra 2011 til 2012, jf. figuren nedenfor.

Figur 16. Antal sengedage på de medicinske afdelinger opdelt på regioner, 2007-2012



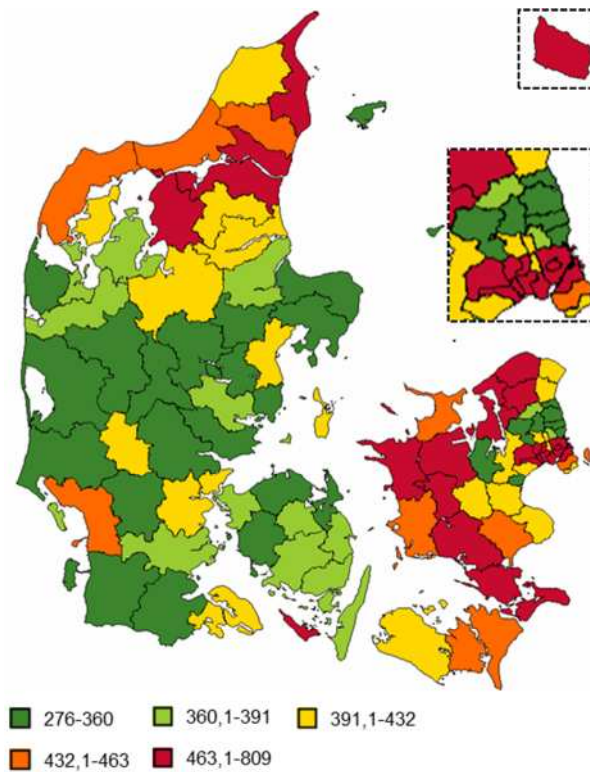
Kilde: Landspatientregisteret.

Sengedagsforbruget på de medicinske afdelinger kan påvirkes dels af hospitalerne, dels af kommunerne. Hospitalerne har således ansvaret for behandlingen og dermed for at optimere behandlingsforløbene, mens kommunerne spiller en central rolle i forhold til forebyggelse af indlæggelse og ved modtagelse af patienter udskrevet fra de medicinske afdelinger, herunder borgere, som de allerede er i kontakt med. Deres indsats på området indvirker dermed på det samlede sengedagsforbrug på de medicinske afdelinger. Begge dele påvirker sengedagsforbruget, og antallet af sengedage per 1.000 indbyggere kan dermed betragtes som et partielt mål for den tværsektorielle effektivitet, når der ses bort fra ambulans behandling mv.

En opgørelse af antallet af sengedage per 1.000 indbyggere opdelt på kommuner viser en betydelig variation mellem kommunerne. Kommunerne har således i gennemsnit 412,1 sengedag per 1.000 indbyggere, mens kommunen med det laveste niveau alene har 276,3 sengedage per 1.000 indbyggere, og kommunen med det højeste har hele 808,9 sengedage per 1.000 indbyggere. Kommunen med det højeste niveau skiller sig dog markant ud fra den næsthøjeste, der har 575,6 sengedage per 1.000 indbyggere.

Kommunerne i Region Sjælland skiller sig generelt ud ved at have et forholdsvis højt antal sengedage, men også flere nordjyske og nordsjællandske kommuner har en højt antal, jf. figur nedenfor.

Figur 17. Antal sengedage for medicinske patienter per 1.000 indbyggere opdelt på kommuner¹, 2011

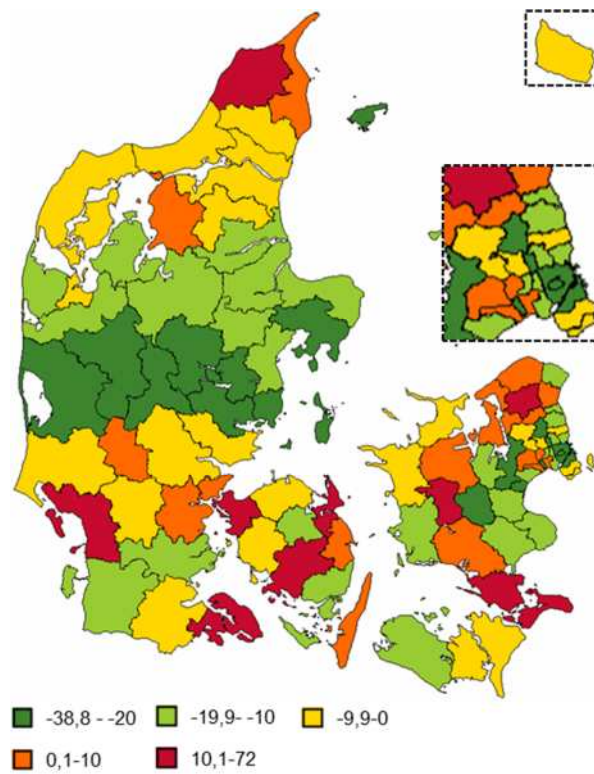


Kilder: Landspatientregisteret og Danmarks Statistik.

¹ Opgørelsen er standardiseret for alder.

Der er ligeledes en meget betydelig variation mellem kommunerne i forhold til udviklingen fra 2007 til 2011 i antallet af sengedage for medicinske patienter per 1.000 indbyggere. Hovedparten af kommunerne i Midtjylland og en lang række kommuner i Storkøbenhavn har således reduceret antallet af sengedage betragteligt i perioden, mens flere sjællandske og fynske kommuner omvendt har oplevet en meget kraftig vækst i sengedage per indbyggere, jf. figuren nedenfor.

Figur 18. Udvikling i antal sengedage for medicinske patienter per 1.000 indbyggere opdelt på kommuner¹, 2007-2011

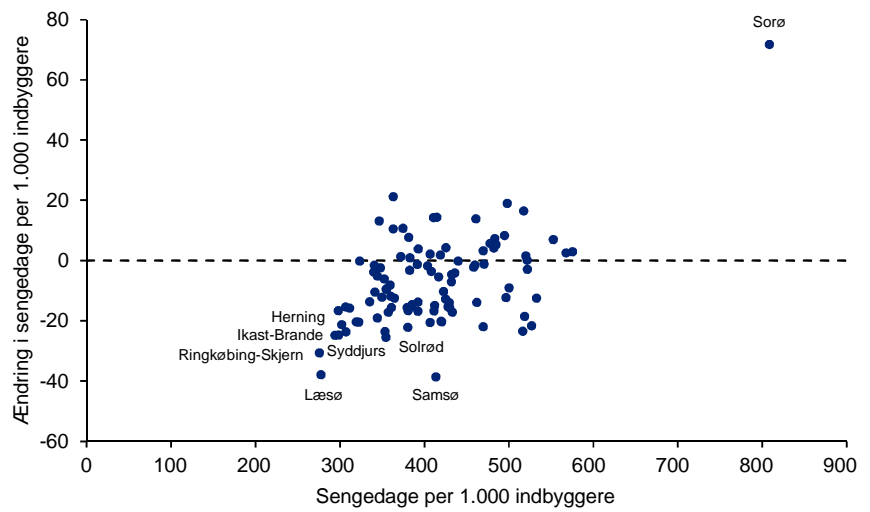


Kilder: Landspatientregisteret og Danmarks Statistik.

¹ Opgørelsen er standardiseret for alder.

Nedenstående figur viser kommunernes fordeling på de to ovenstående kort (figur 17 og figur 18). Figuren viser således, hvilke kommuner der både har haft et fald i antallet af sengedage per 1.000 indbyggere fra 2007 til 2011 og som også har et lavt sengedagsforbrug i 2011.

Figur 19. Antal sengedage for medicinske patienter per 1.000 indbyggere opdelt på kommuner¹ i 2011 og ændringen i perioden 2007-2011

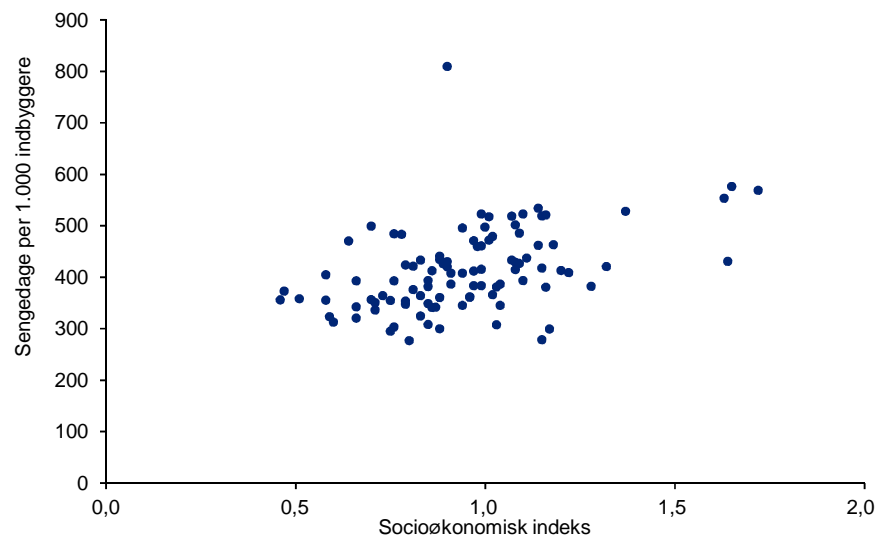


Kilder: Landspatientregisteret og Danmarks Statistik.

¹ Opgørelsen er standardiseret for alder.

Figuren viser, at det særligt er kommuner i Region Midtjylland, der både har haft en positiv udvikling fra 2007 til 2011, og som samtidig har et lavt senge-dagsforbrug i 2011. Det kunne således være relevant at undersøge nærmere, hvilke tiltag disse kommuner har gjort, der kan forklare den positive udvikling.

Figur 20. Plot af kommuner opdelt på antal sengedage per 1.000 indbyggere og socioøkonomisk indeks, 2011



Kilder: Landspatientregisteret og Danmarks Statistik.

¹ Opgørelsen er standardiseret for alder.

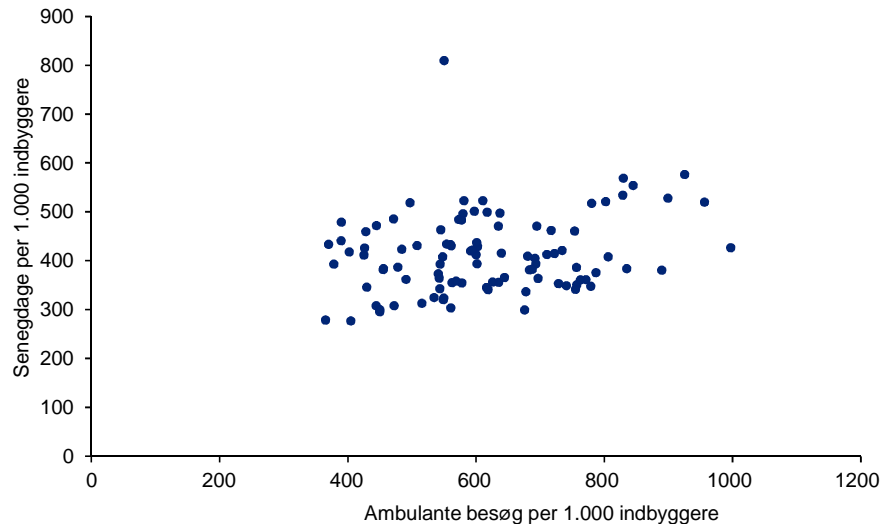
Ovenstående figur viser, at der ikke er sammenhæng mellem kommunernes score på det socioøkonomiske indeks og deres senge-dagsforbrug.

Hvis plottet laves udelukkende for kommunerne i Region Hovedstaden, viser det dog en vis positiv sammenhæng mellem det socioøkonomiske indeks og

antallet af sengedage per 1.000 indbyggere. For kommunerne i de øvrige regioner er der umiddelbart ingen sammenhæng.²

På tilsvarende måde har der heller ikke kunnet konstateres en sammenhæng mellem antallet af sengedage per 1.000 indbyggere og de kommunale udgifter til ældreomsorg.

Figur 21. Plot af kommuner opdelt på antal sengedage per 1.000 indbyggere og ambulante besøg per 1.000 indbyggere, 2011



Kilder: Landspatientregisteret og Danmarks Statistik.

¹ Opgørelsen er standardiseret for alder.

Det kunne forventes, at der foregik en vis substitution mellem stationær og ambulante behandling af de medicinske patienter, så kommuner, der har et højere sengedagsforbrug, omvendt vil have et lavere forbrug af ambulante ydelser.

Som ovenstående figur viser, er dette ikke tilfældet. Der er umiddelbart ingen sammenhæng mellem omfanget af den stationære og den ambulante aktivitet³. Dette billede ændrer sig ikke, hvis figuren laves for kommunerne i hver region enkeltvis (se figur 107 i bilag).

Sammenhængen mellem befolkningstætheden i kommunerne (antal indbyggere per km²) og antal sengedage per 1.000 indbyggere er ligeledes undersøgt. Her viser det sig også, at der ikke er sammenhæng mellem befolkningstæthed og sengedagsforbrug (se figur 108 i bilag).

For at belyse, om der er betydelige udsving i sengedagsforbruget for de enkelte kommuner hen over årene, er sammenhængen mellem antal sengedage per 1.000 indbyggere i 2011 og det vægtede gennemsnitlige antal sengedage per 1.000 indbyggere for perioden 2007-2011 undersøgt (se figur 109 i

² R² for en trendlinje for kommunerne i Region Hovedstaden er 0,45. For kommunerne i de øvrige regioner er R² mellem 0,01 og 0,2.

³ En trendlinje for et vist plot har en positiv hældning og en R² på 0,07.

bilag). Analysen viser, at der er en tydelig sammenhæng mellem sengedagsforbruget i 2011 og sengedagsforbruget i perioden 2007-2011. De kommuner, der har et lavt sengedagsforbrug i 2011, har også haft et lavt sengedagsforbrug i perioden 2007-2011. Der ser således ikke ud til at være betydelige udsving i kommunernes relative placering i sengedagsforbruget hen over perioden 2007-2011. Denne analyse er også blevet gennemført med det uvægtede gennemsnitlige sengedagsforbrug for hvert enkelt år i perioden 2007-2011 samt for indlæggelser per 1.000 indbyggere. Samtlige resultater underbygger ovenstående konklusion.

Den samlede kortlægning og analyse af niveauet og udviklingen i sengedagsforbruget indikerer generelt – efter Deloitte's vurdering – at nogle hospitaler og kommuner i højere grad end andre er lykkedes med at styre aktiviteten på det medicinske område, og at der således på nogle hospitaler og i samspillet med mange kommuner eksisterer et potentiale for at udnytte kapaciteten bedre.

Dette understøttes af Deloitte's kvalitative kortlægning og af besøgene på de medicinske afdelinger og i kommunerne. Et eksempel herpå er Roskilde Kommune, der har reduceret sengedagsforbruget på de medicinske afdelinger fra 517,1 sengedag per 1.000 indbyggere i 2007 til 411,3 sengedage per 1.000 indbyggere i 2011, svarende til et fald på over 20 procent. Dette skal ses i sammenhæng med, at kommunen i perioden har gennemført en meget målrettet indsats, hvor den har ansat udskrivningskoordinatorer på hospitalerne, løftet kompetenceniveauet i hjemmeplejen via ansættelse af sygeplejersker fremfor SOSU-assistenter og opbygget en kapacitet med midlertidige plejepladser i tilknytning til plejecentrene mv., der samlet blandt andet har haft til formål at forebygge indlæggelser og sikre hurtigere udskrivning fra de medicinske afdelinger.

Roskilde Kommunes tiltag og erfaringer beskrives nærmere i kapitel 4, der beskriver de tiltag og løsninger, der kan medvirke til at optimere patientforløbene på hospitalerne og sikre mere sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer.

Samlet set viser analysen, at patienttilstrømningen og sengedagsforbruget på de medicinske afdelinger varierer ganske betydeligt på tværs af kommunerne. En variation, der ikke umiddelbart lader sig forklare ved forskelle i kommunernes socioøkonomiske profil.

Analysen har samtidig afdækket, at patienttilstrømningen for en række kommuner er faldet markant i perioden 2007-2011, herunder for en række af de kommuner, der i 2011 havde den laveste patienttilstrømning. Dette underbygger en forventning om, at det bredt hen over kommunerne vil være muligt at realisere en udvikling, hvor patienttilstrømningen også nedbringes blandt de kommuner, der i dag ligger relativt højt.

Størrelsesordenen af dette potentiale vurderes at være i niveauet 6-12 procent, hvilket modsvarer spændet fra, at niveauet for kommunerne med et højt antal patienter per 1.000 indbyggere reduceres til henholdsvis niveauet for

nedre kvartil og medianen. Uanset hvilken reduktion det vurderes realistisk at stræbe efter, må det naturligvis påregnes, at potentialet vil skulle realiseres over nogle år.

Variation i sengedagsforbruget mellem hospitaler og kommuner

For at belyse variationen i sengedagsforbruget mellem hospitalerne og de kommuner, der ligger i hospitalernes optageområde, viser nedenstående figur antallet af sengedage per indlæggelse opdelt på kombinationer af udvalgte hospitaler og kommuner.

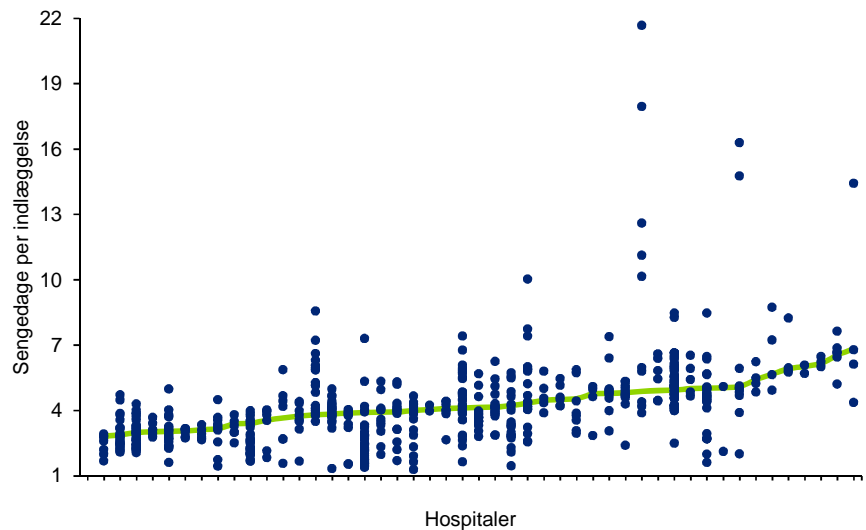
For hvert hospital er udvalgt de kommuner, hvorfra mindst 25 patienter var indlagt i 2011. Denne grænse er valgt for at sikre, at der er en vis volumen, der kan udligne tilfældige variationer.

På figurens x-akse er hospitalerne angivet.⁴ For hvert hospital er angivet et antal punkter med forskellige værdier på y-aksen. Hvert af disse punkter angiver en kommune. Værdien på y-aksen angiver det gennemsnitlige antal sengedage per indlæggelse for kommunens borgere på det pågældende hospital. Nogle hospitaler har behandlet patienter fra mange forskellige kommuner i 2011 og har således mange punkter, mens andre hospitaler kun har behandlet borgere fra én enkelt eller få kommuner.

Endelig angiver den grønne linje det gennemsnitlige antal sengedage per indlæggelse for hvert hospital.

⁴ Hospitalerne her er opgjort efter deres geografiske placering. For eksempel er hospitalerne i Hillerød, Helsingør og Frederikssund opgjort som tre selvstændige hospitaler og ikke som den samlede enhed "Sygehusene i Nordsjælland".

Figur 22. Sengedage per indlæggelse opdelt på kombinationer af udvalgte hospitaler og kommuner, 2011



Kilde: Landspatientregisteret.

Note: En given kommune er opgjort for et givet hospital, hvis mindst 25 borgere fra kommunen var indlagt på hospitalet i 2011. Ni mindre hospitaler er fravalgt, da de havde et meget højt antal sengedage per indlæggelse i 2011, hvilket vurderes at skyldes, at de har en betydelig anderledes patientsammensætning end de øvrige hospitaler. Den grønne linje angiver det gennemsnitlige antal sengedage per indlæggelse for hvert hospital.

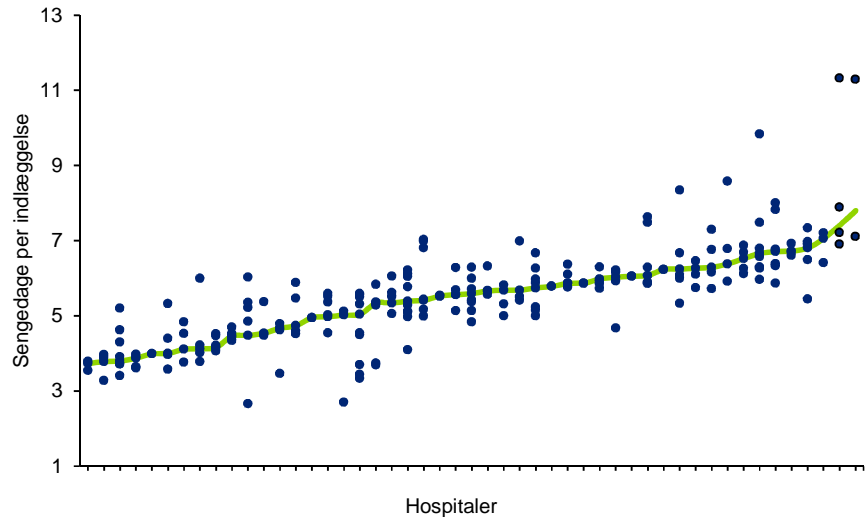
Som det fremgår af figuren, er variationen på tværs af hospitalerne betydelig, når der ses på det samlede spektrum (angivet ved den grønne linje). Det hospital, der har det laveste antal sengedage per indlæggelse, har 2,8, mens det hospital, der har det højeste antal, har 6,8. Denne forskel på næste 150 procent vil være påvirket af patientsammensætningen og skal derfor tolkes med varsomhed, men den fremstår dog noget mindre end variationen mellem kommunerne indenfor det samme hospital.

Frederikssund Sygehus har største variation i antallet af sengedage per indlæggelse opdelt på kommuner. Hospitalet har behandlet patienter fra ti forskellige kommuner i 2011. Patienter fra Halsnæs Kommune, Frederikssund Kommune og Egedal Kommune har i gennemsnit 4 sengedage per indlæggelse, mens patienter fra Fredensborg Kommune og Helsingør Kommune har henholdsvis 17,9 og 21,7 sengedage per indlæggelse. Denne ekstraordinært store variation skal dog formentlig ses i sammenhæng med hospitalets særlige funktion i forhold til neurologisk rehabilitering. Tilsvarende forhold vil kunne være medvirkende til en høj variation for andre hospitaler, hvor specialfunktioner har et bredere opland end hospitalernes basisfunktioner.

Der er flere andre hospitaler, der ligesom Frederikssund Sygehus har en betydelig variation på tværs af kommunerne. Der er dog også hospitaler, der har en væsentlig mindre variation. For eksempel har Haderslev Sygehus behandlet patienter fra fem forskellige kommuner. Patienterne fra de forskellige kommuner har haft mellem 2,5 og 3,8 sengedage per indlæggelse.

For at begrænse indvirkningen fra forskelle i patientsammensætningen viser nedenstående figur det tilsvarende billede alene for patienter, der har været indlagt med luftvejsinfektioner/respirationsinsufficiens.⁵ Denne patienttype er udvalgt, da der er en vis volumen af patienter, og da udvælgelse af én patienttype sikrer, at eventuelle forskelle ikke i nær samme grad kan forklares ved forskelle i patientsammensætningen.

Figur 23. Sengedage per indlæggelse (luftvejsinfektioner/respirationsinsufficiens) opdelt på kombinationer af udvalgte hospitaler og kommuner, 2011



Kilde: Landspatientregisteret.

Note: En given kommune er opgjort for et givet hospital, hvis mindst 25 borgere fra kommunen var indlagt på hospitalet i 2011. Den grønne linje angiver det gennemsnitlige antal sengedage per indlæggelse for hvert hospital. Der er foretaget en tilsvarende opgørelse med kommuner på x-aksen og hospitaler som datapunkter. Overordnet viser denne opgørelse det samme billede som den viste figur.

Når der fokuseres på én enkelt patienttype, fremstår forskellen mellem kommunerne indenfor de enkelte hospitaler noget mindre og variationen mellem hospitalerne noget større. Antallet af sengedage per indlæggelse varierer mellem 3,7 og 7,8 på tværs af hospitalerne, mens antallet af sengedage per indlæggelse varierer mellem 6,9 og 11,3 på tværs af kommunerne for det hospital, hvor variationen er størst. Figuren viser således, at der er betydelige forskelle mellem sengedagsforbruget for patienter fra forskellige kommuner på det samme hospital, selvom der udvælges én enkelt patienttype.

Samlet set viser analysen af variationen mellem hospitaler og kommuner, at der for nogle hospitaler er betydelig forskel i sengedagsforbruget for patienter fra forskellige kommuner, og at der er stor forskel på, hvor meget sengedagsforbruget for patienter fra forskellige kommuner varierer på tværs af de enkelte hospitaler.

Hvis sengedagsforbruget for de kommuner, der har et højere sengedagsforbrug end gennemsnittet for hospitalet, reduceres til gennemsnittet for hospi-

⁵ Diagnosekoderne DJ12-15, DJ18, DJ40-47, DJ20-22 og DJ960-969.

talet, vil det medføre en samlet reduktion i antallet af sengedage til behandling af patienter med luftvejsinfektioner/respirationsinsufficiens på 3 procent.

En reduktion i sengedagsforbruget for hospitalerne til henholdsvis medianen og nedre kvartil vil medføre en samlet reduktion i antallet af sengedage på 5-14 procent.

Samme analyse er gennemført for tre andre typer af patienter.^[1] Resultaterne af disse analyser er i overvejende grad konsistente med resultaterne af analysen af patienter med luftvejsinfektioner/respirationsinsufficiens.

En reduktion i liggetiden opgjort per kommune inden for hvert sygehus til gennemsnittet for sygehuset medfører således en samlet reduktion på ca. 3 procent af sengedagene for hver af de fire patienttyper. Det antages ved beregningen af et samlet potentiale for de medicinske patienter, at dette potentiale niveau er generelt gældende.

Hvis liggetiden på tværs af sygehusene for de fire patienttyper tilsvarende reduceres til medianen medfører det en reduktion i det samlede antal sengedage på 5-11 procent, og hvis sengedagsforbruget reduceres til nedre kvartil bliver reduktionen i sengedage 13-24 procent. Ved beregning af et samlet potentiale for de medicinske patienter tages der af forsigtighedsgrunde afsæt i den nedre ende af de to intervaller, således at der ved reduktion til median og nedre kvartil beregnes et potentiale på henholdsvis 5 og 13 procent.

Beregningen af potentialet fremgår af sammenfatningen.

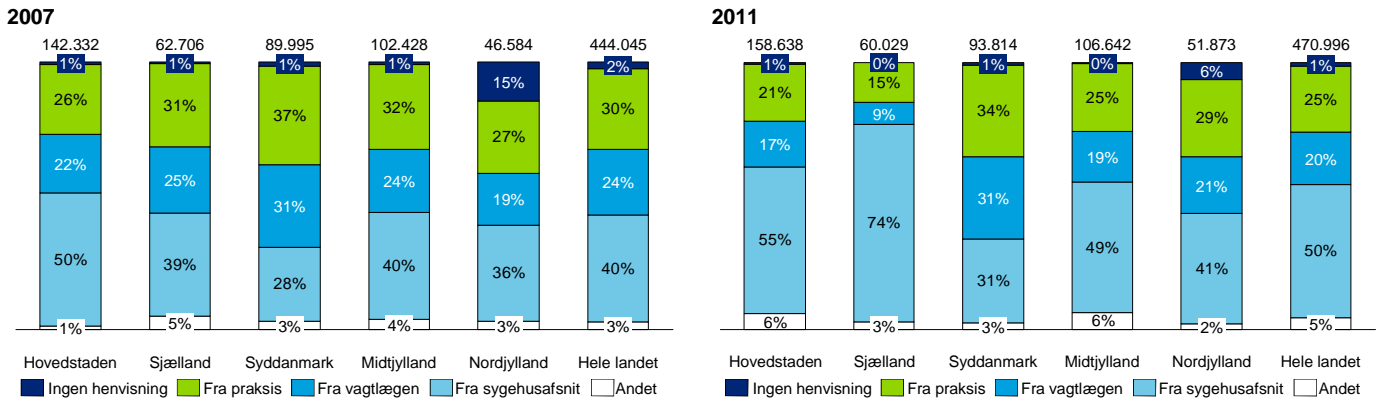
Henvisninger

De indlagte medicinske patienter kan blive henvist til behandling på en medicinsk afdeling af såvel egen praktiserende læge, vagtlægen eller fra et andet hospitalsafsnit. Herudover har en række medicinske patienter ingen henvisning forud for indlæggelsen, hvilket er selvhenvendende til hospitalet, hvor den altovervejende andel kommer via skadestuen.

Af de indlæggelser på medicinske afdelinger, der fandt sted i 2011, udgjorde patienter uden henvisning kun 1,0 procent. Halvdelen (49,9 procent) af de indlagte medicinske patienter var henvist fra andre hospitalsafsnit, mens cirka en fjerdedel var henvist fra egen praktiserende læge (24,8 procent) og en femtedel fra vagtlægen (19,6 procent), jf. figuren nedenfor. Det skal bemærkes, at der knytter sig en vis usikkerhed til tallene, blandt andet som følge af forskelle i registreringspraksis mv.

^[1] Patienter behandlet for henholdsvis blodforgiftning/infektioner, blærebetændelse og væskemangel.

Figur 24. Henvisningsmåde for indlæggelser på de medicinske afdelinger opdelt på regioner¹, 2007 og 2011



Kilde: Landspatientregisteret.

¹ Indlæggelser er her opgjort som hospitalsudskrivninger, hvorfor antallet af indlæggelser er lavere end i de øvrige opgørelser. Henvisninger fra almenpraktiserende læge er opgjort som henvisninger fra vagtlæge, hvis indlæggelsen finder sted lørdag eller søndag eller kl. 17-8 på hverdage, og hvis indlæggelsen finder sted samme dag som henvisningen.

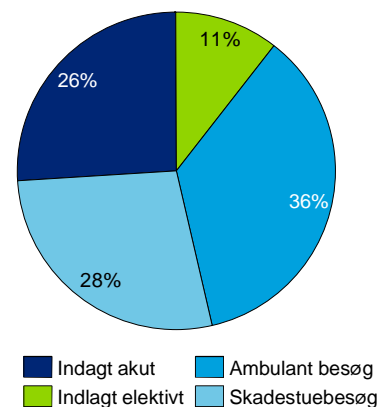
På tværs af regioner er der en række forskelle i forhold til, hvem der henviser de medicinske patienter til indlæggelse. I Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Midtjylland er over halvdelen af alle indlagte patienter blevet henvist fra andre hospitalsafsnit, mens det er tilfældet for under halvdelen af de indlagte patienter i Region Syddanmark og Region Nordjylland.

Især Region Syddanmark skiller sig ud, ved at stort set lige mange af de indlagte patienter er blevet henvist fra enten andre hospitalsafsnit, egen praktiserende læge eller vagtlægen. Det fremgår endvidere af figuren, at andelen af henviste fra hospitalsafsnit generelt er større i 2011 end den var i 2007, hvilket er udtryk for, at en større andel af de indlagte patienter på medicinsk afdeling er blevet set af en hospitalslæge forud for indlæggelsen, end det var tilfældet i 2007. En tilsvarende udvikling gør sig gældende for henvisningerne til ambulante besøg. Her steg andelen af henvisninger fra sygehusafsnit fra 65 procent i 2007 til 73 procent i 2011.

Som det fremgår af figur 25, er cirka en tredjedel af de patienter, der er blevet henvist til indlæggelse fra et andet hospitalsafsnit, blevet henvist fra en anden indlæggelse. Lidt over en tredjedel er blevet henvist fra ambulante behandling, og lidt under en tredjedel er blevet henvist fra en skadestue.

For 85 procent af de cirka 235.000 indlæggelser, der er blevet henvist fra et hospitalsafsnit, er den foregående kontakt foregået indenfor én måned før indlæggelsen, og for 75

Figur 25. Indlæggelser henvist fra hospitalsafsnit opdelt på kontakttipe for foregående behandling, 2011



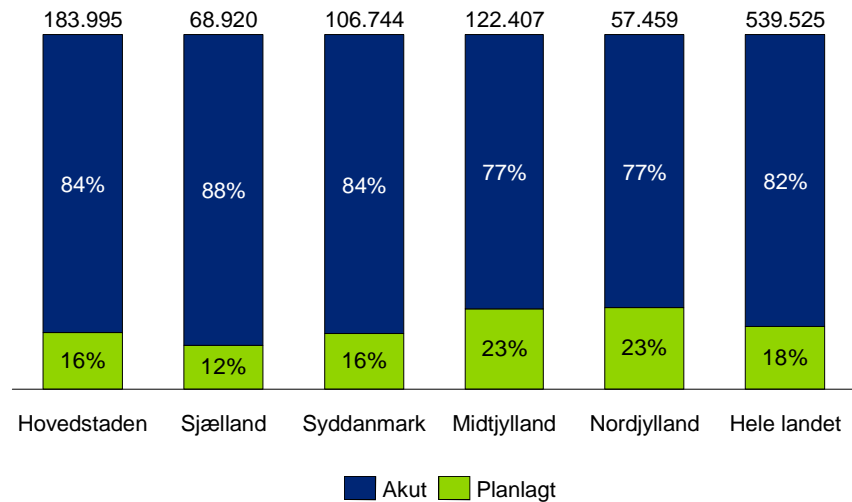
Kilde: Landspatientregisteret.

Note: Indlæggelser er her opgjort som hospitalsudskrivninger.

procent er den foregående kontakt foregået indenfor én uge før indlæggelsen.

De medicinske patienter indlægges i altovervejende grad akut. I samtlige regioner indlægges omkring fire femtedele af de medicinske patienter således akut, jf. figuren nedenfor.

Figur 26. Baggrund for henvisning til medicinske afdelinger opdelt på regioner, 2011

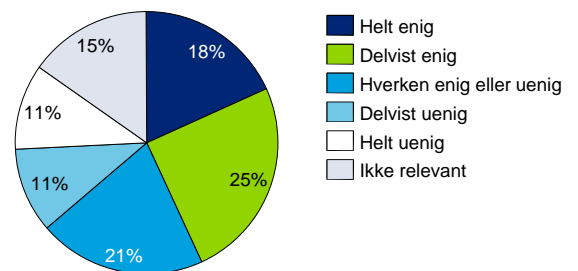


Kilde: Landspatientregisteret.

Som vist i figur 24 er næsten halvdelen af de medicinske indlæggelser henvist fra almenpraktiserende læge eller vagtlæge. Både kommuner og hospitalsafdelinger har i de gennemførte interview peget på, at de almenpraktiserende læger er en central aktør i forhold til at sikre sammenhæng i patientforløbene. Dette uddybes i kapitel 4.

Dette understøttes umiddelbart af den gennemførte spørgeskemaundersøgelse, hvor 43 procent af de medicinske afdelinger svarer, at de er helt enige eller delvis enige i, at henvisningerne fra primærsektoren (almenpraktiserende læge eller vagtlæge) er afgørende for igangsætning af behandling og pleje af patienterne, mens 21 procent hverken er enige eller uenige i, at henvisningerne er afgørende, jf. figur til højre.⁶

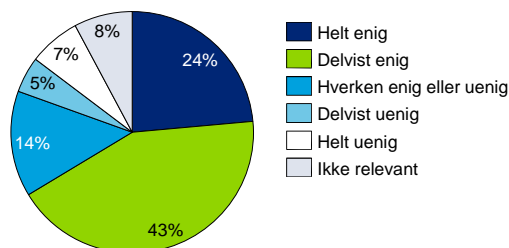
Figur 27. Henvisningerne fra primærsektoren er afgørende for igangsættelse af behandling og pleje af patienterne på min afdeling (N = 170)



Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt samtlige medicinske afdelinger i oktober 2012.

⁶ Opgjort på baggrund af spørgeskemaundersøgelse blandt samtlige medicinske afdelinger i oktober 2012.

Figur 28. Der er stor variation i samarbejdet med kommunerne omkring indlæggelse i forbindelse med modtagelse af oplysninger vedrørende borgerne (N = 170)



Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt samtlige medicinske afdelinger i oktober 2012.

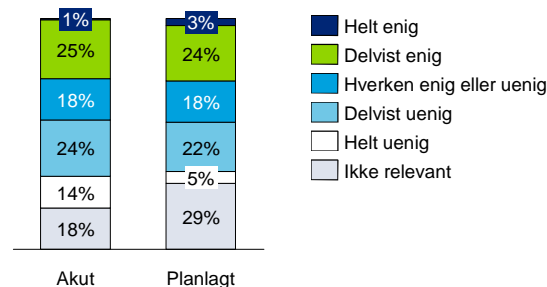
De medicinske afdelinger peger desuden på, at der er stor variation i samarbejdet med almen praksis omkring indlæggelse af en patient, jf. figuren til venstre.

De medicinske afdelinger betragter grundlæggende primærsektoren som en væsentlig medspiller i sundhedsvæsenet, idet den kan være afgørende for at sætte den rigtige behand-

ling hurtigt i gang. Afdelingerne er imidlertid ikke nødvendigvis altid tilfredse med kvaliteten af de henvisninger, de modtager fra den almene praksis.

Det gælder især i forhold til akutte indlæggelser – som udgør langt hovedparten af indlæggelserne – hvor 38 procent af afdelingerne er delvis uenige eller helt uenige i, at de modtager tilstrækkelige oplysninger fra almen praksis, jf. figuren til højre.

Figur 29. Din afdeling modtager tilstrækkelige oplysninger fra almen praksis i forbindelse med akut henholdsvis planlagt indlæggelse af borgere (N = 170)



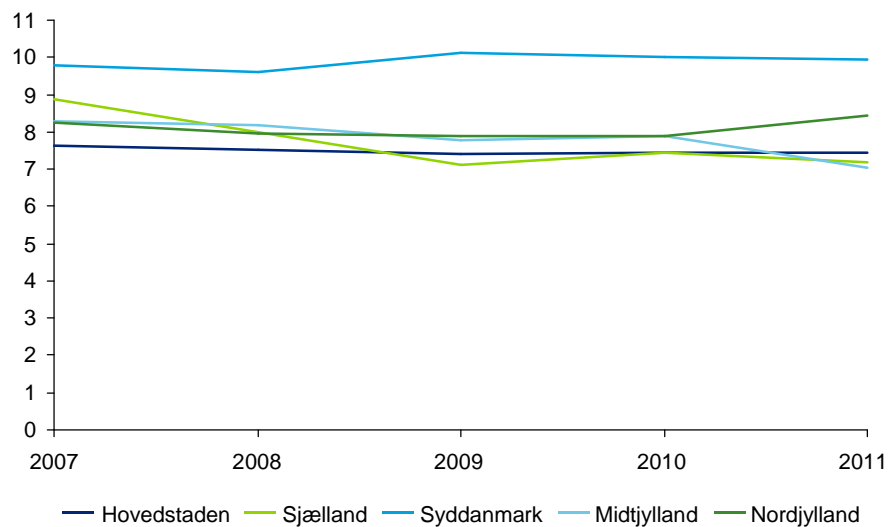
Kilde: Spørgeskemaundersøgelse blandt samtlige medicinske afdelinger i oktober 2012.

Genindlæggelser

Omkring 8 procent af samtlige indlagte medicinske patienter genindlægges således, hvilket vil sige, at de indlægges akut indenfor 30 dage efter udskrivning fra den primære indlæggelse.

Med 10 procent var andelen af genindlæggelser i 2011 højest i Region Syddanmark og lavest i Region Midtjylland med 7 procent. Andelen af genindlæggelser for indlagte medicinske patienter har generelt været svagt faldende i perioden 2007-2011.

Figur 30. Genindlæggelsesprocent for medicinske patienter opdelt på regioner, 2007-2011



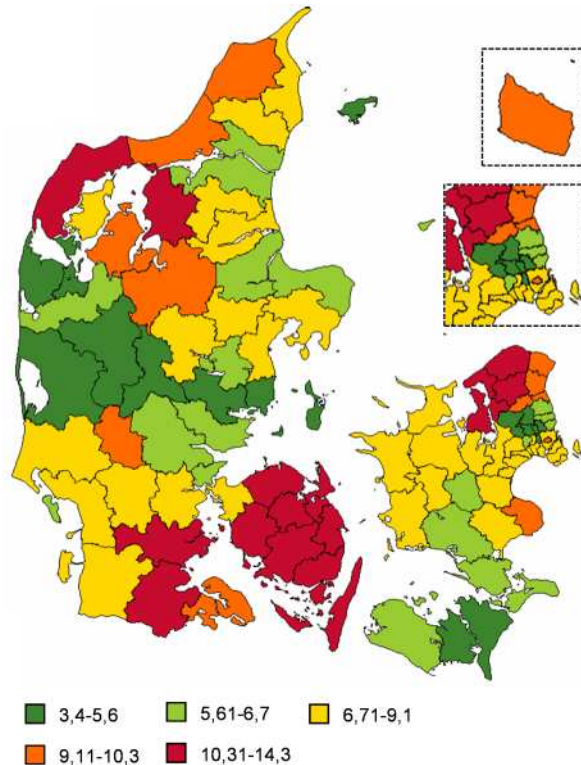
Kilde: Landspatientregisteret.

Note: For en nærmere definition af en genindlæggelse henvises til tabel 2.

Der er en væsentlig variation mellem kommunerne i forhold til andelen af medicinske patienter, der genindlægges. Andelen varierede således i 2011 fra 3,4 procent til over 14 procent.

Særligt kommuner på Fyn, i Nordsjælland og i dele af Nordjylland havde en høj andel af genindlæggelser, mens andelen var forholdsvis lav i kommuner i Midtjylland, Østjylland og på Sydsjælland, jf. kort nedenfor.

Figur 31. Andel genindlæggelser for medicinske patienter opdelt på kommuner, 2011



Kilde: Landspatientregisteret.

Note: Tre kommuner (Fanø, Læsø og Samsø) har færre end 70 genindlæggelser (henholdsvis 17, 21 og 7).

Forebyggelige indlæggelser

Forebyggelige indlæggelser dækker akutte indlæggelser, som det som udgangspunkt er muligt at forebygge ved at ændre eller forbedre indsatsen i den kommunale og/eller den regionale sektor. Det inkluderer således både indlæggelser og genindlæggelser. Der er en række diagnoser, som Sundhedsstyrelsen generelt vurderer er forebyggelige (se definitionsoversigten i kapitel 1).

Det samlede antal forebyggelige indlæggelser udgjorde 77.653 i 2011, hvilket svarer til 14,4 procent af de samlede indlæggelser.

Antallet af forebyggelige indlæggelser var på landsplan 14,0 per 1.000 indbyggere i 2011 og steg årligt med 2,6 procent i perioden 2007-2011. Med 15,5 forebyggelige indlæggelser per 1.000 indbyggere var antallet højest i Region Hovedstaden og lavest i Region Midtjylland med 12,4. Antallet af forebyggelige indlæggelser voksede mest i Region Syddanmark, mens Region Sjælland havde et fald på 1,6 procent årligt i antallet af forebyggelige indlæggelser, jf. tabel nedenfor, på trods af, at regionen har den højeste andel af 65+årige og har oplevet den største stigning i denne aldersgruppe fra 2007 til 2011.

Fra 2011 til 2012 har samtlige regioner med undtagelse af Region Midtjylland haft et fald i antallet af forebyggelige indlæggelser per 1.000 indbyggere. Særligt Region Syddanmark har haft et betydeligt fald på over 20 procent.

Tabel 8. Antal forebyggelige indlæggelser på medicinske afdelinger per 1.000 indbyggere opdelt på regioner, 2007-2012

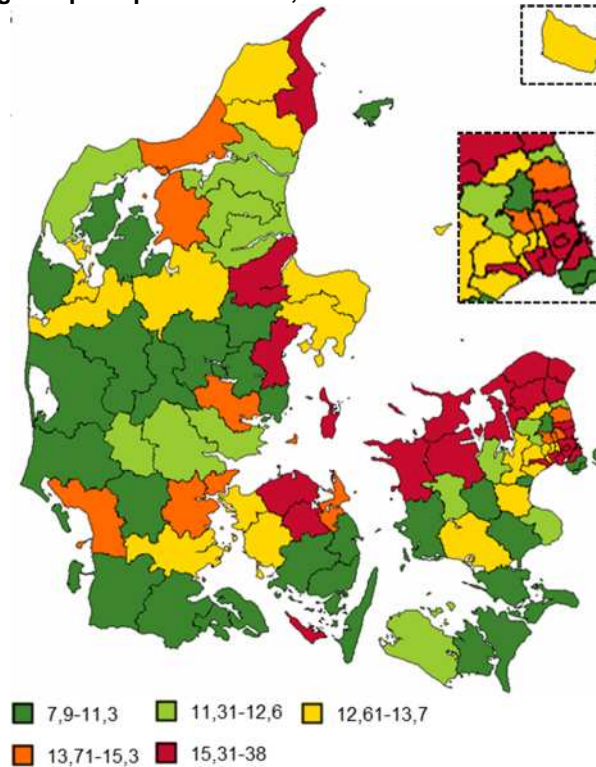
	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (skøn)	Årlig vækst 2007- 2011	Årlig vækst 2011- 2012
Hovedstaden	13,6	13,6	14,4	14,9	15,5	15,0	3,3	-3,3
Sjælland	14,3	13,8	12,7	13,0	13,4	12,5	-1,6	-7,2
Syddanmark	11,5	12,2	12,4	12,5	13,5	10,7	4,0	-20,2
Midtjylland	11,0	11,0	11,5	12,4	12,4	12,7	3,1	2,1
Nordjylland	12,9	13,0	12,8	13,6	14,5	14,1	2,9	-2,7
Hele landet	12,6	12,7	12,9	13,4	14,0	13,1	2,6	-6,2

Kilde: Landspatientregisteret.

Antallet af forebyggelige indlæggelser varierede også væsentligt på tværs af kommunerne. Nogle kommuner havde i 2011 således kun cirka 8 forebyggelige indlæggelser per 1.000 indbyggere, mens andre kommuner havde over 30. Dette indikerer, at der i nogle kommuner eksisterer et væsentligt potentiale for at reducere antallet af indlæggelser af medicinske patienter via en bedre forebyggelsesindsats, herunder ved samarbejde med almen praksis.

Særligt en række kommuner i Storkøbenhavn, Nordsjælland, Vestsjælland og på Nordfyn og Aarhus, Randers og Frederikshavn kommuner havde et højt antal forebyggelige indlæggelser, mens antallet især var lavt blandt andet i dele af Vest- og Midtjylland og i Sønderjylland, på Sydfyn og på Lolland-Falster, jf. figur nedenfor.

Figur 32. Antal forebyggelige indlæggelser for medicinske patienter per 1.000 indbyggere opdelt på kommuner, 2011¹



Kilde: Landspatientregisteret.

¹ Opgørelsen er standardiseret for alder.

Korttidsindlæggelser

Korttidsindlæggelser dækker akutte indlæggelser, hvor udskrivning enten finder sted på samme dag som indlæggelsen eller dagen efter indlæggelsen (én overnatning).

Et stort antal korttidsindlæggelser kan være et udtryk for, enten at de medicinske afdelinger er hurtige til at behandle og udskrive patienterne – og dermed udnytter kapaciteten effektivt – eller at patienterne slet ikke havde behovet at være indskrevet på afdelingen, hvis der var blevet ydet den rette indsats i primærsektoren – og derfor omvendt er udtryk for en ineffektiv kapacitetsudnyttelse.

Det samlede antal korttidsindlæggelser udgjorde 165.693 i 2011, hvilket svarer til 35,2 procent af de samlede indlæggelser.⁷

Antallet af korttidsindlæggelser steg med 2,8 procent årligt i perioden 2007-2011 og udgjorde på landsplan 29,8 per 1.000 indbyggere i 2011.

Antallet varierer betydeligt mellem regionerne, hvor Region Syddanmark skiller sig ud ved alene at have 23,9 korttidsindlæggelser per 1.000 indbyggere, mens Region Hovedstaden havde 38,4. De fire regioner oplevede en årlig

⁷ I opgørelsen af andel korttidsindlæggelser opgøres antal indlæggelser som hospitalsudskrivinger.

gennemsnitlig vækst, mens Region Sjælland reducerede antallet af korttidsindlæggelser per 1.000 indbyggere med i gennemsnit 1,1 procent årligt fra 2007 til 2011, jf. tabel nedenfor.

Tabel 9. Antal korttidsindlæggelser per 1.000 indbyggere på medicinske afdelinger opdelt på regioner, 2007-2012

	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (skøn) ¹	Årlig vækst 2007-2011	Årlig vækst 2011-2012
Hovedstaden	30,2	31,2	31,7	32,9	34,8	38,4	3,6	10,5
Sjælland	28,7	31,2	29,6	27,3	27,5	27,8	-1,1	1,1
Syddanmark	24,6	25,9	27,6	28,3	28,1	23,9	3,4	-15,1
Midtjylland	26,2	27,7	28,9	29,2	28,9	33,4	2,5	15,4
Nordjylland	19,5	20,0	21,0	21,4	23,9	25,2	5,3	5,3
Hele landet	26,7	28,1	28,7	29,0	29,8	31,2	2,8	4,7

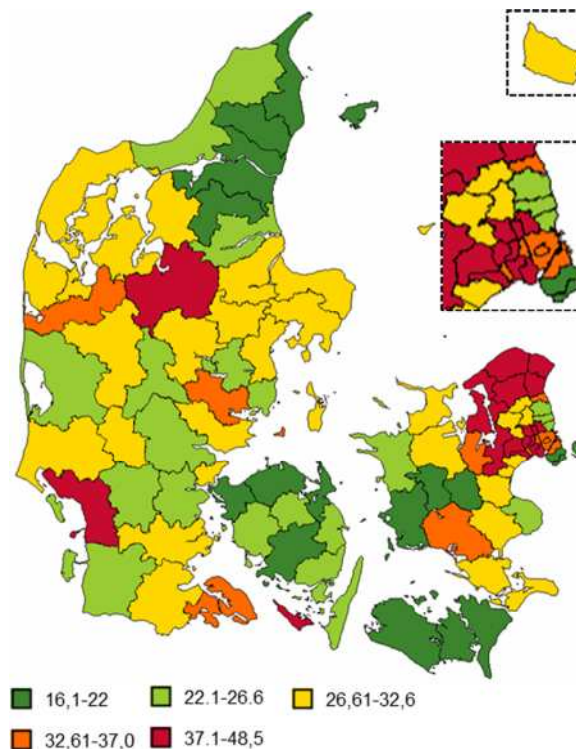
Kilder: Landspatientregisteret og Danmarks Statistik.

¹ Tallene for 2012 omfatter faktiske aktivitetstal for perioden januar-november, der er tillagt et skøn for aktiviteten i december, der er opgjort med udgangspunkt i decembers forholdsramssige andel af aktiviteten i 2011.

Antallet af korttidsindlæggelser for medicinske patienter varierer – ligesom andelen af genindlæggelser og forebyggelige indlæggelser – betydeligt på tværs af kommuner.

Andelen af korttidsindlæggelser var dog særlig høj i en række kommuner i Nordsjælland og Storkøbenhavn og omvendt særlig lav i de nordjyske kommuner, på Fyn, i en række midtsjællandske kommuner og på Lolland-Falster, jf. figuren nedenfor.

Figur 33. Antal korttidsindlæggelser per 1.000 indbyggere på medicinske afdelinger opdelt på kommuner¹, 2011



Kilder: Landspatientregisteret og Danmarks Statistik.

¹ Opgørelsen er standardiseret for alder.

2.4. Medicinske patienters karakteristika

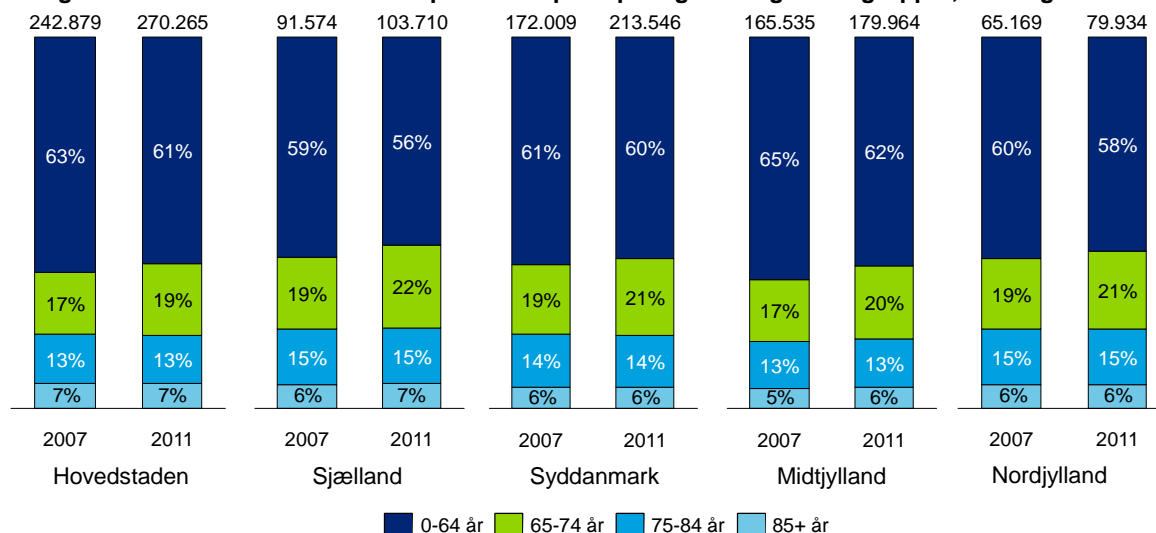
De foregående afsnit har gennemgået tilgangen af patienter og aktivitetsniveauet på de medicinske afdelinger. I det følgende gives der en generel beskrivelse af den medicinske patient ud fra alder, køn, type bolig, medicinforbrug, antal diagnoser, tildelt hjemmepleje og tidligere indlæggelsesforløb. Dermed afdækkes centrale karakteristika ved de ældre medicinske patienter.

Alder og køn

Ud af den samlede gruppe af unikke medicinske patienter udgør borgere over 65 år 40,1 procent på landsplan, heraf 20,3 procent gruppen af 65-74-årige, 13,6 procent gruppen af 75-84-årige og 6,2 procent gruppen af 85+årige.⁸

Med henholdsvis 43,9 procent og 42,4 procent havde Region Sjælland og Region Nordjylland de største grupper af ældre medicinske patienter over 65 år i 2011, mens Region Midtjylland og Region Hovedstaden med 38,4 procent og 38,9 procent havde de mindste. På tværs af alle regionerne er andelen af ældre medicinske patienter over 65 år steget over de seneste fem år og stærkest i Region Midtjylland og Region Sjælland. Det skal bemærkes, at Region Sjælland samtidig havde den største andel af unikke patienter over 65 år i 2007.

Figur 34. Antal unikke medicinske patienter opdelt på regioner og aldersgrupper, 2007 og 2011



Kilde: Landspatientregisteret.

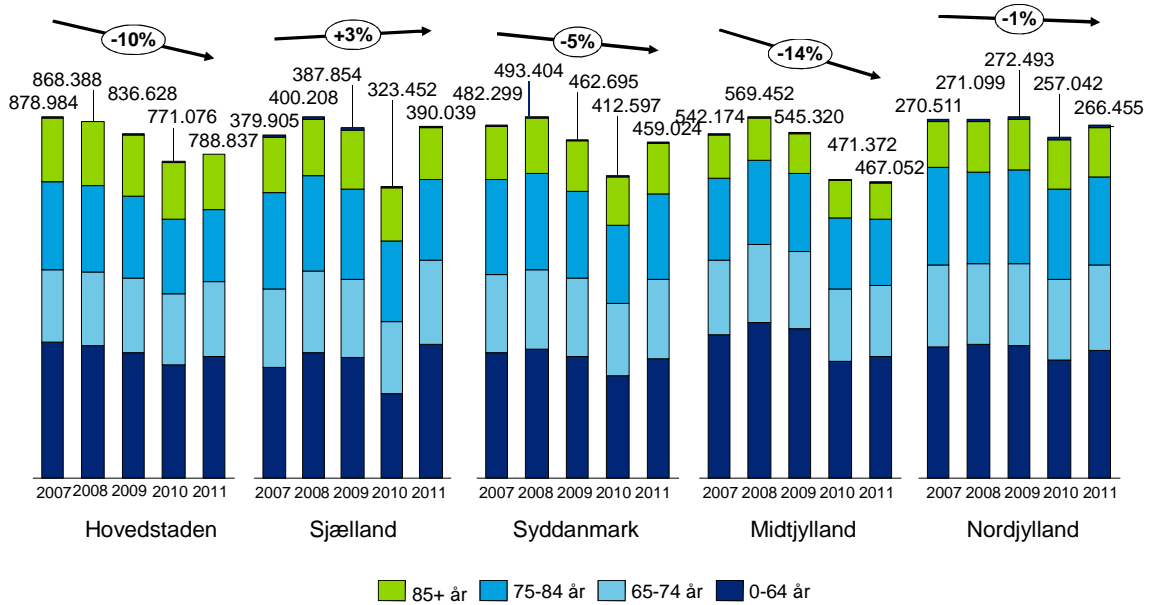
Forskellen mellem regionerne følger den demografiske forskel og udvikling i den samlede befolkningsgruppe. Her har Region Sjælland og Region Nordjylland den største andel af indbyggere over 65 år.

Regionerne adskiller sig, hvad angår fordelingen af aldersgrupperne. I Region Midtjylland anvendes en højere andel af sengedagene af patientgruppen

⁸ Kommunale nøgletal hentet fra Økonomi- og Indenrigsministeriets hjemmeside 17. januar 2013.

0-64-årige, end det er tilfældet i de andre regioner. Region Sjælland anvender derimod en mindre andel af sine samlede sengedage per år til patienter under 65 år end de andre regioner – undtagen i 2011.

Figur 35. Antal sengedage opdelt på regioner og opdelt i alderskategorier, 2007-2011



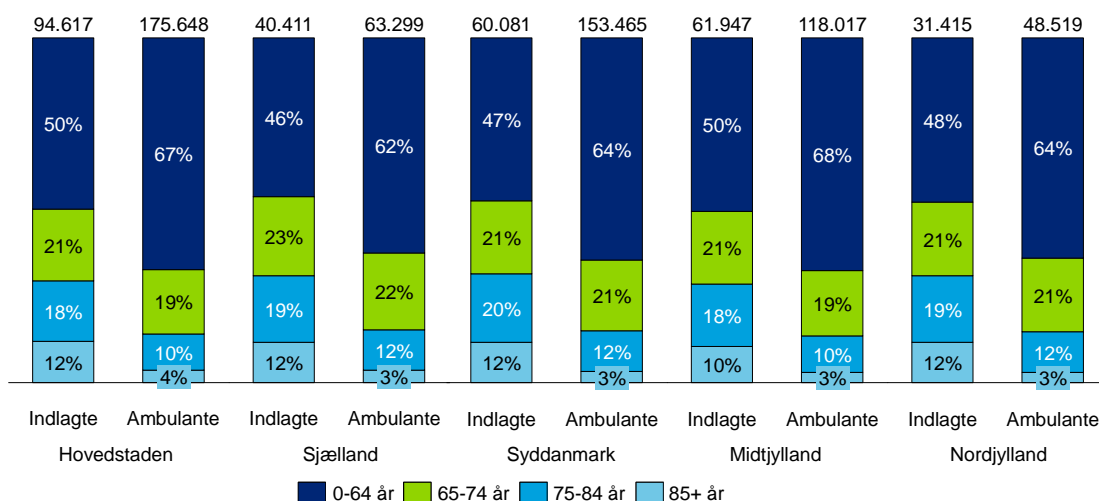
Kilde: Landspatientregisteret.

Ser man på gruppen af unikke indlagte medicinske patienter på tværs af regioner, fremgår det, at de generelt er ældre end de patienter, der er behandlet ambulant. Sammenholdes gruppen af medicinske patienter i ambulant behandling med gruppen af unikke indlagte medicinske patienter i 2011, fremstår der på tværs af regioner et klart billede af, at den indlagte medicinske patient ofte er noget ældre end den samlede gruppe af medicinske patienter.

I alle fem regioner udgør de 85+årige lidt over 10 procent af de indlagte patienter. Samme aldersgruppe udgør kun omkring 3 procent af de patienter, der behandles ambulant.

For samtlige regioner gælder, at gruppen af patienter, der er under 65 år, udgør cirka halvdelen af de indlagte patienter, mens samme gruppe udgør cirka to tredjedele af de patienter, der har været i ambulant behandling, jf. figuren nedenfor.

Figur 36. Antal unikke medicinske patienter opdelt på kontaktttype, alder og region¹, 2011



Kilde: Landspatientregisteret.

¹ Patienter, der både har været indlagt og i ambulante behandling, er opgjort som indlagte.

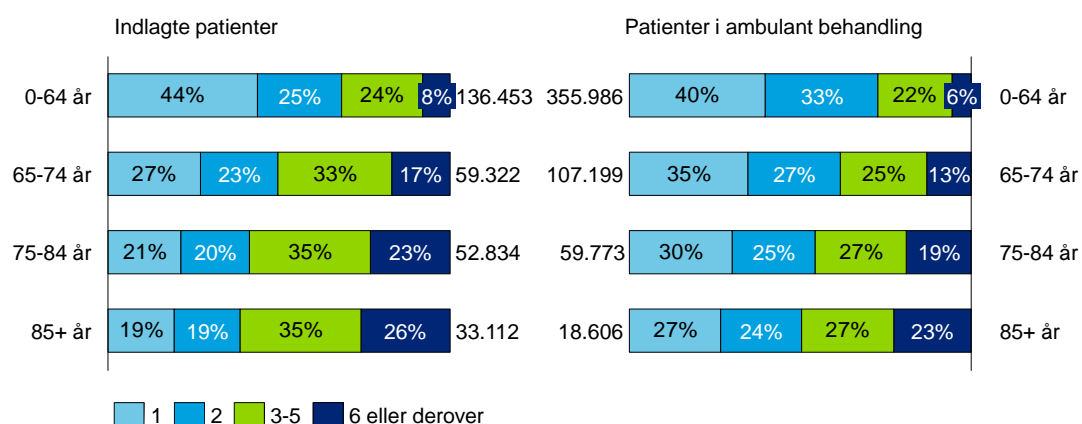
Med hensyn til køn er fordelingen mellem mænd og kvinder for unikke medicinske patienter stort set ens på tværs af de fem regioner, mens der er en lille overvægt af kvinder i den samlede gruppe af medicinske patienter.

Antal diagnoser

Det gennemsnitlige antal diagnoser på regionsniveau ligger mellem 2,5 og 3 for medicinske patienter med et landsgennemsnit på 2,8. Der er en ganske svag stigning i alle regioner, når man ser på antallet af diagnoser hos de medicinske patienter i perioden 2007-2011. For gruppen af indlagte patienter er der ligeledes tale om en ganske svag stigning i det gennemsnitlige antal diagnoser fra 2007 til 2011 (se figur 110 i bilag).

Det er karakteristisk, at de medicinske patienters antal af diagnoser stiger i takt med alderen. Det gælder både for de indlagte og de ambulante medicinske patienter, jf. figuren nedenfor.

Figur 37. Antal unikke medicinske patienter opdelt på kontaktttype, alder og antal diagnoser¹, 2011



Kilder: Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret.

¹ Patienter, der både har været indlagt og i ambulante behandling, er opgjort som indlagte.

Blandt de indlagte falder andelen af patienter, der kun har én diagnose, fra 44 procent for aldersgruppen 0-64 år til 19 procent for aldersgruppen 85+ år. Omvendt forholder det sig med andelen, der har seks eller flere diagnoser. Blandt de 0-64-årige har 8 procent seks eller flere diagnoser, mens samme grupper udgør 26 procent blandt de 85+årige.

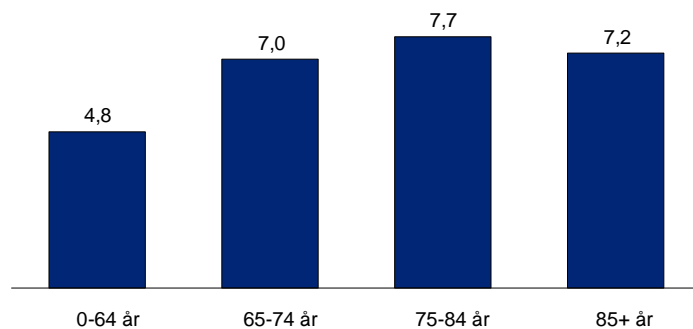
For de patienter, der behandles ambulant, tegner der sig samme billede. Blandt disse patienter er der dog generelt en større andel patienter, der har få diagnoser.

Medicinforgbrug

Det gennemsnitlige antal lægemidler for indlagte medicinske patienter stiger med alderen. De indlagte medicinske patienter under 65 år modtog således i gennemsnit 4,8 lægemidler i løbet af 2011, mens antallet var over 7 for gruppen af indlagte medicinske patienter over 65 år, jf. figuren nedenfor.

Det er dog værd at bemærke, at antallet af lægemidler ikke stiger med alderen for aldersgrupperne over 65 år. For samtlige tre aldersgrupper over 65 år ligger det gennemsnitlige antal lægemidler relativt stabilt.

Figur 38. Gennemsnitligt antal lægemidler for indlagte medicinske patienter opdelt på alderskategorier, 2011



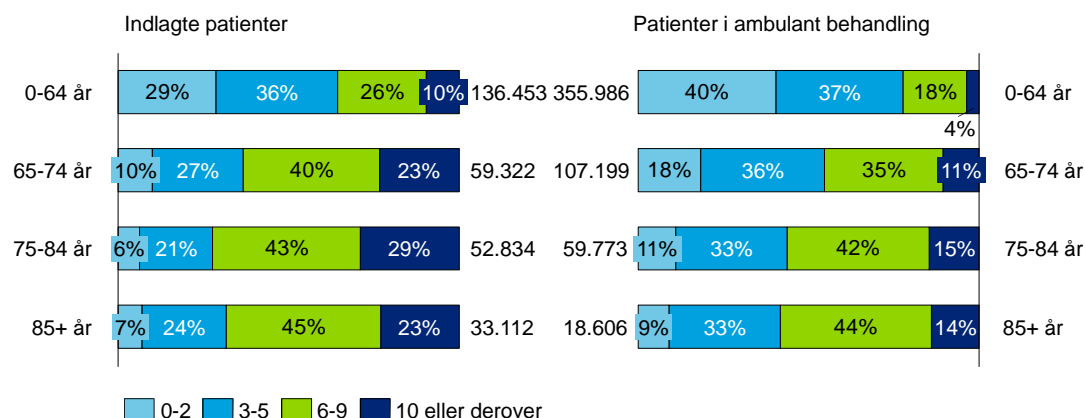
Kilder: Landspatientregisteret og Lægemiddeldatabasen.

Der kan identificeres samme udvikling for den samlede gruppe af medicinske patienter, hvor det gennemsnitlige antal lægemidler dog er cirka ét mindre. Således var det gennemsnitlige antal lægemidler for alle medicinske patienter på tværs af aldersgrupper 5,0.

Blandt de indlagte patienter under 65 år modtager 29 procent 0-2 lægemidler, mens det kun er 7 procent af patienterne over 85 år, der modtager 0-2 lægemidler. Andelen af indlagte patienter, der modtager 10 eller flere lægemidler, stiger fra 10 procent blandt de 0-64-årige til 23 procent blandt de 85+årige.

Blandt de patienter, der er i ambulant behandling, er tendensen den samme. Der er dog for alle aldersgrupper en større andel, der modtager få lægemidler.

Figur 39. Antal unikke medicinske patienter opdelt på kontaktttype, alder og antal lægemidler¹, 2011



Kilder: Landspatientregisteret og Lægemedeldatabasen.

¹ Patienter, der både har været indlagt og i ambulant behandling, er opgjort som indlagte.

Kronisk sygdom

Behandling af personer med kroniske sygdomme udgør en væsentlig del af aktiviteten på de medicinske afdelinger. I denne analyse opgøres aktiviteten indenfor følgende fem kroniske sygdomsområder: diabetes, hjerte-kar-sygdomme, kroniske lungesygdomme, knogleskørhed og leddegigt og psykiske sygdomme. Personer med kronisk sygdom identificeres indenfor hvert sygdomsområde på baggrund af deres kontakt til hospitaler, deres lægemiddelforbrug og de ydelser, de har modtaget, og som er omfattet af den offentlige sygesikring.⁹

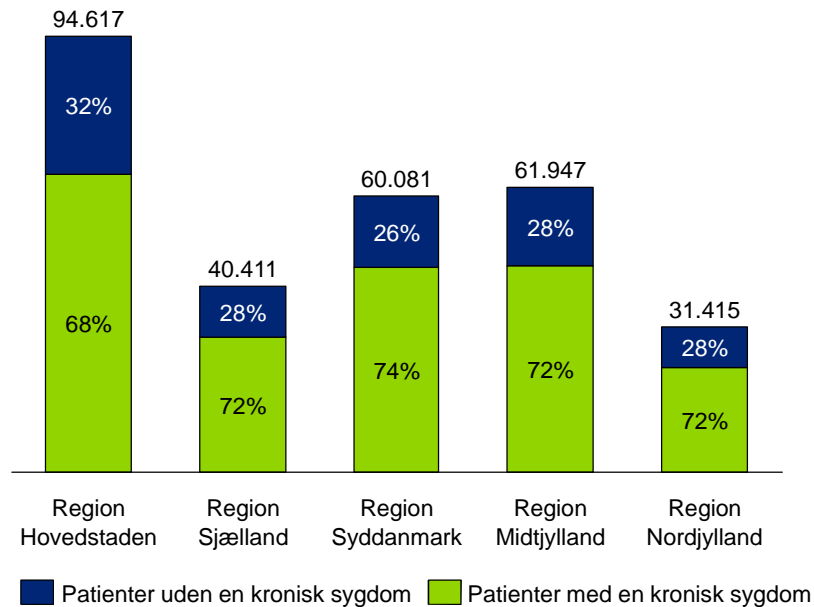
Ud af de 823.285 patienter, der blev behandlet på de medicinske afdelinger i 2011, havde 491.831 én eller flere kroniske sygdomme, svarende til 60 procent. Blandt de patienter, der blev behandlet ambulant, havde samme andel (60 procent) én eller flere kroniske sygdomme, mens andelen blandt de indlagte patienter var 71 procent. Ud af de 281.721 indlagte patienter havde 200.156 således én eller flere kroniske sygdomme.

De hyppigst forekommende kroniske sygdomme blandt de indlagte medicinske patienter er hjerte-kar-sygdomme. Næsten halvdelen af patienterne har således en kronisk hjertesygdom. Cirka hver fjerde indlagte patient har en kronisk psykisk lidelse, og cirka 18 procent har enten diabetes eller en kronisk lungesygdom. Endelig har cirka 8 procent af de indlagte patienter kronisk knogleskørhed eller leddegigt.

Som figur 40 viser, er andelen af indlagte patienter, der havde mindst én kronisk sygdom, relativt ens på tværs af regionerne. Region Hovedstaden ligger lavest med 68 procent patienter med kronisk sygdom, og Region Syd-danmark ligger højest med 74 procent.

⁹ For en nærmere definition af personer med kronisk sygdom henvises til tabel 2, afsnit 1.2.

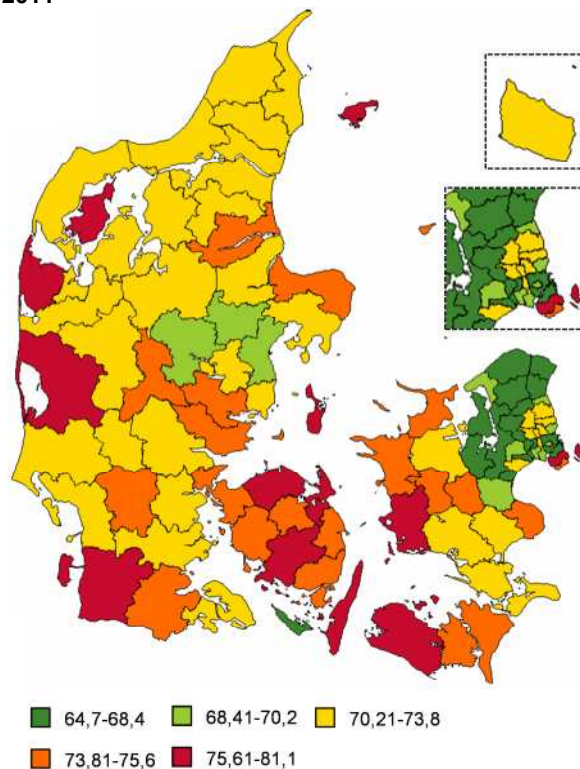
Figur 40. Antal indlagte patienter opdelt på regioner og kronisk sygdom, 2011



Kilder: Landspatientregisteret, Lægemediddatabasen og Sygesikringsregisteret.

Nedenstående kort, hvor andelen af indlagte patienter med én eller flere kroniske sygdomme er opdelt på kommuner, viser samme billede. Kommunerne i Region Hovedstaden har generelt en lav andel patienter med kronisk sygdom, mens kommunerne i Region Syddanmark generelt har en høj andel.

Figur 41. Andel indlagte patienter med én eller flere kroniske sygdomme opdelt på kommuner, 2011

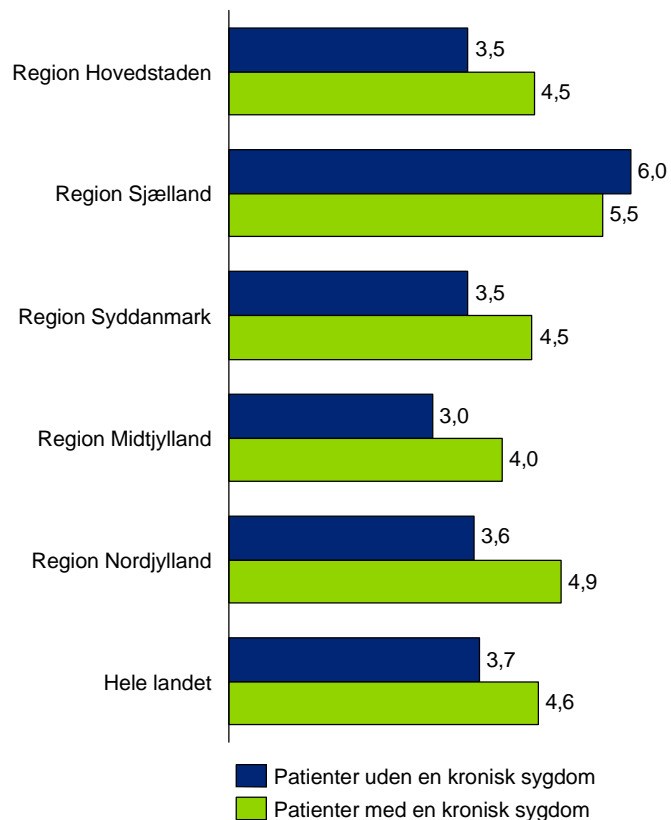


Kilder: Landspatientregisteret, Lægemediddatabasen og Sygesikringsregisteret.

Figur 46 viser antallet af sengedage per indlæggelse for patienter med og uden kronisk sygdom på tværs af regionerne. Som det fremgår af figuren, er der en generel tendens til, at patienter, der har én eller flere kroniske sygdomme, også har et højere antal sengedage per indlæggelse.

På tværs af hele landet har patienter med kronisk sygdom således næsten 25 procent flere sengedage per indlæggelse sammenlignet med patienter uden kronisk sygdom. Det forholder sig på samme måde for Region Hovedstaden, Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland. For Region Sjælland forholder det sig dog omvendt. Her er antallet af sengedage per indlæggelse højest for patienter, der ikke har kroniske sygdomme.

Figur 42. Antal sengedage per indlæggelse opdelt på regioner og kronisk sygdom, 2011



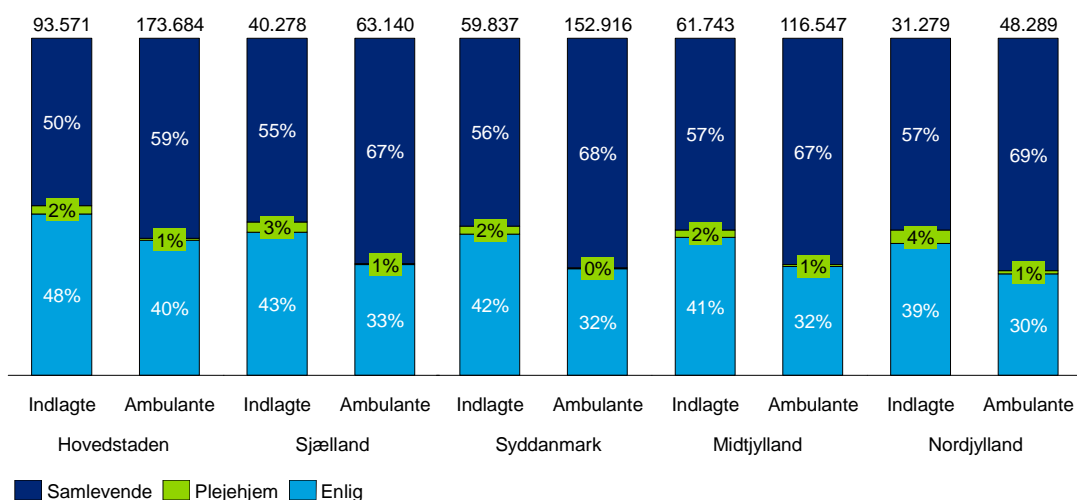
Kilder: Landspatientregisteret, Lægemedeldatabasen og Sygesikringsregisteret.

Boformer og hjemmepleje

De medicinske patienters boform kan opdeles på samlevende, enlig eller plejehjem. Den største andel af de medicinske patienter – både indlagte og ambulante – set på tværs af aldersgrupper i hver region bor sammen med en anden. Blandt de indlagte patienter er andelen af enlige dog større, og den udgør den største andel i Region Hovedstaden med 48 procent.

Plejehjemsbeboere udgør en meget begrænset andel af henholdsvis indlagte og ambulante patienter.

Figur 43. Antal unikke medicinske patienter opdelt på kontaktttype¹, alder og boform², 2011



Kilder: Landspatientregisteret og Danmarks Statistik.

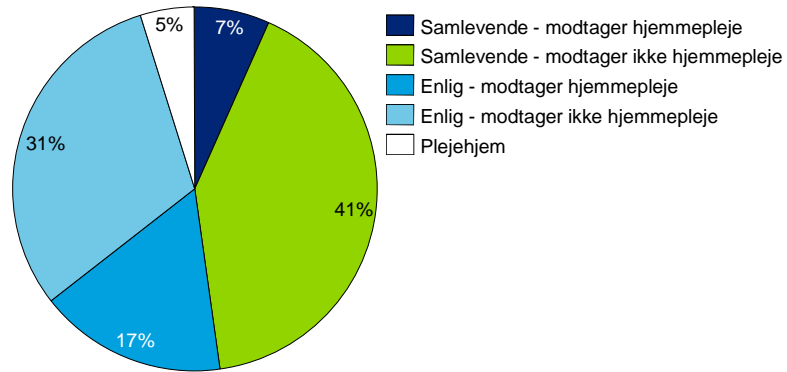
¹ Patienter, der både har været indlagt og i ambulante behandling, er opgjort som indlagte.

² For enkelte patienter har det ikke været muligt at fastsætte deres boform. Det totale antal patienter i denne opgørelse stemmer derfor ikke overens med de øvrige opgørelser.

Den samlede fordeling indenfor gruppen af indlagte patienter over 65 år på boform og hjemmepleje viser, at de to største grupper er samlevende, der ikke modtager hjemmepleje, og enlige, der ikke modtager hjemmepleje, jf. figuren nedenfor. Derefter følger enlige, der modtager hjemmepleje, og endelig samlevende, der modtager hjemmepleje. Af de indlagte patienter over 65 år modtager 24 procent hjemmepleje.¹⁰ Det ses også af figuren, at andelen af plejehjemsbeboere (naturligvis) stiger, når gruppen af indlagte over 65 år sammenholdes med den samlede gruppe af indlagte patienter.

¹⁰ De 24 procent fremkommer som summen af 7 procent og 17 procent i figur 44. Tallet må forventes at blive større såfremt kontakten til hjemmesygeplejen inddrages. Desværre er de tilgængelige aktivitetstal for hjemmesygeplejen mangelfulde for mange kommuner. Men tager man udgangspunkt i Helsingør Kommune, hvor det er oplyst, at hjemmesygeplejen er vel belyst, vurderes det at de 24 procent vil blive øget med en faktor 1,2 til 29 procent.

Figur 44. Antal indlagte patienter (65+ år) opdelt på boform og hjemmepleje¹, 2011

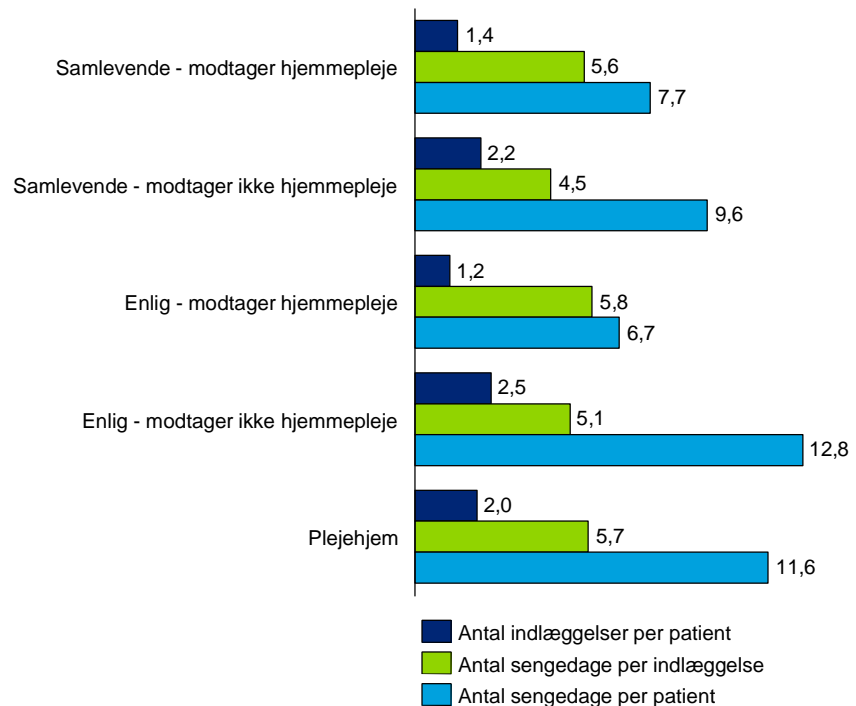


Kilder: Landspatientregisteret og Danmarks Statistik.

¹ Hvis en patient er visiteret til hjemmepleje (praktisk hjælp/personlig pleje) seks måneder inden indlæggelsen, regnes vedkommende i denne opgørelse som modtager af hjemmepleje.

Nedenstående figur viser sengedagsforbruget for medicinske patienter over 65 år opdelt på boform og hjemmepleje.

Figur 45. Antal indlæggelser per patient, antal sengedage per indlæggelse og antal sengedage per patient for indlagte patienter på 65+ år opdelt på boform og hjemmepleje¹, 2011



Kilder: Landspatientregisteret og Danmarks Statistik.

Note: Det kan ikke afvises, at en eventuelt højere dødelighed blandt personer, der modtager hjemmepleje, vil kunne påvirke antallet af indlæggelser per patient. Grundet begrænsninger i de til rådighed værende data har det ikke været muligt at efterprøve effekten af dette forhold.

¹ Hvis en patient er visiteret til hjemmepleje (praktisk hjælp/personlig pleje) seks måneder inden indlæggelsen, regnes vedkommende i denne opgørelse som modtager af hjemmepleje.

For både samlevende og enlige gælder, at borgere, der ikke modtager hjemmehjælp, har omkring dobbelt så mange indlæggelser som borgere, der modtager hjemmehjælp.

Patienter, der ikke modtager hjemmehjælp, er ganske vist indlagt lidt kortere tid per indlæggelse sammenlignet med enlige patienter med hjemmehjælp, men samlet set er deres sengedagsforbrug noget højere end for gruppen af patienter med hjemmehjælp.

For de samlevende er der 1,9 sengedage mere per patient i 2011 for den gruppe, der ikke modtager hjemmehjælp, mens enlige uden hjemmehjælp har 6,1 sengedag mere per patient sammenlignet med enlige med hjemmehjælp. Der er blandt enlige uden hjemmehjælp næsten tale om en fordobling af sengedagene per patient set i forhold til enlige med hjemmehjælp.

På den baggrund kan det konkluderes, at patienter over 65 år, der ikke modtager hjemmepleje, er indlagt kortere tid per indlæggelse, men samtidig er de indlagt flere gange end de patienter, der modtager hjemmepleje, hvilket alt i alt giver flere sengedage per år per patient.

En forklaring herpå kan være, at hjemmeplejen er i stand til at forebygge en del indlæggelser ved at observere og vurdere patienten og derved undgå, at borgeren svækkes i en sådan grad, at det kræver indlæggelse. Dette bekræftes i flere interview med kommuner og hospitaler, hvor det er vurderingen, at hjemmeplejen kan sikre den skrøbelige ældre mod at få for store udsving i funktionsevne gennem kontinuerlig kontakt.

Et konkret eksempel på hjemmeplejens rolle og indsats er, at hjemmeplejen i nogle kommuner anvender et lille paphjul, hvor der er anført de væsentligste indikatorer, som de ældre skal vurderes på i forhold til skrøbelighed. Det drejer sig for eksempel om en vurdering af borgerens fysiske klager, psykisk-sociale tilstand, medicinindtagelse, aktivitetsniveau, hjemmets tilstand og borgerens appetit. Hvis hjemmehjælpen vurderer, at der er ændringer i borgerens tilstand, kontaktes hjemmesygeplejersken.

Samlet set viser analysen, at indlagte medicinske patienter generelt er ældre, har flere diagnoser, modtager flere lægemidler og hyppigere bor alene end gruppen af ambulante medicinske patienter.

2.5. Færdigbehandlede patienter

Af de samlede sengedage på de medicinske afdelinger blev 0,53 procent – eller 5,3 sengedage per 1.000 sengedage – optaget af patienter, der var registeret som færdigbehandlede i 2011. Det svarede til 12.547 sengedage i 2011. Andelen er faldet med cirka en tiendedel årligt fra 2007 til 2011.

Denne negative vækst har især været drevet af udviklingen i Region Sjælland og Region Syddanmark, der havde en årlig negativ vækst i andelen af sengedage, der blev optaget af færdigbehandlede patienter, på over 30 procent, mens Region Midtjylland og Region Nordjylland begge har oplevet en stigning. Både Region Sjælland og Region Syddanmark havde dog relativt set i 2007 en høj andel sengedage, der blev optaget af færdigbehandlede patienter, og er derfor kommet på niveau med Region Nordjylland i 2011. Region Hovedstaden skiller sig herudover ud ved at have en markant højere andel

sengedage, der blev optaget af færdigbehandlede patienter, end de øvrige regioner, jf. tabellen nedenfor.

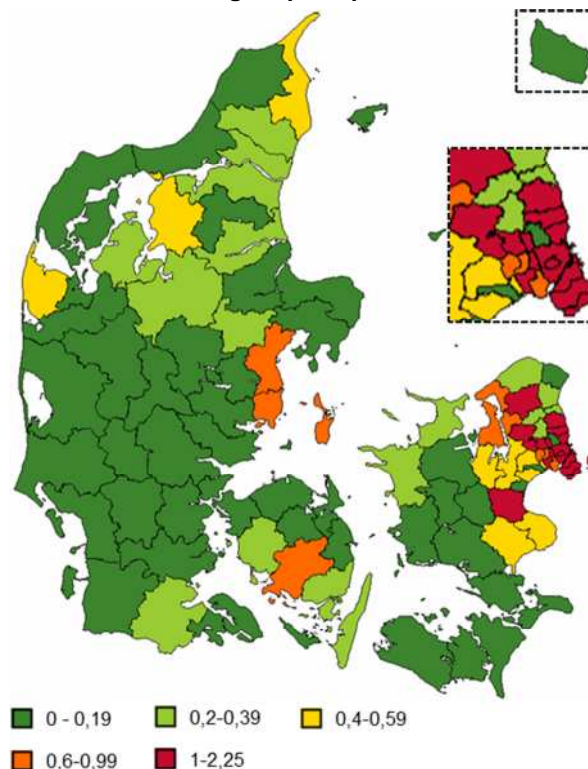
Tabel 10. Andel sengedage, der blev optaget af færdigbehandlede patienter, af det samlede antal sengedage på medicinske afdelinger opdelt på regioner, 2007-2012 (procent)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (skøn) ¹	Årlig vækst 2007-2011	Årlig vækst 2011-2012
Hovedstaden	1,28	1,53	1,17	1,30	1,11	1,16	-3,5	4,2
Sjælland	1,09	0,81	0,34	0,34	0,26	0,28	-30,2	6,3
Syddanmark	0,77	0,63	0,42	0,33	0,16	0,25	-32,6	53,7
Midtjylland	0,20	0,46	0,35	0,30	0,28	0,16	8,1	-43,9
Nordjylland	0,25	0,61	0,40	0,30	0,29	0,26	3,5	-10,5
Hele landet	0,82	0,92	0,64	0,66	0,53	0,54	-10,3	2,1

¹ Tallene for 2012 omfatter faktiske aktivitetstal for perioden januar-november, der er tillagt et skøn for aktiviteten i december, der er opgjort med udgangspunkt i decembers forholdsmæssige andel af aktiviteten i 2011.

Den relativt højere andel af færdigbehandlede patienter i Region Hovedstaden afspejler sig tydeligt ved en opgørelse af fordelingen på kommuner. Af denne fremgår det således, at kommunerne i Storkøbenhavn helt generelt har en markant højere andel af færdigbehandlede patienter end kommunerne i resten af landet, jf. figuren nedenfor.

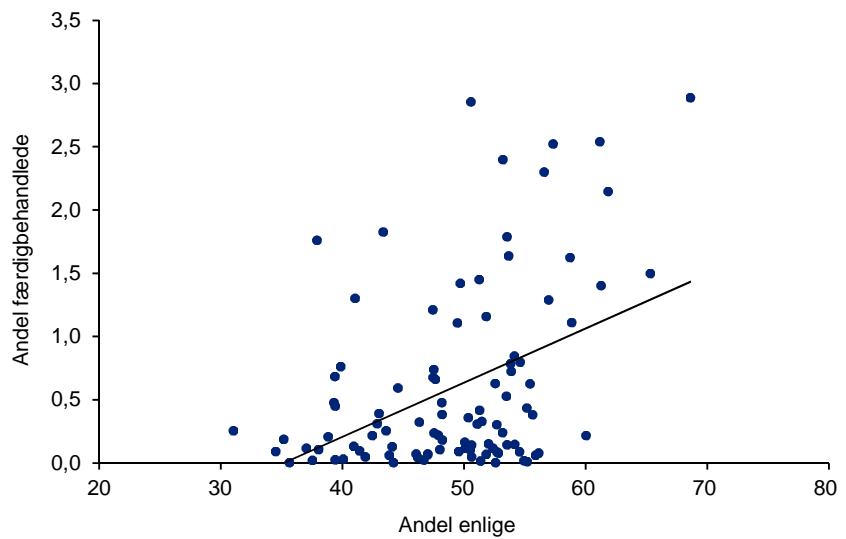
Figur 46. Andel sengedage for færdigbehandlede patienter af det samlede antal sengedage på medicinske afdelinger opdelt på kommuner, 2011



Kilde: Landspatientregisteret.

De medicinske patienter på 65+ år, der bor alene i eget hjem, tenderer til at have flere sengedage, hvor de er færdigbehandlede, end patienter, der enten er samboende eller bor på plejehjem, jf. figuren nedenfor.

Figur 47. Sammenhæng mellem andel sengedage for færdigbehandlede patienter og andel enlige patienter på 65+ år i kommunerne, 2011



Kilder: Landspatientregisteret og Danmarks Statistik.

Note: R^2 for den illustrerede trendlinje er 0,18.

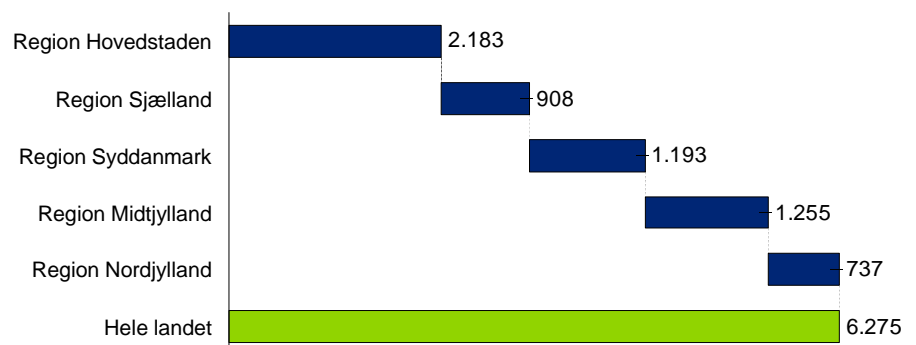
Andelen af enlige 65-årige er generelt højere i kommunerne i Region Hovedstaden, hvilket således delvis kan forklare, hvorfor kommunerne i Storkøbenhavn skiller sig så markant ud.

Samlet set er andelen af patienter registreret som færdigbehandlede dog forholdsvis beskeden, og potentialet ved at sikre en hurtigere udskrivning vurderes således på det foreliggende grundlag som følge heraf at være forholdsvis begrænset.

2.6. Kapacitet og kapacitetsudnyttelse

Den samlede kapacitet på de medicinske afdelinger opgjort som antal disponible sengepladser udgjorde 6.275 i 2011, jf. figuren nedenfor.

Figur 48. Antal disponible senge på de medicinske afdelinger opdelt på regioner, 2011

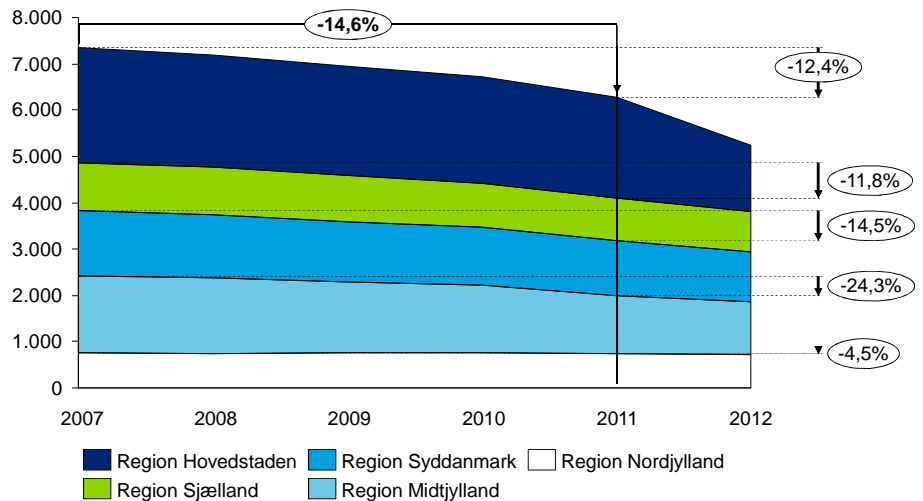


Kilde: Regionerne.

Antallet af senge på de medicinske afdelinger er blevet reduceret betydeligt fra 2007 til 2011. Den samlede sengekapa- citet på de medicinske afdelinger

er således blevet reduceret med 1.087 senge fra 2007 til 2011, hvilket svarer til en reduktion på 14,6 procent i perioden. Region Midtjylland skiller sig ud ved at have reduceret antallet af senge på de medicinske afdelinger med 24,3 procent, mens Region Nordjylland omvendt kun har reduceret antallet af senge med 4,5 procent, jf. figuren nedenfor.

Figur 49. Udvikling i antal disponible senge på de medicinske afdelinger opdelt på regioner, 2007-2011 og 2012 (skøn)¹



Kilde: Regionerne.

¹ Der knytter sig en betydelig usikkerhed til 2012-tallene for Region Hovedstaden.

Reduktionen i sengekapaleten følger umiddelbart i forlængelse af den generelle reduktion i det samlede antal sengedage på de medicinske afdelinger, der er sket i regionerne – bortset fra Region Sjælland – i perioden 2007-2011.

Nedenstående tabel viser udviklingen i antallet af sengedage per 1.000 indbyggere og antallet af sengepladser per 1.000 indbyggere fra 2007 til 2011 på tværs af regionerne.

Tabel 11: Udviklingen i sengedage per 1.000 indbyggere og sengepladser per 1.000 indbyggere opdelt på regioner¹, 2007-2011

	Region	2007	2008	2009	2010	2011	Årlig vækst 2007-2011	Årlig vækst 2010-2011
Sengedage per 1.000 indbyggere	Hovedstaden	536	526	502	458	463	-3,6	1,2
	Sjælland	463	486	470	392	473	0,6	20,8
	Syddanmark	404	411	384	342	381	-1,5	11,3
	Midtjylland	440	459	435	374	369	-4,3	-1,5
	Nordjylland	465	465	466	440	456	-0,5	3,7
	Hele landet	467	473	453	402	425	-2,3	5,6
Sengepladser per 1.000 indbyggere	Hovedstaden	1,5	1,5	1,4	1,4	1,3	-4,2	-5,9
	Sjælland	1,3	1,3	1,2	1,2	1,1	-3,2	-4,8
	Syddanmark	1,2	1,1	1,1	1,1	1,0	-4,1	-5,4
	Midtjylland	1,4	1,3	1,2	1,2	1,0	-7,4	-14,1
	Nordjylland	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	-1,3	-2,5
	Hele landet	1,3	1,3	1,3	1,2	1,1	-4,4	-7,0

Kilder: Landspatientregisteret og Danmarks Statistik.

¹ Antallet af sengedage er her opgjort på behandlerregion.

For samtlige regioner gælder, at antallet af sengepladser per 1.000 indbyggere er faldet mere end antallet af sengedage per 1.000 indbyggere fra 2007 til 2011. Fra 2010 til 2011 er antallet af sengedage steget i fire regioner, mens der fortsat er sket en reduktion i antallet af sengepladser.

Det er på baggrund af denne analyse ikke muligt at konkludere, om forholdet mellem aktivitet og kapacitet på de medicinske afdelinger er hensigtsmæssigt i forhold til en optimal drift, men det kan umiddelbart konkluderes, at de medicinske afdelinger har oplevet et gradvis stigende kapacitetspres fra 2007 til 2011.

Patientinventering

Indenfor de seneste år er der gennemført en række patientinventeringer på de danske hospitaler. Resultaterne er, at der eksisterer et potentiale i forhold til at sikre, at de patienter, der anvender sengene, faktisk har et reelt klinisk behov herfor. Samtlige hospitaler i Region Nordjylland og Region Sjælland og enkelte hospitaler i de øvrige regioner har indenfor de seneste år gennemført patientinventeringer, der er gennemført på en normal dag med henblik på at vurdere, i hvilket omfang de medicinske patienter, der optog sengene på afdelingerne den pågældende dag, ud fra en lægefaglig vurdering 1) reelt havde behov for at være indlagt, 2) om de kunne være udskrevet til eget hjem eller andre alternative tilbud med et lavere plejeniveau, fx patienthoteller eller kommunale akut-/rehabiliteringspladser eller 3) optog en seng som følge af unødigt ventetid internt på hospitalet.

Resultaterne af patientinventeringerne viser helt entydigt på tværs af hospitaler, at en større gruppe af de medicinske patienter ikke behøvede at være indlagt. I gennemsnit var det således knap en femtedel af de medicinske patienter, der ikke behøvede at være indlagt på en medicinsk afdeling, men som enten ventede unødigt eller kunne være udskrevet til tilbud med et lavere plejeniveau og lignende. De dækker dog over væsentlige forskelle, idet hele 41 procent af patienterne på Sygehus Himmerland ikke behøvede at

være indlagt, mens andelen for en række af hospitalerne i Region Sjælland alene lå på omkring 10 procent.

Samlet set indikerer resultaterne af den gennemførte benchmarking og regionernes patientinventeringer, at der fortsat eksisterer et potentiale for en bedre kapacitetsudnyttelse på nogle medicinske afdelinger.

På den baggrund vil kapitel 3 nærmere afdække den konkrete tilrettelæggelse af patientforløb blandt fem udvalgte patienttyper på tværs af regioner, mens kapitel 4 konkret vil beskrive indholdet og resultaterne af forskellige tiltag og erfaringer med procesoptimering og sammenhængende patientforløb, der kan understøtte en bedre kapacitetsudnyttelse på de medicinske afdelinger.

3. Patientforløb for udvalgte patienttyper

De ældre medicinske patienter udgør en stor del af det samlede antal patienter. For de lidelser indenfor denne gruppe, der er sat fokus på i dette kapitel, er antallet af unikke patienter og indlæggelser også stigende, men sengedagsforbruget er faldende – og endda kraftigere end for den samlede gruppe af medicinske patienter.

3.1. Indledning og sammenfatning

I dette kapitel fokuseres på ældre medicinske patienter, der har været indlagt til undersøgelse eller behandling for bestemte lidelser. De udgør en væsentlig del af de medicinske patienter, der ofte betegnes som diffuse eller komplekse patienter.

Analysen har til formål at kortlægge strukturen i patienternes forløb både før, under og efter selve kontakten med hospitalet og belyse samspillet mellem primærsektoren og sekundærsektoren i behandlingen af patienterne.

Ved at se nærmere på forløbet før, under og efter for disse patienter afklares, i hvilket omfang der synes at være mulighed for at varetage undersøgelses- og behandlingsbehovet på en bedre måde, end det aktuelt er tilfældet.

Med afsæt i den kortlægning af den samlede aktivitet på de medicinske afdelinger, der er gennemført i kapitel 2, har Deloitte udvalgt fem patienttyper, der i særlig grad kan karakteriseres som diffuse eller komplekse patienter, jf. nedenstående boks.

Boks 2: Oversigt over udvalgte patienttyper

- Blodforgiftning/infektioner: anden sepsis/klinisk infektion, sepsis, rosen UNS, bakteriel infektion UNS og feber UNS
- Luftvejsinfektioner/respirationsinsufficiens: respirationsinsufficiens, akut bronkitis, kronisk nedre luftvejssygdom og lungebetændelse
- Blærebetændelse: blærebetændelse og urosepsis
- Væskemangel
- Genoptræning¹¹

¹¹ Diagnosekoden genoptræning dækker den genoptræning, som regionerne er forpligtet til at yde til patienter under indlæggelse ifølge sundhedslovens §§ 5, 79 og 81.

En komplet oversigt over de diagnosekoder, der indgår i de fem patienttyper, er vedlagt som bilag (se tabel 19).

Antallet af unikke patienter er stigende, mens niveauet for forekomsten af lidelserne varierer meget kraftigt hen over landet

- Antallet af unikke patienter er stigende, særligt indenfor blærebetændelse, væskemangel og blodforgiftninger/infektioner. Disse tre lidelser er ligeledes kendetegnet ved en markant stigning i antallet af indlæggelser.
- Der er en betydelig regional variation i antal patienter per 1.000 indbyggere, idet Region Hovedstaden ligger på et væsentlig højere niveau end de øvrige fire regioner primært drevet af højere forekomst af luftvejsinfektioner/respirationsinsufficiens og væskemangel.
- Forekomsten af de udvalgte lidelser varierer betydelig kraftigere, når de ansues opdelt på kommuner, idet antallet per 1.000 indbyggere varierer fra under 65 for de 16 kommuner med det laveste niveau til niveauet 97-141 for de 10 kommuner med det højeste niveau, hvor 9 af de 10 ligger i hovedstadsområdet.
- Beboere på plejehjem er – måske lidt overraskende – overrepræsenteret blandt patienter med blærebetændelse og væskemangel.

Sengedagsforbruget er faldet betydelig kraftigere for denne gruppe patienter end for de medicinske patienter som helhed

- Antallet af sengedage per 1.000 indbyggere er faldet kraftigere for denne gruppe patienter end for de medicinske patienter generelt, 17 procent i forhold til 9 procent. Det er således på dette område i særlig grad lykkedes at begrænse antallet af sengedage per indlæggelse, så der trods stigninger i antallet af indlæggelser samlet set er sket et fald i antallet af sengedage. Dette kan være en indikation på værdien af et forbedret samarbejde mellem regioner og kommuner om disse patienter.
- Region Hovedstaden udmærker sig ved, at den ikke har det højeste antal sengedage per 1.000 indbyggere trods det betydelig højere antal unikke patienter med disse lidelser.

For den samlede gruppe af udvalgte ældre medicinske patienter er der et højt niveau af gentagne indlæggelser og egentlige genindlæggelser – og med en meget betydelig variation hen over landet

- Set isoleret for de enkelte lidelser for perioden 2007-2011 er patientforløbene for en meget stor dels vedkommende forholdsvis simple. Det er således i 2011 kun 25 procent af de indlagte patienter med disse lidelser, der har været behandlet for samme lidelse i 2010, og det er især patienterne med luftvejsinfektioner/respirationsinsufficiens, der har gentagne indlæggelser. En yderligere nedbringelse af antallet af sengedage handler således i høj grad om at forebygge enkeltstående indlæggelser indenfor de enkelte lidelser. 72 procent af patienterne har dog været behandlet for andre lidelser i 2010, så gruppen af udvalgte ældre medicinske patienter er langt fra ukendt på hospitalerne.

- De udvalgte ældre medicinske patienter har 3-4 gange så mange forskellige diagnoser og indtager flere lægemidler end de medicinske patienter generelt. Så på trods af, at patientforløbene generelt er forholdsvis simple, har mange af patienterne et særdeles komplekst sygdomsbillede.
- Ses der nærmere på de indlagte patienter i 2011 og andelen af dem, der også har været behandlet i 2010 for en af de udvalgte lidelser, ses en ganske betydelig variation hen over landet uden noget generelt regionalt mønster, dog med en række kommuner i Københavnsområdet i den høje ende.
- Genindlæggelsesprocenten for de udvalgte patienter ligger på 12 med mindre variationer mellem regionerne. Variationen er meget mere markant, når den opgøres per kommune, idet 18 er under 8,6 procent, mens 23 er over 16,1 procent. Kommunerne med et lavt genindlæggelsesniveau findes især i det vestlige Midtjylland og i den sydlige del af Region Sjælland, mens en række kommuner i Nordsjælland ligger i den anden ende.

En stor andel af de indlagte har løbende kontakt til kommunen gennem hjemmeplejen, og de fleste har kontakt til den almenpraktiserede læge i måneden før indlæggelse

- Næsten 8 ud af 10 indlagte patienter har haft kontakt med almen praksis én måned inden indlæggelsen, mens kontakten i månederne før dette er lille. Mere end hver tredje har modtaget hjemmepleje i samme periode. De udvalgte ældre medicinske patienter har således en betydelig kontakt til andre aktører udenfor hospitalerne. Det betyder, at der ofte vil foreligge en mulighed for at finde et alternativ til indlæggelse eller en mulighed for at forebygge indlæggelse.
- En væsentlig del af de indlagte patienter er ikke modtagere af kommunal hjemmepleje. Ser man seks måneder tilbage før indlæggelsen, er det lige under halvdelen, der modtager hjemmepleje, og ser man alene på måneden før, er det kun 38 procent. En forstærket kommunal indsats for forebyggelse af indlæggelser kan således ikke alene tage afsæt i den relation, der er etableret gennem hjemmeplejen, hvis indsatsen skal ramme bredt.

3.2. Samlet overblik over de udvalgte patienttyper

I dette afsnit præsenteres en samlet kortlægning af de udvalgte patienttyper og deres kontakt med sundhedssystemet. Afsnittet giver et samlet overblik over antallet af patienter, antallet af sengedage og ambulante besøg, udviklingen over tid og variationen på tværs af regioner og kommuner.

Udvælgelse af patienttyper

Med afsæt i den kortlægning af den samlede aktivitet på de medicinske afdelinger, der er gennemført i kapitel 2, har Deloitte udvalgt fem patienttyper, der

i særlig grad kan karakteriseres som diffuse eller komplekse patienter, jf. boks ovenfor.

De fem patienttyper er udvalgt ud fra en bruttoliste af diagnoser, der er vurderet som særlig relevante for analysen af de ældre medicinske patienter, herunder forebyggelige indlæggelser, som de er fastlagt af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.¹² Derudover er der udvalgt en række diagnoser, der vurderes som særlig relevante for analysen af de ældre medicinske patienter, og som dækker en betydelig volumen målt ved antal sengedage i 2011.¹³

De fem patienttyper er udvalgt, da de alle har en relativt høj andel diffuse eller komplekse patienter målt ud fra antal forskellige lægemidler og antal forskellige diagnoser, som patienterne har haft i 2011. Derudover er de fem patienttyper kendetegnet ved en relativt stor spredning i behandlingspraksis på tværs af regionerne målt ud fra antal indlæggelser per patient og genindlæggelsesprocenten.

Analysen i dette kapitel har særligt fokus på de *ældre* patienter. Blandt de fem udvalgte patienttyper udvælges således de patienter, der på tidspunktet for den modtagne behandling i 2011 var 65 år eller derover.

Antal patienter

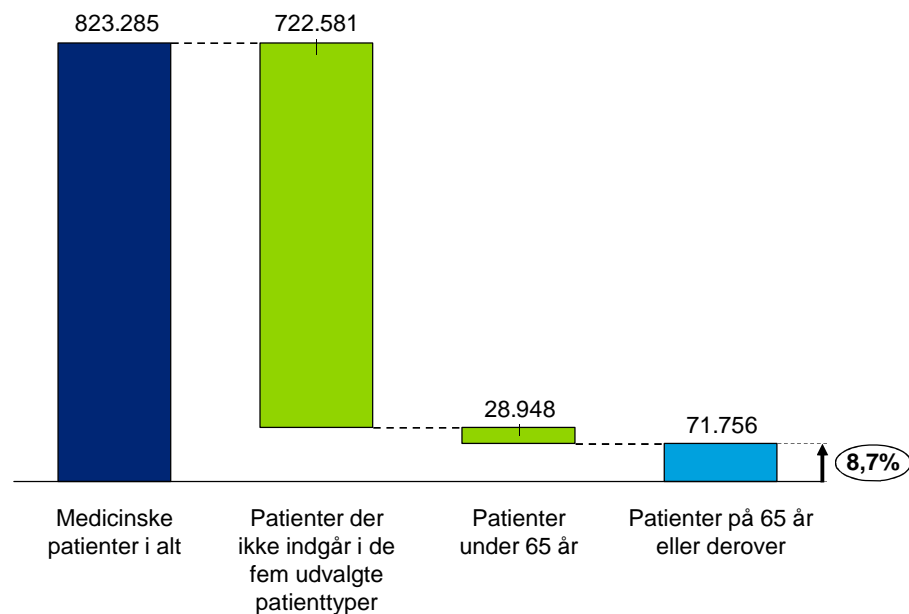
Som beskrevet i kapitel 2 har 823.285 patienter været behandlet på de medicinske afdelinger i Danmark i 2011. Heraf er cirka 100.000 blevet behandlet indenfor mindst én af de fem udvalgte patienttyper, svarende til 12 procent af det samlede antal patienter. Ud af disse 100.000 patienter er lidt over to tredjedele over 65 år på tidspunktet for deres behandling, mens dette kun gælder for cirka 40 procent af det samlede antal medicinske patienter.

De 71.756 patienter, der er 65 år eller derover, udgør fokus for analysen i dette kapitel, og resten af kapitlet omhandler udelukkende denne gruppe. Disse patienter udgør cirka 9 procent af det samlede antal medicinske patienter, der blev behandlet i 2011.

¹² Forebyggelige indlæggelser er defineret som følgende diagnosegrupper: ernæringsbetinget blodmangel (DD50-53), knoglebrud (DS02, DS12, DS22, DS32, DS42, DS52, DS62, DS72, DS82 og DS92), tarminfektion (DA09), blærebetændelse (DN30, undtagen DN303 og DN304), lungebetændelse (DJ12-15 og DJ18), akut bronkitis o.l. (DJ20-22), kronisk nedre luftvejssygdom (DJ40-47), forstoppelse (DK590), væskemangel (DE869), tryksår (DL89), sociale og plejemæssige forhold (DZ59 og DZ74-DZ75) og diabetes (DE10-14).

¹³ Udover de forebyggelige indlæggelser er følgende diagnoser udvalgt: blodforgiftning/infektioner (herunder anden sepsis/klinisk infektion (DA415), sepsis (DA419), rosen UNS (DA469), bakteriel infektion UNS (DA499A) og feber UNS (DR509)), respirationsinsufficiens (DJ960-DJ969), sygdomme i fordøjelsesorganer (herunder alkoholisk leversygdom (DK700-DK709), leverinsufficiens (-svigt) (DK720-DK729), korttarmssyndrom (DK912B)), svimmelhed/kollaps (herunder svimmelhed (DR42), besvimelse og kollaps (DR55)) og genoptræning (DZ50).

Figur 50: Antal patienter behandlet på medicinske afdelinger, 2011

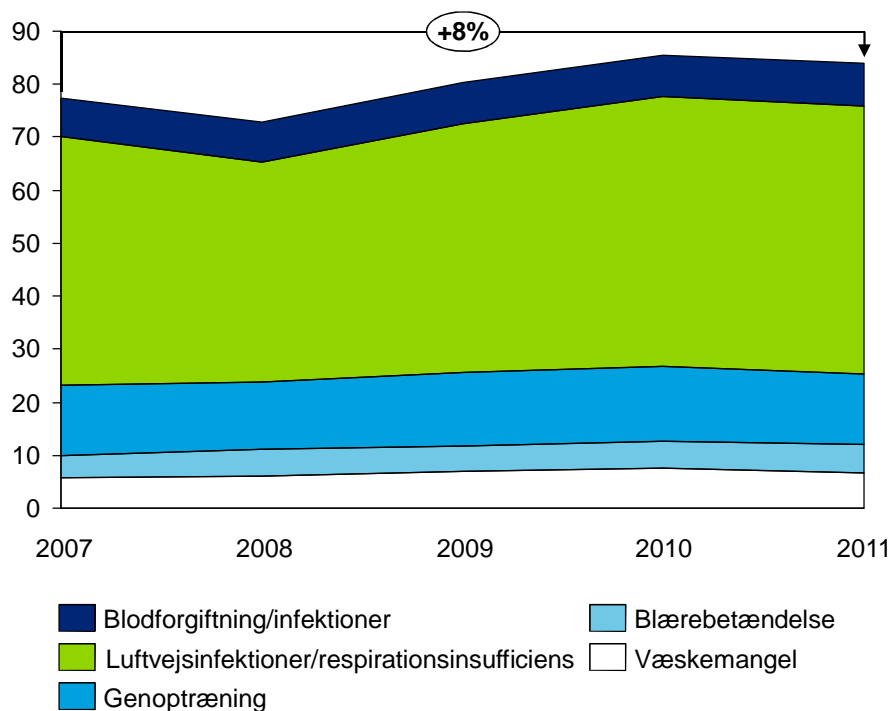


Kilde: Landspatientregisteret.

Det skal bemærkes, at der naturligvis kan findes patienter, der kan karakteriseres som diffuse eller komplekse patienter indenfor andre patienttyper end de fem udvalgte. Denne analyse beskæftiger sig således ikke med samtlige diffuse eller komplekse patienter, men med den delmængde af denne patientgruppe, der tilhører mindst én af de fem udvalgte patienttyper.

Figur 60 viser udviklingen i antallet af patienter, der har været i behandling på de medicinske afdelinger indenfor de udvalgte patienttyper, opgjort per 1.000 indbyggere over 65 år fra 2007 til 2011.

Figur 51. Antal patienter per 1.000 indbyggere (65+ år) opdelt på patienttyper, 2007-2011



Kilde: Landspatientregisteret.

Note: Hvis en patient har været behandlet for mere end én af de fem patienttyper, vil vedkommende tælle med for hver patienttype.

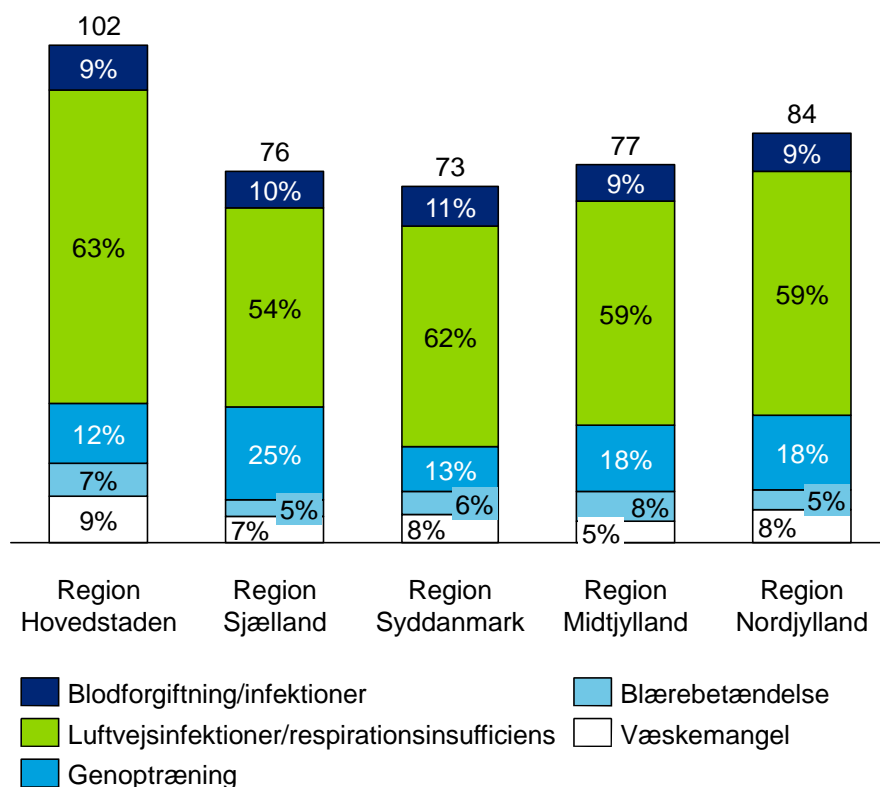
Samlet set er der sket en mindre stigning i antallet af patienter per 1.000 indbyggere på 8 procent fra 2007 til 2011. I 2007 var der således cirka 77 patienter per 1.000 indbyggere, mens der i 2011 var cirka 84.

Stigningen er især sket i perioden 2008-2010, mens der er et faldende antal patienter fra 2007 til 2008 og fra 2010 til 2011.

Selvom der har været en stigning i antallet af patienter per 1.000 indbyggere for alle fem patienttyper, er der betydelig forskel på, hvor meget antallet af patienter er steget for hver patienttype. Antallet af patienter med blærebetændelse, væskemangel og blodforgiftning/infektioner er steget mest med henholdsvis 20, 18 og 13 procent, mens antallet af patienter med luftvejsinfektioner/respirationsinsufficiens og genoptræning er steget mindst med henholdsvis 7 og 1 procent.

Nedenstående figur viser antallet af patienter per 1.000 indbyggere over 65 år opdelt på regioner og patienttyper i 2011.

Figur 52. Antal patienter per 1.000 indbyggere (65+ år) opdelt på regioner og patienttyper, 2011



Kilder: Landspatientregisteret og Danmarks Statistik.

Note: Hvis en patient har været behandlet for mere end én af de fem patienttyper og/eller i mere end én region, vil vedkommende tælle med for hver patienttype og/eller region.

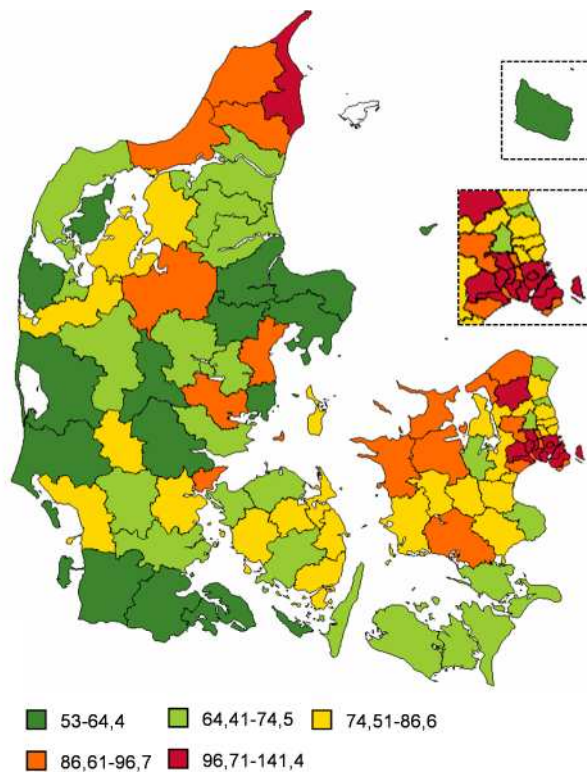
Som det fremgår af figuren har Region Hovedstaden en betydelig større andel patienter per 1.000 indbyggere sammenlignet med de øvrige regioner. Region Hovedstaden har således 102 patienter per 1.000 indbyggere over 65 år, mens de øvrige regioner ligger mellem 73 og 84 patienter per 1.000 indbyggere.

Over halvdelen af patienterne i samtlige regioner er behandlet for luftvejsinfektioner/respirationsinsufficiens, mens patienter, der modtager genoptræning, udgør mellem 12 og 25 procent af patienterne på tværs af regionerne. De resterende tre patienttyper udgør hver mellem 5 og 11 procent af det samlede antal patienter i regionerne, og det fremgår blandt andet, at væskemangel forekommer betydelig hyppigere i Region Hovedstaden end i de øvrige regioner.

Region Sjælland har en betydelig større andel patienter, der har modtaget genoptræning, sammenlignet med de øvrige regioner. I Region Sjælland har cirka hver fjerde patient således modtaget genoptræning, mens det er mellem 12 og 18 procent i de øvrige regioner.

Nedenstående kort viser antallet af patienter per 1.000 indbyggere opdelt på kommuner i 2011.

Figur 53. Antal patienter per 1.000 indbyggere (65+ år) opdelt på kommuner, 2011



Kilder: Landspatientregisteret og Danmarks Statistik.

Note: Hvis en patient har været behandlet i mere end én kommune, vil vedkommende tælle med for hver kommune. Data er aldersstandardiseret.

Kortet viser, at der er klart flest patienter per indbygger i kommunerne omkring København. Ni af de ti kommuner, der har flest patienter per indbygger, er således placeret i eller omkring hovedstaden.

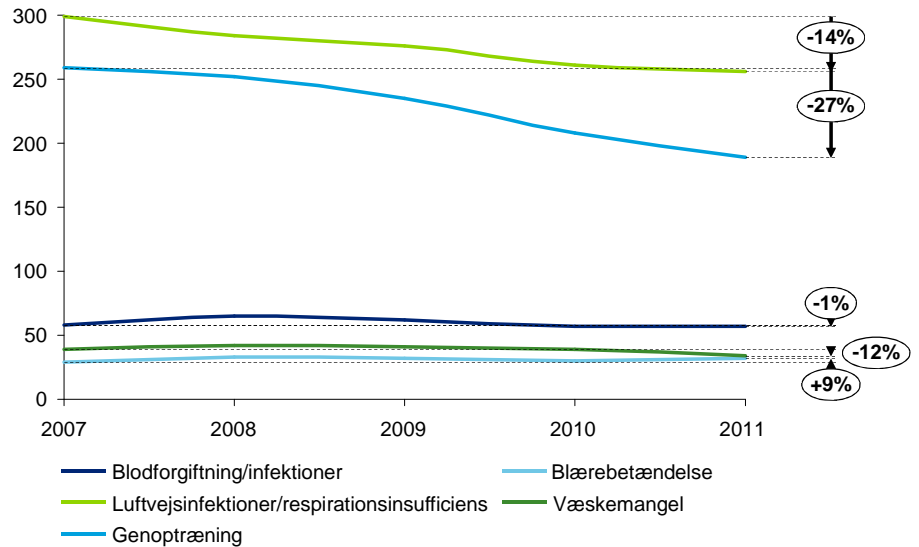
Den eneste kommune i gruppen med den højeste andel (mere end 96,71 patienter per 1.000 indbyggere), der ikke ligger i Region Hovedstaden, er Frederikshavn Kommune. Generelt kan det dog bemærkes, at flere af de nordjyske kommuner har et relativt højt antal patienter per indbygger.

I de øvrige regioner er der en rimelig spredning mellem kommuner, der har et højt og et lavt antal patienter per indbygger, dog med visse subregionale niveauforskelle.

Antal sengedage

Udviklingen fra 2007 til 2011 i antal sengedage per 1.000 indbyggere over 65 år for de fem patienttyper er vist i figur 54.

Figur 54. Antal sengedage per 1.000 indbyggere (65+ år) opdelt på patienttyper, 2007-2011



Kilder: Landspatientregisteret og Danmarks Statistik.

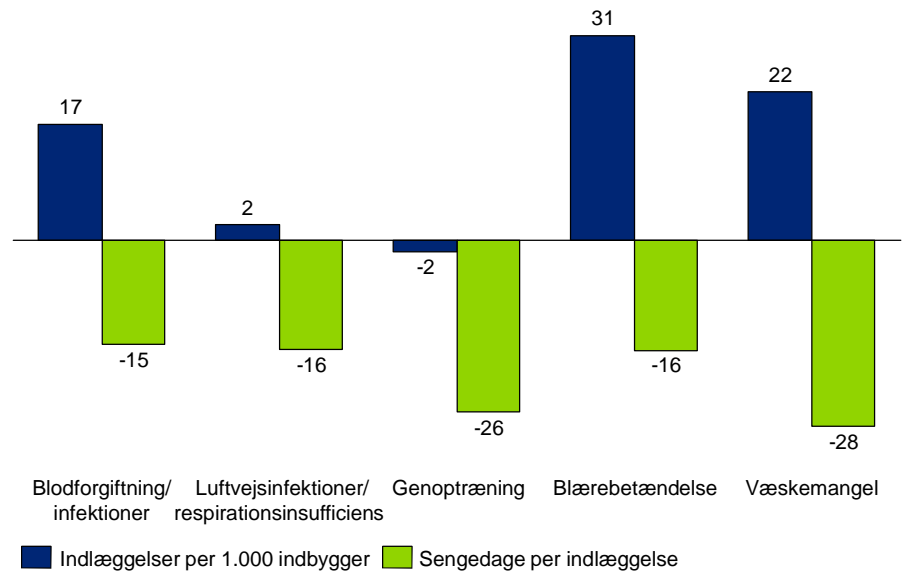
Note: Hvis en patient har været behandlet for mere end én af de fem patienttyper, vil vedkommende tælle med for hver patienttype.

Det samlede antal sengedage per 1.000 indbyggere for de fem patienttyper er faldet fra 683 i 2007 til 569 i 2011, svarende til et fald på cirka 17 procent, hvilket er næsten dobbelt så stort et fald, som gælder for samtlige medicinske patienter, hvor faldet er cirka 9 procent (jf. afsnit 2.3).

Antallet af sengedage er klart højest for luftvejsinfektioner/respirationsinsufficiens (256 sengedage per 1.000 indbyggere) og genoptræning (189 sengedage per 1.000 indbyggere). Det er dog også for disse to patienttyper, der er sket det største fald fra 2007 til 2011 på henholdsvis 14 og 27 procent. Antallet af sengedage for blærebetændelse er til gengæld steget med 9 procent fra 2007 til 2011.

Nedenstående figur viser udviklingen i antal indlæggelser per 1.000 indbyggere og udviklingen i antal sengedage per indlæggelse opdelt på patienttyper fra 2007 til 2011.

Figur 55. Udvikling i antal indlæggelser per 1.000 indbyggere og antal sengedage per indlæggelse (65+ år) opdelt på patienttyper, 2007-2011 (procent)



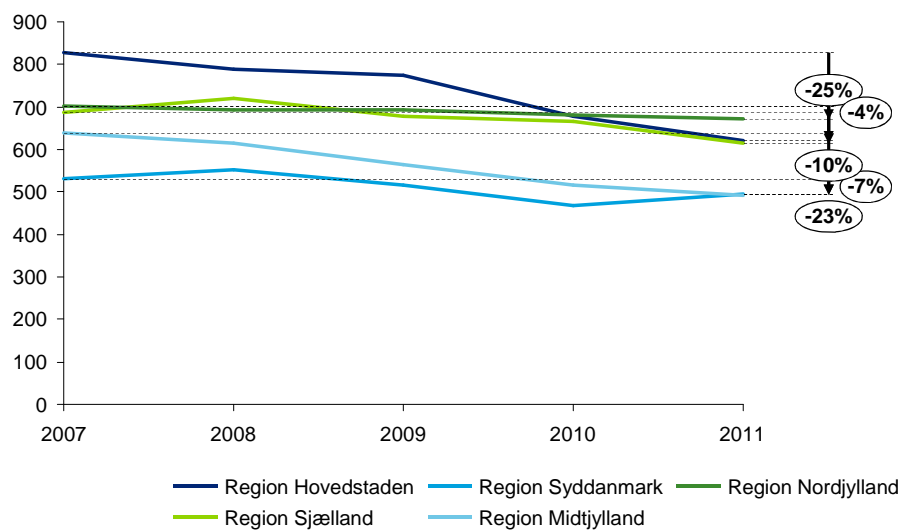
Kilder: Landspatientregisteret og Danmarks Statistik.

Note: Hvis en patient har været behandlet for mere end én af de fem patienttyper, vil vedkommende tælle med for hver patienttype.

For fire af patienttyperne, hvor genoptræning er undtagelsen, er der sket en stigning i antallet af indlæggelser per 1.000 indbyggere over 65 år, mens der for samtlige patienttyper er sket et fald i antallet af sengedage per indlæggelse. Det er værd at bemærke, at antallet af indlæggelser per 1.000 indbyggere stort set er konstant over de fem år for de to hyppigste patienttyper, som er luftvejsinfektioner/respirationsinsufficiens og genoptræning.

Figur 56 viser udviklingen fra 2007 til 2011 i antal sengedage per 1.000 indbyggere over 65 år for hver region.

Figur 56. Antal sengedage per 1.000 indbyggere (65+ år) opdelt på regioner, 2007-2011



Kilder: Landspatientregisteret og Danmarks Statistik.

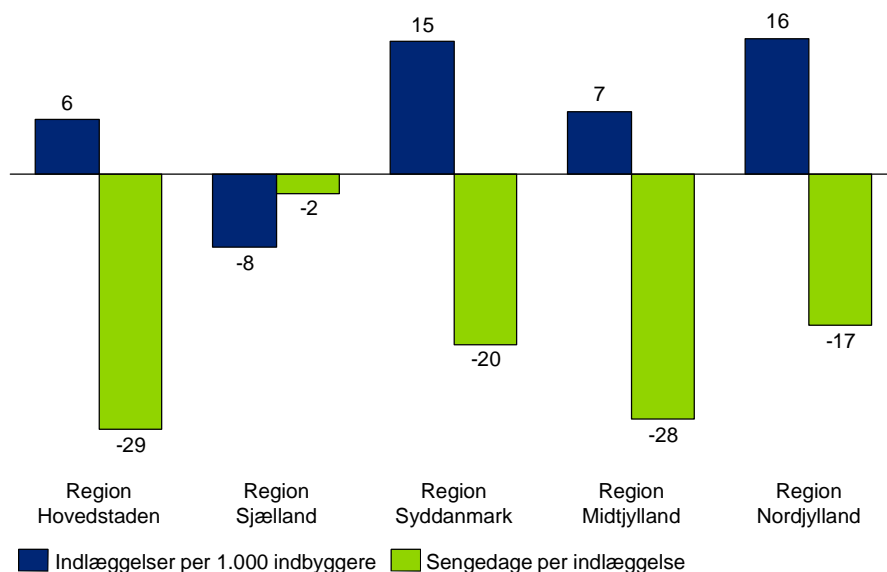
Note: Hvis en patient har været behandlet i mere end én af de fem regioner, vil vedkommende tælle med for hver region.

Fra 2007 til 2011 er antallet af sengedage per 1.000 indbyggere over 65 år faldet i samtlige regioner. Faldet er størst i Region Hovedstaden (25 procent) og Region Midtjylland (23 procent), mens Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Nordjylland har haft et fald på mellem 4 og 10 procent.

Forskellen mellem regionerne i antallet af sengedage per 1.000 indbyggere er blevet reduceret betydeligt over de seneste fem år. I 2007 havde Region Hovedstaden næsten 300 flere sengedage per 1.000 indbyggere sammenlignet med Region Syddanmark. I 2011 er forskellen på den region med det højeste og det laveste antal sengedage (henholdsvis Region Nordjylland og Region Midtjylland) faldet til cirka 180.

I nedenstående figur vises udviklingen i antal indlæggelser per 1.000 indbyggere over 65 år og antal sengedage per indlæggelse fra 2007 til 2011 for hver af de fem regioner.

Figur 57. Udvikling i indlæggelser per 1.000 indbyggere og antal sengedage per indlæggelse (65+år) opdelt på regioner, 2007-2011 (procent)



Kilder: Landspatientregisteret og Danmarks Statistik.

Note: Hvis en patient har været behandlet i mere end én af de fem regioner, vil vedkommende tælle med for hver region.

Som figuren viser, har Region Hovedstaden, Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland alle haft en stigning i antallet af indlæggelser per 1.000 indbyggere og et fald i antal sengedage per indlæggelse.

Region Hovedstaden og Region Midtjylland har haft de laveste stigninger i antal indlæggelser og det højeste fald i antal sengedage af de fire regioner. Det indebærer, at det også er disse to regioner, der har haft det største fald i antal sengedage per 1.000 indbyggere over 65 år (jf. figur 56).

Region Sjælland skiller sig ud fra de øvrige regioner ved at have haft et fald i både indlæggelser per 1.000 indbyggere og sengedage per indlæggelse. Regionen har dog modsat de øvrige regioner kun haft et beskedent fald på 2 procent i antallet af sengedage per indlæggelse.

Diagnoser, lægemidler og boform

Sammenlignet med den samlede gruppe af medicinske patienter skiller gruppen af patienter, der har været indlagt til behandling indenfor de fem udvalgte patienttyper, sig ud ved at have et større antal diagnoser og en lidt højere andel, der bor på plejehjem.

Nedenstående tabel viser en oversigt over antallet af forskellige diagnoser for indlagte patienter indenfor hver af de fem patienttyper.

Tabel 12. Antal forskellige diagnoser¹ for indlagte patienter opdelt på patienttyper, 2011

	Gennemsnit	1. kvartil	Median	3. kvartil
Blodforgiftning/infektioner	10,1	5	9	14
Luftvejsinfektioner/respirationsinsufficiens	9,3	5	8	12
Genoptræning	11,8	7	11	15
Blærebetændelse	10,2	5	9	13
Væskemangel	10,1	5	9	13
Total	10,0	5	9	13

Kilder: Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret.

¹ Antallet af forskellige diagnoser er opgjort på baggrund af samtlige typer diagnoser (aktions-, bi- og henvisningsdiagnoser samt komplikation til procedure).

De ældre medicinske patienter har generelt haft mange forskellige diagnoser i forbindelse med deres indlæggelser i 2011. I gennemsnit er det 10, og det er stort set det samme for hver af de fem udvalgte patienttyper. Det skal ses i forhold til de medicinske patienter generelt, der i gennemsnit har haft 2,8 forskellige diagnoser i 2011 (jf. afsnit 2.4). Det er således en bekræftelse af, at de udvalgte fem grupper af ældre medicinske patienter har et komplekst og diffust sygdomsbillede.

Tabel 13. Antal forskellige lægemidler¹ udleveret indenfor tre måneder inden indlæggelsen for indlagte patienter opdelt på patienttyper, 2011

	Gennemsnit	1. kvartil	Median	3. kvartil
Blodforgiftning/infektioner	5,3	3	5	7
Luftvejsinfektioner/respirationsinsufficiens	5,7	4	5	8
Genoptræning	4,6	3	4	6
Blærebetændelse	5,4	3	5	7
Væskemangel	5,4	3	5	7
Total	5,4	3	5	7

Kilder: Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret.

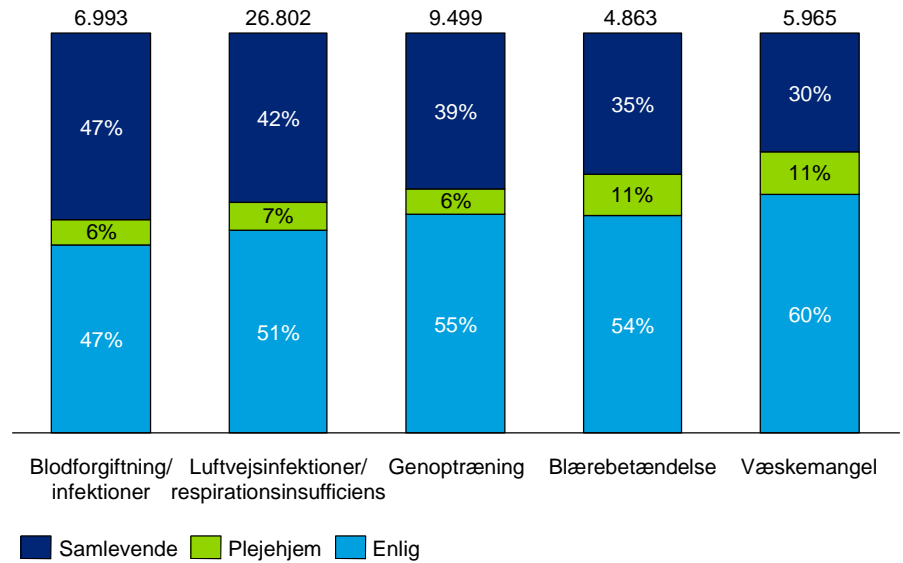
¹ Antallet af forskellige lægemidler er opgjort på baggrund af ATC-klassifikationens andet niveau. Lægemidler udleveret som håndkøbsmedicin er ikke medregnet.

Der er ikke den store forskel i antallet af forskellige lægemidler, de forskellige patienttyper modtager. Patienter, der er indlagt med luftvejsinfektioner/respirationsinsufficiens, modtager lidt flere lægemidler (5,7) end gennemsnittet, og patienter, der er indlagt til genoptræning, modtager lidt færre lægemidler (4,6) end gennemsnittet.

Hvis grænsen for polyfarmaci sættes til 5-6 samtidige lægemidler, falder cirka halvdelen af denne patientgruppe indenfor definitionen af polyfarmaci.

Figur 58 viser de indlagte patienter opdelt på boform. Lige godt halvdelen af de ældre medicinske patienter bor alene, og for dem, der indlægges på grund af væskemangel, er det lidt flere, nemlig 60 procent.

Figur 58. Antal indlagte patienter (65+ år) opdelt på patienttype og boform, 2011

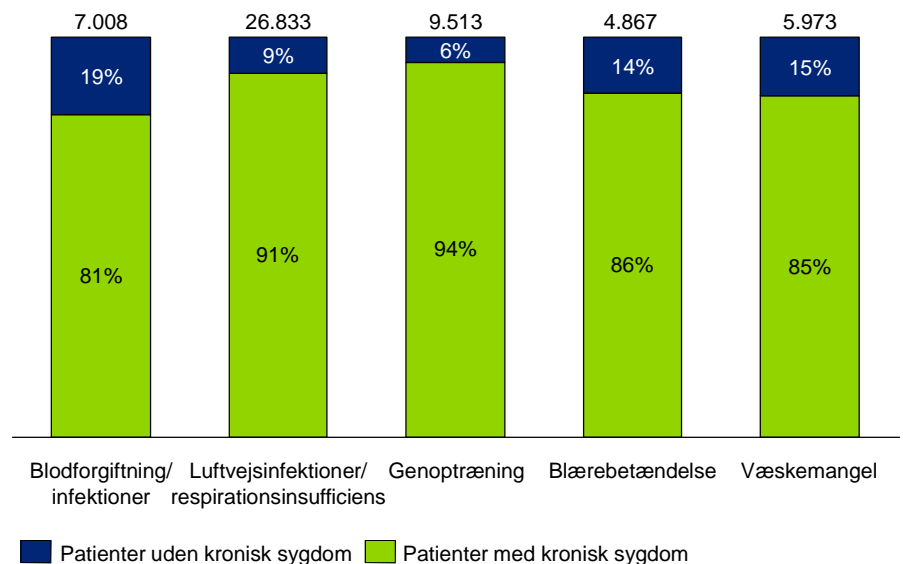


Kilder: Landspatientregisteret og Danmarks Statistik.

Note: Hvis en patient har været behandlet for mere end én af de fem patienttyper, vil vedkommende tælle med for hver patienttype. For enkelte patienter har det ikke været muligt at opgøre boform. Antallet af patienter i denne opgørelse stemmer derfor ikke overens med de øvrige opgørelser.

For alle ældre medicinske patienter er det omkring 7 procent, der bor på plejehjem, og denne gruppe er således markant overrepræsenteret blandt patienter med blærebetændelse og væskemangel, mens det forekommer mere forventeligt, at andelen af enlige er relativt større for disse to patienttyper.

Figur 59. Antal indlagte patienter (65+ år) opdelt på kronisk sygdom, 2011



Kilder: Landspatientregisteret, Lægemedeldatabasen og Sygesikringsregisteret.

Note: Hvis en patient har været behandlet for mere end én af de fem patienttyper, vil vedkommende tælle med for hver patienttype.

Ovenstående figur viser antallet af indlagte patienter med og uden kronisk sygdom i 2011 på tværs af de fem udvalgte patienttyper. Mellem 81 og 94

procent af de indlagte patienter indenfor hver patienttype har én eller flere kroniske sygdomme.

3.3. Patientforløb for udvalgte patienttyper

I dette afsnit belyses patientforløbene for de udvalgte patienttyper.

Metode til beskrivelse af patientforløb

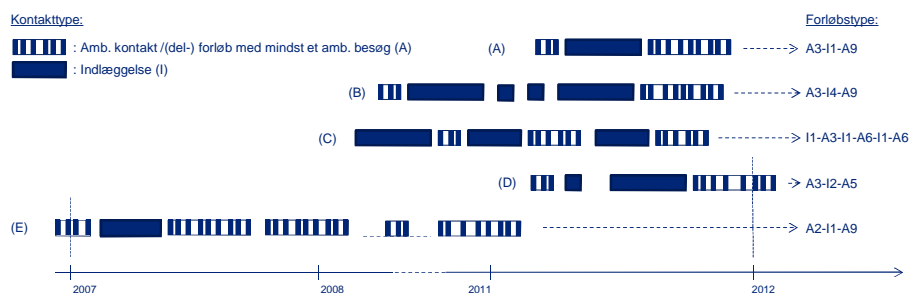
Et patientforløb er i denne sammenhæng afgrænset ved de kontakter, som en patient har i perioden fra 1. januar 2007 frem til 31. december 2011. Kontakter kan være et eller flere ambulante besøg eller en indlæggelse.

Beskrivelsen af patientforløbene baseres på en bearbejdning af LPR-data og tager udgangspunkt i en særlig notation, der forklares med udgangspunkt i figur 60. Her ses en grafisk fremstilling af fem forskellige medicinske patientforløb (A-E). De er alle placeret i forhold til tidsaksen nederst i figuren. Tidsaksen løber fra 2007 til lidt ind i 2012 uden visning af alle de mellemliggende år. Til den grafiske beskrivelse af patientforløbene er der anvendt to ikoner, der begge er vist øverst til venstre i figur 60.

- Et ambulante forløb, hvor der indgår minimum ét ambulante besøg (den stiplede firkant). Det ambulante forløb kan have en varierende tidsmæssig udstrækning.
- En indlæggelse (den fuldt farvelagte firkant), der kan have varierende varighed.

Det første patientforløb (A) indledes med et ambulante forløb med tre besøg, der efterfølges af én indlæggelse. Efter udskrivning fortsætter patientforløbet med et ambulante forløb med ni besøg, der afsluttes inden udgangen af 2011. Yderst til højre i figur 60 er der anført en numerisk notation for patientforløb (A) – A3-I1-A9. A3 angiver de tre første ambulante besøg og I1 indlæggelsen. Det efterfølgende A9 viser, at forløbet afsluttes med ni ambulante besøg. Hvis en patient har mere end ni ens behandlinger (enten indlæggelser eller ambulante besøg) efter hinanden, angives dette som enten I9 eller A9 for henholdsvis indlæggelser og ambulante besøg. Det tiende og efterfølgende kontakter tælles således ikke med.

Figur 60. En grafisk og numerisk fremstilling af patientforløb



Med denne notation markeres således det overordnede indhold og rækkefølgen i de typer kontakter, patienten har haft med hospitalsbehandling.

I bilag er vedlagt en beskrivelse af de øvrige fire patienter, der er illustreret i figur 60 (se tabel 19).

Beskrivelse af patientforløb

Nedenstående tabel viser fordelingen af patienter på forløb, der kun består af enten indlæggelser eller ambulante besøg, og forløb, der indeholder både indlæggelser og ambulante besøg.

Tabel 14. Antal patienter (65+ år) opdelt på kontakttyper, 2011

	Antal patienter	Procent
Kun indlæggelser	39.223	55
Kun ambulante besøg	23.051	32
Indlæggelser og ambulante besøg	9.482	13
Total	71.756	100

Kilde: Landspatientregisteret.

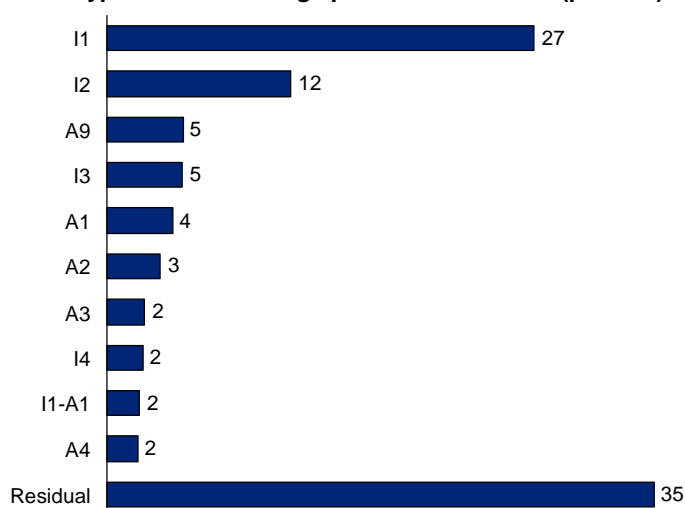
Af tabellen fremgår det, at ud af de næsten 72.000 patienter, der blev behandlet i 2011, var to tredjedele indlagt i forbindelse med behandlingen.

For over halvdelen af patienterne var der tale om et indlæggelsesforløb uden ambulante behandling, mens en tredjedel af patienterne udelukkende blev behandlet ambulante.

Figur 61 viser patientforløbene for de patienter, der blev behandlet i 2011. Forløbene angivet i figuren omfatter således alle patientkontakter (indlæggelser og ambulante besøg) i perioden 2007-2011, der er knyttet til de forløb, som de cirka 72.000 patienter har haft.

Det skal bemærkes, at de her illustrerede patientforløb udelukkende viser patienternes kontakt med hospitalerne i relation til én af de fem udvalgte patienttyper. Det vil således ikke fremgå, hvis patienterne har været behandlet for andre diagnoser end de her udvalgte i perioden 2007-2011, eller hvis patienterne er blevet behandlet før 2007.

Figur 61. Andel patienter (65+ år), der har modtaget behandling i 2011 opdelt på forløbstyper for behandling i perioden 2007-2011 (procent)



Kilde: Landspatientregisteret.

Note: I den anvendte notation angiver "I" en indlæggelse og "A" et ambulante forløb. Det andet ciffer angiver intervaller for antallet af indlæggelser eller ambulante besøg.

Figur 61 viser de ti hyppigst forekommende patientforløb. Det hyppigste patientforløb er I1, hvilket vil sige én enkelt indlæggelse uden ambulante besøg før eller efter indlæggelsen. Cirka 27 procent af de patienter, der blev behandlet i 2011, har haft denne forløbstype.

Det næsthypigst forekommende patientforløb er I2, hvilket er to indlæggelser. Denne forløbstype har cirka 12 procent af patienterne.

Hvis de patientforløb, der indeholder 1-4 indlæggelser, betragtes samlet, ses det, at cirka 46 procent af patienterne har forløbstyperne I1, I2, I3 eller I4. Næsten halvdelen af patienterne har således udelukkende haft mellem én og fire indlæggelser i perioden 2007-2011.

Hvis de ambulante forløb betragtes samlet, fremgår det, at forløbstyperne A1, A2, A3 og A4 tilsammen dækker cirka 12 procent af patienterne. Hver tiende patient har således udelukkende modtaget ambulante behandling med mellem ét og fire besøg i perioden 2007-2011. Hertil kan bemærkes, at A9 er den tredjemest forekommende forløbstype. 5 procent af patienterne har således haft ni eller flere ambulante besøg.

De komplekse patientforløb udgør en mindre del af det samlede antal patientforløb. Forløbstypen I1-A1 (én indlæggelse efterfulgt af ét ambulante besøg) udgør cirka 2 procent af det samlede antal patientforløb. Som det også fremgik af tabel 14, er det altså en mindre andel af patienterne, der både bliver indlagt og bliver behandlet ambulante.

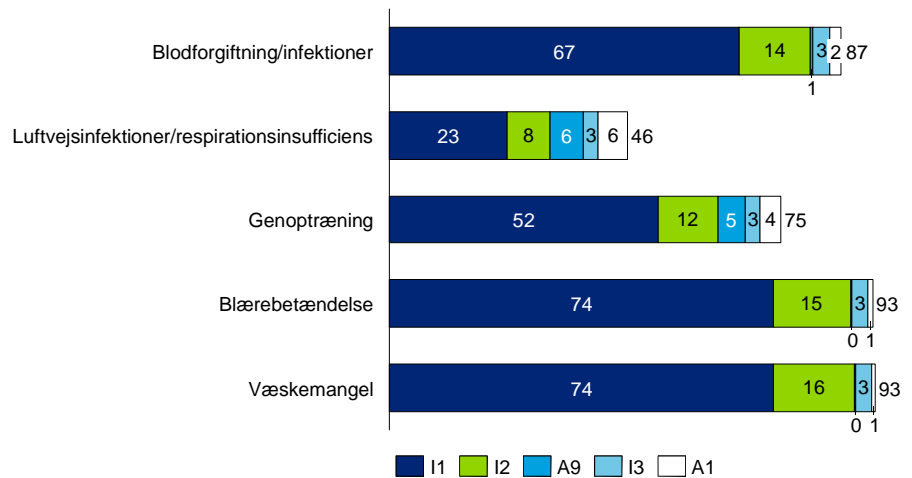
Flertallet af patientforløbene som beskrevet ovenfor er relativt enkle. De cirka 35 procent af patientforløbene, der ikke falder indenfor de ti hyppigst forekommende forløbstyper, indeholder patientforløb, der er særdeles komplekse.

Eksempelvis findes der 14 patienter, der har forløbstypen I1-A2-I1-A1-I1, hvilket vil sige én indlæggelse efterfulgt af to ambulante besøg efterfulgt af én indlæggelse efterfulgt af ét ambulante besøg efterfulgt af én indlæggelse i perioden 2007-2011.

Det længste patientforløb indeholder i alt 94 skift mellem indlæggelser og ambulante behandling.¹⁴

Nedenstående figur viser andelen af patienter indenfor de fem hyppigst forekommende patientforløb, I1, I2, A9, I3 og A1, for hver af de fem udvalgte patienttyper.

Figur 62. Andel patienter (65+ år), der har modtaget behandling i 2011 opdelt på udvalgte forløbstyper og patienttyper, 2007-2011 (procent)



Kilde: Landspatientregisteret.

Figuren viser, at der er betydelig forskel på patientforløbene mellem de fem patienttyper. For patienter behandlet for blodforgiftning/infektioner, blærebetændelse og væskemangel er forløbene rimeligt ens. Mellem 84 og 92 procent af patienterne har udelukkende én til tre indlæggelser, og næsten samtlige patienter har én af de fem hyppigst forekommende forløbstyper.

For patienter, der modtager genoptræning, har to tredjedele mellem én og tre indlæggelser, 4 procent har ét ambulante besøg, og 5 procent har ni eller flere ambulante besøg.

Patienter indlagt med luftvejsinfektioner/respirationsinsufficiens skiller sig betydeligt ud fra de øvrige fire patienttyper. Blandt denne gruppe har kun en tredjedel forløbstyperne I1, I2 eller I3, mens 6 procent har forløbstypen A9 eller A17. Denne gruppe behandles således i langt højere grad i mere komplekse forløb sammenlignet med de øvrige patienttyper.

¹⁴ Det længste patientforløb er I1-A8-I2-A1-I2-A1-I1-A1-I2-A1-I2-A2-I2-A3-I1-A3-I1-A2-I1-A1-I1-A4-I1-A9-I1-A1-I1-A3-I1-A9-I2-A1-I1-A1-I1-A5-I1-A9-I1-A9-I1-A1-I1-A7-I5-A1-I1.

Antallet af sengedage per indlæggelse for de patientforløb, der udelukkende indeholder indlæggelser, er undersøgt. Denne analyse viser, at der kun er mindre forskelle i sengedagsforbruget mellem de forskellige patientforløb. Der er dog en svag tendens til, at antallet af sengedage per indlæggelse er mindre for patienter med flere indlæggelser.

Samlet set viser overblikket over de udvalgte patienttyper, at der er sket en stigning både i antallet af patienter, der behandles, og i antallet af indlæggelser fra 2007 til 2011. Antallet af sengedage både per 1.000 indbyggere og per indlæggelse er derimod generelt faldende over perioden.

Overordnet viser analysen, at der generelt er mindre forskelle i behandlingen på tværs af regionerne, mens der er betydelige forskelle i forekomsten og behandlingen af patienterne indenfor hver af de fem udvalgte patienttyper.

3.4. Kontakt til kommune og almen praksis inden indlæggelse

Mange af de patienter, der har været indlagt i 2011, har også modtaget hospitalsbehandling i de foregående år og/eller haft kontakt med kommune eller almenpraktiserende læge. I dette afsnit analyseres patienternes kontakt, inden de blev indlagt i 2011. Dermed belyses dels, i hvor høj grad patienterne er kendt i de forskellige systemer, dels hvilke aktører der har særlig mulighed for at spille en rolle i forebyggelsen af indlæggelser for denne patientgruppe.

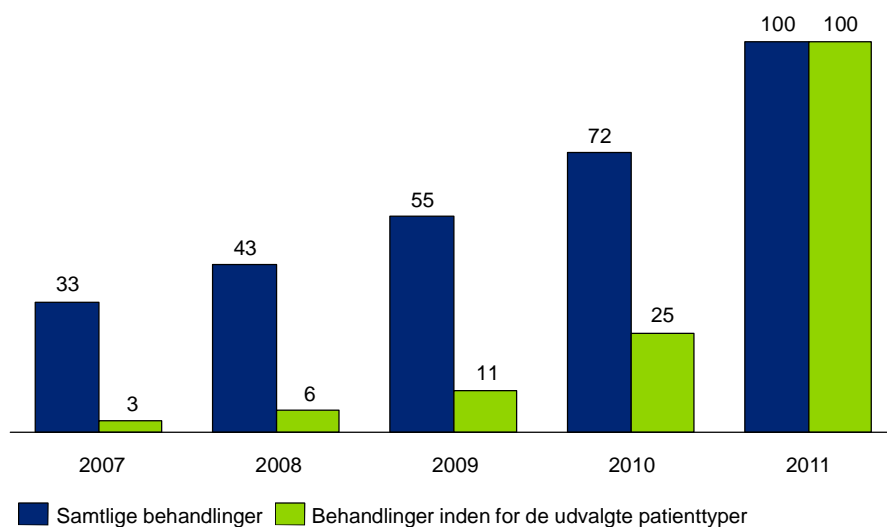
Patienternes kontakt med kommunen inden indlæggelse

Af nedenstående figur 63 fremgår det, at 72 procent af dem, der var indlagt i 2011, også blev behandlet i 2010. Hele 33 procent har modtaget hospitalsbehandling i alle årene fra 2007 til 2011. I denne opgørelse er der ikke skelnet mellem, hvilken sygdom de er behandlet for i de foregående år.

Anlægges lignende betragtninger, hvor der afgrænses til alene at se på den type af sygdomme, der var anledningen til indlæggelsen i 2011, bliver procenterne naturligvis lavere. Af figur 63 ses således, at blot 25 procent af de patienter, der var indlagt i 2011, også blev behandlet for en af de fem udvalgte lidelser i 2010. Ser man flere år tilbage falder procenten selvfølgelig, og det er blot 3 procent af de indlagte medicinske patienter i 2011, der er blevet behandlet for en tilsvarende type af sygdom i alle årene fra 2007 til 2011.

For langt de fleste af de patienter, der i 2011 indlægges og behandles for en af de udvalgte sygdomme, er det med andre ord langt fra første gang, de er i kontakt med hospitalsvæsenet. De fleste har været der før, heraf har mange været der flere gange indenfor de foregående fire år og en del af dem med lignende lidelser.

Figur 63. Andel indlagte patienter (65+ år) i 2011, der også blev behandlet i alle de foregående år 2007-2011 (procent)

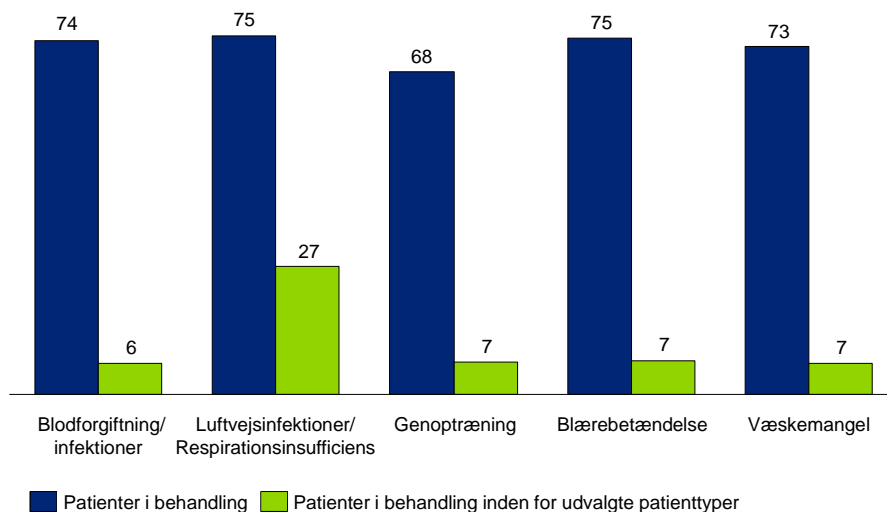


Kilde: Landspatientregisteret.

Note: For patienter, der har været indlagt mere end én gang i 2011, er kun den første indlæggelse medregnet. Opgørelsen af behandling i foregående år kan indeholde både ambulante besøg og indlæggelser.

Ses der på hver af de fem udvalgte ældre medicinske patientgrupper (se figur 64), genfindes ovenstående angivelse af, hvor stor en andel af dem, der er behandlet i 2011, der også er blevet behandlet i 2010. Begrænses betragtningen til hver af de udvalgte patienttyper, ses det på nær for luftvejsinfektioner/respirationsinsufficiens, at andelen, der også er blevet behandlet for den samme sygdom året før, er beskedne 6-7 procent. Mange har således været i behandling før, men som oftest har det været for en anden sygdom.

Figur 64. Andel indlagte patienter (65+ år) i 2011, der også blev behandlet for samme sygdom i 2010 opdelt på patienttyper (procent)



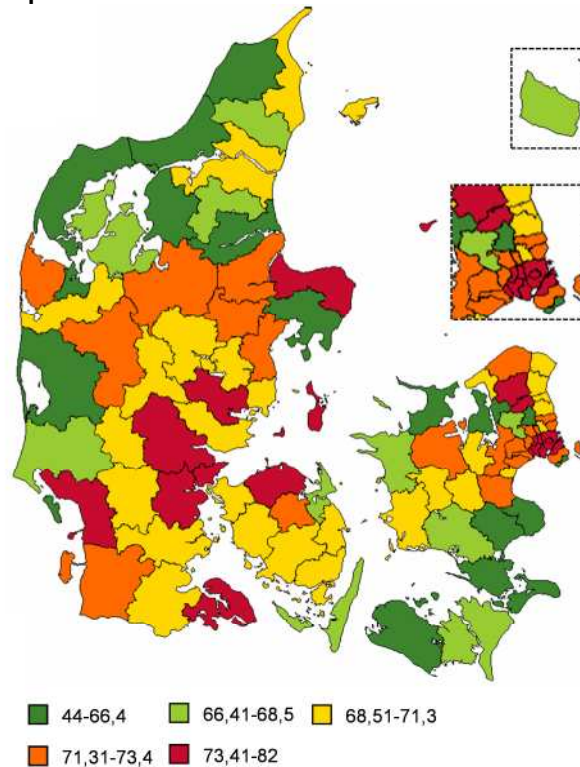
Kilde: Landspatientregisteret.

Note: For patienter, der har været indlagt mere end én gang i 2011, er kun den første indlæggelse medregnet. Opgørelsen af behandling i foregående år indeholder både ambulante besøg og indlæggelser.

Nedenstående kort viser andel af patienter, der blev indlagte i 2011, der også var i behandling i 2010 opdelt på kommunerne. Heraf fremgår det, at billedet af de udvalgte ældre medicinske patienters gentagne kontakt til hospitalsvæsenet varierer fra kommune til kommune, når der ikke stilles krav om, at det skal være den samme lidelse, patienten behandles for.

Den laveste andel er 44 procent, og den højeste er 82 procent. Generelt synes der at være et mønster, hvor kommuner med – eller tæt på – de store hospitaler for det meste synes at have en høj andel patienter, der også var indlagt året før. Undtagelser ses for eksempel i form af Samsø Kommune og Norddjurs Kommune, der begge har en høj andel patienter, der blev behandlet i både 2010 og 2011, men som samtidig ikke har et hospital indenfor kommunegrænsen.

Figur 65. Andel indlagte patienter (65+ år) i 2011, der også blev behandlet i 2010 (procent)¹ opdelt på kommuner



Kilde: Landspatientregisteret.

Note: ¹ Der stilles ikke krav om, at patienten skal være behandlet for den samme lidelse i 2010 og i 2011. For patienter, der har været indlagt mere end én gang i 2011, er kun den første indlæggelse medregnet. Opgørelsen af behandling i foregående år indeholder både ambulante besøg og indlæggelser.

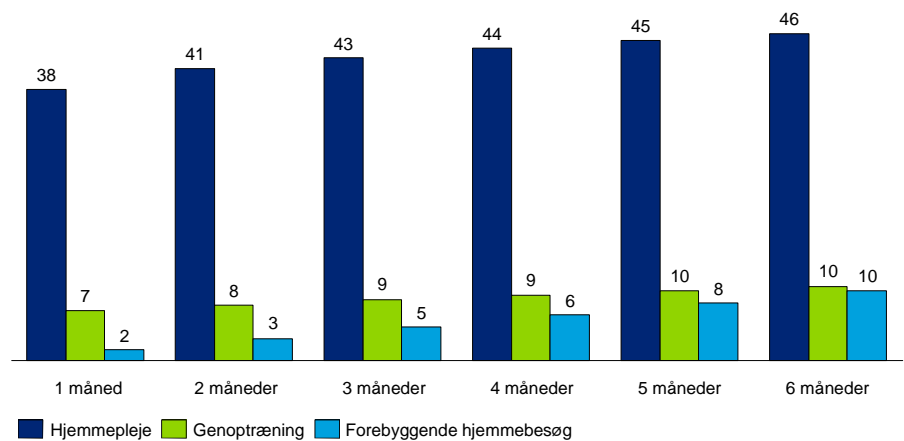
I hvilket omfang de indlagte patienter er kendt i kommunalt regi forud for indlæggelsen, fremgår af figur 66. Her er det opgjort, hvor stor en andel af patienterne, der modtog kommunal hjemmepleje, genoptræning og forebyggende hjemmebesøg indenfor 1-6 måneder forud for indlæggelsen.

Indenfor den seneste måned forud for indlæggelsen er der 38 procent, der har modtaget hjemmepleje, 7 procent har modtaget kommunal genoptræning, og 2 procent har modtaget forebyggende hjemmebesøg. Disse procenter øges støt, ved at perioden forud for indlæggelsen øges fra én måned til seks måneder. Ses der på de seneste seks måneder forud for indlæggelsen, stiger procentandelene til henholdsvis 46, 10 og 10 procent.¹⁵

De udvalgte patienttyper har således i overvejende grad kontakt til kommunen via hjemmepleje og i mindre omfang via andre kommunale ydelser, i perioden inden de bliver indlagt.

¹⁵ Analysen er også blevet gennemført for besøg fra hjemmesygepleje, men grundet kvaliteten af data og et relativt beskedent omfang af kontakter, vises resultaterne ikke.

Figur 66. Andel indlagte patienter i 2011, der modtog hjemmepleje¹, genoptræning eller forebyggende hjemmebesøg i månederne inden indlæggelsen, 2011 (procent)



Kilder: Landspatientregisteret og EOJ.

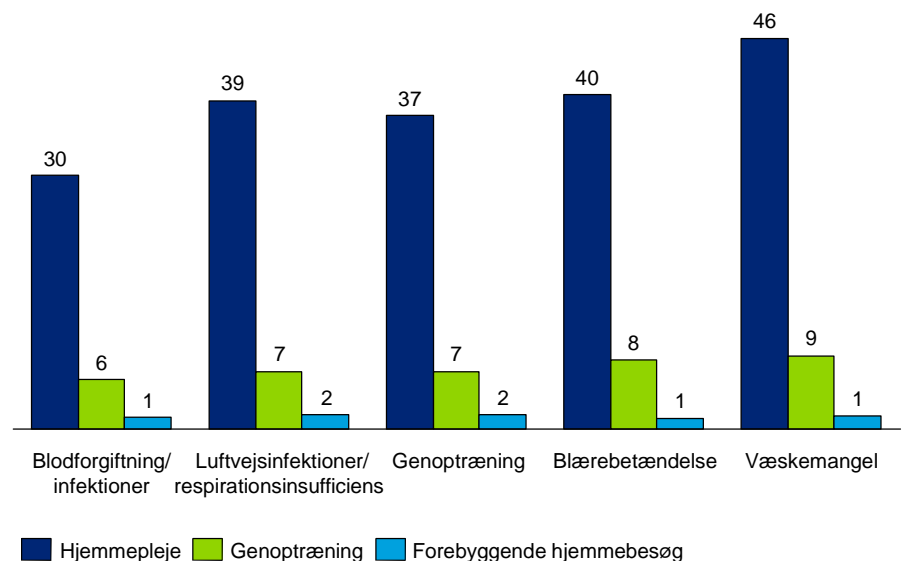
Note: For patienter, der har været indlagt mere end én gang i 2011, er kun den første indlæggelse medregnet. For opgørelsen af forebyggende hjemmebesøg er kun medregnet patienter over 74 år. For hjemmepleje og genoptræning er en måned defineret som en kalendermåned. For forebyggende hjemmebesøg er en måned defineret som 30 dage.

¹ For hjemmepleje er opgjort, hvorvidt patienter var visiteret til hjemmepleje (praktisk hjælp/personlig pleje).

Omfanget af brugere af de kommunale ydelser er lidt forskelligt, alt efter hvilken af de udvalgte fem patienttyper der ses på. Figur 67 viser omfanget af de kommunale ydelser for hver gruppe.

Blandt patienter indlagt for blodforgiftning/infektioner har lidt under en tredjedel således modtaget hjemmepleje én måned inden indlæggelsen, mens næsten halvdelen af de patienter, der er indlagt med væskemangel, har modtaget hjemmepleje én måned inden indlæggelsen.

Figur 67. Andel indlagte patienter i 2011, der modtog hjemmepleje¹, genoptræning eller forebyggende hjemmebesøg én måned inden indlæggelsen opdelt på patienttyper, 2011



Kilder: Landspatientregisteret og EOJ.

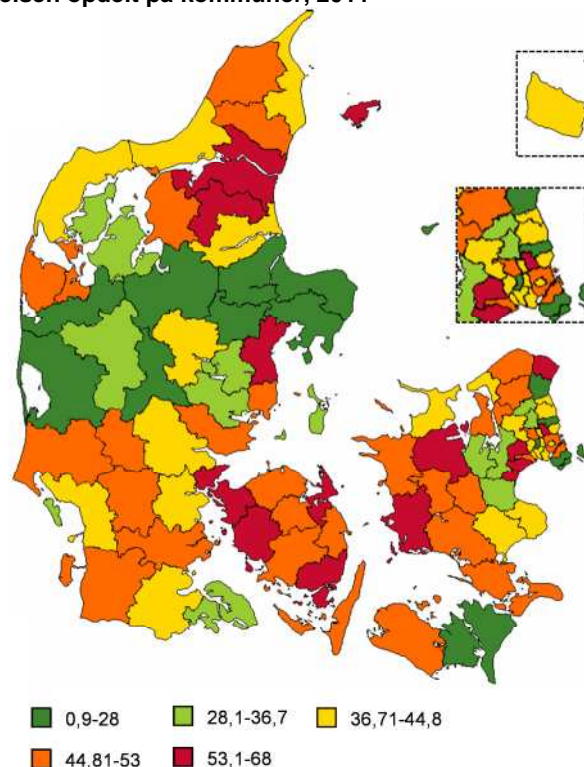
Note: For patienter, der har været indlagt mere end én gang i 2011, er kun den første indlæggelse medregnet. For opgørelsen af forebyggende hjemmebesøg er kun medregnet patienter over 74 år.

74 år. For hjemmepleje og genoptræning er en måned defineret som en kalendermåned. For forebyggende hjemmebesøg er en måned defineret som 30 dage.

¹ For hjemmepleje er opgjort, hvorvidt patienter var visiteret til hjemmepleje (praktisk hjælp/personlig pleje).

Af figur 68 fremgår det, at der er stor variation mellem kommunerne i andelen af indlagte patienter, der har modtaget hjemmepleje én måned inden indlæggelsen. Der er et stort kontingent af kommuner i det midtjyske, hvor andelen, der har modtaget hjemmepleje forud for indlæggelsen, ligger under 23 procent. Det er således ikke for alle kommuner, at knap halvdelen af patienterne har været i kontakt med kommunen forud for indlæggelsen.

Figur 68. Andel indlagte patienter i 2011, der modtog hjemmepleje én måned inden indlæggelsen opdelt på kommuner, 2011



Kilder: Landspatientregisteret og EOJ.

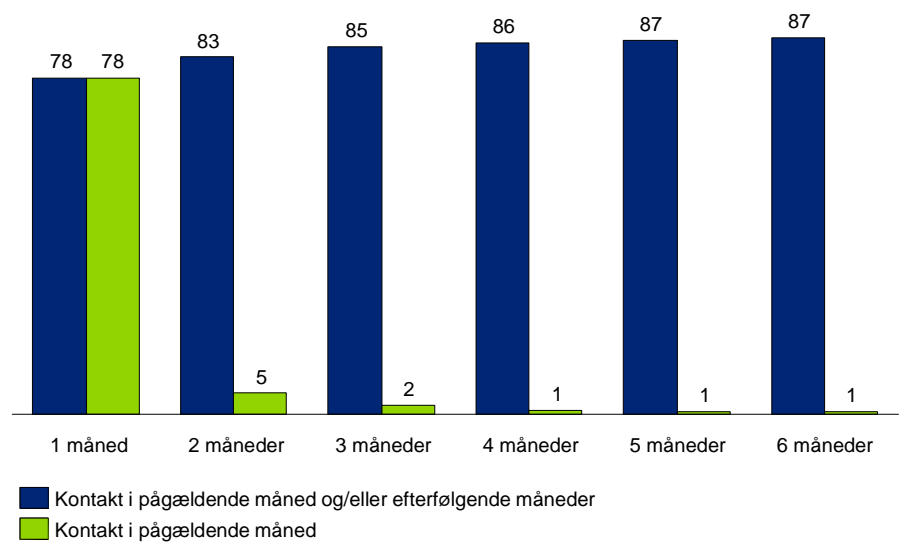
Note: For patienter, der har været indlagt mere end én gang i 2011, er kun den første indlæggelse medregnet. En måned er defineret som en kalendermåned.

Patienternes kontakt med almenpraktiserende læge inden indlæggelsen

Der er mange af patienterne, der har haft kontakt til almen praksis forud for indlæggelsen. Af figur 69 ses, at 78 procent har haft kontakt indenfor den senest forudgående måned. Procenten stiger, jo længere bagud i tid der ses på. De ældre medicinske patienter, der indlægges til behandling for en af de udvalgte sygdomme, er altså patienter, der – for langt de flestes vedkommende – har været i kontakt med almen praksis.

Figuren viser også, at langt hovedparten af de patienter, der havde kontakt med almen praksis, havde det i måneden umiddelbart inden indlæggelsen.

Figur 69. Andel indlagte patienter i 2011, der havde kontakt med almenpraktiserende læge i månederne inden indlæggelsen

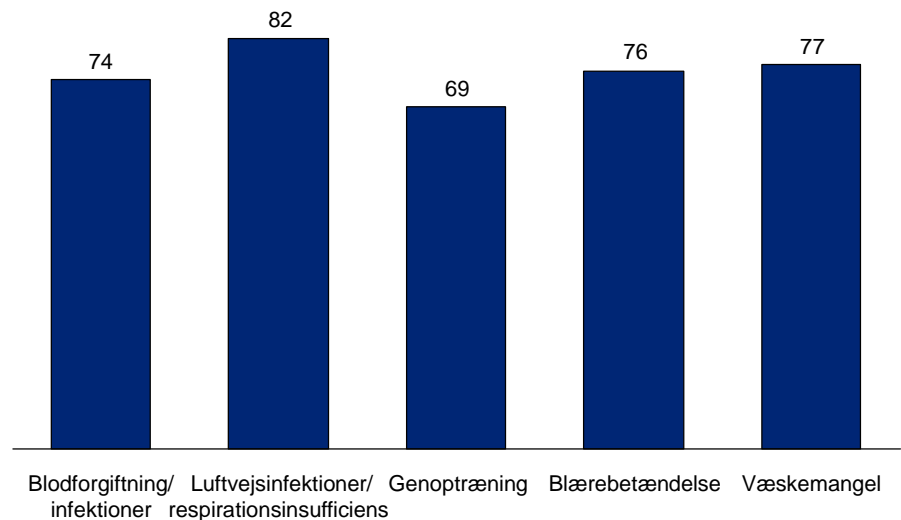


Kilder: Landspatientregisteret og EOJ.

Note: For patienter, der har været indlagt mere end én gang i 2011, er kun den første indlæggelse medregnet. En måned er defineret som fire uger.

Nedenstående figur viser andelen af patienter, der havde kontakt til almen praksis én måned inden indlæggelsen for hver af de fem patienttyper. Procenten varierer lidt, alt efter hvilken af de fem sygdomsgrupper der betragtes, men for dem alle er der tale om en stor andel.

Figur 70. Andel indlagte patienter i 2011, der havde kontakt med almenpraktiserende læge én måned inden indlæggelsen



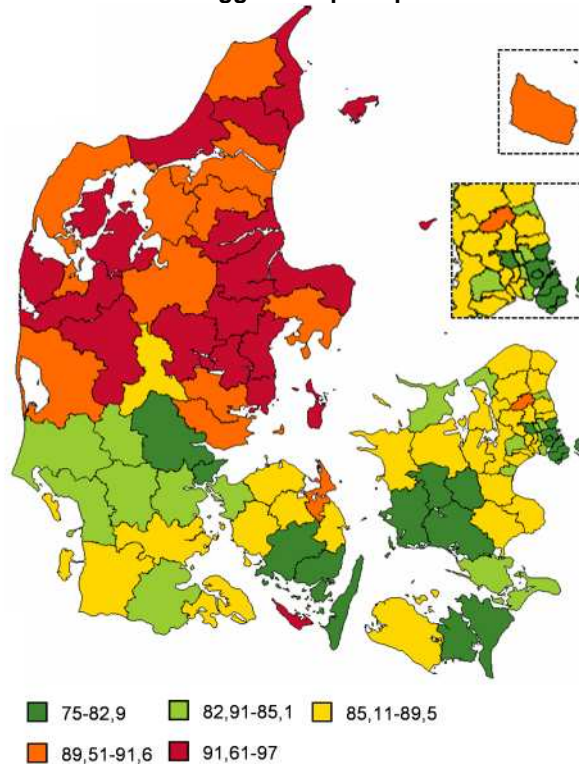
Kilder: Landspatientregisteret og EOJ.

Note: For patienter, der har været indlagt mere end én gang i 2011, er kun den første indlæggelse medregnet. En måned er defineret som fire uger.

Nedenstående kort viser andel indlagte patienter, der havde kontakt med almenpraktiserende læge én måned inden indlæggelsen opdelt på kommuner. For de midt- og nordjyske kommuner er andelen gennemgående meget høj. Den ligger mellem 90 og 97 procent. Mens de syddanske, de sjælland-

ske og hovedstadskommunerne typisk har en andel på mellem 75 og 90 procent.

Figur 71. Andel indlagte patienter i 2011, der havde kontakt med almenpraktiserende læge én måned inden indlæggelsen opdelt på kommuner



Kilder: Landspatientregisteret og EOJ.

Note: For patienter, der har været indlagt mere end én gang i 2011, er kun den første indlæggelse medregnet. En måned er defineret som fire uger.

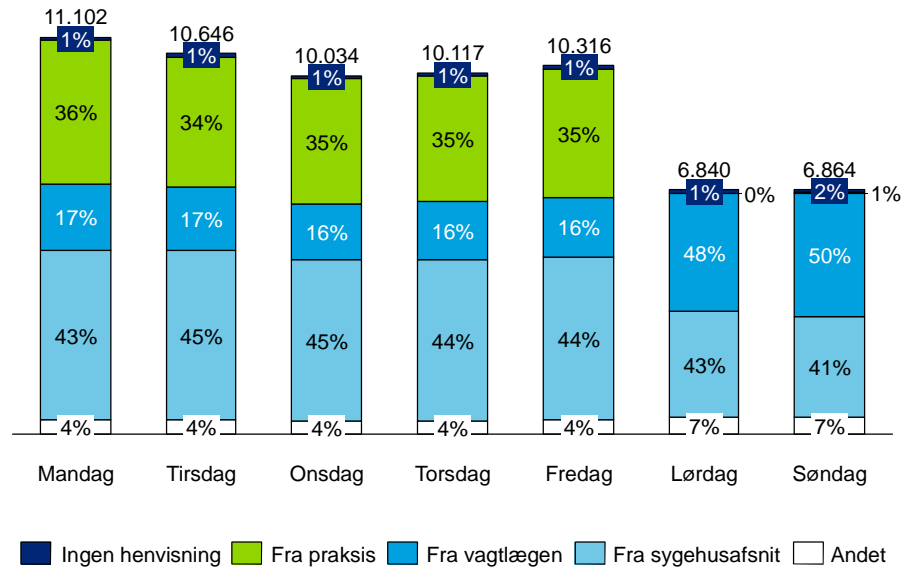
Der tegner sig således relativt klare forskelle på, i hvor høj grad almen praksis indgår i kontakten med patienter forud for deres indlæggelse på tværs af kommunerne og særligt på tværs af landsdelene.

3.5. Indlæggelsesmønstre

Når de ældre medicinske patienter indlægges med henblik på yderligere udredning og/eller behandling af deres sygdom, sker det som regel via et andet hospitalsafsnit, hvilket i mange tilfælde er skadestuen eller en akutmodtagelse.

Af figur 72 ses, at det er tilfældet for knap 45 procent af indlæggelserne. Det er lidt færre end for de medicinske patienter generelt, hvor den tilsvarende procent er 50 (jf. afsnit 2.3). De almenpraktiserende læger og vagtlægerne står for henholdsvis 35 procent og 16 procent af indlæggelserne på hverdage.

Figur 72. Antal indlæggelser¹ opdelt på henvisningsmåde og ugedag, 2011



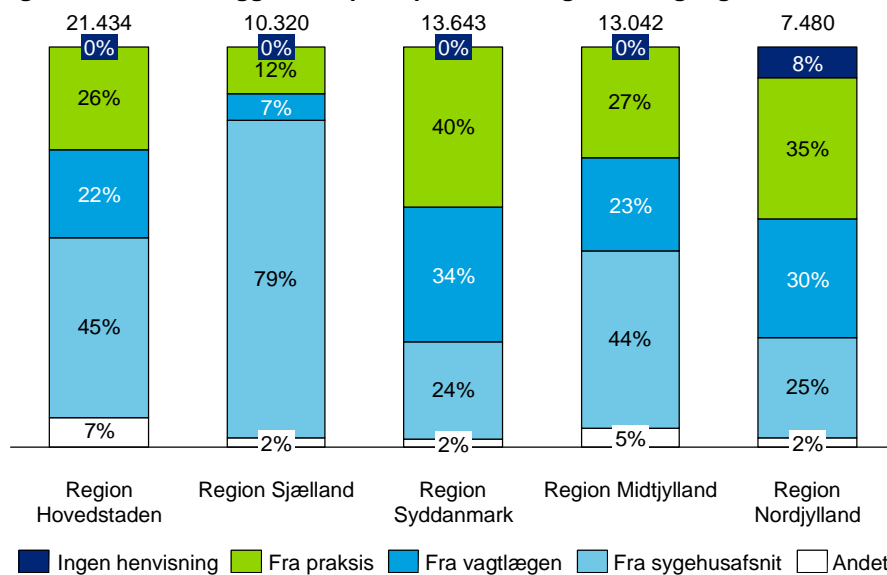
Kilder: Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret.

Note: ¹ Indlæggelser er her opgjort som hospitalsudskrivinger, hvorfor antallet af indlæggelser er lavere end i de øvrige opgørelser. Henvisninger fra almenpraktiserende læge er opgjort som henvisninger fra vagtlæge, hvis indlæggelsen finder sted lørdag eller søndag eller kl. 17-8 på hverdage, og hvis indlæggelsen finder sted samme dag som henvisningen.

Betragtes henvisningsmåden på tværs af regionerne (jf. figur 73), viser der sig en meget forskellig praksis. Forskellene er så store, at man må forvente, at dette i vid udstrækning må tilskrives en forskel i registreringspraksis eller organiseringen af modtagelse af patienter. I figuren ses en tendens til, at der i de regioner, hvor man kan finde mange patienter med langt til nærmeste hospital, også er en større andel indlæggelser henvist fra almen praksis eller vagtlæge.

Region Sjælland skiller sig klart ud fra de øvrige regioner ved at have et meget anderledes henvisningsmønster. Her henvises næsten 80 procent af patienterne fra hospitalsafsnit, og kun cirka 20 procent henvises fra almenpraktiserende læge eller vagtlæge.

Figur 73. Antal indlæggelser¹ opdelt på henvisningsmåde og region, 2011



Kilder: Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret.

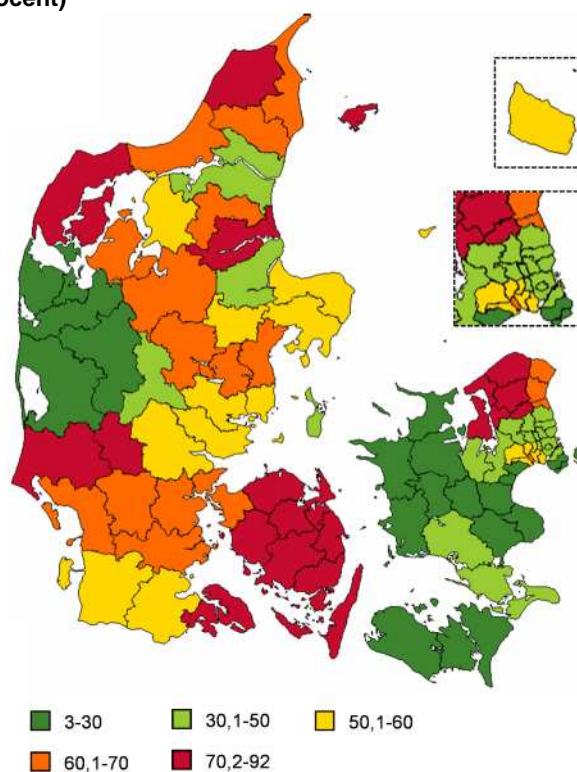
¹ Indlæggelser er her opgjort som hospitalsudskrivinger, hvorfor antallet af indlæggelser er lavere end i de øvrige opgørelser. Henvisninger fra almenpraktiserende læge er opgjort som henvisninger fra vagtlæge, hvis indlæggelsen finder sted lørdag eller søndag eller kl. 17-8 på hverdage, og hvis indlæggelsen finder sted samme dag som henvisningen.

Ovenstående fremstilling af henvisningsmåden er en overordnet og aggregeret angivelse. Henvisningsmønstrene bliver imidlertid noget mere brogede, når man betragter dem på det kommunale niveau. I figur 74 er der for hver kommune angivet andelen af de ældre medicinske patienter, der er henvist til indlæggelse af almenpraktiserende læge.

Som det fremgår af figuren, varierer denne andel fra 3 procent til 92 procent. Figur 74 kan i øvrigt ses i sammenhæng med figur 73. I Region Syddanmarks kommuner er det store andele af patienterne, der henvises fra almen praksis, mens der i kommunerne i Region Sjælland er tale om meget lave andele.

Det kan således konstateres, at der i Region Sjælland og den vestlige del af Region Midtjylland i vid udstrækning har været en hospitalslæge inde over indlæggelserne af patienterne. Det kan bidrage til noget af forklaringen af forskellene, hvis de ikke blot skal henføres til forskel i registreringspraksis.

Figur 74. Andel indlæggelser¹ henvist fra almenpraktiserende læge eller vagtlæge, 2011 (procent)

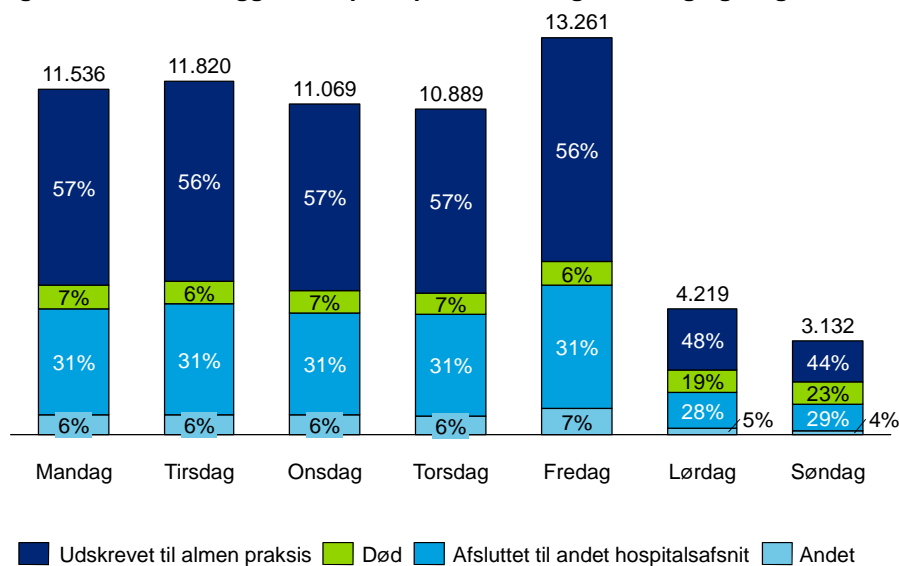


Kilder: Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret.

¹ Indlæggelser er her opgjort som hospitalsudskrivinger, hvorfor antallet af indlæggelser er lavere end i de øvrige opgørelser. Henvisninger fra almenpraktiserende læge er opgjort som henvisninger fra vagtlæge, hvis indlæggelsen finder sted lørdag eller søndag eller kl. 17-8 på hverdage, og hvis indlæggelsen finder sted samme dag som henvisningen.

Nedenstående figur viser udskrivningsmønstret for de ældre medicinske patienter opdelt på ugedage.

Figur 75. Antal indlæggelser¹ opdelt på udskrivningsmåde og ugedag, 2011



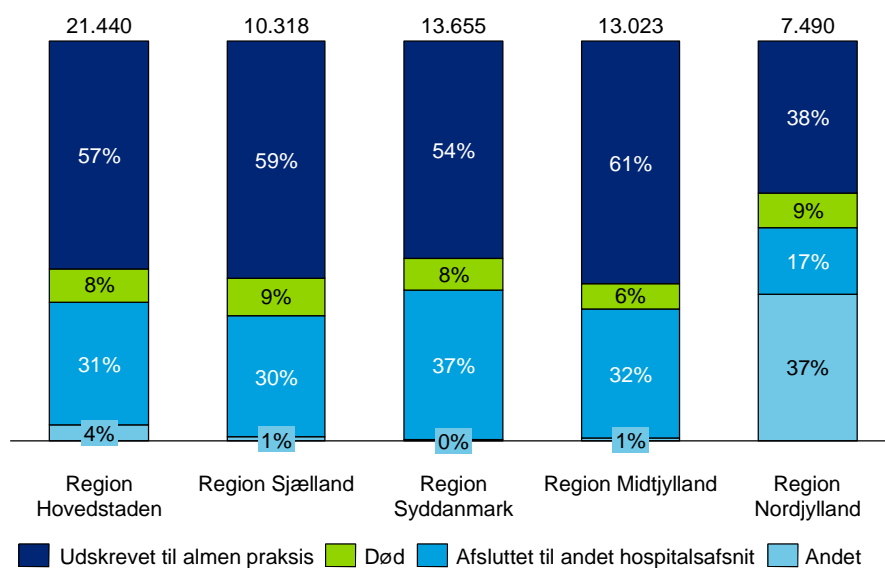
Kilder: Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret.

Note: ¹ Indlæggelser er her opgjort som hospitalsudskrivninger, hvorfor antallet af indlæggelser er lavere end i de øvrige opgørelser.

Lige godt halvdelen af de afsluttede indlæggelser udskrives til almen praksis, cirka 30 procent til yderligere behandling på andet hospitalsafsnit, og 7-8 procent dør under indlæggelsen.

Denne fordeling af udskrivningerne er næsten ens på tværs af regionerne, jf. figur 76. Undtagelsen er dog Region Nordjylland, hvor udskrivningsmåden Andet udgør 37 procent. Registreringspraksis i Region Nordjylland er tydeligvis afvigende i forhold til de øvrige regioner.

Figur 76. Antal indlæggelser¹ opdelt på udskrivningsmåde og region, 2011

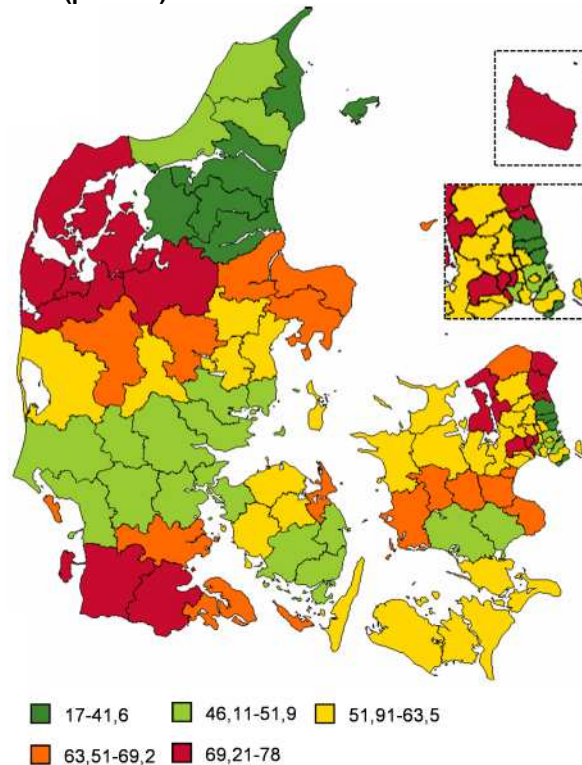


Kilder: Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret.

Note: ¹ Indlæggelser er her opgjort som hospitalsudskrivninger, hvorfor antallet af indlæggelser er lavere end i de øvrige opgørelser.

Andelen af indlæggelser udskrevet til almen praksis opdelt på kommuner er vist på nedenstående kort. Her ses en stor variation fra et minimum på 17 procent til et maksimum på 78 procent. Variationen synes tilnærmelsesvis at følge de store hospitalers optageområder. Det er imidlertid bemærkelsesværdigt, at der er så stor forskel i fordelingen af udskrivningsmåde fra hospital til hospital.

Figur 77. Andel af indlæggelser¹ udskrevet til almenpraktiserende læge opdelt på kommuner, 2011 (procent)



Kilder: Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret.

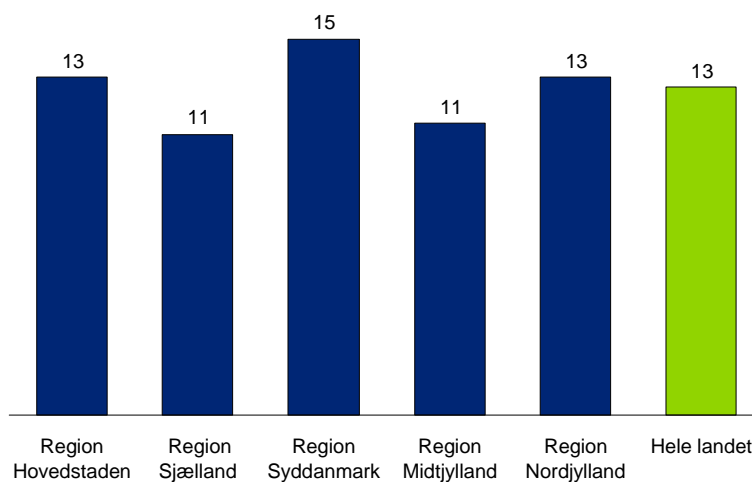
¹ Indlæggelser er her opgjort som hospitalsudskrivinger, hvorfor antallet af indlæggelser er lavere end i de øvrige opgørelser.

3.6. Patienternes kontakt til sundhedssystemet efter indlæggelse

For en del af patienterne er kontakten til sundhedssystemet ikke afsluttet efter udskriving fra hospitalet. Nogle patienter oplever at blive genindlagt efter kortere eller længere tid, og nogle patienter har efter udskrivingen kontakt med hjemmepleje eller almenpraktiserende læge.

Som det fremgår af afsnit 2.3 ligger genindlæggelsesprocenten for samtlige medicinske patienter på cirka 8. Som nedenstående figur viser, ligger genindlæggelsesprocenten for de udvalgte patienttyper noget højere. Den samlede genindlæggelsesprocent for de udvalgte patienttyper ligger på 12, mens genindlæggelsesprocenten varierer fra 11 til 14 på tværs af regionerne.

Figur 78. Genindlæggelsesprocent¹ opdelt på regioner, 2011



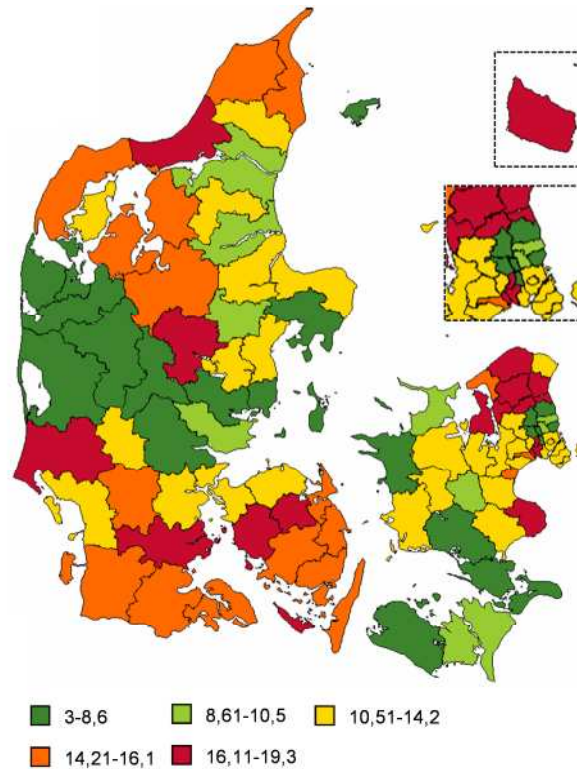
Kilde: Landspatientregisteret.

¹ For en nærmere definition af en genindlæggelse henvises til tabel 2.

Figur 79 viser genindlæggelsesprocenten for de udvalgte patienttyper opdelt på kommuner.

Som det fremgår af kortet, er der en betydelig variation i genindlæggelsesprocenten på tværs af kommunerne. En række kommuner i Midt- og Vestjylland og Sydsjælland og nord for hovedstaden har lave genindlæggelsesprocenter, mens flere kommuner i Sønderjylland, på Fyn og i Nordsjælland har høje genindlæggelsesprocenter.

Figur 79. Genindlæggelsesprocent¹ opdelt på kommuner, 2011



Kilde: Landspatientregisteret.

¹ For en nærmere definition af en genindlæggelse henvises til tabel 2.

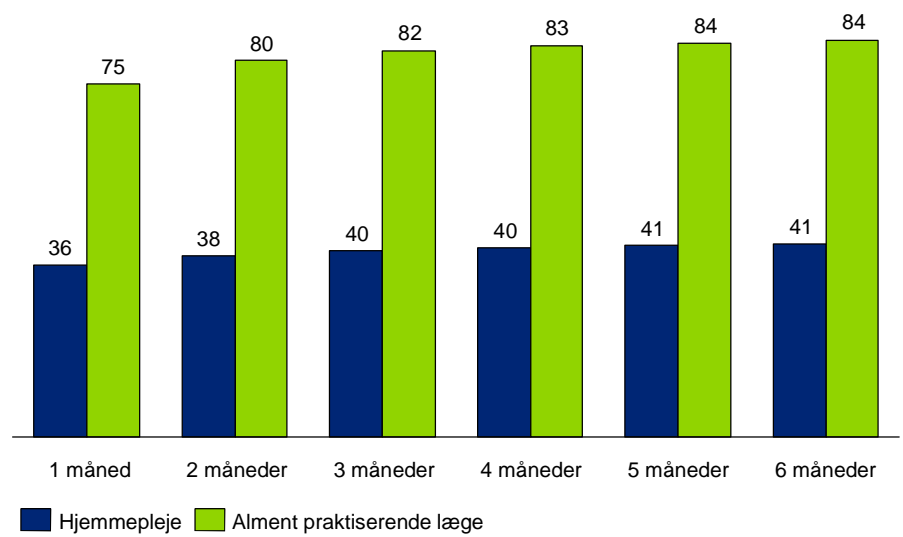
En betydelig del af de indlagte patienter har kontakt til enten hjemmepleje eller almenpraktiserende læge efter endt indlæggelse. Nedenstående figur viser andelen af indlagte patienter, der modtog hjemmepleje eller havde kontakt med almenpraktiserende læge i efterfølgende måneder.

Som det fremgår af figuren, havde tre fjerdedele af patienterne kontakt med almenpraktiserende læge én måned efter endt indlæggelse, og 36 procent modtog hjemmepleje én måned efter endt indlæggelse.

Andelen af patienter, der havde kontakt med henholdsvis hjemmepleje og almen praksis, stiger kun lidt, hvis perioden udvides op til seks måneder.

Som vist i afsnit 3.4 havde henholdsvis 38 og 78 procent af de indlagte patienter kontakt til hjemmepleje og almenpraktiserende læge én måned inden indlæggelsen. Resultaterne vist i figur 80 ligger meget tæt på disse størrelser, og det kan dermed konkluderes, at der ikke sker en generel stigning i patienternes kontakt til hverken hjemmepleje eller almenpraktiserende læge som følge af en indlæggelse.

Figur 80. Andel indlagte patienter i 2011, der modtog hjemmepleje eller havde kontakt med almen praktiserende læge i efterfølgende måneder¹

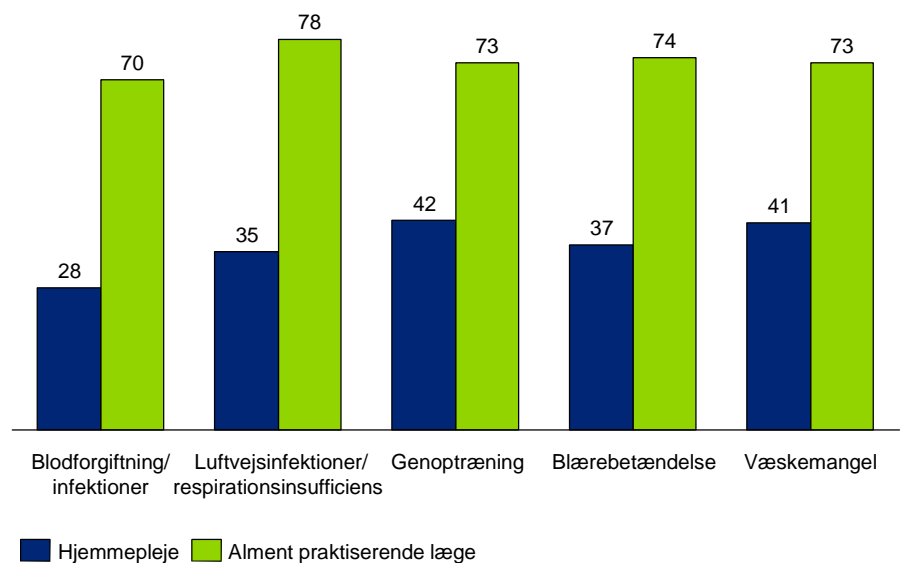


Kilde: Landspatientregisteret.

¹ For hjemmepleje er en måned defineret som en kalendermåned. For kontakt med almenpraktiserende læge er en måned defineret som fire uger.

Nedenstående figur viser andelen af indlagte patienter, der havde kontakt med hjemmepleje og almen praktiserende læge én måned efter indlæggelse.

Figur 81. Andel indlagte patienter i 2011, der modtog hjemmepleje eller havde kontakt med almen praktiserende læge én måned¹ efter indlæggelse, 2011



Kilde: Landspatientregisteret.

Note: ¹ For hjemmepleje er en måned defineret som en kalendermåned.

Som det fremgår af figuren, er der kun beskedne forskelle på de fem patienttyper. Patienter indlagt med blodforgiftning/infektioner skiller sig lidt ud ved at have en lidt mindre hyppig kontakt med både hjemmepleje og almenpraktiserende læge sammenlignet med de øvrige patienttyper.

4. Optimering af patientforløb

Kapitlet giver dels forslag til, hvordan man kan arbejde med at optimere patientforløb på hospitalsafdelinger, dels forslag til initiativer, der vil bidrage til at smidiggøre patientforløb på tværs af sektorer. Med hensyn til optimering af forløb på hospitalerne vurderer hospitalsafdelingerne generelt, at værktøjerne har haft flere positive effekter, men der findes kun i begrænset omfang håndfast dokumentation herfor. Patientinventeringer og spildanalyser viser, at cirka 20 procent af de indlagte patienter på de medicinske afdelinger ikke behøver at være i en hospitalsseng. For at realisere optimerede patientforløb forudsættes blandt andet en forbedret koordinering mellem sektorer og mere optimale processer på tværs af afdelinger internt på hospitalerne.

4.1. Indledning og sammenfatning

Analysens kortlægning af procesoptimering viser, at der arbejdes med forskellige former for procesoptimering på mange medicinske afdelinger, og at typen af værktøj er uafhængig af det medicinske speciale. Forskellige værktøjer kan anvendes og bliver således anvendt i forhold til alle typer medicinske patienter.

Det har kun i begrænset omfang været muligt at finde håndfast dokumentation for de konkrete resultater og effekter i form af eksempelvis øget patienttilfredshed, øget medarbejdertilfredshed, faldende sygefravær, færre patientklager, kortere indlæggelser, færre genindlæggelser og reducerede omkostninger, som de mange igangsatte procesoptimeringstiltag – herunder især leantiltag – vurderes at indebære.

Derimod er resultaterne af patientinventering og waste identification tool væsentlig mere klare. De hospitaler og afdelinger, der har gennemført enten en patientinventering eller en spildanalyse, har således stort set allesammen afdækket, at cirka 20 procent af de patienter, der lå på afdelingerne den pågældende dag, ikke havde behovet at ligge i en hospitalsseng, men alternativt kunne have været i et ambulans forløb, være indlagt på et patienthotel eller være i eget hjem eller på plejecenter. De steder, hvor der er anvendt spildanalyse, er det ligeledes indgået i resultatet, om der er tale om en tom seng, det vil sige en seng uden indlagt patient. Dette indikerer, at der er potentiale for optimering af kapaciteten på de medicinske afdelinger.

Patientinventering og waste identification tool fører imidlertid ikke i sig selv til en mere effektiv kapacitetsudnyttelse. For at realisere de gevinster, som patientinventeringerne og spildanalyserne har vist, er der således behov for både at forbedre samarbejdet og koordineringen mellem sektorer, og at sikre mere optimale processer og effektive overlap på tværs af afdelinger internt på hospitalerne.

Med hensyn til at sikre mere effektive processer på tværs af afdelinger er det karakteristisk, at dette kun i begrænset omfang har været i fokus i forbindelse med de mange procesoptimeringstiltag, der er blevet gennemført. Tiltagene har således ofte haft et afdelingsspecifikt perspektiv og har kun i begrænset omfang set på afhængigheder på tværs indenfor det enkelte hospital.

Enkelte regioner har indenfor det seneste år sat fokus på at igangsætte større tværgående procesoptimeringstiltag, der ikke er afgrænset til enkeltafdelinger. Det gælder for eksempel Region Sjælland, der med projektet Lean i stor skala forsøger at fremme en bedre kapacitetsudnyttelse og mere effektive processer på samtlige hospitaler via en økonomisk incitamentsmodel.

Interviewene vedrørende det tværsektorielle samarbejde viser på tværs af kommuner, hospitaler og almen praksis, at der er stigende tilfredshed med samarbejdet. Samlet set er vurderingen, at samarbejdet går i den rigtige retning, men parterne kan opleve forskellige udfordringer i samarbejdet. Og udfordringerne varierer i forhold til geografi.

Aktørerne giver samtidig også udtryk for, at der fortsat er tale om et område, hvor der er mange muligheder for at forbedre samarbejdet. Det er på baggrund af de gennemførte interview Deloitte's vurdering, at der er tale om en udvikling, der i vid udstrækning er præget af lokale tiltag eller projekter, der ofte er igangsat for nylig. Det sidste aspekt gør, at projekterne ofte ikke kan danne grundlag for en vurdering af, om det er et hensigtsmæssigt tiltag til eksempelvis at begrænse antal indlæggelser, forkorte liggetiderne eller reducere antallet af forebyggelige indlæggelser.

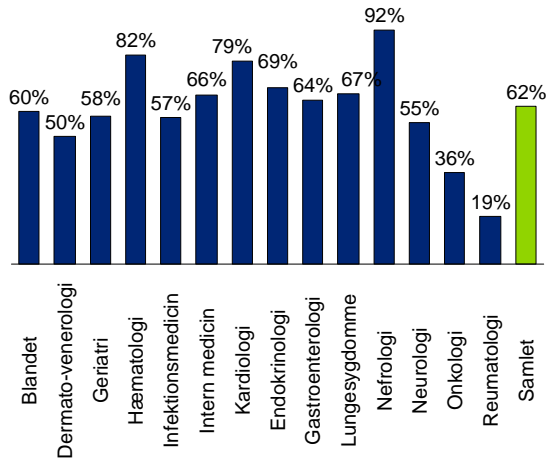
4.2. Generelle erfaringer med procesoptimering

I det følgende gives et kortfattet overblik over erfaringer med anvendelse af procesoptimeringsredskaber på de medicinske afdelinger. Afsnittet er baseret på deskresearch, svarene fra spørgeskemaundersøgelsen, der er gennemført i forbindelse med denne analyse af de medicinske afdelinger, og interview med udvalgte medicinske afdelinger vedrørende deres erfaringer med procesoptimering. Efterfølgende vil de mest anvendte redskaber, patientinventering/waste identification tool og lean, blive præsenteret.

Spørgeskemaundersøgelsen, der er udsendt til samtlige medicinske sengeafdelinger i landet, har en samlet svarprocent på 62 og en høj svarprocent for stort set alle specialer, jf. figuren. Det er således Deloitte's vurdering, at un-

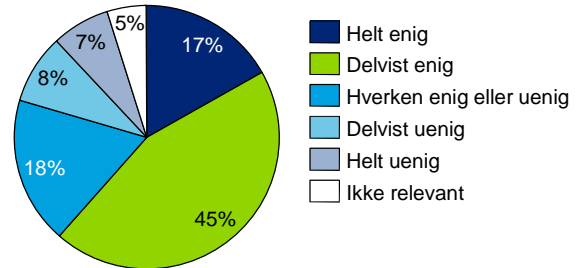
dersøgelsen kan være med til at tegne et forholdsvis dækkende billede af medicinske afdelingers vurderinger og erfaringer.

Figur 82. Svarprocent i undersøgelsen opdelt på specialer (N = 181)



Kilde: Spørgeskemaundersøgelsen.

Figur 83. Vi arbejder systematisk og løbende med optimering af arbejdsgange ... (N = 166)



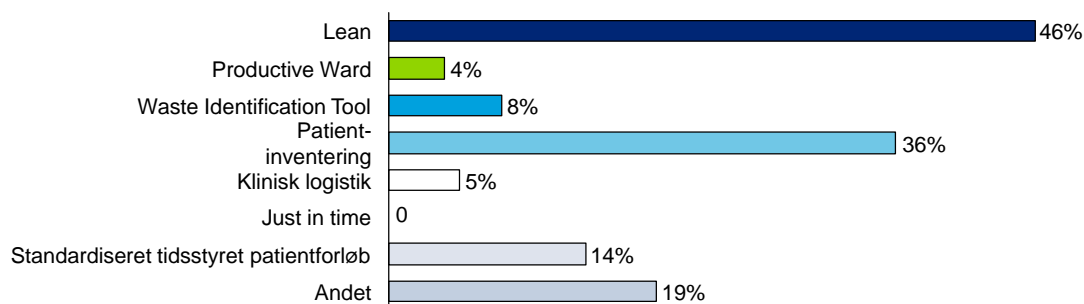
Kilde: Spørgeskemaundersøgelsen.

Deskresearchen viste, at procesoptimeringstiltag er meget udbredt, og dette billede blev bekræftet af svarene i spørgeskemaundersøgelsen, hvor godt 60 procent af afdelingerne svarer, at de er helt eller delvis enige i, at de systematisk og løbende arbejder med optimering af arbejdsgange, behandling og pleje ved brug af redskaber til procesoptimering. Blot 15 procent svarer, at de er delvis eller helt uenige i, at der arbejdes systematisk og løbende med optimering af arbejdsgangene, jf. figuren.

Den høje andel af de medicinske afdelinger, der arbejder med procesoptimering, dækker en bred variation af redskaber til optimering. Men to redskaber – lean og patientinventering – ser på baggrund af denne undersøgelse ud til at blive anvendt oftere end andre redskaber. Således svarer 46 procent af de afdelinger, der indgår i spørgeskemaundersøgelsen, at de har anvendt lean. Herefter følger patientinventering, der er anvendt på 36 procent af de medicinske afdelinger. Hertil kan der lægges waste identification tool, der er en variation over patientinventering, og som er anvendt på 8 procent af afdelingerne, jf. figuren nedenfor.¹⁶

¹⁶ Både patientinventering og waste identification tool er redskaber, man anvender til at identificere spild på afdelingerne i behandlingen og plejen af patienterne.

Figur 84. Anvendte optimeringstiltag på de medicinske afdelinger, procent (N = 166)



Kilde: Spørgeskemaundersøgelsen.

Note: Flere afdelinger arbejder med to eller flere tiltag, hvorfor procenterne ikke summer til 100.

Andre redskaber er anvendt betydelig færre gange. Deskresearchen bekræfter billedet af, at lean og patientinventering/waste identification tool er de oftest anvendte redskaber til procesoptimering på de medicinske afdelinger.

Patientinventering og waste identification tool har vundet stort indpas i løbet af de seneste par år, og i 2012 er de anvendt på alle hospitaler i Region Nordjylland og Region Sjælland. Derudover er de i varierende grad blevet anvendt på hospitaler og afdelinger i de andre regioner.

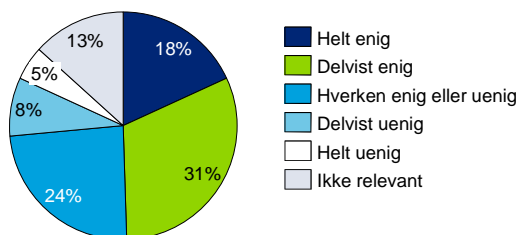
Lean har derimod været udbredt gennem en længere årrække, og på eksempelvis Odense Universitetshospital er der gennemført et stort og generelt leanprojekt på cirka en tredjedel af hospitalet i perioden 2006-2010, og på Sygehus Thy-Mors er der arbejdet indgående med lean siden efteråret 2007. Anvendelsen af lean i konkrete projekter og effekter heraf uddybes nedenfor.¹⁷

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at nogle afdelinger har gjort brug af flere redskaber, og 13 afdelinger har for eksempel gjort brug af tre forskellige redskaber. Blandt alle de medicinske afdelingstyper/specialer kan der på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen og deskresearchen ikke umiddelbart identificeres en forskel i afdelingernes anvendelse af forskellige typer redskaber. Dette er generelt blevet bekræftet ved interviewene, hvor langt hovedparten af de interviewede afdelinger havde prøvet flere forskellige tiltag i forbindelse med procesoptimering.

Halvdelen af afdelingerne vurderer, at procesoptimeringsredskabet er blevet til en fast del af arbejdsgangene på afdelingen, mens 13 procent svarer, at de er delvis eller helt uenige i, at det er tilfældet.

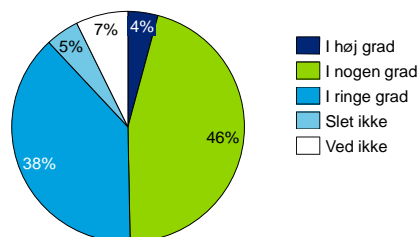
¹⁷ Eksemplerne med patientinventering/spildanalyse og lean vil blive uddybet i det efterfølgende.

**Figur 85. Det afprøvede redskab er blevet til en fast del af arbejdsgangene på afdelingen (N = 166).
Besvarelser for alle typer redskaber.**



Kilde: Spørgeskemaundersøgelsen.

Figur 86. Oplever du, at patienterne får forlænget deres indlæggelsestid på grund af ikkefagligt begrundet ventetid? (N = 167)



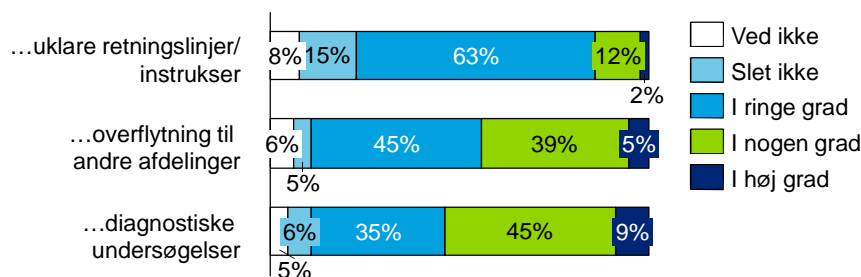
Kilde: Spørgeskemaundersøgelsen.

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at der til trods for en stor udbredelse af lean og andre procesoptimeringsredskaber samt en vurdering af, at redskaberne er blevet en fast del af arbejdsgangene på afdelingen, fortsat eksisterer væsentlige udfordringer i patientforløbene. Således vurderer halvdelen af afdelingerne helt overordnet, at patienterne i nogen eller høj grad får forlænget deres indlæggelsestid på grund af ikkefagligt begrundet ventetid, jf. figur.

Ser man nærmere på afdelingernes vurderinger af årsagerne til den ikkefagligt begrundede ventetid, viser det sig, at patienternes forløb indenfor den enkelte afdeling bliver vurderet til at fungere bedre, end når forløbene bliver afhængige af andre afdelinger.

Som det fremgår af figuren nedenfor, er det kun 14 procent af afdelingerne, der vurderer, at der som følge af uklare retningslinjer/instrukser på afdelingen i høj eller nogen grad opstår en ikkefagligt begrundet ventetid, der forlænger patienternes indlæggelse. Derimod er svarene langt fra så positive, når det handler om ikkefagligt begrundet ventetid, der er opstået i forbindelse med patientforløb, der går udenfor afdelingen. Således svarer 54 procent af afdelingerne, at der opstår ikkefagligt begrundet ventetid i forbindelse med diagnostiske undersøgelser, mens 44 procent af afdelingerne svarer, at der opstår en ikkefagligt begrundet ventetid i forbindelse med overflytning til andre afdelinger, jf. figur.

Figur 87. Der opstår ikkefagligt begrundet ventetid som følge af/i forbindelse med ... (N = 167)



Kilde: Spørgeskemaundersøgelsen.

En ventetidsaudit gennemført på de medicinske afdelinger på Aalborg Universitetshospital i 2011 viste, at 44 ud af 305 patienter ventede i forbindelse med diagnostiske undersøgelser eller overflytning til andre afdelinger. Sammenholdt med resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen giver det en indikation af, at der er store gevinster at hente ved at se på det hele patientforløb, inklusive flytninger mellem afdelinger og diagnostiske undersøgelser. De dele af patientforløbene, der er afgrænset til afdelingerne, synes derimod i mindre grad at udgøre et væsentligt problem. Problemstillingen behandles nærmere i afsnittet om lean.

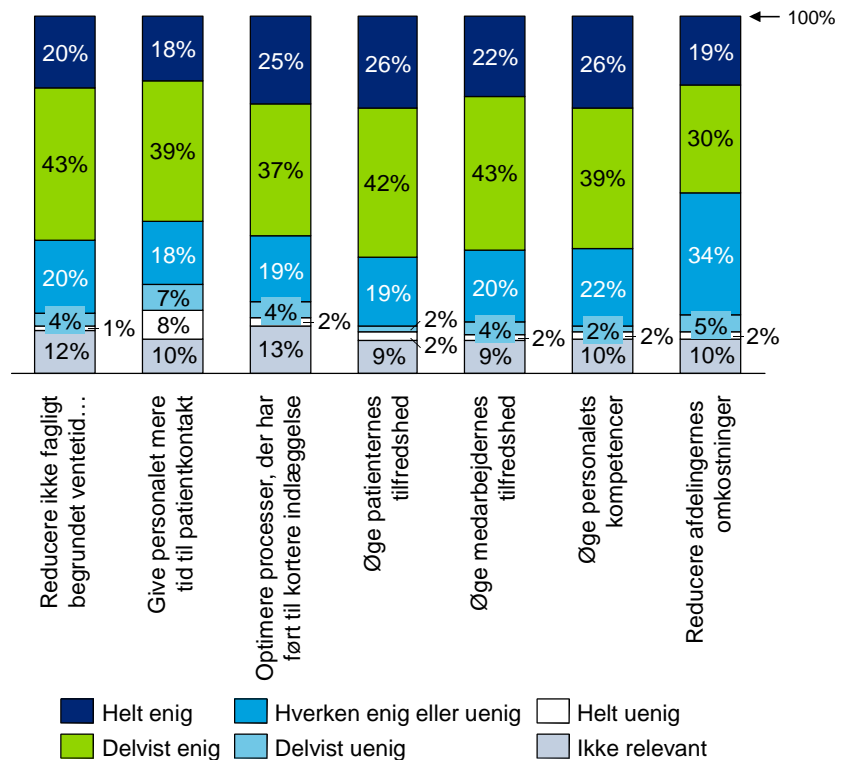
Opnåede effekter

Svarene fra spørgeskemaundersøgelsen viser, at de medicinske afdelinger i altovervejende grad vurderer, at de gennemførte procesoptimeringstiltag har haft en række positive effekter. Generelt angiver mellem halvdelen og to tredjedele af afdelingerne således, at de er helt eller delvis enige i, at tiltagene har haft positive effekter i forhold til behandling, pleje, direkte patientkontakt, kortere indlæggelser mv.

Den største effekt vurderes at være hentet på en øget patienttilfredshed, hvor 69 procent af respondenterne har svaret, at de er helt eller delvis enige i, at redskabet til procesoptimering har været med til at øge patienternes tilfredshed. Samme billede tegnes i flere af interviewene, hvor det er anført, at øget patienttilfredshed betragtes som et mål med optimeringsprojekterne.¹⁸

¹⁸ Der er sjældent foretaget før-og-efter-målinger, men det vil dog være muligt for afdelingerne og de enkelte afsnit at få denne information fra den årlige landsdækkende undersøgelse af patienttilfredshed, hvor tilfredsheden for de indlagte patienter hvert år ligger omkring 90 procent.

Figur 88. Arbejdet med optimering har været med til at ... (N = 166)



Kilde: Spørgeskemaundersøgelsen.

De positive resultater viser sig som nævnt svære at dokumentere, som det ligeledes vil kunne konstateres nedenfor i eksemplerne, hvor de enkelte redskaber til procesoptimering beskrives mere indgående.

I det følgende afsnit præsenteres først redskaberne patientinventering og waste identification tool. Derefter følger et afsnit med præsentation af lean. Præsentationen af redskaberne er suppleret med konkrete eksempler på anvendelse af redskaberne. I den sammenhæng vil der ligeledes blive præsenteret resultater og effekter af tiltagene, hvis der har været adgang hertil. Afsnittene bygger på gennemgang af foreliggende rapporter og gennemførte interview med de relevante afdelinger.

Boks 3. Baggrund for patientinventering

Patientinventering er anvendt siden 1990'erne i Sverige, mens waste identification tool blev udarbejdet i 2009 af det amerikanske Institute of Health Improvement og testet på hospitaler i England og USA, hvor det siden har fundet anvendelse. Siden er det tilpasset en dansk sammenhæng.

4.3. Patientinventering og waste identification tool

Patientinventering og waste identification tool er to redskaber, der begge har samme målsætning, nemlig at få kortlagt anvendelsen af sengene på et hospital eller en afdeling på et bestemt tidspunkt med henblik på at få afklaret, hvilket potentiale der er for at anvende sengene mere optimalt. Formålet med gennemgangen er at vurdere:

- Om indlagte patienter af medicinske grunde behøver at ligge i en hospitalsseng eller med fordel kunne plejes på anden måde.

- Om der findes patienter, hvor behandlingsforløbet forlænges på grund af ventetider enten internt på hospitalet/hospitalerne eller på tværs af sektorer.

Kortlægning af brugen af sengene skal bidrage til at forbedre ressourceudnyttelsen og til at øge den faglige og patientoplevede kvalitet. Patientinventering og waste identification tool (spildanalyse) er stort set opbygget på samme måde, jf. boks.

Boks 4. Observationspunkter fra kontrolskemaer

Patientinventering	Waste identification tool (spildanalyse)
<p><i>Skema for plejeniveau og ventetid (ét per patient)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Indlæggelsesårsag-aktions-diagnose-igangværende behandling • Overvågningsbehov • Patientens egen formåen • Fokus på ventetid til eksempelvis undersøgelse <p><i>Udviklingsskema (ét per afdeling)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Øjebliksbillede • Udviklingsplaner i forhold til alternative plejeformer • Udviklingsplaner i forhold til ventetid 	<p><i>Arbejdsskema (ét per sengeafsnit)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tom seng • Seng anvendt uhensigtsmæssigt • Infektion 48 timer efter indlæggelse • Fejl i medicinering • Procedurekomplikation • Unødvendig indlæggelse • Flowforsinkelse i forløb • Klinisk forsinkelse i behandling

Kilde: www.patientsikkerhed.dk.

En forskel i indholdet af de to redskaber er, at patientinventering er mere specifikt orienteret mod den konkrete patient. Det kræver, at der ved gennemgangen skal være flere oplysninger om den enkelte patient end ved spildanalysen, ligesom der også indgår vurderinger af årsagerne til eventuel ventetid for patienterne. Med waste identification tool tages der stilling til, om der er tale om et potentielt spild i forbindelse med patienten og sengen. Man skal ikke med dette redskab bestemme årsagen hertil. Denne skelnen er i praksis mindre skarp, hvilket fremgår af de gennemførte interview.

Når værktøjerne skal tages i anvendelse, udvælges en dag, der så vidt muligt afspejler en normaldag, hvor gennemgangen af patienterne og afdelingerne finder sted. Personalet på de afdelinger, der skal gennemgås, forbereder sig på gennemgangen ved blandt andet at gennemgå journalerne på de patienter, der aktuelt er indlagt, så de kan svare på konkrete spørgsmål vedrørende patienten – dette aspekt er mere omfattende ved patientinventering end ved waste identification tool.

Gennemgangen af patienterne sker ved, at et team bestående af personer fra hospitalsledelsen og andre ressourcepersoner udenfor den afdeling, der gennemgås, mødes med afdelingsledelsen og relevante medarbejdere, der har kendskab til de aktuelle patienter på afdelingen og deres forløb. Det tager typisk 1-1½ time at gennemgå den enkelte afdeling, hvor der spørges ind til de punkter, der er nævnt i boksen ovenfor.

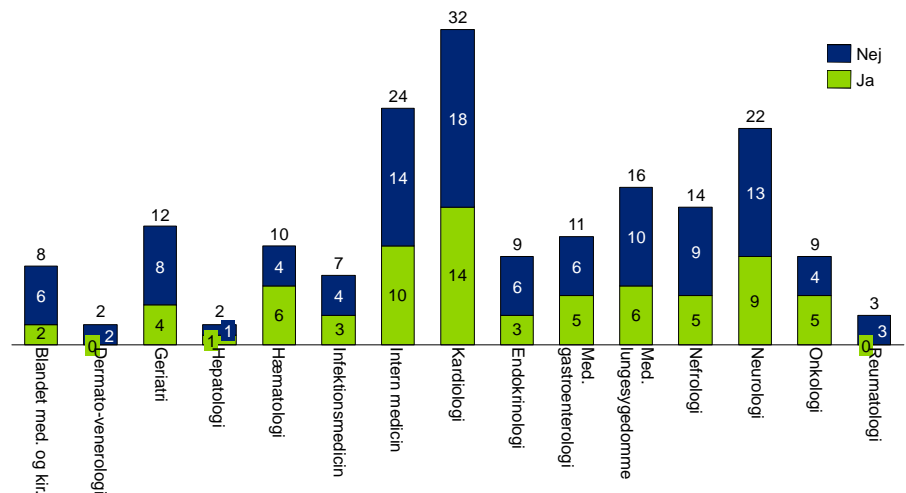
Der kan eventuelt gøres brug af eksterne eksperter, men vurderingen hos flere afdelinger er, at den organisatoriske ramme kan nedskaleres, når redskabet anvendes for anden eller tredje gang.

Afslutningsvis samles resultaterne i en rapport, der sendes i høring i de enkelte afdelinger. Derefter besluttes det, hvilke tiltag der kan iværksættes på baggrund af fundene.

Der er på tværs af afdelingsledelser og hospitalsledelser enighed om, at det er en meget anvendelig metode. Det skyldes blandt andet, at det er et simpelt redskab, der er fagligt orienteret i sin konstruktion. Det er erfaringen blandt aktørerne, at de får et godt grundlag for at drøfte, hvordan udredning, behandling, pleje mv. kan tilrettelægges på en bedre måde. I interviewene gør hospitalsledelserne opmærksom på, at afdelinger i flere tilfælde selv har igangsat forandringer indenfor afdelingerne på baggrund af resultaterne. Større forandringsprojekter, der går på tværs af afdelingerne, skal forankres i hospitalsledelsen.

Der er de seneste år gennemført en lang række patientinventeringer og spildanalyser, og der foreligger derfor også flere klare resultater, der angiver, hvilket potentiale der eksisterer for en bedre kapacitetsudnyttelse af sengene på de medicinske afdelinger. Svarene fra spørgeskemaundersøgelsen viser endvidere, at patientinventering og spildanalyse har været anvendt i hele landet og indenfor næsten alle specialer.

Figur 89. Medicinske afdelinger, der har anvendt patientinventering/spildanalyse (N = 68) ud af det samlede antal afdelinger opdelt på specialer (N = 181)



Kilde: Spørgeskemaundersøgelsen.

I de følgende bokse præsenteres resultaterne fra tre af de hospitaler, der var blandt de første i Danmark til at anvende patientinventering eller spildanalyse på de medicinske afdelinger. I den sammenhæng ses der også på udviklingen i antallet af disponible senge fra før inventeringerne og spildanalyserne. Udviklingen i antallet af senge er ikke nødvendigvis en effekt af patientinventeringerne, men kan for eksempel ligeledes skyldes ændringer i hospitalsplanerne for den enkelte region.

Boks 5. Resultater fra gennemgang af medicinske sengepladser på Regionshospitalet Randers

En patientinventering i 2010 på Regionshospitalet Randers blandt medicinske patienter viste, at 34 akutte senge og 130 afdelingssenge var belagt med henholdsvis 18 patienter og 105 patienter. Det gav en belægningsprocent på 75. Og ud af de 123 senge, der var patienter i, viste inventeringen, at:

- 13 patienter kunne være på patienthotel.
- 17 patienter kunne være i kommunalt regi, på hospice eller i ambulant behandling/daghospital.

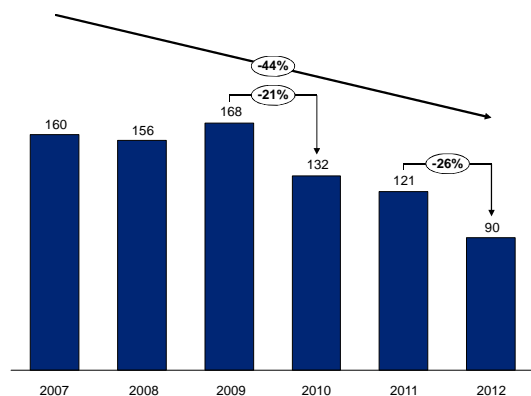
I alt blev det vurderet, at 28 procent af de medicinske patienter ikke behøvede at ligge i en hospitalsseng. Det vurderedes i den afsluttende afrapportering, at patientforløb indenfor alle medicinske specialer kunne omlægges, så der i højere grad blev gjort brug af patienthotel og ambulant behandling.

Kilde: Rapporten "Patientinventering vid Regionshospitalet Randers – Akutmedicinske och Medicinske vårdpladser", 4. juni 2010.

Patientinventeringen på Regionshospitalet Randers blev gennemført i 2010. Som det fremgår af figuren, der viser udviklingen i antallet af disponible senge fra 2007 til 2012, har der fra 2010 til 2011 med et fald på 8 procent været tale om en mindre reduktion end i det foregående år. Her var faldet på 21 procent. Ligeledes var faldet fra 2011 til 2012 på 26 procent. I samme periode blev patienthotellet på hospitalet lukket.

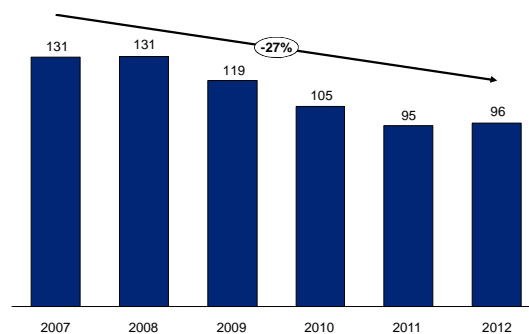
Faldet i antallet af disponible sengepladser på de medicinske afdelinger på Regionshospitalet Randers i perioden 2007-2012 har med 44 procent været langt kraftigere end faldet for hele Region Midtjylland, der har været på 24,3 procent hen over perioden. Faldet i antallet af senge på hospitalet kan ikke kun tilskrives patientinventeringer, idet der i året inden inventeringen var et fald på 21 procent. Det er dog vurderingen hos de interviewede, at patientinventeringen i 2010 har haft betydning for reduktionen fra 2011 til 2012.

Figur 90. Udviklingen i disponible senge på medicinske afdelinger på Regionshospitalet Randers, 2007-2012



Kilder: Statens Serum Institut og Region Midtjylland.

Figur 91. Udviklingen i disponible senge på medicinske afdelinger på Horsens og Brædstrup hospitaler, 2007-2012



Kilder: Statens Serum Institut og Region Midtjylland.

Regionshospitalet Horsens er et andet hospital i Region Midtjylland, der var blandt de første til at gennemføre en spildanalyse. I forhold til Regionshospitalet Randers er der tale om en mindre reduktion i antallet af disponible senge på de medicinske afdelinger, jf. figuren. Men faldet ligger over det gennemsnitlige fald for regionen.

Det er generelt for de medicinske afdelinger, der er interviewet om patientinventering og spildanalyser, at redskaberne anvendes som ét af flere styrings-

redskaber til at optimere driften.

Analysen viser ligeledes, at det ikke er givet, hvordan man skal agere på resultaterne af patientinventeringerne og spildanalyserne. For eksempel udtrykker flere afdelingsledelser bekymring for, at det bliver betragtet som et isoleret besparelsesredskab, hvor kvalitet ikke har samme vægt som økonomi. Enkelte hospitalsafdelinger udtrykker således bekymring for, om de udskriver patienterne for hurtigt, hvilket for gruppen af ældre medicinske patienter kan føre til ekstra behov for kommunale alternativer, der ikke altid er til rådighed. Som en ledende afdelingssygeplejerske udtrykker det, så "afhænger gode patientforløb for de ældre patienter ofte af kommunale tilbud".

Vurderingen hos flere af de interviewede afdelingsledelser er, at kommunerne kunne varetage en større opgave i mange patientforløb. For eksempel kunne de i højere grad lægge drop til patienter, der eksempelvis skal have IV-medicin. Dette berøres nærmere i afsnittet nedenfor om tværsektorielle patientforløb.

En anden mulighed er at omlægge indlæggelser til ambulante forløb. En stor inventering af alle de medicinske patienter på Aalborg Universitetshospital viste, at der var et potentiale for at omlægge patientforløbene fra indlæggelse til eksempelvis ambulante forløb.

Boks 6. Resultater fra gennemgang af medicinske sengepladser på Aalborg Universitetshospital

På Aalborg Universitetshospital gennemgik man 312 medicinske senge i 2011, hvor de 305 var belagt. Det gav en belægningsprocent på knap 98.

Formålet med patientinventeringen var at kortlægge:

- Om nogle indlagte patienter kunne have været på patienthotel.
- Om indlagte patienter af medicinske grunde behøvede at ligge i en hospitalsseng eller med fordel kunne plejes på en anden måde.
- Om behandlingsforløbet forlænges for nogle patienter på grund af ventetider.

Ud af de 305 senge, der var patienter i, viste inventeringen, at 50 patienter, der var indlagt, kunne modtage udredning og behandling under mere åbne pleje- og omsorgsformer. De 50 patienter fordelte sig på følgende vis:

- 30 patienter kunne være på patienthotel i forbindelse med behandling.
- 8 patienter kunne være på patienthotel eller hjemme i forbindelse med behandling.
- 12 patienter kunne være i et ambulante forløb og i den forbindelse være hjemme.

Derudover konstateredes det, at 34 patienter med fordel kunne få deres behandling på et andet sted end hospitalet, fx hospice, aflastningsplads eller plejehjem, hvilket blev vurderet ud fra, at man de steder kunne tilbyde en behandling og pleje, der bedre modsvarer patienternes aktuelle behov.

Inventeringen viste således, at cirka 28 procent af de medicinske patienter på Aalborg Universitetshospital ikke behøvede at være i en hospitalsseng.

I 2011 gennemførte Aalborg Universitetshospital ligeledes en ventetidsaudit af de medicinske patienter. Her blev det identificeret, at 69 ud af 305 patienter (knap 23 procent) fik deres behandlingsforløb forsinket på grund af ventetider indenfor og udenfor hospitalet. Af de 69 patienter ventede:

- 44 på grund af ventetider internt på hospitalet, både på og udenfor afdelingen (16 ventede på røntgen/CT-scanning eller svar, 7 ventede på MR eller svar, 32 ventede på tilsyn/overflytning til anden afdeling – tallene giver ikke sammenlagt 44, fordi nogle patienter ventede på flere ting).
- 25 på grund af forhold udenfor hospitalet.

Kilde: Rapporten "Pasientinventering, Aalborg Sygehus, Medisinske sengepladser", 5.-6. maj 2011.

Efter patientinventeringen i maj 2011 har man på Aalborg Universitetshospital arbejdet med en større vifte af tiltag. Således havde hospitalet i juni 2011 udarbejdet en samlet handlingsplan for, hvordan det kunne indfri noget af det potentiale for at reducere antallet af senge, som inventeringen havde vist. Følgende er eksempler på tiltag, der er relevante for medicinske patienter:

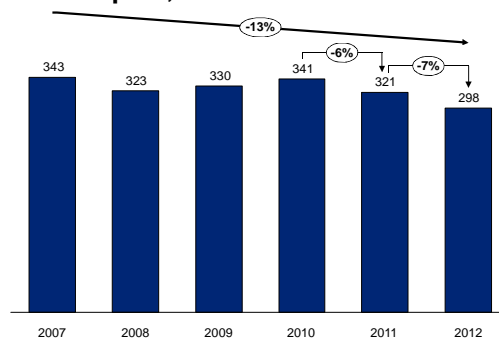
- Af 305 medicinske patienter blev det vurderet, at 30-38 patienter var egnede til at bo på patienthotel. I 2013 flytter patienthotellet fra Aalborg centrum til hospitalsmatriklen og bliver baseret på et nyt koncept, der giver mulighed for en højere anvendelsesgrad, end det er tilfældet for nuværende. Det er målet, at ressourceforbruget skal minimeres, at patientens egne ressourcer skal mobiliseres, og at der skal være en øget faglig og patientoplevet kvalitet.
- Omlægning af flere patientforløb fra indlæggelse til ambulat behandling for at undgå unødige indlæggelser, opnå effektive arbejdsgange, minimere ressourceforbruget og øge den faglige og patientoplevede kvalitet. Der er derfor nedsat en arbejdsgruppe, der ser på bedre udnyttelse af lokaler til ambulat behandling.
- Flere patienter er indlagt på grund af behov for intravenøst antibiotika. Kunne antibiotika tidligere i forløbet gives som tablet, kunne patienten med fordel være hjemme. Spørgsmålet skal afklares i dialog med Klinisk Mikrobiologisk Afdeling, og hensigten er at undgå unødige lange indlæggelser.
- Stuegang brydes ofte op i små stykker, fordi lægen kaldes til andre opgaver. Det skal afklares, om speciallægeorganiseringen kan optimeres med henblik på at skabe mere strømlinede patientforløb med de gevinster, der kan følge heraf i form af hurtigere udredning og behandling og dermed hurtigere udskrivning.
- Der er identificeret flaskehalse for en lang række diagnostiske undersøgelser og i forbindelse med overflytning til andre afdelinger. På listen af løsningsforslag indgår blandt andet pakkeløsninger, tværspcialekonferencer og et it-overblik, hvor afdelingerne kan se patientens akutte røntgentid. (Dette resultat stemmer overens med svarene i spørgeskemaundersøgelsen, hvor hospitalsafdelingerne vurderer, at det først og fremmest er diagnostiske undersøgelser og dernæst overflytning til andre afdelinger, der er hovedårsagerne til, at der opstår ikkefagligt begrundet ventetid i patientforløbene.)
- Samarbejdet med kommunerne skal forbedres. Inventeringsrapporten konkluderer, at 34 patienter med fordel kunne modtage behandling på et andet niveau som for eksempel hospice, aflastningsplads eller plejehjem. Behandlingen på andet niveau forudsætter, at kompetencen passer til patientens aktuelle behov. Hvis dette tal skal nedbringes, forudsætter det nærmere aftale med kommunerne.

Vurderingen på hospitalet er, at resultaterne fra patientinventeringen skal indgå i en sundhedsfaglig dialog om tilrettelæggelse af behandlingsforløbene

for at den vej at sikre sundhedsfaglig støtte til beslutningerne om eksempelvis at omlægge stationær behandling til ambulante behandling.

Brugen af patienthotellet kan tjene som eksempel. Patienthotellet bliver af ledelsen betragtet som en katalysator for omlægning af behandlingsforløbene, for eksempel fra indlæggelse til ambulante forløb. Ledelsen på hospitalet inddrager således brug af patienthotellet i en løbende faglig konsensusbaseret dialog med behandlerne, og gennem faglig argumentation bliver man enige om, hvilke patienter der kan have gavn af at komme på patienthotel. Det viser sig i flere tilfælde, at patientgrupperne efter et stykke tid ikke længe indlægges på patienthotellet, men i stedet kan udskrives til eget hjem. På den måde har patientinventeringen på Aalborg Universitetshospital ført til færre senge, jf. figuren, og vurderingen er, at det er sket med faglig opbakning.

Figur 92. Udvikling i disponible senge på medicinske afdelinger på Aalborg Universitetshospital, 2007-2012



Kilder: Statens Serum Institut og Region Nordjylland

Reduktionen i antallet af disponible senge på Aalborg Universitetshospital på 13 procent fra 2007 til 2012 har ikke samme omfang som de ovenfor viste eksempler fra hospitalerne i Randers og Horsens. Faldet ligger en smule under det gennemsnitlige fald for samtlige regioner, der er på 14,6 procent. Faldet på Aalborg Universitetshospital er væsentlig større end faldet i hele Region Nordjylland, der i perioden 2007-

2012 er faldet med 4,5 procent. Året inden patientinventeringen er antallet af disponible senge faldet med 6 procent, mens det året efter er faldet med 7 procent. Dermed forklarer patientinventeringen ikke hele faldet på hospitalet, men den indgår ifølge interview med hospitalsledelsen som en del af den fortsatte reduktion.

Et sidste eksempel er fra Frederiksberg Hospital, der i 2011 gennemførte en spildanalyse på de medicinske sengeafsnit, hvilket førte til lukning af et sengeafsnit.

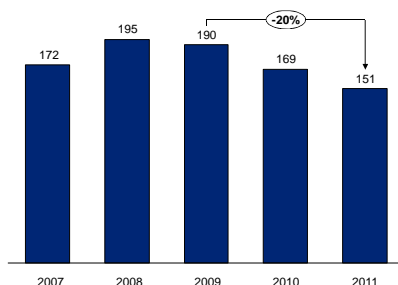
Boks 7. Resultater fra gennemgang af medicinske sengepladser på Frederiksberg Hospital

På Frederiksberg Hospital har man i 2011 gennemgået 8 sengeafsnit med i alt 200 senge. Blandt resultaterne for de medicinske patienter kan følgende fremhæves:

- Cirka 15 procent af patienterne var færdigbehandlede.
- Cirka 8 procent af patienterne kunne være behandlet ambulant.
- Mange patienter fik IV-antibiotika i stedet for tablet, hvilket førte til ekstra indlæggelsesdag. (Det førte til audit af AMA-patienter, og på den baggrund blev det konkluderet, at 10-20 procent af de iværksatte IV-antibiotikabehandlinger kunne have været undladt.)
- Patienter venter på tilsyn både fra egen afdeling og andre afdelinger, på CT-scanning og fysioterapeutisk vurdering.

Kilde: http://regioner.dk/Aktuelt/Arrangementer/Afholdte+arrangementer/Arrangementer+2011/~media/Files/Sundhed/Kvalitetskonference%202011/Jonatan%20Schloss%20og%20Tina%20Lynge_2011.ashx

Figur 93. Udviklingen i disponible senge på de medicinske afdelinger på Frederiksberg Hospital, 2007-2011



Kilder: Statens Serum Institut og Region Hovedstaden.

I perioden 2009-2011 har der været et fald på 20 procent i antallet af disponible medicinske senge på Frederiksberg Hospital. I Region Hovedstaden var faldet i samme periode 8 procent. Gennemførelsen af hospitalsplanen i regionen kan dog også have haft indvirkning på denne udvikling. Eksemplet er med til at understrege, at fortolkningen af udviklingen i antallet af senge skal foretages med en vis varsomhed.

Det fremgår af alle interviewene, og reduktionen i antal disponible senge synes at bekræfte, at der bliver reageret på resultaterne fra patientinventeringer og brugen af waste identification tool. Det kan således dreje sig om reduktion i antallet af senge, optimering af patientforløbene på afdelingerne og nogle steder mellem afdelinger, ligesom der andre steder sker en inddragelse af kommunerne i forhold til opnåelse af bedre overgange mellem sektorerne. Mange hospitaler ser hver indsats som én blandt flere, der kan bidrage til at nedbringe antallet af unødvendige senge dage per indlæggelse. Der er samtidig bevidsthed om, at der er en udfordring forbundet med at arbejde med resultaterne på tværs af afdelinger på hospitalet og ved medinddragelse af kommunerne.

Af andre enkelte eksempler på hospitalernes indsatser kan følgende nævnes:

- Ét sted har man flyttet stuegang fra eftermiddagen til om morgenen/for-middagen. På den måde kan patienter, der skal udskrives efter stuegang, blive udskrevet samme dag fremfor at få deres indlæggelse forlænget med en dag.
- Et mere omfattende eksempel er arbejdet med at reducere liggetiden for de medicinske patienter ved blandt andet at arbejde med lean i klinisk biokemisk afdeling. Hurtigere svar på forskellige prøver, der anvendes til diagnosticering af patienterne, fører alt andet lige til hurtigere udrednings- og behandlingsforløb.

- Andre steder arbejder man med at omlægge indlæggelserne til ambulante forløb. Det kræver færre ressourcer på hospitalet, og i flere interview anføres det, at risikoen for utilsigtede hændelser som for eksempel hospitalsinfektioner og tryksår bortfalder ved ambulante behandling.

Et fælles budskab på tværs af interviewene med regioner, hospitalsledelser og afdelingsledelser er, at samarbejdet med kommunerne omkring udskrivning i det store hele fungerer bedre end tidligere. Nogle steder er der taget kontakt til kommunerne i forbindelse med gennemførelse af spildanalyser på hospitalsafdelingerne. Det skyldes, at hospitalerne efter spildanalyser blandt andet har reduceret i antallet af sengepladser og dermed potentielt skabt et øget pres på kommunerne.

De resultater, som de enkelte afdelinger og hospitaler har fremvist, hvoraf eksemplerne i ovenstående bokse ikke er fuldt dækkende, har været blandt bevæggrundene for, at både hele Region Nordjylland og hele Region Sjælland i 2012 har anvendt redskaberne på alle hospitalerne.

Boksen nedenfor præsenterer resultaterne fra patientinventeringen på alle de nordjyske hospitaler, mens resultaterne fra Region Sjælland præsenteres efterfølgende. Som tidligere vist er faldet i antal disponible senge fra 2007 til 2011 i Region Nordjylland på 4,5 procent, hvilket er langt under det gennemsnitlige fald på 16 procent for de fire andre regioner i perioden. Samtidig viste Aalborg Universitetshospital, at det er muligt at reducere antallet af senge med 12 procent i løbet af 1-2 år. Disse aspekter udgjorde en del af grundlaget bag den regionale inventering i 2012.

Boks 8. Patientinventering i Region Nordjylland

I Region Nordjylland blev patientinventering sat på dagsordenen i forbindelse med budget 2012. Forretningsudvalget i Region Nordjylland besluttede på dets møde 23. januar 2012 at iværksætte patientinventering efter et fælles koncept på Sygehus Vendsyssel, Sygehus Thy-Mors, Sygehus Himmerland, Psykiatrien samt Aalborg Universitetshospitals ortopedkirurgiske afdelinger udenfor matriklen i Aalborg i første halvår af 2012.

Regionen besluttede, at det samlede hospitalsbudget for 2012 blev reduceret med 5 mio. kr. Aalborg Universitetshospital gennemførte patientinventering på samtlige afdelinger på matriklen i Aalborg i 2011, og undersøgelsen af de resterende hospitaler i regionen fulgte skabelonen fra det arbejde.

I forbindelse med inventeringen på alle hospitalerne besluttede regionen at anvende eksterne konsulenter i inventeringsteamet. De eksterne konsulenter bestod af en læge og en sygeplejerske fra Karlstad, der begge har erfaring i gennemførelse af patientinventeringer i Sverige.

Resultaterne af inventeringen i 2012 for de enkelte hospitaler præsenteres nedenfor.

I sagsfremstillingen til forretningsudvalgsmødet 19. november 2012 anfører regionen, at den regionale patientinventering "i høj grad har været med til at sætte fokus på en række udviklingsmuligheder i forbindelse med at optimere og kvalitetssikre patientforløbene". Samlet set viste resultaterne fra inventeringsprocessen, at 27 procent af patienterne på de involverede hospitaler enten var placeret uhensigtsmæssigt eller havde oplevet unødigt ventetid.

På baggrund af de resultater godkendte forretningsudvalget blandt andet indstillinger om:

- Resultaterne af patientinventeringen indgår i forbindelse med drøftelser om hospitalernes handlingsplaner for 2013.
- Regionens udarbejder oplæg til drøftelse med de nordjyske kommuner med henblik på at sikre, at patienter ikke unødigt optager en hospitalsseng.
- At oplægget til drøftelse med kommunerne afventer evalueringen af strukturreformen og samtidig indgår som en del af drøftelserne af fjerde generation af sundhedsaftalerne.

Kilder: Dagsorden fra forretningsudvalget i Region Nordjylland fra 23. januar og 19. november 2012 (<http://rn.dk/edocpublishing/edocmeetingindex.aspx?id=355>), materiale fra regionen og interview.

Region Nordjylland vurderer, at de største effekter kan opnås ved at flytte patienterne fra indlæggelse til enten ambulans forløb/daghospital, diagnostisk center eller kommunalt regi. Derudover ses der også muligheder for optimering af de enkelte patientforløb ved at oprette enten patienthotelstuer på afdelingerne eller mindre patienthoteller. Oprettelse af disse tilbud afhænger dog af de enkelte hospitalers patienter og hospitalernes geografiske og bygningsmæssige forhold.

Således er der i handlingsplanen for Sygehus Thy-Mors vedrørende de medicinske patienter lagt vægt på, at der ses på muligheder for etablering af et medicinsk daghospital (ambulant behandling) og et fortsat og yderligere intensiveret tæt samarbejde med kommunerne i optageområdet i forhold til udskrivning til plejecentre. Fremfor at etablere et patienthotel, hvilket ikke vurderes at kunne placeres indenfor hospitalets eksisterende fysiske rammer, er det således for Sygehus Thy-Mors valgt at prioritere samarbejdet med kommunerne om sårbehandling, IV-medicin og telemedicin med henblik på uddannelse og videndeling på tværs af sektorerne. Omlægningen af det medicinske område forventes at være tilendebragt i foråret 2013.

Tabel 15. Resultaterne fra patientinventeringer på medicinske afdelinger i Region Nordjylland, 2012

	Aalborg Universitetshospital (2011)	Sygehus Himmerland	Sygehus Vendsyssel	Sygehus Thy-Mors
Indlagte patienter	308	96	159	83
Patienter med andet behov	68 (22%)	39 (41%)	31 (19%)	12 (14%)
Lavere plejeniveau (fx ambulans forløb, patienthotel, kommune, almen praksis)	68	35	23	6
Unødig venten på behandling, overflytning eller udskrivning	69*	4	8	6

Kilder: Patientinventeringsrapporter fra de fire hospitaler og ventetidsaudit fra Aalborg Universitetshospital.

Note: Aalborg Universitetshospital gennemførte en ventetidsaudit i 2011. Der er ikke nødvendigvis sammenfald mellem patienter, der venter unødigt, og patienter, der kunne behandles på et lavere plejeniveau.

Erfaringerne fra Region Nordjylland med en fælles regional patientinventering er blandt andet, at hospitalsledelserne begynder at diskutere mulige tiltag på tværs af hospitalsmatriklerne, og en sådan tværgående drøftelse vurderes i regionen at blive understøttet af, at det er lagt ud til de enkelte hospitaler, hvordan de vil reagere på resultaterne fra inventeringen. For eksempel skal hvert hospital i handlingsplanen for 2013 beskrive, hvordan det forholder sig til resultaterne fra inventeringen.

Region Sjælland har ligeledes gennemført en fælles regional øvelse. Regionens projekt Rette patient i rette seng er stærkt inspireret af erfaringerne med patientinventering fra Aalborg Universitetshospital og erfaringerne med waste identification tool fra Frederiksberg Hospital. I det følgende præsenteres anvendelsen af waste identification tool i regionen i sin helhed og dermed vedrørende alle de somatiske senge, og efterfølgende præsenteres de enkelte hospitalers resultater på de medicinske afdelinger.

Boks 9. Waste identification tool anvendt i Region Sjælland på alle somatiske senge

Rette patient i rette seng er ét projekt blandt flere, der er afsat penge til i budgettet for 2012 i puljen Værdi for borgeren. Puljen er i 2012 på 36 mio. kr., der er hentet ved at tilbageholde 0,5 procent af hospitalernes budgetter, som de efterfølgende kan få tilbagebetalt ved at opnå på forhånd fastsatte mål. Afrapporteringen af projektet blev i efteråret 2012 sendt til styregruppen for Værdi for borgeren, den regionale direktion og hospitalsledelserne. Udover den overordnede regionale rapport for hele projektet er der udarbejdet en rapport for hvert af hospitalerne.

Regionen er inspireret af erfaringer fra andre hospitaler og nævner herunder Aalborg Universitetshospital som en kilde til inspiration. Udførelsen af projektet er sket i et samarbejde mellem den regionale enhed for kvalitet og udvikling og Sygehus Nord og Sygehus Syd i regionen. Der er gennemført en kortlægning af alle somatiske afdelinger, hvilket har inkluderet en gennemgang af 1.860 senge på alle regionens seks hospitaler i perioden marts-juni 2012.

Der blev identificeret 590 senge (32 procent) med et spild. 287 senge var tomme (15 procent), og i 178 senge lå patienter, der havde fået forlænget indlæggelsen (10 procent). Der var mange årsager til de tomme senge, for eksempel hvis gennemgangen af en afdeling skete lige efter en stuegang, hvor en patient var blevet udskrevet, og sengen endnu ikke var optaget af en anden. Derudover var der 125 belagte senge (7 procent), hvor der blev identificeret et forbedringspotentiale.

Samtidig med at der blev identificeret 287 tomme senge, var der 51 overbelagte senge (3 procent). På screeningdagen var belægningsprocenten 87 mod normalt 91 i de første fire måneder af 2012.

For de 1.573 belagte senge blev der identificeret et forbedringspotentiale i forbindelse med 125 senge (8 procent), og dertil kan lægges de 178 senge (11 procent), hvor patienter havde fået forlænget deres indlæggelse. Det giver samlet set et spild i belagte senge på 303 (19 procent).

På tværs af hospitalerne blev der ligeledes identificeret forsinkelse i patientforløbene på grund af både kliniske forsinkelser og flowet i forløbet i cirka 50 procent af de belagte senge. Af den grund har Region Sjælland igangsat projekt Lean i stor skala for alle regionens hospitaler, og det er føjet ind i hospitalernes driftsaftaler – dog udestår de endelige specifikationer af de konkrete indsatser, mål m.m., jf. beslutning i forretningsudvalget 26. november 2012.

Kilder: Rapporten "Rette patient i rette seng – regionsniveau", Region Sjælland 2013 og dagsorden for Udvalget for fremtidens sygehuse i Region Sjælland:

<http://www.regionsjaelland.dk/dagsordener/dagsordener2012/Sider/Udvalget%20for%20fremtidens%20sygehuse/1385-Møde%20d.%206-11-2012/1876727.aspx>

Resultaterne fra spildanalysen for de medicinske senge i Region Sjælland er præsenteret i nedenstående tabel opdelt på de enkelte hospitaler. Det opgjorte antal spildsenge på de medicinske afdelinger på hvert hospital er sammensat af komponenterne tomme senge og senge med forlængede indlæggelser.

En tom seng er defineret som en "hændelse, hvor sengen ikke har været belagt, men indgår i afdelingens personalenormering". Det er vigtigt at holde sig for øje, at der er tale om data, der er baseret på et øjebliksbillede, og således kan en seng være tom i skiftet mellem to patienters indlæggelse. I spildanalysen ses der ikke på, hvor længe sengen står tom.

Den anden komponent i spildsenge er senge med forlængede indlæggelser. Disse senge er defineret ved en "hændelse, der medførte en forlænget indlæggelse på minimum et døgn i forhold til den lægefaglige vurdering af patientforløbet". Nærmere specificeres den forlængede indlæggelsestid ikke. Det er disse senge/patientforløb, der er i fokus i projekt Lean i stor skala, som regionen igangsatte i 2013, jf. nedenfor.

Tabel 16. Resultater for de medicinske afdelinger på de seks hospitaler fra spildanalysen i Region Sjælland, 2012

	Slagelse (int. med., geriatri)	Næstved (onkologi, neurologi, int. med., geriatri)	Nykøbing F (int. med., geriatri)	Holbæk (med.)	Roskilde (neurologi, geriatri, hæmatologi, kardio- logi, int. med., onkologi)	Køge (med. afd.)
Senge i alt	123	178	115	153	215	110
Spildsenge*	41 (33%)	26 (15%)	27 (23%)	29 (19%)	48 (22%)	18 (16%)
Tomme senge	14 (11%)	13 (7%)	11 (10%)	26 (17%)	20 (9%)	9 (8%)
Forlængede indlæggelser	27	13	16	3	28	9

Kilder: Delrapporter for de enkelte hospitaler i Region Sjælland.

Note: Spildsenge er kombinationen af tomme senge og senge med patienter, der har fået forlænget indlæggelsen.

I forbindelse med spildanalysen er det også vurderet, om der er et forbedringspotentiale knyttet til patientforløbene, hvilket er defineret som en "hændelse, der er mindre end en forlænget indlæggelse, men hvor det er markeret, at der er mulighed for at forbedre det samlede patientforløb". Efter Deloitte's vurdering er det ligeledes vigtigt at have fokus på disse tilfælde, da en reduktion i dette antal vil have betydning for den mængde ressourcer, der knyttes til en seng, ligesom patientens oplevelse af kvalitet i behandling og pleje sandsynligvis vil være påvirket af disse hændelser. Det kan for eksempel dreje sig om ventetid til diagnostiske undersøgelser eller stuegang.

Tabel 17. Senge med forbedringspotentiale på medicinske afdelinger i Region Sjælland, 2012

	Slagelse (int. med., geriatri)	Næstved (onkologi, neurologi, int. med., geriatri)	Nykøbing F (int. med., geriatri)	Holbæk (med.)	Roskilde (neurologi, geriatri, hæmatologi, kardio- logi, int. med., onkologi)	Køge (med. afd.)
Senge med forbedrings- potentiale (ikke forlængede indlæggelser)	41	7	7	11	17	6

Kilder: Delrapporter for de enkelte hospitaler i Region Sjælland.

Som i Region Nordjylland har hospitalerne i Region Sjælland indskrevet i deres driftsaftaler for 2013, hvordan de vil reagere på resultaterne fra projektet. I driftsaftalen for 2013 mellem regionen og Næstved, Slagelse og Ringsted hospitaler er der således blandt andet fokus på at omlægge nogle indlæggelser til ambulante forløb og sikre en optimal udnyttelse af sengekapaцитeten.

På baggrund af spildanalysen anfører Region Sjælland i rapporten "Arbejdsrapport om Rette patient i rette seng" fra november 2012, at der på følgende indsatsområder vurderes at være et forbedringspotentiale:

- Der er et yderligere potentiale for, at flere patienter kan behandles i ambulante forløb.
- Der skal arbejdes med at nedbringe ventetiden på undersøgelser under et indlæggelsesforløb, da det ofte indebærer en forlængelse af hele indlæggelsen. Ligeledes vurderer regionen, at samarbejdet mellem afdelinger kan styrkes, så der ikke opstår samme grad af ventetid i forbindelse

med overflytning af patienter.¹⁹

- Der vurderes at være et potentiale for at skabe en bedre balance mellem sengekapa­citeten og belægningen på tværs af afdelinger på et hospital.
- Der opleves generelt at være problemer med at skabe effektive patientforløb i weekenderne, hvilket kan føre til forlængede indlæggelser.
- Kommunesamarbejdet vurderes at være meget varieret. Nogle afdelinger oplever et tæt og konstruktivt samarbejde, mens andre oplever det modsatte. Manglende samarbejde med kommunerne har risiko for at medføre, at især ældre patienter unød­vendigt får forlænget deres indlæggelse.

Resultaterne fra Region Sjælland har endvidere vist, at sengekapa­citeten på tværs af afdelinger kan udnyttes bedre, og at der er udfordringer i weekender i forhold til opnåelse af effektive patientforløb. Derudover skal man være opmærksom på, at regionen ved spildanalysen ikke har ønsket at sætte fokus på patienthotel som et alternativ til indlæggelse på en afdeling.

Umiddelbart vurderer Deloitte, at der isoleret set ud fra antallet af sengedage per indlæggelse kunne være tale om, at der er et relativt stort potentiale i Region Sjælland sammenlignet med de andre regioner. Det gennemsnitlige antal sengedage per indlæggelse i Region Sjælland er 5,6, mens gennemsnittet for de fire andre regioner er 4,3. I perioden 2007-2011 har Region Sjælland ligeledes oplevet en årlig vækst på 2,8 procent i antal sengedage per indlæggelse, mens de fire øvrige regioner har oplevet et årligt fald fra 3,3 til 5,7 procent. Dette kunne indikere, at Region Sjælland har mulighed for at optimere patientforløbene på hospitalerne.

Opsamling på potentiale ved patientinventering og spildanalyser

Patientinventering/spildanalyse er et attraktivt redskab for ledelserne, blandt andet fordi det er hurtigt og billigt at anvende og meget konkret viser, hvor der er et forbedringspotentiale. Casene og interviewene viser, at den store indsats er knyttet til de tiltag, man efterfølgende iværksætter, idet "man bliver nødt til at reagere på at have udstillet sit beskidte vasketøj," som en interviewperson udtrykker det.

Samlet set viser patientinventeringer og spildanalyserne fra landets hospitaler, at cirka 20 procent af sengene kunne være brugt til andre patienter. I Region Sjælland var en del af sengene tomme, og de indgår i de 20 procent. I de tilfælde, hvor patienter kunne have været behandlet og plejet på et andet omsorgsniveau, er der tale om, enten at patienten kunne være i et andet forløb på hospitalet, fx i et ambulans forløb eller på patienthotel, eller at patienten kunne være udskrevet til enten en kommunal aflastnings-/akutplads, et plejehjem eller eget hjem, eventuelt med ekstra hjemmepleje.

¹⁹ Region Sjælland ligger på cirka samme niveau i spørgeskemaundersøgelsen, når der spørges til, om der opleves ventetid i forbindelse med diagnostiske undersøgelser, men lidt højere end de andre regioner, når det drejer sig om ventetid i forbindelse med overflytning til andre afdelinger.

Alternativerne er vurderet ud fra et øjebliksbillede af patienterne. Derfor er der i flere interview med afdelingsledelser blevet udvist en vis tilbageholdenhed med at anvende resultaterne fra undersøgelsen alt for direkte. Øjebliksbilledet indebærer ikke, at man kan udtale sig om hele forløbet. Således er vurderingen på basis af spørgeskemaundersøgelsen og interview, at indlæggelserne som sådan er nødvendige. Men på det tidspunkt, hvor inventeringen/spildanalysen blev gennemført, var det ikke længere nødvendigt med det omsorgsniveau, der følger med en hospitalsseng.

Alternativerne til en indlæggelse afhænger meget af de muligheder, der ellers er til stede på hospitalerne i regionen, og de tilbud, kommunerne har. Aktørerne i analysen vurderer, at der er stor forskel i det potentiale, hver kommune besidder med hensyn til at kunne tage imod flere patienter, der er tidligt udskrevet fra hospitalet og kræver et højt plejeniveau i forhold til det normale kommunale niveau. Dette billede bekræftes i interview med almen praksis og kommunerne.

Potentialerne for at omlægge indlæggelser til andre forløb afhænger af eksisterende tilbud og vil derfor på tværs af hospitaler og kommuner være forskellige på kort og lang sigt, og man skal derfor i forhold til en økonomisk effektivisering være opmærksom på, at resultaterne fra patientinventeringer og spildanalyser i sig selv kun åbner op for et bruttopotentiale. Det skal forstås således, at der kun er kendskab til den ene side af ligningen, nemlig hvor meget der kan reduceres i antallet af senge, mens den anden side, der kan opdeles på udgifter til henholdsvis hospital og kommune, ikke er opgjort.

I det følgende vil det blive præsenteret, hvordan forskellige afdelinger og hospitaler har arbejdet med ikke blot at identificere potentialer for mere effektive patientforløb, men aktivt at forbedre patientforløb internt på afdelingerne og mellem afdelingerne på hospitalerne.

4.4. Lean

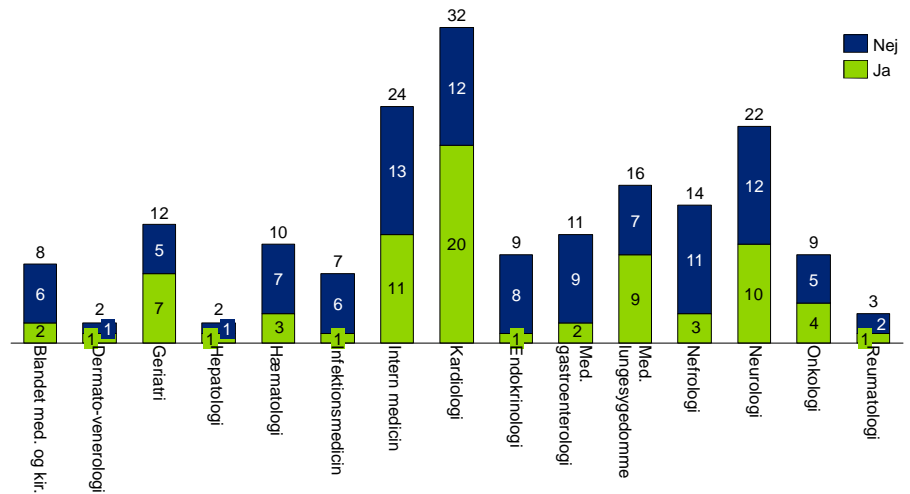
Lean kan være et svar på flere af de problemstillinger, der er identificeret i forbindelse med patientinventeringer og spildanalyser, da lean kan være med til at sikre værdi i alle processerne i forbindelse med den sundhedsfaglige kerneydelse – udredning, behandling og pleje – ved at sætte fokus på både patienten, patientforløbet og personalets tidsanvendelse.

Når man arbejder med lean i sundhedsvæsenet, arbejder man grundlæggende med evnen til fortløbende at kunne forbedre processerne for patienterne. Derfor er lean ikke blot en bestemt metode eller et færdigt koncept. Det handler om at gøre det til en del af organisationens dagligliv konstant at have fokus på, hvilke dele af arbejdet der er spild, og løbende optimere processerne og arbejdsgangene, så dette spild elimineres.

Som tidligere nævnt har lean været anvendt på 76 af de 181 afdelinger, der har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen. Figuren nedenfor viser, at lean har været bragt i anvendelse indenfor alle de medicinske specialer/afdelings typer, og indenfor specialerne kardiologi, medicinske lungesygdomme og

geriatri har over halvdelen af de deltagende afdelinger gjort brug af redskabet.

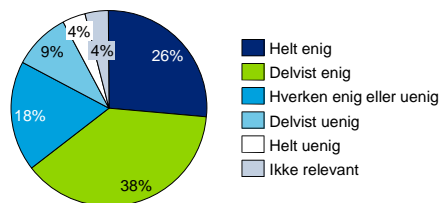
Figur 94. Afdelinger, der har anvendt lean ud af det samlede antal afdelinger opdelt på specialer (N = 181)



Kilde: Spørgeskemaundersøgelsen.

Motivationen til at påbegynde at arbejde med lean kan komme flere steder fra. I flere af interviewene er der peget på, at det ofte er initieret af afdelingsledelserne, der har set det som vigtigt for den faglige udvikling af afdelingen. Andre steder er det pålagt af hospitalsledelsen, blandt andet fordi der er et ønske om bedre samarbejde mellem de behandlende og de diagnostiske afdelinger på tværs af hospitalet for at optimere patientforløbene.

Figur 95. Det afprøvede redskab til optimering er blevet en fast del af arbejdsgangene på afdelingen (N = 76)
Besvarelser for afdelinger, der har arbejdet med lean



Kilde: Spørgeskemaundersøgelsen.

Samtidig viser interviewene, at det er svært at fastholde leantankegangen i en travl hverdag – især når den definerede projektperiode udløber. I spørgeskemaundersøgelsen svarer kun 26 procent af de afdelinger, der har arbejdet med lean, at de er helt enige i, at lean er blevet en fast del af arbejdsgangene på afdelingen. 13 procent svarer, at de er helt eller delvist uenige heri, jf. figuren.

Lean på afdelinger – eksempler

Et eksempel på anvendelse af lean på en enkelt afdeling kan hentes fra geriatrik afdeling på Roskilde Sygehus. Projektet blev igangsat for at øge både medarbejder- og patienttilfredsheden, da afdelingen oplevede en høj belægningsprocent, der skabte et stort arbejdspress og øget korttidssygefravær samt patienter, der ikke ønskede at blive indlagt på afdelingen.

Boks 10. Lean på geriatrisk afdeling på Roskilde Sygehus

Geriatrisk afdeling på Roskilde Sygehus modtager cirka 90 procent af deres patienter fra de akutte medicinske afsnit på Roskilde Sygehus og Køge Sygehus.

Projektet med lean på geriatrisk afdeling på Roskilde Sygehus blev igangsat i 2011. På baggrund af en analyse ved hjælp af leanværktøjer fik afdelingen lov til at lukke 8 senge med henblik på at effektivisere patientforløbene, svarende til 25 procent af sengekapaciteten. Der skete ikke ændringer i personalegruppen.

Tiltaget har blandt andet ført til, at det er blevet muligt at indføre træning af patienterne på afdelingen på grund af bedre plads, ligesom de lukkede senge har givet plads til etablering af en dagligstue på afdelingen. Det har ført til, at afdelingens personale har fået mulighed for at yde hverdagsrehabilitering uden ekstra ressourcer til fysioterapi, og patienterne kan derved aktiveres under indlæggelsen, hvilket indebærer, at de ikke mister muskelmasse i samme omfang som tidligere.

Derudover er der i kraft af tiltaget sket en ændring af udskrivningspraksis, hvor flere patienter er blevet udskrevet til ambulante behandling, og hvor afdelingen holder tæt kontakt til patienten i op til et par uger efter udskrivningen. Denne ændring betyder, at flere patienter kan udskrives tidligere, da de tilses af personale, der kender dem.

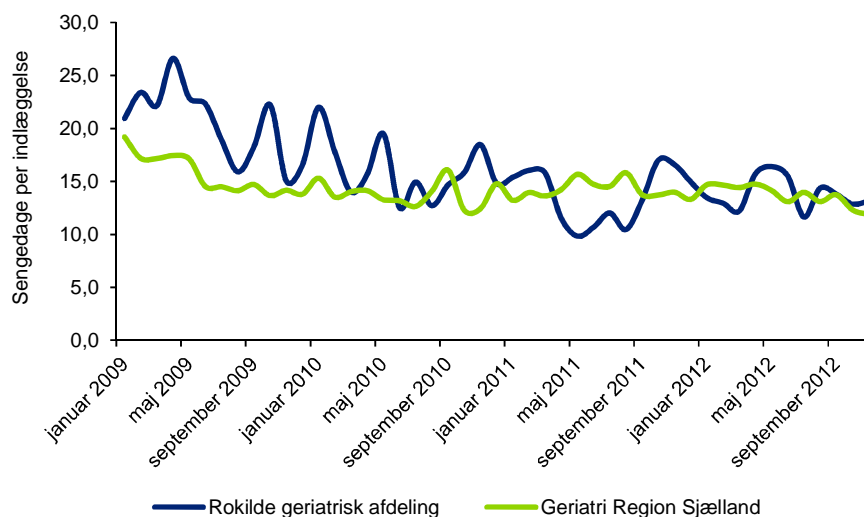
Afdelingen oplever ikke længere, at patienter ikke ønsker indlæggelse på grund af fortravlet personale, og det vurderes at bidrage til, at det kortvarige sygefravær er faldet.

Alt i alt har forandringerne ført til, at der kommer 10 procent flere patienter gennem afdelingen med 25 procent færre senge, og dermed at produktiviteten er øget i forhold til tidligere.

Kilde: Interview med afdelingsledelse.

Geriatrisk afdeling har med sit leanarbejde vist, at det er muligt at nedbringe antallet af senge og øge antallet af indlæggelser. For at det skal kunne lade sig gøre, må antallet af sengedage per indlæggelse falde, hvilket blev anført i interviewet. Afdelingen har således oplevet et fald fra 21 til 14 dage. Det er blandt andet sket ved at omlægge en del af indlæggelsesforløbet til ambulante behandling. Afdelingens vurdering er, at projektet har ført til, at processerne internt på afdelingen fungerer bedre end tidligere, og at kvaliteten af behandlingen og plejen under indlæggelserne er steget.

Figur 96. Udviklingen i antal sengedage på Roskilde Sygehus' geriatriske afdeling i forhold til udviklingen for geriatri i hele Region Sjælland, 2007-2012



Kilde: Landspatientregisteret.

Et andet konkret eksempel på lean er redskabet productive ward, der har været anvendt i fuld udstrækning på gastroenheden på Hvidovre Hospital over de seneste to år.

Boks 11. Gevinster ved productive ward i UK

- Øget tid til direkte og bedre pleje
- Kortere indlæggelsestid
- Øget patienttilfredshed
- Personalets kompetencer øges
- Højere medarbejdertilfredshed
- Fald i omkostninger

Productive ward

Et metodisk udfoldet leankoncept er productive ward (produktiv afdeling), der er udviklet i England af National Health Service og rettet direkte mod hospitalsafdelinger. Det overordnede formål med konceptet er at styrke plejeteam til at kunne identificere områder med forbedringspotentiale ved at give personalet den information, de kompetencer og den tid, de behøver for at genvinde kontrol over deres afdeling og den pleje, de giver. Productive ward har i sin oprindelige version fokus på plejepersonalets arbejdsgange. Udgangspunktet for at igangsætte arbejdet med productive ward er oprindeligt tænkt som et ønske om organisatorisk forandring, opbygning af ledelsesmæssig kapacitet eller øget engagementet i patientplejen og patientbehandlingen.

Forandringerne drives af det kliniske personale, der er de aktive aktører, der skal vurdere og revidere deres arbejdsgange på hospitalerne. Forud for implementeringen af productive ward modtager de træning i at bruge metoderne, og det handler grundlæggende om at reducere de aktiviteter, der ikke genererer værdi i behandlingen og plejen af patienterne. Derfor arbejdes der med at få omlagt administrativ tid til plejetid, så personalets tid i højere grad rettes mod patienterne og bidrager til et højere serviceniveau.

Der tages udgangspunkt i personalets vurderinger og revisioner af egne arbejdsgange, men det er tæt koblet til ledelsesniveauet. De opsamlings, der er lavet af pilotprojekter, viser, at det er vigtigt, at der er tydelig opbakning fra diverse ledelsesniveauer i organisationen. Det er denne gensidige top-down/bottom-up-tilgang, der på sigt skal bære en kulturændring igennem, hvor personalet får blik for overflødig ressourceforbrug og løbende reviderer arbejdsgangene.

National Health Service angiver, at det tager 18 måneder at gennemgå processen. I England er productive ward igangsat på mange af landets hospitaler og organiseret, så det udrulles til flere eller samtlige afdelinger. Indledningsvis er diverse serviceafdelinger involveret, så de fra begyndelsen kan være med til at støtte op om de behandlende afdelingers initiativer og ønsker om ændringer. De hidtidige erfaringer fra England og Danmark, fx Hvidovre Hospital og Rigshospitalet, viser, at der har været meget tid at hente ved at revidere diverse arbejdsgange på afdelinger på hospitaler.

Hidtil er productive ward kun afprøvet gennem længere tid hos gastroenheten på Hvidovre Hospital, hvor erfaringerne er gode. Det er siden udbredt til andre afdelinger på hospitalet, og det er igangsat på Rigshospitalets hovedortocenter. Derudover viser spørgeskemaundersøgelsen, at det er anvendt som et redskab på seks andre afdelinger i landet.

Boks 12. Productive ward på gastroenheden på Hvidovre Hospital

Hvidovre Hospitals gastroenhed igangsatte i marts 2010 et arbejde med productive ward, hvor formålet var at få mere tid til patienterne. Gastroenheden på Hvidovre Hospital er både en kirurgisk og medicinsk afdeling, men productive ward blev alene afprøvet i den medicinske del. Lignende havde ikke tidligere været forsøgt i Danmark. Erfaringerne hermed skulle vise, om redskabet skulle udbredes til flere afdelinger på hospitalet.

Productive ward er oprindeligt rettet mod sygeplejegruppen, men det er blevet ændret og tilpasset forholdene på gastroenheden, så det involverer alle personalegrupper i et tværfagligt samarbejde. Formålene var at frigøre tid til direkte patientkontakt, øge kvaliteten i behandling og pleje, udvikle en stærkere tværfaglig kultur, inddrage patienterne i udvikling af arbejdsgange og skabe en kulturændring ved en høj grad af medarbejderinvolvering.

Implementeringen var styret af en projektleder, en styregruppe og ad-hoc-ressourcepersoner, og for hvert modul blev der udpeget medarbejdere til en arbejdsgruppe, der havde til opgave at analysere data, planlægge eventuelle ændringer og følge op, hvis de nye tiltag skal justeres. I den henseende følger strukturen i implementeringen af productive ward elementerne i kvalitetscirklen: planlægge, udføre, analysere og handle/forandre.

Gevinsterne skal således hentes, ved at medarbejderne skal blive bedre til at iagttage, reflektere over og forbedre deres egne arbejdsgange indenfor deres team, da idéerne til at løse udfordringerne på en bedre måde end tidligere ofte kommer fra dem selv. Derudover var der fra starten fokus på at involvere patienterne.

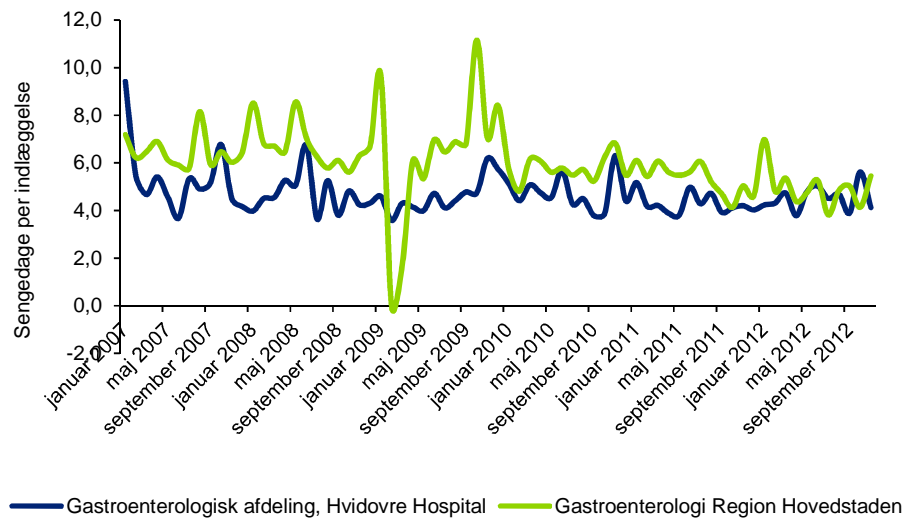
Der er gennemført projekter indenfor områderne patientforløb, fysiske rammer, måltider, vagtskifte og stuegang, og erfaringerne fra de respektive områder viser følgende:

- Patientforløb: Opdaterede oplysninger om patientforløbene er tilgængelige for personalet indenfor tre sekunder på en tavle. Tværfagligt personale bidrager til planlægning og koordinering af patientforløb. Reduceret søgning efter oplysninger. Personalet oplever færre afbrydelser.
- Fysiske rammer: 90 procent af afdelingens rum, skabe mv. er gennemgået og indrettet. Personalet får hurtigt overblik over indhold. Tidsforbruget på en specifik behandlingsprocedure er for eksempel reduceret med 44 procent.
- Måltider: Ventetiden, fra maden kommer til afdelingen, og til den leveres til patienterne, er reduceret med 85 procent.
- Vagtskifte: Det faglige indhold er prioriteret, og kvaliteten er øget. Det daglige tidsforbrug til morgenkonferencen er mindsket cirka 79 procent. Personaletilfredsheden er øget på grund af mindre uro. Nattevagten oplever tid til faglig sparring, mindre uro og større respekt for nattevagten arbejde.
- Stuegang: Patienternes fortrolighed varetages i højere grad (der er indført stuegangsrum, så der kan foretages stuegang med patienter i enerum). Den direkte patientstuegang er øget fra 6,1 minut til 7,6 minutter. Spildtid er reduceret med 8,7 procent, og det tværfaglige samarbejde om udvikling af stuegang har øget respekten for faggruppernes opgaver og betydning.
- Derudover vurderer afdelingen, at der som følge af projektet også har været flere ikkemålbare forbedringer. For eksempel er der blevet sat mere fokus på at identificere smitteveje, hvad angår clostridieinfektioner, og på øget patient- og medarbejdertilfredshed.

Det er på baggrund af disse erfaringer besluttet, at productive ward skal udbredes efter en systematisk plan på Hvidovre Hospital, og det indgår i den seneste udviklingsaftale mellem Region Hovedstaden og Hvidovre og Amager hospitaler.

Nedenstående figur viser udviklingen i antal sengedage per indlæggelse i perioden 2007-2021 for Hvidovre Hospitals gastroenhed i forhold til udviklingen for samme type afdelinger i hele regionen. Som det fremgår af figuren, ligger afdelingens antal sengedage per indlæggelse gennem det meste af perioden under regionsniveauet med cirka samme afstand. Deloitte vurderer, at indsatsen ikke umiddelbart har ført til en bedre udvikling på Hvidovre Hospitals gastroenhed målt i forhold til de andre gastroenterologiske afdelinger i regionen ud fra sengedage per indlæggelse. Der kan eventuelt være foretaget lignende tiltag på de andre gastroenterologiske afdelinger. I nedenstående figur er gastroenterologisk afdeling på Hvidovre Hospital taget ud af det regionale niveau.

Figur 97. Udviklingen i antal sengedage per indlæggelse på gastroenterologisk afdeling på Hvidovre Hospital, 2007-2012



Kilde: Landspatientregisteret.

Note: Gastroenterologi på Hvidovre Hospital er ikke inkluderet i gastroenterologi Region Hovedstaden.

Som nævnt i boksen ovenfor vurderer afdelingen, at productive ward for eksempel har gjort det nemmere for personalet at danne sig et overblik over patientforløbene for derefter at kunne yde en relevant indsats. Det vurderes alt andet lige at føre til mere effektive forløb, og derfor kunne der forventes et fald i antal sengedage per indlæggelse. I interview med afdelingen blev der peget på, at det måske ikke er relevant at se på ændringer i sengedage per indlæggelse, da patientsammensætningen har ændret sig. Afdelingen vurderer, at deres patienter er blevet mere komplicerede end tidligere, og at productive ward måske har gjort det nemmere at håndtere flere komplicerede patienter.

Ser man på tværs af eksemplerne med lean på enkelte afdelinger, fremgår det af interviewene, at der fortsat er et potentiale for at reducere antallet af sengedage per indlæggelse for de medicinske patienter. Det skyldes først og fremmest, at deres forløb ofte går på tværs af flere afdelinger, hvilket indebærer afhængigheder mellem flere processer omkring patienterne, og dermed øges risikoen for, at der opstår flere barrierer i patientforløbet. Her bidrager leanindsatser på den enkelte afdeling kun i begrænset omfang.

Det synes at blive bekræftet i spørgeskemaundersøgelsen, hvor 50 procent af respondenterne (83 afdelinger) svarer, at de i høj eller nogen grad oplever, at patienterne generelt får forlænget deres indlæggelsestid. 35 af disse afdelinger har arbejdet med lean, men oplever alligevel ventetid. En mulig forklaring herpå kan være, at leanprojekter ofte netop er afgrænset til en enkelt afdeling.

Svaret på sådanne udfordringer er at brede lean ud til hele hospitalet, så hele den proces, som patienterne er igennem, og de processer, der foregår omkring patienter, for eksempel med tilrettelæggelse af arbejdsgange for de

forskellige personalegrupper, frembringelse af hjælpemidler osv., bliver optimeret.

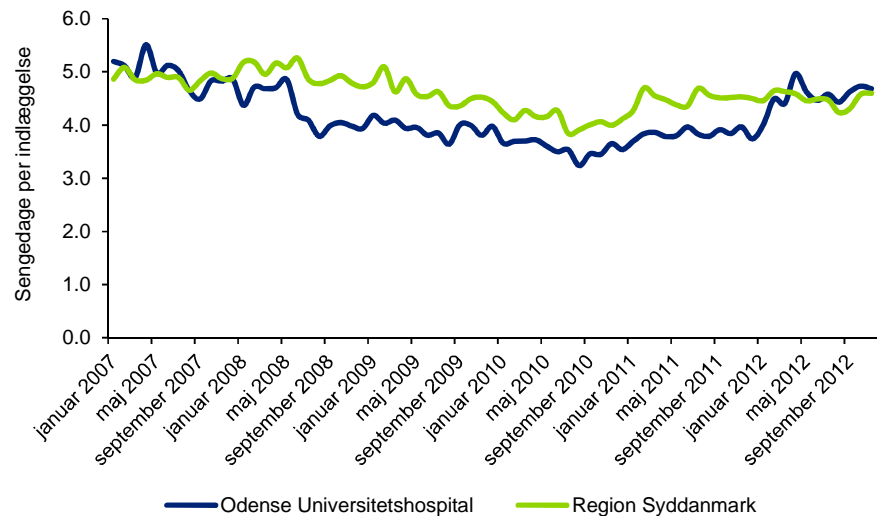
Nogle enkelte hospitaler har arbejdet med leanprojekter, hvor der er set på processer, der rækker udover den enkelte afdeling.

Store leanprojekter – eksempler

Et eksempel kan hentes fra Odense Universitetshospital, hvor en tredjedel af hospitalet var omfattet af leanarbejde i perioden 2006-2010. Lean blev implementeret på 18 afdelinger, og hospitalet har opgjort, at det generelt førte til kortere ventelister, højere produktivitet, bedre patientforløb og større medarbejdertilfredshed.²⁰ Fra 2010 ændrede leanindsatsen på Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus karakter, idet leanprincipper og leanmetoder fra 2010 er blevet introduceret i kortere, fokuserede forløb på de afdelinger, der har efterspurgt lean.

Figuren nedenfor viser, hvordan udviklingen i antallet af sengedage har været på Odense Universitetshospital fra januar 2007 til september 2012 holdt op mod udviklingen for hele Region Syddanmark. Ultimo 2007 begynder hospitalet at bevæge sig under niveauet for hele regionen, og fra ultimo 2008 og frem til 2011 ligger hospitalet under regionsniveauet med cirka samme forskel, mens det i 2012 kommer på niveau med regionen.

Figur 98. Udviklingen i antal sengedage per indlæggelse for Odense Universitetshospital og Region Syddanmark, 2007-2012.



Kilde: Landspatientregisteret.

Note: Odense Universitetshospital indgår ikke i tallet for Region Syddanmark.

Ligesom det blev påpeget i forbindelse med udviklingen i disponible senge, patientinventeringer og spildanalyser, skal der udvises forsigtighed, når man fortolker udviklingerne. Men der kan i tilfældet med Odense Universitetshos-

²⁰ <http://www.ouh.dk/wm231659>

pitals satsning på lean ses et sammenfald i tidspunktet for, hvornår antallet af sengedage per indlæggelse bevæger sig ned under regionsniveauet for Region Syddanmark.

Et andet eksempel, der er kommet frem både i deskresearchen og i interviewene, er arbejdet med at reducere svartiden for prøvesvar, der bliver analyseret på hospitalernes klinisk biokemisk afdelinger. Som vist ovenfor kunne det med patientinventering og spildanalyse dokumenteres, at cirka 25 procent af patienterne oplevede ventetid i forbindelse med deres forløb, og spørgeskemaundersøgelsen pegede på, at en stor del af ventetiden ofte opstod, når patienterne ventede på diagnostiske undersøgelser.

På eksempelvis Bispebjerg og Frederiksberg hospitaler har resultaterne fra spildanalyserne om ikkefagligt begrundet ventetid i forbindelse med svar på eksempelvis blodprøver ført til, at der er igangsat et større arbejde med lean på klinisk biokemisk afdeling. Her trækker man på erfaringerne fra Gentofte Hospital, hvor klinisk biokemisk afdeling med en fokuseret leanindsats gennem flere år er lykkedes med at reducere ventetiden på blandt andet blodprøvesvar. Svartiden på blodprøver er gået, fra at 50 procent af svarene i 2008 lå færdige indenfor en time, til at det i 2011 er 90 procent. Resultaterne vurderes af hospitalsledelsen på Frederiksberg Hospital at ligge på samme niveau. Den kortere svartid på analyse af prøver bidrager i høj grad til kortere indlæggelsesforløb for de medicinske patienter og vurderes af afdelingsledelser og hospitalsledelser at være et oplagt sted at tage fat, når liggetiden skal reduceres yderligere. Ligeledes har hurtigere svar på prøver vist sig at give mere effektive ambulante forløb. Fælles for de anførte eksempler er, at hospitalsledelserne aktivt deltager i arbejdet med at implementere resultaterne.

Blandt andet på baggrund af resultaterne fra spildanalysen har Region Sjælland i 2012 besluttet at implementere indsatsen Lean i stor skala på alle hospitalsafdelinger i regionen. Med lean ønsker regionen at foretage en gennemgribende omlægning af hospitalernes indsatser, og det skal ske i tæt samarbejde mellem regionen, ledelser, mellemledere og personalet. Med redskabet har Region Sjælland en potentiel mulighed for at kunne håndtere en væsentlig større andel af de barrierer, der er i forbindelse med patientforløb, der går på tværs af afdelinger – alene i kraft af indsatsens omfattende udbredelse.

Boks 13. Lean i stor skala i Region Sjælland – eksempler fra driftsaftaler

Region Sjælland har for 2013 indgået fire driftsaftaler: 1) Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse, 2) Roskilde og Køge sygehuse, 3) Holbæk Sygehus og 4) Nykøbing F. Sygehus. Lean i stor skala er det ene af tre særlige indsatsområder for Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse. Lean i stor skala optræder ikke i de andre hospitalers driftsaftaler.

Lean i stor skala indebærer, at der indføres lean på alle afdelingerne med henblik på at øge hospitalets produktivitet til indeks 105 per 1. juli 2013. Som led heri skal hver afdeling formulere mål og handlinger til forøgelse af produktiviteten med op til 20 procent, og fra 1. januar 2013 gennemføres tavlemøder på alle afsnit med henblik på samlet målopfyldelse 1. juli 2013.

Processen skal inddrage hospitalsledelser, afdelingsledelser og medarbejdere og føre til en gennemgribende omlægning af hospitalets styringssystemer på grundlag af leantankegangen. Projektet gennemføres i tæt samarbejde med Region Sjællands afdeling for kvalitet og udvikling. Der vil blive fulgt op på projektet 31. august 2013.

I driftsaftalerne for Roskilde, Køge, Holbæk og Nykøbing F. sygehuse nævnes, at Lean i stor skala indarbejdes med procesmål i 2013, og indsatsen er anført som et af otte punkter, som hospitalerne i 2013 "forpligter sig til at sikre". Det vil være styregruppen for projektet Værdi for borgeren, der specificerer de konkrete indsatser og mål for blandt andet Lean i stor skala.

Kilde: Driftsaftalerne for 2013 for hospitalerne i Region Sjælland

<http://www.regionsjaelland.dk/dagsordener/dagsordener2012/Sider/Regionsr%C3%A5det/1540-M%C3%B8de%20d.%2013-12-2012/1921416.aspx>.

Lean i stor skala er tilføjet som et indsatsområde for alle hospitalerne i forbindelse med vedtagelsen af budgettet for 2013 i Region Sjælland. I februar 2013 er projektet i gang på Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse, og man er i gang med at formulere indsatser og målepunkter for de øvrige hospitaler. Med Lean i stor skala involverer regionen sig i tilrettelæggelsen af arbejdsgange og dermed organiseringen på de enkelte hospitaler, jf. styregruppens specifikation af konkrete indsatser og mål.

Med indsatsen kan regionen sætte fokus på procestiden udtrykt ved antal sengedage per indlæggelse, der ligger over de fire andre regioner. I perioden 2007-2011 har der været en årlig vækst i Region Sjælland i antal sengedage per indlæggelse på 2,8 procent, mens der i de andre regioner i samme periode har været et årligt fald, der varierer fra 3,3 til 5,7 procent. Det kan endvidere ses i sammenhæng med antal indlæggelser per seng per år, hvor en sammenligning mellem regionerne viser en stor variation, jf. tabel.

Tabel 18. Antal indlæggelser per seng opdelt på regioner, 2011

	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland	Total
Indlæggelser	183.995	68.920	106.744	122.407	57.459	539.525
Disponible senge	2.183	908	1.193	1.255	737	6.276
Indlæggelser per seng	84	76	89	98	78	86

Kilder: Landspatientregisteret og Statens Serum Institut.

I Region Hovedstaden har man en anderledes strategi for arbejdet med lean. Her er lean i højere grad baseret på lokale tiltag, hvor enkelte projekter forsøges udbredt regionalt, hvis regionen vurderer, at der er et potentiale i projektet for hele regionen. Arbejdet med lean i Region Hovedstaden skal (som i Region Sjælland) bidrage til at skabe øget værdi for borgere og patienter gennem bedre kvalitet, højere produktivitet, kortere gennemløbstider og større medarbejdertilfredshed.

I forbindelse med satsningen på lean har Region Hovedstaden i 2010 etableret en regional leanenhed. Opgaverne for enheden er dels at koordinere og

konkretisere beslutningsoplæg vedrørende regionale indsatsområder med effekt på tværs af virksomhederne, dels at beskrive, planlægge og drive arbejdet med de regionalt prioriterede leanindsatsområder i samarbejde med relevante virksomheder og koncernstabe. En styrende tanke bag udviklingen af kvalitet i behandling og pleje i regionen, som leanstrategien skal bidrage til, er datadrevet ledelse. Det indebærer for eksempel, at procesoptimeringstiltag tager udgangspunkt i de kliniske data for de konkrete kliniske processer.

Der er i efteråret 2012 udarbejdet en leanstrategi for hvert hospital i regionen, der understøtter de regionale mål. En del af den regionale strategi består i, at ledere og medarbejdere trænes af den regionale leanenhed. Regionen fokuserer på, at der i 2014-2016 er en stærk kultur med operationel målstyring, der er forankret på alle organisatoriske niveauer, og hvor leanprocesser, roller og ansvar indgår i design af nye funktioner og patientforløb.

For at opnå denne målsætning har leanenheden en væsentlig opgave med at samle resultaterne af de afsluttede projekter og vidende dem på tværs af regionen. I 2012 har det regionalt prioriterede område været udvikling og test af fremgangsmåde og bedste praksis-løsninger for anvendelse af lean på ambulatorier. Dette indsatsområde er gennemført af den regionale leanenhed i samarbejde med hospitalerne, og der har især været fokus på at reducere ventetiden fra henvisning til første behandling gennem en forenkling og optimering af arbejdsgangene. I alt har regionen præsenteret 25 leanprojekter fordelt på forskellige hospitalsafdelinger, der skulle afsluttes i løbet af 2012.

Metoderne for procesoptimeringstiltagene forandrer sig ikke umiddelbart, når man går fra optimering på en enkelt afdeling og op på hospitalsniveau eller på tværs af hospitaler. Det væsentlige element, der skifter alt efter projektets størrelse/omfang, er ledelsesforankringen, der går fra at være lokalt forankret til at blive centralt eventuelt regionalt forankret.

Den ledelsesmæssige forankring har igennem analysen af anvendelsen af procesoptimeringsredskaberne vist sig at have betydning for accepten af de resultater, som redskaberne kan give. Inden dette aspekt præsenteres, vil der blive samlet op på lean som procesoptimeringsredskab.

Opsamling på potentialer ved lean

Der er arbejdet med lean rigtig mange steder i det danske hospitalsvæsen. Deskresearchen og interviewene giver et billede af, at der frem til nu primært er arbejdet med lean afgrænset til enkeltafdelinger. Vurderingen er dog, at lean i stigende grad anvendes til optimering af processer, der går på tværs af afdelinger. Enkelte steder er der arbejdet med optimering af diagnostiske afdelinger, hvilket umiddelbart har haft en stor positiv tværgående effekt på patientforløbene.

Det generelle billede er dog, at det er svært at dokumentere konkrete resultater i forhold til eksempelvis antal indlæggelser, antal sengedage per indlæggelse mv. En undtagelse er Odense Universitetshospital, hvor der i perioden 2006-2010 blev arbejdet med lean på store dele af hospitalet, og det blev

anvendt som en måde at ændre arbejdsmåderne på. Det vurderes at have bidraget til færre sengedage per indlæggelse. På baggrund af den gennemførte analyse kan Deloitte dog ikke sige noget om, hvor stærk sammenhængen er.

Andre steder som på eksempelvis Hvidovre og Roskilde hospitaler synes der ikke at være en ændring i antallet af sengedage per indlæggelse. Afdelingerne vurderer dog i begge tilfælde, at deres respektive arbejde med lean har ført til, at de har været i stand til at håndtere, at patienterne er blevet tungere.

Med eksempelvis Lean i stor skala i Region Sjælland og leanenheden i Region Hovedstaden går arbejdet med procesoptimering i retning af større indsatser, der i højere grad vil dække patientforløbene fra start til slut i forbindelse med indlæggelse og ambulante forløb på hospitalet. Hertil kommer flere eksempler på lean i støttefunktionerne i forbindelse med indlæggelse, for eksempel optimering af driften i hospitalers centralkøkkener eller optimering af sengeflowet på et hospital.

Med procesoptimeringsredskaber som lean har hospitalsledelserne fået redskaber til at indgå i en bedre dialog med afdelinger om patientbehandling, om hvilke patienter der har brug for hospitalsbehandling, og om hvilke patienter der kunne have et andet forløb, ligesom det betragtes som en mulighed for at indgå et tættere samarbejde med kommunerne om bedre patientforløb.

Det er således også tydeligt på tværs af de interviewede afdelingsledelser og hospitalsledelser, at det er afgørende, at ledelsen er involveret, engageret og villig til at handle på resultaterne. Flere steder vurderes det, at topledelsens opbakning er væsentlig for gennemførelsen af større projekter og anvendelsen af resultaterne på hospitalerne.

Deloitte vurderer, at der fortsat er et stort potentiale for at tilrettelægge mere effektive patientforløb. Det vurderes især at gælde de medicinske patienters forløb, der i vid udstrækning er afhængige af gode processer mellem eksempelvis akutmodtagelser, stamafdelingerne og de diagnostiske afdelinger. Derudover viser analysen, at der udestår en stor opgave med at nedbringe den ikkefagligt begrundede ventetid, der opstår i mange patientforløb i forbindelse med overflytning mellem afdelinger og diagnostiske prøver.

Som det bliver tydeligt nedenfor, vil der stadig udestå en stor udfordring for de gode patientforløb, hvis forløbene ansues i hele deres udstrækning fra tiden op til indlæggelsen til tiden efter en udskrivning. Dette samlede forløb tages op nedenfor i afsnittet om det tværsektorielle samarbejde, men inden vil de forskellige styringsperspektiver på procesoptimering blive skitseret.

4.5. Det tværsektorielle samarbejde

Som en del af analysen af de medicinske afdelinger og vurderingen af, om det er den rette patient, der ligger i den rette seng på det rette tidspunkt, indgår eksempler fra samarbejdet mellem det regionale sundhedsvæsen, kom-

munerne og almen praksis med henblik på at identificere barrierer for samarbejdet samt bedste praksis.

I gennem de seneste år har der blandt andet med Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning fundet en stigende specialisering sted i sundhedsvæsenet. I samme periode er hospitalerne blevet færre og større, hvilket er en udvikling, der fortsætter i de kommende år. Når man dertil lægger en faldende liggetid per indlæggelse, står det samlede sundhedsvæsen overfor en stor udfordring rettet mod borgere, der som for eksempel kronikere og ældre medicinske patienter har brug for en sammenhængende indsats for at holde deres sygdomme stabile. Det kræver en koordineret indsats af, hvem der varetager hvilke opgaver.

Antagelsen er, at en øget sundhedsindsats i primærsektoren, eventuelt kombineret med en indsats fra sekundærsektoren i form af ambulante forløb eller udgående team vil føre til færre indlæggelser. Sådanne koordinerede indsatser på tværs af sektorer kunne være med til at nedbringe barriererne for vellykkede patientforløb over sektorgrænser.

Boks 14. Eksempler på barrierer for gode tværsektorielle forløb identificeret ved interview²¹

- For få kompetencer blandt nogle kommuners hjemmesygeplejersker.
- For hurtige udskrivinger.
- Manglende afstemning af medicinlister.
- For stort fokus på en enkelt diagnose i hospitalsvæsenet fremfor den hele patient.
- Epikriserne tilgår ikke almen praksis indenfor aftalt tid.
- Usikkerhed i forhold til afgrænsning af almen praksis' rolle i samarbejdet.
- Manglende kendskab til hinandens konkrete kompetencer på tværs af sektorer.
- Manglende organisering af samarbejdet.
- Ingen kultur for samarbejde mellem hospitaler, kommuner og almen praksis.

Kilde: Baseret på interview fra analysen.

I dette afsnit ses der nærmere på medicinske patienter over 65 år, der modtager hjælp fra kommunen. De indlægges ofte ikke på grund af én sygdom, men fordi deres samlede sygdomsbillede vurderes at kræve indlæggelse, og ofte indlægges de akut.

Afsnittet bygger på interview med relevante ledere i seks udvalgte kommuner, og de eksempler, der præsenteres, er hentet fra de kommuner og hospitaler, der har deltaget i analysen. I forbindelse med gennemførelsen af analysen er det nævnt, at der i mange kommuner, i regioner og på mange hospitaler arbejdes med lignende initiativer for at forbedre samarbejdet mellem aktørerne. Ligeledes er der på nationalt niveau igangsat indsatser, der er relevante for gruppen af medicinske patienter, for eksempel vedrørende kronisk syge patienter. Indenfor rammerne af denne analyse har det ikke været muligt at

²¹ I denne analyse er der ikke set på alternative organiseringer, herunder for eksempel betydningen af det nuværende DRG-systems indretning, løn- og ansættelsesforhold og politiske forholds betydning for samarbejdet.

afdække den store mængde tiltag. Baggrunden for valget af kommuner er blandt andet, at de i 2011 ligger højt eller lavt med hensyn til antallet af sengedage per 1.000 indbyggere over 65 år, og at de har haft en positiv eller negativ udvikling i perioden 2007-2011. Kommunerne er derudover parvis valgt ud fra, at de i store træk vurderes at anvende samme primære hospital i forbindelse med behandlingen af ældre medicinske patienter. Dette har ligeledes været bestemmende for valget af de hospitaler og de almenpraktiserende læger (praksiskoordinatorer), der er interviewet. Interviewene på hospitalerne har omfattet ledende personale på tre akutmodtagelser samt medicinske afdelinger fra hospitaler i alle regioner.²²

Patientinventeringerne og spildanalyserne viser, at en del af patienterne indlagt på medicinske afdelinger kunne være på et andet omsorgsniveau. En del af patientforløbene blev vurderet til at kunne omlægges til ambulante behandling, og derudover kunne nogle patienter udskrives til videre behandling og pleje i kommunerne, hvis de rette kompetencer var til stede i kommunerne. Patientinventeringer og spildanalyser viser således også, at optimering af patientforløbene på hospitalerne kan afhænge både af bedre forløb på de enkelte hospitaler og af et styrket samarbejde med primærsektoren – både kommuner og almen praksis. Dette billede bekræftes i interviewene, og her kommer det ligeledes frem, at kommunerne kan gøre en stor indsats, der først og fremmest kan rettes mod, at borgerne kan forblive selvhjulpne i eget hjem.

De forskellige tilbud i primærsektoren må forventelig have indflydelse på antallet af sengedage, borgerne i hver kommuner har. Og som vist i registeranalysen er der en betydelig spredning mellem kommunerne i antallet af sengedage per 1.000 indbyggere i 2011, jf. figur 17 i kapitel 2.

Kortet illustrerer, at der er stor variation mellem kommunerne på tværs af landet med hensyn til antal sengedage per 1.000 indbyggere i 2011. Der kan være flere forklaringer på, at antallet af sengedage varierer mellem kommuner. Variationen kan blandt andet være begrundet i de sundhedsfaglige indsatser, der finder sted i primærsektoren, ligesom samarbejdet mellem aktørerne kan have en ikke uvæsentlig betydning.

Organiseringen af samarbejdet på tværs af aktører

På det helt overordnede niveau spiller sundhedsaftalerne en central rolle for det tværsektorielle samarbejde mellem hospitaler og kommuner. Analysen viser, at der er overvejende enighed om, at formålet med sundhedsaftalerne, der er at skabe rammerne for sammenhængende patientforløb af høj kvalitet, vurderes at være opfyldt. Det vurderes, at sundhedsaftalerne har øget hastigheden på samarbejdet og hævet niveauet hurtigere, end man ellers ville

²² Derudover skal det bemærkes, at der også i forbindelse med interviewene med hospitalerne og regionerne vedrørende erfaringer med procesoptimering har indgået temaer, der vedrørte det tværsektorielle samarbejde. Derfor er alle regioner repræsenteret ved en eller flere afdelingsledelser.

Boks 15. Initiativerne i den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient

Initiativ 1: Styrkelse af rationel farmakoterapi i regionerne (lægemiddelenhed).

Initiativ 2: Supplerende elektronisk beslutningsstøtte til det fælles medicinkort.

Initiativ 3: Opfølgende hjemmebesøg efter udskrivning.

Initiativ 4: Lægers overblik over lokale subakutte/akutte kommunale tilbud.

Initiativ 5: Styrkelse af samarbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis vedrørende subakutte/akutte tilbud.

Initiativ 6: Idékatalog om subakutte/akutte tilbud.

Initiativ 7: Værktøjer i kommuner og almen praksis til identifikation af nedsat funktionsniveau, underernæring og sygdomstegn.

Initiativ 8: Forebyggelse af tryksår.

Initiativ 9: Fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktioner til særlig svækkede ældre medicinske patienter.

Initiativ 10: Afklaring af individuelle forløbsplaner.

Initiativ 11: Analyse af de medicinske afdelinger.

kunne forvente. Men det understreges, at det er som rammesættende foranstaltning og ikke mere.

Derfor er der også bred enighed om, at sundhedsaftalerne ikke i sig selv kan løfte det daglige samarbejde, der fører til, at tingene flyttes og kommer til at lykkes. Det kræver ifølge aktørerne et helt andet lokalt setup mellem det lokale hospital, sommetider den enkelte hospitalsafdeling, de relevante parter i driften i kommunen og almen praksis.

Den Danske Kvalitetsmodel indeholder standarder for indlæggelser og udskrivninger, der har til formål at sikre indlagte patienter mere sammenhængende forløb på tværs af sektorer. I enkelte interview bemærkes det, at akkrediteringen på hospitalerne har skubbet på, i forhold til at hospitalerne har insisteret på at udarbejde fælles procedurer for det tværsektorielle patientforløb. Men det generelle billede ud fra de gennemførte interview er, at modellen ikke har haft en reel betydning for det tværsektorielle samarbejde.

Alle de interviewede aktører i analysen vurderer, at kommunerne har mulighed for at holde et større antal patienter ude af hospitalerne, hvis de arbejder mere fokuseret på det. I alle interview med kommunerne giver de udtryk for, at "der ikke er noget, de ikke gerne vil klare på sundhedsområdet", og at "udgangspunktet må være, at alle borgere har det bedst i eget hjem", og derfor så vidt muligt ikke skal indlægges. Alle parter, der er indgået i analysen, understøtter umiddelbart de synspunkter og slår samtidig fast, at en sådan forandring kræver en fælles indsats, hvor alle trækker i samme retning på samme tidspunkt.

Udover at det i interviewene vurderes at kræve flere kompetencer i den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje, hvilket uddybes nedenfor, vurderes det i høj grad at forudsætte stærke aftaler mellem kommuner, almenpraktiserende læger og hospitalsafdelinger vedrørende de tilbud, der er til stede dels i den enkelte kommune, dels på hospitalet.

På tværs af interviewene er der bred enighed om, at hvis indsatsen skal lykkes, er det vigtigt at have indsigt i hinandens kompetencer. Indsigten styrkes gennem en tæt kontakt mellem aktørerne. Flere steder vurderes det, at det er helt afgørende for at forbedre samarbejdet, at medarbejderne på hospitaler og i kommunerne kan sætte ansigt på hinanden og er vant til at kommunikere sammen. Ofte nævnes udskrivningskoordinatorerne som et godt eksempel på, at det kan lade sig gøre at løfte samarbejdet.

Randers-klyngen er et eksempel på organiseringen af samarbejdet. Klyngen består af Randers Kommune, Syddjurs Kommune, Norddjurs Kommune, Favrskov Kommune og Regionshospitalet Randers. Sammen med Videncenter for Velfærdsledelse har klyngen igangsat et fælles projekt kaldet Sundhedsstrategisk ledelse af det nære sundhedsvæsen, der skal understøtte sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer.

Boks 16. Sundhedsstrategisk ledelse af det nære sundhedsvæsen

Randers-klyngen etablerede projektet i efteråret 2011, og det løber frem til udgangen af 2013. Baggrunden for projektet er, at regionshospitalet i stigende grad varetager endnu mere specialiserede opgaver, hvilket blandt andet fører til et stigende pres på den primære sundhedssektor. Således vil de almenpraktiserende læger skulle håndtere flere akutte indsatser, og kommunerne vil især være udfordret af sundheds- og omsorgsindsatsen i forhold til borgere i den erhvervsaktive alder udenfor arbejdsmarkedet, borgere med kronisk sygdom og de ældre borgere.

Med projektet sættes der blandt andet fokus på netværksledelse som værktøj, der skal anvendes i de relationer, der opbygges mellem regioner, kommuner, de enkelte hospitaler, almenpraktiserende læger mv. Målet er at etablere modeller for strategisk ledelse af det nære sundhedsvæsen, hvorved der sættes fokus på samarbejde, koordinering og opgaveflytning mellem aktørerne.

Den overordnede projektledelse er forankret i Favrskov Kommune, og projektet har en styregruppe med ledelsesrepræsentanter fra de fire involverede kommuner, hospitalet samt almen praksis-koordinatoren for Regionshospitalet Randers.

Kilde: www.sundhedsledere.dk.

Der er foretaget interview med Regionshospitalet Randers, Randers Kommune, Norddjurs Kommune og almen praksis-koordinatoren for Regionshospitalet Randers. I alle interviewene påpeges det, at projektet har været særdeles gavnligt for det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde både organisatorisk og videnskabeligt. For eksempel fremhæves styrkerne ved "den fælles skolebænk", hvor ledere fra Randers-klyngen mødes og drøfter redskaber og metoder til udvikling af samarbejdet. Det har blandt andet ført til, at aktørerne på ledelsesniveau er kommet til at kende hinanden bedre, herunder har de fået kendskab til hinandens styrker og svagheder som henholdsvis kommune og hospital. Et forbedret kendskab til hinanden styret af en formel organisering af samarbejdet som for eksempel fire faste møder om året fremhæves af de interviewede som en af de helt store gevinster ved samarbejdet.

En af de udfordringer, som projektet står overfor ifølge enkelte af de interviewede, er at sikre, at tankerne udviklet i projektet blandt lederne forplanter sig til medarbejderne på hospitalet og i kommunerne samt hele vejen ud til alle de almenpraktiserende læger. Derfor efterspørges der flere skolebænke og flere laboratorier, hvor nøglemedarbejdere kan dele viden og erfaringer, hvilket vurderes at være væsentligt for at understøtte det tværsektorielle samarbejde.

Deloitte vurderer, at samarbejdet i Randers-klyngen er et eksempel på, at det er muligt at udvikle det tværsektorielle samarbejde indenfor de eksisterende organisatoriske rammer. Indtrykket efter interviewene er også, at det er væsentligt at få medarbejderne med i næste skridt, hvis det skal lykkes at etablere en ny kultur omkring samarbejdet.

At det tværsektorielle samarbejde i vid udstrækning bæres af samarbejdskulturen mellem aktørerne bekræftes i interview i andre geografier. Et godt eksempel er Region Syddanmark, hvor alle kommuner og hospitaler arbejder ud fra Sam:Bo-aftalen.

Boks 17. Sam:Bo-samarbejdsaftalen i Region Syddanmark

Samarbejdsaftalen trådte i kraft i 2009 og bygger på tidligere amtslige samarbejdsaftaler. Målet med Sam:Bo-aftalen, der er en samarbejdsaftale om sammenhængende tværsektorielle patientforløb og forankret i sundhedsaftalen, er, at den skal styrke samarbejdet mellem almen praksis, kommunerne og hospitalerne om den enkelte borger/patient og dennes forløb gennem systemet.

Samarbejdsaftalen gælder alle almindelig forekommende typer af somatiske patientforløb på tværs af sektorer. Og for disse patientforløb beskriver aftalen krav til samarbejde, kommunikation, patientinformation og kvalitetsmonitorering især med fokus på forløbets overgange mellem sektorer.

Samarbejdsaftalen beskriver meget konkret, hvad patienterne skal informeres om i de forskellige faser af forløbet, og hvilke aktører der har ansvar for at følge op på hvilke aspekter af forløbet. Derudover er det aftalt, at overholdelse af kravene skal monitoreres.

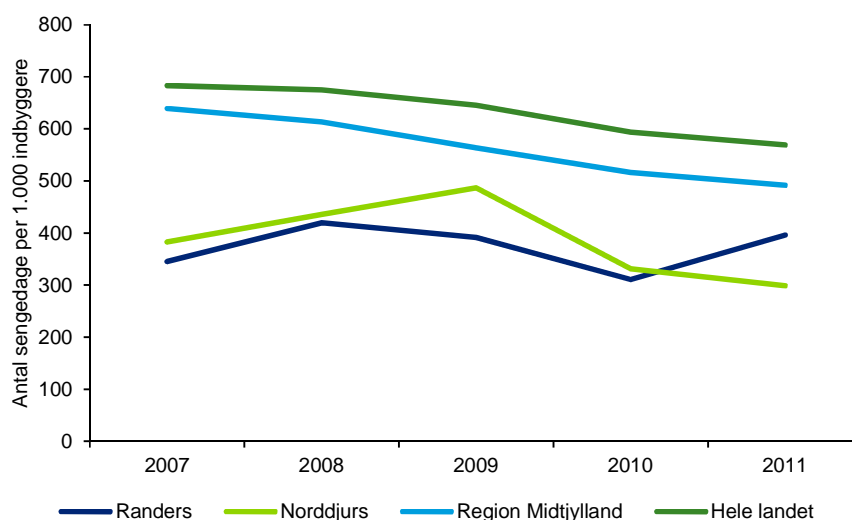
Et eksempel på konkrete procedurer ved indlæggelse af patienter, der er kendt i det kommunale omsorgssystem:

- Hospitalet modtager og registrerer patienten.
- Hospitalets patientadministrative system/EPJ afsender automatisk indlæggelsesadvis til hjemmeplejen i patientens hjemkommune, når patienten registreres som værende indlagt på hospitalet.
- Advis sendes til kommunens sags- og advissystem eller den elektroniske omsorgsjournal.
- Indlæggelsen registreres i det kommunale system.
- Er patienten kendt i det kommunale omsorgssystem, medfører hospitalets avis et automatisk indlæggelses svar fra hjemmeplejens omsorgsjournal i patientens hjemkommune til hospitalets patientadministrative system/EPJ.
- Indlæggelses svar oplyser patientens kontaktperson (sted) i kommunen med telefonnummer og træffetid.

Kilde: www.regionsyddanmark.dk.

Sam:Bo-aftalen anføres som et rigtig godt værktøj i alle interviewene med kommuner, hospitaler og almen praksis i regionen. Som det fremgår af figuren nedenfor er der i 2011 fortsat store forskelle mellem kommunerne i regionen målt i antal sengedage per 1.000 indbyggere over 65 år med udvalgte diagnoser. Vejle Kommune ligger i hele perioden 2007-2011 langt under gennemsnittet for Region Syddanmark. I 2011 er der i forhold til regionen tale om cirka 150 færre sengedage og i forhold til Fredericia Kommune cirka 200.

Figur 99. Antal sengedage per 1.000 indbyggere (65+ år) for udvalgte medicinske patienter, 2007-2011



Kilde: Landspatientregisteret.

Når alle kommuner og hospitaler anvender Sam:Bo som redskab, må Vejle Kommunes lave niveau bero på, at kommunen samarbejder på en særlig måde, hvilket for eksempel kan skyldes en bestemt tilgang til arbejdet om Sam:Bo-aftalen eller bestemte indsats i Vejle.

Interviewene med Vejle Kommune og Vejle Sygehus peger i retning af, at kommunen ligger lavt på grund af en bestemt kultur i samarbejdet. Det fremhæves, at der over tid har været et solidt og meget tilfredsstillende organisatorisk setup, nu understøttet af Sam:Bo-aftalen, hvor kommune og hospital ofte mødes om patienterne. For eksempel peger kommunen på, at det er en stor fordel, at drift og myndighed i hjemmeplejen hører under samme ledelse, hvilket fjerner nogle af de potentielle interne kommunale barrierer. Siden 2000 har kommunen endvidere hele tiden arbejdet på at undgå interne siloer, og dens erfaring er, at for mange ledelser med hvert deres fokus fører til mindre effektive forløb for borgerne.

Kommunen og hospitalet understreger, at de med Sam:Bo-aftalen som fælles afsæt søger løsninger i samarbejdet fremfor at fokusere på svaghederne ved hinanden, og aktørerne vurderer, at det blandt andet har kunnet lade sig gøre at udvikle denne kultur, på grund af at der har været en stabil ledergruppe over tid.

I forlængelse heraf vurderer begge parter, at samarbejdet med almen praksis på den ene side altid har fungeret godt, og på den anden side er vurderingen, at samarbejdet kan styrkes. Det kan blandt andet ske gennem bedre brug af § 2-aftaler.²³

Samarbejde omkring indlæggelse og udskrivning

Et helt centralt og ofte kritisk tidspunkt for et patientforløb på tværs af sektorer er indlæggelse og udskrivning. På baggrund af den gennemførte spørgeskemaundersøgelse kan det konstateres, at de medicinske afdelinger på tværs af hele landet vurderer, at der er udfordringer i samarbejdet med kommuner og almen praksis omkring indlæggelse og udskrivning af ældre medicinske patienter.

Når det handler om indlæggelserne viser svarene i spørgeskemaundersøgelsen, at hospitalsafdelingerne i højere grad savner at modtage tilstrækkelige oplysninger fra kommunerne end fra almen praksis. Det gælder for både planlagte og akutte indlæggelser. Her svarer 55 procent af afdelingerne, at de ikke modtager tilstrækkelige oplysninger fra kommunerne, mens 38 procent af afdelingerne vurderer, at dette er tilfældet i forhold til almen praksis.

Spørgeskemaundersøgelsen bekræfter, at samarbejdet mellem hospitalsafdelinger og kommuner omkring indlæggelse fungerer bedst i Region Syd-danmark. Svarene fra Region Syddanmark understøtter billedet af, at

²³ § 2-aftalerne er særftaler gældende indenfor en region eller specifikke områder af regionen, der udarbejdes i fællesskab mellem PLO's praksisudvalg og regionerne.

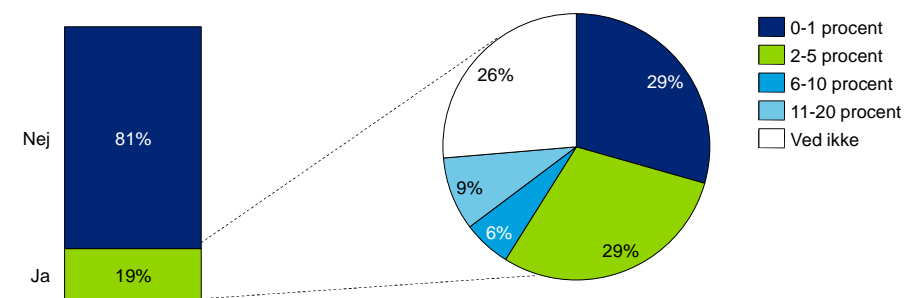
Sam:Bo-samarbejdet omkring indlæggelse fører til, at regionens hospitalsafdelinger er noget mere tilfredse med kommunernes indsats ved akut indlæggelse af borgere end de andre regioners hospitalsafdelinger.

Det bekræftes i interviewene på tværs af aktører, at det generelt er en stor udfordring at sikre, at den rigtige information videresendes fra den ene aktør til den anden ved indlæggelser og især for de akutte patienter. Det kan for eksempel dreje sig om at få viderebragt borgerens medicinliste. Her er håbet blandt parterne, at det fælles medicinkort vil blive en stor gevinst.

Nogle patienter bliver afvist på grund af mangelfulde henvisninger. I spørgeskemaundersøgelsen angiver knap en femtedel af de medicinske afdelinger, at de har afvist patienter fra almen praksis, speciallæge eller lægevagt på grund af mangelfulde henvisninger, jf. figur. Der er dog ikke tale om, at afdelingerne vurderer, at de afviser patienter i meget stort omfang, idet flertallet angiver, at det er under 5 procent.

Figur 100. Har I på din afdeling afvist patienter henvist fra almen praksis, speciallæge eller lægevagt på grund af mangelfuld henvisning? (N = 179)

Hvor stor en andel af patienterne vurderer du, at denne gruppe udgør? (N = 34)



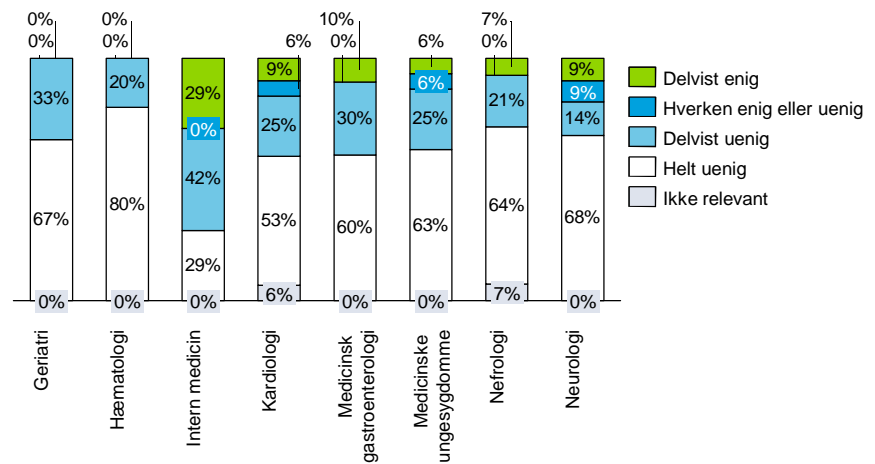
Kilde: Spørgeskemaundersøgelsen.

Akutte indlæggelser foretaget af vagtlægerne er et af de steder, hvor der ifølge parterne i analysen i enkelte tilfælde kan opstå mangelfulde henvisninger. Ifølge flere interview skyldes det, at de står for de fleste akutte indlæggelser. Vagtlægerne har som regel ikke kendskab til patienten, og nogle gange kender de ikke organiseringen af sundhedsvæsenet i området. Det kan dreje sig om manglende kendskab til, hvilket telefonnummer der skal anvendes til hospitalerne i forbindelse med indlæggelse af borgere med bestemte diagnoser, eller manglende kendskab til kommunale aflastningspladser, der eventuelt kunne fungere som alternativ til indlæggelse. Det er vurderingen hos aktørerne, at både vagtlægerne og kommunerne kunne være bedre til at gøre en indsats for at afhjælpe problemerne på dette område.

Analysen viser ligeledes, at der er en forventning om, at de nye fælles akutmodtagelser, der går i retning af én indgang til hospitalet, og det fælles medicinkort, som alle aktører har (får) adgang til, vil kunne afhjælpe nogle af udfordringerne.

Svarene fra undersøgelsen viser, at cirka 10 procent vurderer, at en stor del af patienterne slet ikke skulle have været på hospitalet. Ser man på svarfordelingen for spørgsmålet opdelt på specialer/afdelingstyper, er det samlede billede, at flertallet vurderer, at de sjældent modtager patienter, der ikke skulle have været på hospitalet. Undtagelsen er afdelingstypen intern medicin, hvor 29 procent svarer, at de er delvis enige i, at en stor del af patienterne på afdelingen slet ikke skulle have været indlagt. De geriatriske og hæmatologiske afdelinger vurderer, at alle deres patienter er relevante, jf. figur.

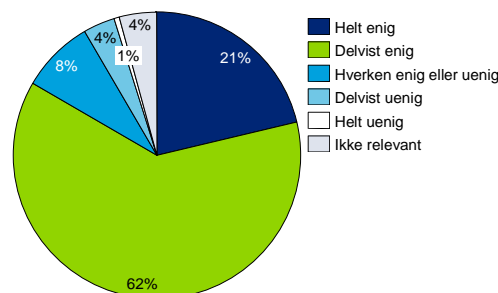
Figur 101. En stor del af patienterne på min afdeling skulle slet ikke have været på hospitalet (overflødige indlæggelser) (N = 181)



Kilde: Spørgeskemaundersøgelsen.

Interviewene med hospitalsafdelingerne, almenpraktiserende læger og nogle kommuner bidrager til billedet af, at der er få overflødige indlæggelser på de medicinske afdelinger.

Figur 102. Der udveksles altid tilstrækkelige oplysninger mellem kommunen og hospitalet i forbindelse med udskrivning af en patient (N = 168)



Kilde: Spørgeskemaundersøgelsen.

Når det kommer til udskrivning af patienter fra hospitalet, vurderer hospitalsafdelingerne, at samarbejdet mellem aktørerne fungerer væsentlig bedre end ved indlæggelse. Således angiver 83 procent af afdelingerne, at de er helt eller delvis enige i, at der altid udveksles tilstrækkelige oplysninger mellem kommunen og hospitalet i forbindelse med udskrivning

af en patient. Kun 5 procent er helt eller delvis uenige, jf. figur.

Hospitalsafdelingerne vurderer altså deres egne indsatser i forbindelse med overlevering af information ved udskrivning noget bedre end kommunernes og almenpraktiserende lægers indsatser i forbindelse med indlæggelse. Det

kan skyldes både, at hospitalsafdelingerne er mindre selvkritiske, når det kommer til at vurdere egne indsatser, og at det ved indlæggelse på det medicinske område, hvor cirka 80 procent af indlæggelserne er akutte, er væsentlig sværere at få videregivet den rette information på det rette tidspunkt.

Flere steder arbejder afdelinger og kommuner sammen om den gode udskrivning, hvor der hurtigst muligt og gerne senest på andendagen af indlæggelsen tages stilling til, hvornår man regner med, at patienten skal udskrives. Det betyder, at kommunen kan være klar med eventuelle hjælpemidler og aflastningsplads, hvis det vurderes nødvendigt. Andre af de besøgte kommuner anfører samtidig, at det kan være svært at være klar til på alle tidspunkter af døgnet at modtage patienter efter en indlæggelse, herunder sikre, at de nødvendige hjælpemidler er klargjort. Nogle kommuner vurderer de korte indlæggelsestider som en stor udfordring for et smidigt samarbejde. Enkelte kommuner efterspørger bedre information fra hospitalerne i forbindelse med indlæggelse og udskrivning. I en af de interviewede kommuner mødes 10-12 hjemmesygeplejersker kl. 7.30 og gennemgår indlæggelser og udskrivinger, og der vil være opfølgning fra hjemmesygeplejen ved mangler ved udskrivning.

Som ved indlæggelse er afstemning af medicinlister ofte et tilbagevendende problem ved udskrivning. Enkelte kommuner oplever, at de bruger 2-3 timer per borger for at få styr på medicinlisten efter en udskrivning. Alle parter er enige om, hvem der har ansvaret for den medicin, der bliver givet på bestemte tidspunkter i patientens/borgerens forløb over sektorgrænserne: Hospitalslægen på hospitalet og almen praksis, når borgeren er i eget hjem. Men afstemningen af medicinlisterne bliver af alle parter betragtet som en udfordring. Ifølge hospitaler, kommuner og almen praksis er en af udfordringerne, at det kan være ganske svært at have kendskab til alle de præparater, som ældre multisyge tager. På den baggrund vurderer flere, at det kunne være formålstjenligt med enten en farmakolog eller en farmaceut, der sammen med eksempelvis almenpraktiserende læge kunne gennemgå medicinlisterne for udvalgte ældre medicinske patienter.

Det fremgår samtidig også af denne analyse, at alle aktørerne generelt oplever, at der over tid er opbygget gode procedurer for udskrivning, der overholdes af parterne. Et eksempel er kommunalt ansatte udskrivningskoordinatorer, der deltager i udskrivningen af ældre medicinske patienter fra hospitalerne. Alle de interviewede kommuner har udskrivningskoordinatorer eller har besluttet, at de skal indføres. Udskrivningskoordinatorernes arbejds gange varierer på tværs af kommuner og i relation til de enkelte hospitalsafdelinger, men samlet set vurderer aktørerne, at koordinatorerne er et godt eksempel på, at daglig kontakt mellem medarbejderne på hospitalernes afdelinger og kommunens medarbejdere giver meget bedre udskrivningsforløb for de ældre medicinske patienter.

Den daglige kontakt er væsentlig, hvis udskrivningskoordinatorerne for alvor skal kunne understøtte samarbejdet omkring patienterne hen over sektorgrænser. Det fremgår tydeligt af interviewene med Ringsted og Fredericia

kommuner, at hvis en kommune ikke har et bestemt hospital, de ældre medicinske borgere altid bliver indlagt på, så er det svært for udskrivningskoordinatorerne at gøre en forskel.

Erfaringerne fra eksempelvis Vejle Kommune er anderledes. Her svarer kommunen, at den er gearet til at handle hurtigt i forbindelse med hjemtagning på alle tider af døgnet, hvilket også indbefatter det at have hjælpemidler klar. Her vurderes det, at det tætte samarbejde mellem hospital og kommune, som forløbskoordinatorerne står for, kan tages til indtægt for vellykkede udskrivinger. Disse er med til at nedbringe antallet af sengedage per indlæggelse, fordi patienterne ikke får forlænget deres indlæggelse, når kommunen er klar til at modtage dem. Og samtidig vurderer repræsentanterne fra Vejle Kommune og Vejle Sygehus, at vellykkede udskrivningsforløb har en positiv indvirkning på omfanget af genindlæggelser.

Flertallet af kommunerne vurderer, at de modtager relevant materiale i forbindelse med udskrivning af ældre medicinske patienter, der er kendt i hjemmeplejen. Blandt de almenpraktiserende læger er vurderingen knap så positiv. De er som regel ikke med i organiseringen omkring udskrivning af ældre medicinske patienter. De oplever derfor ofte, hvilket flere kommuner bekræfter, at de ikke modtager epikrisen fra hospitalet efter højst tre dage, som det er aftalt. Både almenpraktiserende læger og kommuner er enige om, at det er med til at besværliggøre en veltilrettelagt proces i primærsektoren i forbindelse med modtagelsen af ældre medicinske patienter, der som nævnt kommer hurtigere hjem fra hospitalet og derfor også kræver en større indsats i primærsektoren.

Region Nordjylland har sat et servicemål på, at 85 procent af epikriserne skal være sendt fra hospitalet til patientens egen praktiserende læge senest tre hverdage efter, patienten er udskrevet. Regionen monitorerer løbende udviklingen, der aktuelt ligger over 90 procent. Andelen af rettidige epikriser ligger andre steder lavere, ifølge interview helt ned til 40 procent. Både blandt kommuner og hospitaler er der eksempler på, at epikriserne ikke er tilstrækkelig gode og ikke bliver sendt hurtigt nok ud til primærsektoren.

Der er ikke nationalt regulerede tidsfrister for, hvornår epikrisen skal fremsendes. I *Vejledning om epikriser ved udskrivelse fra sygehuse mv.*, nr. 9154 fra 2007 hedder det: "Epikrisen skal sendes hurtigst muligt og indenfor en rimelig tid, efter at behandlingen er afsluttet. Den må dog ikke sendes senere, end at den nødvendige opfølgende behandling kan iværksættes. Ligeledes må vigtig information ikke forsinkes unødigt". Vurderingen er, at aftalen mellem parterne som regel er senest tre dage efter udskrivning.

Information til tiden fremhæves af alle parter som en forudsætning for, at almenpraktiserende læger og hjemmeplejen i fællesskab kan planlægge et opfølgende hjemmebesøg efter udskrivning, der kan være med til at sikre en bedre overgang fra hospital til eget hjem. For især skrøbelige ældre medicinske borgere vurderer aktørerne, at sådanne hjemmebesøg vil bidrage til at reducere antallet af genindlæggelser. Et opfølgende hjemmebesøg kan enten visiteres efter anbefaling i udskrivningen og/eller ske på hjemmesygeplejens

initiativ og efter dialog med almenpraktiserende læge om behovet for et sådant. Det er ikke implementeret i samme omfang i alle de besøgte kommuner, men vurderingen på baggrund af besøgene er, at tendensen går i den retning. For eksempel nævnes det, at opfølgende hjemmebesøg er på vej til at blive skrevet ind i § 2-aftalen mellem PLO og Region Syddanmark efter inspiration fra Region Midtjylland.

Med Praksisudvalget i Region Midtjylland har regionen aftalt at indføre opfølgende hjemmebesøg i både Vest-klyngen (omkring Lemvig) og Randers-klyngen. I Randers-klyngen blev det en mulighed 1. september 2012. Kriterierne for at få tildelt et hjemmebesøg adskiller sig på en væsentlig parameter, nemlig alder. I Randers er aldersgrænsen sat til borgere over 78 år, mens aldersgrænsen i Vest-klyngen i en forsøgsperiode er sat til borgere fra 65 år. Andre steder er aldersgrænsen sat ved 80 år. Vurderingen blandt aktørerne i analysen er, at en fast høj aldersgrænse er uhensigtsmæssig for optimale forløb efter en indlæggelse. Kronikere og svage patienter forekommer også blandt borgere, der er yngre. Derfor er det vurderingen, at kriterierne for at få tildelt et opfølgende hjemmebesøg skal være sundhedsfaglige, så borgeren vurderes ud fra et samlet sygdomsbillede.

I udmøntningsplanen for den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient er der afsat 45 mio. kr. i perioden 2013-2015 til at fremme, at der systematisk og over hele landet tilbydes opfølgende hjemmebesøg af praktiserende læge og hjemmesygeplejerske til ældre medicinske patienter. I forbindelse med udskrivelsen af en ældre medicinsk patient skal den udskrivende afdeling screene, hvorvidt patienten skal have et opfølgende hjemmebesøg. Afgrænsningen kan fx ske ved hjælp af følgende faktorer:

- mere end to sygdomme
- mere end fem lægemidler
- manglende eller lille netværk
- psykisk sygdom/misbrug/socialt udsatte ældre
- ændret mobilitet/funktionsniveau
- alderskriterium
- kognitivt svigt

De opfølgende hjemmebesøg udføres af den praktiserende læge og en hjemmesygeplejerske, og de skal foregå i forlængelse af en udskrivelse fra en sygehusafdeling, herunder fra en fælles akutmodtagelse, inden for en uge efter udskrivelsen. Besøget skal bl.a. indeholde en generel helbreds-vurdering og vurdering af funktionsevnen, ligesom der ses på ændringer i medicinen og behov for praktisk hjælp og personlig hjælp og pleje samt hjælpemidler. På baggrund af det opfølgende hjemmebesøg sker der relevant indstilling til den kommunale visitation. Dette tiltag er igangsat med virkning fra 1. januar 2013.

Kommunale aflastnings-/akutpladser

Indlæggelser af ældre medicinske patienter på hospitalet kan nogle gange substitueres med visitation til kommunale akutpladser. Som patientinventeringerne og spildanalyserne viser, kan en betydelig del af de indlagte patienter behandles og plejes på et andet omsorgsniveau, fx kommunale tilbud.

Alle de interviewede kommuner har adgang til akutpladser/-senge i kommunalt regi, som patienter kan visiteres til, hvis de er kommet i en behandlings- og plejesituation, der ligger udenfor de rammer, som hjemmesygeplejen og hjemmeplejen kan tilbyde borgeren i eget hjem.

På baggrund af interviewene kan det konstateres, at de kommunale akutpladser anvendes meget forskelligt i borgernes behandlings- og plejeforløb. Det skyldes både, at der er stor forskel på det antal pladser, der er til rådighed i kommunerne, og at der er forskelle i visitationspraksis. I nogle kommuner kan almenpraktiserende læge og hjemmesygeplejen henvise til akutpladserne, hvis de mener, at borgerens sygdom ikke kræver en hospitalsindlæggelse. I andre kommuner kræver brugen af akutpladser, at borgeren bliver udskrevet fra hospitalet med en henvisning til akutplads, hvilket som oftest sker i tæt samarbejde med kommunale visitatorer/udskrivningskoordinatorer.

Hvis akutpladser skal anvendes i forbindelse med forebyggelse af indlæggelse, vurderer alle de interviewede, at det er nødvendigt med et bredt kendskab til pladserne blandt alle parter, herunder vagtlægerne. Samtidig understreges det, at der blandt aktørerne skal herske enighed om, at det kan være relevant at anvende en akutplads i stedet for at indlægge borgeren. Vurderingen hos flere af de interviewede – både blandt kommuner og almenpraktiserende læger – er, at det er vigtigt med akutpladser, idet borgere oftest foretrækker at undgå en indlæggelse. Flere vurderer således også, at korte og intense indlæggelsesforløb med hurtig udredning og udskrivning er svære at håndtere for mange af de ældre medicinske patienter, der ofte er konfuse, når de indlægges.

Nogle af de akutmodtagelser på hospitalerne, der har deltaget i analysen, nuancerer brugen af kommunale akutpladser. De kommunale akutpladser vurderes at være fornuftige, men de kan ikke anvendes som et alternativ til indlæggelse. Diagnosticeringen skal foregå i hospitalsregi, hvor borgeren skal ind og vende, udredes, diagnosticeres og hurtigt ud igen. Det vurderes at være en af styrkerne ved de nye fælles akutmodtagelser. Problemet er ikke at håndtere patienten på hospitalet, men det vurderes at være et problem at hjemsende borgerne til kommunen. Det fører til, at borgerne ligger lidt for længe på akutmodtagelsen.

I interview med flere afdelingsledelser på hospitalerne påpeges det, at der er grænser for, hvad akutpladserne kan anvendes til. Det skyldes, at der er grænser for den indsats, som hjemmesygeplejen kan yde. Omvendt mener en repræsentant fra almen praksis og flertallet af kommunerne i interviewene, at kommunerne kan klare flere opgaver, end de gør i øjeblikket. I et par interview nævnes det, at hjemmesygeplejen for eksempel burde kunne give IV-

væske eller IV-antibiotika. Dette er dog allerede realiseret i flere af de interviewede kommuner.

Antallet af akutpladser eller andre typer aflastningspladser varierer en del i kommunerne, og det er i interviewene vurderingen, at kendskabet til dem både blandt eget personale og blandt almenpraktiserende læger og vagtlæger er meget varieret. En fokuseret indsats for at beholde borgerne i primærsektorens sundhedssystem forudsætter derfor, at der etableres et fast aftale-system omkring anvendelsen af kommunale akutpladser. Randers Kommune har etableret Tryghedshotellet, der kan være et eksempel på et struktureret alternativ til indlæggelse.

Boks 18. Tryghedshotellet i Randers Kommune

Primo 2011 åbnede Randers Kommune Tryghedshotellet på et af kommunens plejacentre. Tryghedshotellet har 15 pladser fordelt mellem tre typer sengepladser, der hver har fem senge: forebyggelsespladser, aflastningspladser og selvindskrivningspladser.

Forebyggelsespladserne skal bruges til forebyggelse af hospitalsindlæggelser. Det betyder, at almenpraktiserende læger og vagtlæger kan visitere til pladserne som et alternativ til indlæggelse. Det kan være opblussen i kronisk lidelse som for eksempel gigt, osteoporose, lunge-/nyrelidelser, hudlidelser, mave-/tarmsygdomme, KOL, diabetes, hjertesmerter eller cancer. Observation af borgere med infektioner i blære, lunger eller sår. Observation i forhold til svækket almen tilstand, herunder konfusion, svimmelhed, faldtendens, immobilitet eller ernæringstilstand.

Der er endvidere fem pladser til selvindskrivning beregnet til borgere, der uden forudgående visitation selv henvender sig med ønske om et kortvarigt plejehjemsophold. Det er typisk borgere, der stort set klarer sig selv i egen bolig, men som har brug for rekreation og aflastning i en kortere periode. Det kan for eksempel være enlige, der under eller efter en sygdomsperiode gerne vil være tæt på centrets pleje- og aktivitetstilbud.

De resterende fem pladser er almindelige aflastningspladser, der visiteres af kommunens visitatorer, heraf to pladser, som området selv disponerer over. Målgruppen er typisk akut opstået sygdom af midlertidig karakter, pleje i livets slutfase, aflastning af ægtefælle og ventetid på permanent plejebolig.

Kilder: <http://kollektivhuset.randers.dk/FrontEnd.aspx?id=15990> og interview.

Nogle steder er kommunale akutpladser med dertilhørende kontakt til almen praksis og hjemmesygepleje suppleret med hotlinenumre til hospitalets specialister, som almenpraktiserende læger og/eller hjemmesygeplejen kan ringe til for at afklare, om det er nødvendigt med indlæggelse. Det kunne dreje sig om en patient, der har opblussen i sin kroniske lidelse som for eksempel KOL eller diabetes, jf. nedenfor.

I arbejdsdelingen mellem hospitaler og kommuner ser repræsentanter for de akutmodtagelser, der er interviewet, sig som en del af løsningen på at forebygge indlæggelser på specialafdelingerne. Den tilgang støttes i flere af interviewene med specialafdelingerne. Det skyldes, at det i akutmodtagelsen er muligt at udrede patienterne hurtigt og dermed få afklaret, om der er behov for indlæggelse. Tilrettelæggelsen af opgaverne i akutmodtagelserne kan således betragtes som en måde at reducere antallet af indlæggelser på. Det vurderes derfor flere steder at være hensigtsmæssigt med mange korte indlæggelser, når disse holdes i en (fælles) akutmodtagelse. Ud fra denne tilgang er korte indlæggelser udtryk for, at det ofte er svært for almenpraktiserende læger at vurdere ældre medicinske patienter uden at have adgang til flere diagnostiske redskaber.

På grund af de hurtige udredninger vurderes de nye fælles akutmodtagelser dog ligeledes at efterlade mere arbejde til almen praksis og kommunerne. I interviewene vurderes det blandt andet at være i form af flere patienter, der ganske vist er færdigbehandlede, men som kræver mere og sværere pleje end tidligere.

Kravene til den kommunale hjemmesygepleje er således øget af to grunde. For det første fordi hospitalerne udskrifter patienterne hurtigere, og for det andet fordi hjemmesygeplejen påtager sig flere opgaver i forbindelse med behandling og pleje af ældre medicinske patienters sygdom, som eksemplet med Tryghedshotellet i Randers viser.

Kompetencer hos det kommunale plejepersonale

Det har været et gennemgående tema i interviewene med kommuner, hospitaler og almen praksis, at kompetenceniveauet først og fremmest i hjemmesygeplejen og hjemmeplejen skal øges, hvis kommunerne skal løfte en større del af sundhedsopgaven. Det vurderes at være centralt, både når det handler om, hvordan kommunerne kan være med til at reducere antallet af indlæggelser og genindlæggelser på de medicinske afdelinger, og når det handler om borgernes mulighed for at klare sig selv bedst og længst muligt i eget hjem.

Behovet for kompetenceløft i kommunerne er ikke kun affødt af indsatsen for at undgå indlæggelser på hospitalerne, men i lige så høj grad for at sikre borgeren hjælp til selvhjælp og dermed forlænge den tid, der går, inden borgeren skal begynde at modtage hjemmehjælp. Nogle kommuner har en fast gruppe medarbejdere i kommunen, bestående af sygeplejersker og ergo- og fysioterapeuter, der screener borgernes funktionsevne som en målrettet del af at løfte borgernes livskvalitet og samtidig reducere kommunens sundhedsfaglige indsats.

Af de flere sundhedsopgaver, der gennem de seneste år er flyttet over til kommunerne, kan kommunerne begrænse en delmængde af dem ved at indgå et samarbejde med ældre borgere om at opretholde et højt funktionsniveau. Borgerne i nogle af de deltagende kommuner får således et forebyggende hjemmebesøg fra kommunen, når de opnår en bestemt alder, hvor borgerens aktuelle funktionsniveau vurderes. I nogle kommuner får borgerne et opsøgende eller forebyggende hjemmebesøg fra kommunen, når de fylder 75 år (fx Randers Kommune), mens Fredericia Kommune har valgt at nedsætte aldersgrænsen fra 75 til 65 år. Det er sket ud fra en betragtning om, at jo tidligere kommunerne kommer ud til borgerne og får vurderet deres behov, jo hurtigere kan borgerne få hjælp ved et opstået behov.

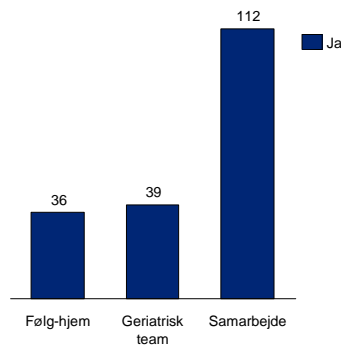
Kommunens fokus gennem de forebyggende hjemmebesøg er først og fremmest at forebygge borgerens behov for hjemmehjælp. Samtidig er der hos kommunen en vurdering af, at helbreds-mæssige problemer kan forebygges, og dermed udsættes anvendelsen af hospitalsvæsenet. Indsatsen fra flere kommuners side efter et forebyggende hjemmebesøg er hverdagsreha-

billitering, hvor kommunen hjælper borgerne med aktiviteter i hverdagen eller arrangerer træning for dem på kommunale centre.

I forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg anvendes der simple screeningværktøjer til vurdering af borgernes funktionsniveau. For eksempel anvendes en rejse-sætte-sig-test, der suppleres med observationer af borgeren i eget hjem, hvor medarbejderne for eksempel vurderer borgeren ud fra overskuelige anvisninger på et lille paphjul. Hovedparten af kommunerne, der indgik i interviewene, gør brug af sådanne enkle redskaber til vurdering af borgerne.

Regionale tiltag for at nedbringe (gen)indlæggelser af ældre medicinske patienter

Figur 103. Gør I brug af følg-hjem, geriatrisk team eller tværsektorielt samarbejde? (N = 160)



Kilde: Spørgeskemaundersøgelsen.

Fra regional side anvendes der ligeledes forskellige tiltag for at sikre bedre forløb på tværs af sektorgrænser. Analysen viser, at alle de deltagende hospitalsafdelinger gør brug af en eller anden form for redskab i forbindelse med det tværsektorielle samarbejde, og 82 procent af afdelingerne svarer, at de har en samarbejdsaftale i forbindelse med udskrivning, ligesom over halvdelen svarer, at de anvender to eller flere redskaber, herunder følg-hjem-team og geriatrisk team, der er ordninger, der anvendes efter en indlæggelse på hospitalet. Men hospitalerne anvender også andre tiltag, der skal bidrage til at give borgerne et mere stabilt helbred og dermed undgå indlæggelse. Et

eksempel er Fredericia Sygehus, der har etableret en diabeteskole på hospitalet, hvor patienterne uddannes til at håndtere egen sygdom. Det sker i et samarbejde med almen praksis, så den tidligere skelnen mellem, at der gives IV-insulin på hospitalet og tabletter i almen praksis, opblødes, fordi det er vurderingen, at det sikrer en bedre regulering af patienten.

På Hvidovre Hospital har man etableret et samarbejde med flere kommuner omkring kroniske patienter, fx diabetes-, KOL- og multisyge patienter, der er forankret i Enheden for tværsektorielt samarbejde.

Boks 19. Tværsektoriel diabetesforløbskoordinator – udgående diabetessygeplejerske – på Hvidovre Hospital

I perioden 2011-2012 har Hvidovre Hospital kørt pilotprojektet Tværsektoriel diabetesforløbskoordinator. Projektet har haft til formål at undersøge effekten af en udgående diabetessygeplejerske som et tilbud til udskrevne type-2-diabetikere med særlige behov (sårbare diabetikere).

Den antagelse, der ligger til grund for projektet, er, at den udgående diabetessygeplejerske vil bidrage til en øget kvalitet i behandlingen i forhold til diabetikerens egenomsorg og i forhold til et reduceret antal genindlæggelser. Ydermere forventes det også, at projektet vil afdække erfaringer med det tværsektorielle samarbejde omkring patientforløb i en organisatorisk sammenhæng.

Ifølge projektbeskrivelsen inkluderes deltagerne i forbindelse med en indlæggelse, hvor de enten har dysreguleret diabetes som hoveddiagnose eller er indlagt med andre sygdomme eller symptomkomplekser, som den dysregulerede diabetes er en del af.

Målgruppen var borgere fra Hvidovre eller Brøndby kommuner. I løbet af projektperioden blev patientgrundlaget udvidet til også at gælde borgere fra Københavns Kommune. I alt deltog 29 borgere.

Projektet er evalueret ved udgangen af 2012. Projektets tese var, at egenomsorgsevnen hos deltagerne ville øges i projektperioden. Ud fra projektets formål var der en forventning om, at etablering af en udgående diabetessygeplejerske som et tilbud til sårbare type-2-diabetikere ville øge deltagerens egenomsorg og reducere antallet af genindlæggelser.

Ud fra projektets resultater er der set en begrænset effekt i forhold til at øge egenomsorgsevnen. I stedet har det vist sig, at det i højere grad handler om at øge kvaliteten af den omsorg, de sundhedsprofessionelle yder for diabetikeren i hverdagen. Dette gøres i høj grad gennem vejledning og undervisning i forhold til den konkrete og nære hverdag, hvor der er komplekse og konkurrerende problemstillinger at løse. Med etablering af en udgående diabetessygeplejerske bliver det muligt at yde denne vejledning i diabetikerens hjem og ansigt-til-ansigt med de sundhedsprofessionelle.

I forhold til at forebygge indlæggelser og genindlæggelser har det vist sig, at gruppen af sårbare diabetikere er særlig sensible overfor hypoglycæmi og har behov for tæt opfølgning og regulering af insulin for at forebygge og undgå dette. Intervention via projektet har vist, at hypoglycæmi er forebygget hos flere af deltagerne. Et andet fokusområde, hvor også plejepersonale i primærsektoren har en stor rolle, er fodpleje og observationer, så diabetiske fodsår forebygges og opdages i tide. I projektet er der i særlig grad fokuseret på vejledning og undervisning af plejepersonalet i primærsektoren, der har den daglige kontakt med diabetikeren.

Projektet har herudover givet erfaringer med tværsektorielt samarbejde i forhold til diabetespatienter med særlige behov. Der hersker stor kompleksitet i plejen og behandlingen af disse borgere, og i forhold til de sundhedsfaglige i primærsektoren er der stor villighed til at have en tæt dialog om, hvad der tjener diabetikeren bedst. Omkring samarbejdet med diabetikernes egen praktiserende læge er erfaringerne fra projektet sparsomme, og der mangler måske mere overordnede afklaringer og omstruktureringer, for at dette på sigt kan bedres.

Kilde: "Tværsektoriel diabetesforløbskoordinator" – Evaluering af pilotprojekt på Hvidovre Hospital, 2011-2012

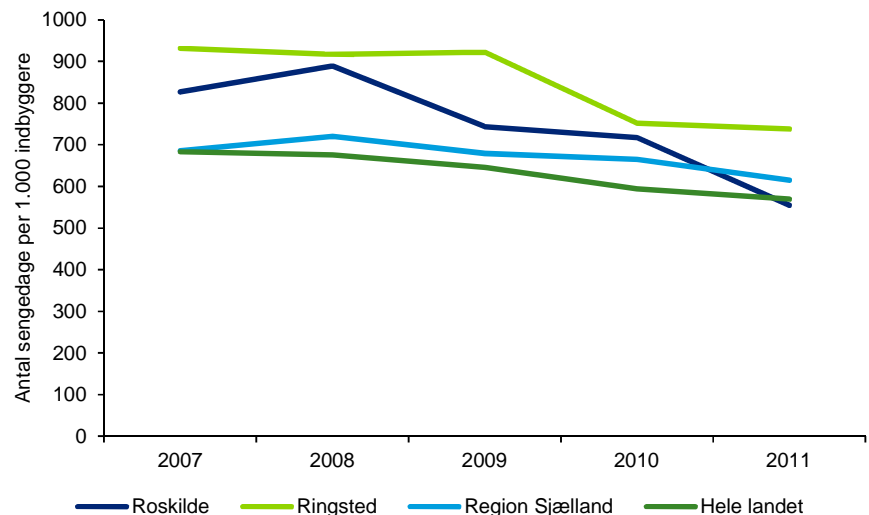
Der er i det foregående præsenteret eksempler på kommunale indsatser og indsatser fra hospitalernes side. Analysen viser, at det tværsektorielle samarbejde består af en bred vifte af indsatser, der i varierende omfang inddrager kommunerne, hospitalerne og almenpraktiserede læger. Og som fremført ovenfor, vurderer Deloitte, at der umiddelbart er store gevinster at hente i det tværsektorielle samarbejde gennem en bedre koordinering af indsatserne. Analysen viser, at det ofte kun handler om at få afgrænset en mødegruppe, fastlagt et tema og planlagt en møderække og indgå i samarbejdet i en positiv ånd for at rykke til et bedre niveau. De eksisterende rammer har således vist sig at kunne rumme mange muligheder for at styrke samarbejdet gennem en fokuseret indsats fra alle parter.

Roskilde Kommune

Roskilde Kommune er et eksempel på, at samlede og fokuserede indsatser dels i kommunen, dels i samarbejdet mellem kommune og hospital kan føre til klare forbedringer. Hvis man ser på antal sengedage per 1.000 indbyggere blandt borgere over 65 år for udvalgte medicinske patienter i perioden 2007-

2011 bevæger Roskilde Kommune sig fra at ligge på cirka 900 sengedage i 2008 til knap 600 i 2011. Det er samtidig en bevægelse fra godt 100 sengedage over landsgennemsnittet i 2007 til lige under landsgennemsnittet i 2011, jf. figuren nedenfor. Roskilde Kommune ligger således ikke ekstraordinært godt, men kommunen har vist, at det sammen med hospitalet er muligt at rykke sig meget på kort tid.

Figur 104. Antal sengedage per 1.000 indbyggere (65+ år) for udvalgte medicinske patienter i Roskilde og Ringsted kommuner, 2007-2011



Kilde: Landspatientregisteret.

Roskilde Kommune er i øvrigt blandt de kommuner, der har oplevet det største fald i antal sengedage per 1.000 indbyggere i perioden 2007-2011. Der er dog fortsat et stykke op til de kommuner, der ligger i kategorien med færrest antal sengedage for medicinske patienter per 1.000 indbyggere i 2011.

Forandringerne i Roskilde Kommune er ikke kommet af sig selv. Kommunen vurderer, at ændringerne i kurven er en følge af projektet Helhed i indsatsen for den ældre medicinske borger.

Boks 20. Roskilde Kommunes innovationspris: Helhed i indsatsen for den ældre medicinske borger

I 2011 deltog Roskilde Kommune i KL's innovationspris og vandt andenprisen med projektet Helhed i indsatsen for den ældre medicinske borger. Hele idéen med projektet var, at borgeren skulle blive i eget hjem og dermed undgå at blive patient på hospitalet. Projektet blev igangsat i 2008, og der har siden været arbejdet med en række initiativer.

1. Hele plejepersonalet er blevet opkvalificeret, og især frontpersonalet er blevet opkvalificeret i viden om håndtering af type-2-diabetes og viden om, hvordan de understøtter og aktiverer borgernes egne ressourcer. Ifølge kommunen har dette ført til, at flere borgere undgår uhensigtsmæssige indlæggelser.
2. Der er sat fokus på forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser. Blandt andet er der arbejdet med at reducere risikoen for faldulykker med lange indlæggelser som følge. Derudover er der sat fokus på, at borgerne får den rigtige kost for at forebygge underernæring, der ellers ofte fører til andre problemer som faldende aktivitetsniveau og dårligere funktionsevne. Der er ligeledes opnået store resultater gennem den indsats, kommunen kalder Hold hjulet i gang. Hjulet er en papskive, der med seks fokuspunkter gør det nemt for plejepersonalet at have målrettet fokus på ændringer i den ældre borgers tilstand, der på sigt ville kunne føre til indlæggelse. På hjulet angives det, at hjemme-sygeplejersken skal kontaktes ved ændringer.
3. Der er etableret en ordning med kommunale udskrivningskoordinatorer placeret på Roskilde og Køge sygehuse for at etablere gode udskrivningsforløb for ældre borgere. Det er to sagsbehandlere fra kommunens myndighedsservice, der er omplaceret som udskrivningskoordinatorer. Udskrivningskoordinatorerne samarbejder tæt med geriatrisk team, der er et veletableret samarbejde mellem Roskilde Sygehus og Roskilde Kommune.
4. Der er etableret rehabiliteringsboliger, der anvendes til borgere, der meldes færdigbehandlede fra hospitalet, men som er for dårlige til at klare sig i egen bolig. Rehabiliteringsboligerne er en mellemstation, hvor borgeren skal genvinde et bedre funktionsniveau og blive så uafhængig af hjælp som muligt. Her er træning ofte omdrejningspunktet, og indsatsen har ført til et løft i samarbejdet mellem pleje, sygepleje og genoptræning i kommunen. Inden tre dage skal borgeren i en rehabiliteringsbolig have et klart mål med opholdet, hvilket sættes ud fra en tværfaglig vurdering.
5. Kommunen og hospitalet har i fællesskab påbegyndt et pilotprojekt om risikoudskrivninger med henblik på at undgå forebyggelige genindlæggelser gennem en stærkere koordineret og planlagt udskrivning.
6. Kommunen og hospitalet har i samarbejde nedsat et innovationsforum, der skal skabe og afprøve nye tiltag til brobygning mellem hospital og borgernes hjem. Formålet er at udfordre organiseringen og flowet i samarbejdet om ældre patienter/borgere. Udover ansatte fra kommuner og hospitaler deltager repræsentanter fra almen praksis.

Kilde: Projektbeskrivelse for "Helhed i indsatsen for den ældre medicinske borger", Roskilde Kommune.

Det er således muligt at sammenholde de to fald på kurven for Roskilde Kommune, der viser, at der er tale om en væsentlig reduktion i antallet af sengedage per 1.000 indbyggere, med tidspunktet for indsatserne i projektet. I interviewet med Roskilde Kommune blev det således vurderet, at faldet på kurven i 2008 kan tilskrives ansættelse af udskrivningskoordinatorer i kommunen, der har deres daglige gang på hospitalet. Og faldet i 2010 vurderes at være en følge af et løft i kompetenceniveauet i hjemmeplejen.

Der er således gode indikationer på, at den samlede indsats i Roskilde Kommune har haft en stor virkning. Udviklingen i antal sengedage beror dog ikke alene på den kommunale indsats. Her er det vigtigt, at samarbejdet med hospitalet fungerer, og sådan er indsatsen også konstrueret, jf. punkterne 3, 5 og 6 i boksen ovenfor.

Internationale erfaringer med tværsektoriel koordinering

Der kan fremhæves mange eksempler på indsatser i andre lande, der går på tværs af sektorgrænser, og hvor hospitalerne rækker ind i primærsektoren og omvendt. Her præsenteres et eksempel fra Stockholm, hvor indlæggelser af multisyge patienter forebygges gennem telefonisk kontakt med specialist fra hospital.

Boks 21. Telefonisk kontakt til multisyge patienter – et eksempel fra Stockholm

En procent af befolkningen i Stockholm Län står for 30 procent af de totale udgifter til sundhedsvæsenet. Mange af de patienter indlægges ofte på akutmodtagelsen. Undersøgelsen satte fokus på, om et sygeplejerskedrevet kontaktprogram kan reducere behovet for akut behandling af disse patienter og øge deres livskvalitet.

Først blev patientgruppen identificeret, derefter fik patienterne en struktureret ansigt-til-ansigt-konsultation med specialiseret sygeplejerske, og derefter fik de regelmæssig støtte gennem planlagte telefonsamtaler, der fokuserede på at støtte og etablere relevante sundhedsfaglige kontakter udenfor akutmodtagelsen.

Resultatet viste, at hvis patientgruppen blev afgrænset rigtigt, vil indsatsen føre til, at patienternes livskvalitet øges, og forbruget af sundhedsydelse reduceres og dermed også omkostningerne. Omkostningerne per patient er faldet 26 procent hos interventionsgruppen i forhold til kontrolgruppen.

Kilde: Ann Fjellner, "Innovations in care delivery. Results from large-scale RCTs evaluating telephone based case-management", Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting.

Der er ikke i denne analyse foretaget konkrete beregninger af omkostningerne forbundet med at øge koordineringen mellem hospitaler, kommuner og almen praksis. Ligeledes er vi heller ikke blevet præsenteret for beregninger for indsatserne i regioner og kommuner. Der foreligger med andre ord ikke en systematisk evaluering af de forventelige effekter af de enkelte indsatser.

Kommunerne vurderer, at en del af de kommunale tiltag, fx screening af borgere og hverdagsrehabilitering, vil kunne reducere udgifterne til hjemmehjælp. Generelt er der dog meget få eksempler, hvor der er set på sammenhængen mellem økonomi og kvalitet i det tværsektorielle samarbejde. I boksen nedenfor gives et rids af konklusionerne fra en international rapport vedrørende denne sammenhæng.

Boks 22. Fører bedre koordinering til færre udgifter og højere kvalitet?

I en rapport udarbejdet til den engelske Health Foundation "Does clinical coordination improve quality and save money – a review of the evidence" kortlægges evidensen for betydningen af koordinering mellem aktørerne på sundhedsområdet i forhold til omkostningerne og kvaliteten. Overordnet viser rapporten, at en bedre koordinering nogle gange kan spare ressourcer og også øge kvaliteten. Men det afhænger af, hvilke indsatser der tages i brug, og hvordan de implementeres samt særlige aspekter af det konkrete sundhedssystem som for eksempel finansieringen af ydelserne.

Rapporten konstaterer, at fordi mange tiltag ikke er blevet evalueret, er det vigtigt at overveje både projekter, der tegner lovende, og projekter, der har vist sig at virke. De forskellige tiltags styrke vurderes også at afhænge af lokale forhold.

De eksempler, hvor bedre koordinering kombineret med andre forandringer kan føre til fald i omkostninger og løft i kvaliteten, er tiltag, der er med til at forebygge indlæggelser, samt kronikerprogrammer og generelt sygdomsforebyggende modeller. De mest omkostningseffektive tiltag anvender data til at identificere borgere, der er i risiko for at forværre deres sundhedstilstand. Her handler det om at sætte ind med de rigtige plejetiltag og det rigtige niveau for selvomsorg.

Udvalgte eksempler fra rapporten med stærkest evidens:

- Programmer for styring af sygdomme som alvorlig eller moderat astma, diabetes eller hjertepatienter med henblik på at forebygge indlæggelse.
- Multidisciplinære team til patienter med hjerteproblemer, hvor der følges op med uddannelse af patienten ved specialsygeplejerske.
- Nogle udskrivningsprogrammer, der er målrettet som støtte til ældre patienter med hjerteproblemer.

I forhold til udskrivningskoordinering konkluderer rapporten, at sådanne programmer næsten med sikkerhed koster mere end de sparer, hvis de kun skal give en vurdering af patientens behov.

Kilde: John Øvretveit: *Does clinical coordination improve quality and save money?*, Health Foundation, 2011.

Opsamling på tværsektorielt samarbejde

Der er blandt alle interviewede enighed om, at den opgaveflytning, der har fundet sted fra sekundærsektoren og over i primærsektoren, har ført til, at kommuner og almen praksis bliver stillet overfor opgaver, som de ikke tidligere har skullet håndtere. Ændringen i hospitalsvæsenet har ført til længere afstand til hospitalerne for flere borgere, og patienterne bliver hurtigere udskrevet, hvilket flere af deltagerne i analysen ikke altid vurderer er hensigtsmæssigt for en ældre borger.

I alle interviewene fremføres det, at det generelt er bedst, hvis borgerne kan undgå indlæggelser på hospitalet. En højere grad af sundhedsfaglige kompetencer i den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje vurderes at ville kunne bidrage til en sådan udvikling. Hjemmeplejen har en regelmæssig kontakt til en vis andel af de ældre borgere, og et højere kompetenceniveau vurderes at ville indebære en tidligere opsporing af risici og sygdomme hos den ældre medicinske patient. De kommuner, der har sat fokus på at øge kompetenceniveauet i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, mener, at det har ført til bedre og mere stabile forløb for de ældre medicinske patienter, der har kontakt til kommunen. COWI har anlagt samme vurdering i sin analyse af potentialet for forbedret kommunal forebyggelse af hospitalskontakt.

Analysen peger på, at et tæt samarbejde omkring udskrivning mellem hospitaler og kommuner i form af udskrivningskoordinatorer – gerne i form af de kommunale udskrivningskoordinatorers fremmøde på afdelingerne – sikrer patienterne/borgerne væsentlig bedre forløb, hvor kommunerne eksempelvis er klar med nødvendige hjælpemidler.

Opfølgende hjemmebesøg forestået af almenpraktiserende læge og hjemmesygeplejerske vurderes af alle deltagende parter i analysen at være et godt redskab, der kan bidrage til at reducere risikoen for genindlæggelser og nye indlæggelser for skrøbelige ældre medicinske borgere. Dette er blandt de tiltag, som COWI tilskriver størst potentiale for at forebygge indlæggelse.

Hospitalerne kan etablere klinikker og andre tilbud med eksempelvis udgående team til kronikere og skrøbelige ældre medicinske borgere, hvilket har vist at give borgerne et mere stabilt helbred. Samtidig vil det bidrage til et løft i det sundhedsfaglige niveau i behandlingen af borgerne i primærsektoren.

Kommunale akut-/aflastningspladser vurderes at være ét blandt flere alternativer til indlæggelse, herunder en mulighed for at reducere indlæggelsestiden, hvis borgerne er blevet udredt på eksempelvis en akutmodtagelse, og hvis kommunen har mulighed for at stille de nødvendige kompetencer til rådighed. COWI når samme konklusion i sin rapport.

Når patienterne er indlagt, viser patientinventeringer og spildanalyser, at en betydelig del af de indlagte patienter på de medicinske afdelinger kunne modtage behandling og pleje på et andet omsorgsniveau end en hospitalseng. Det indikerer, at der er mulighed for at udskrive patienterne tidligere end hidtil, og som det anføres nedenfor, vurderer aktørerne i analysen, at

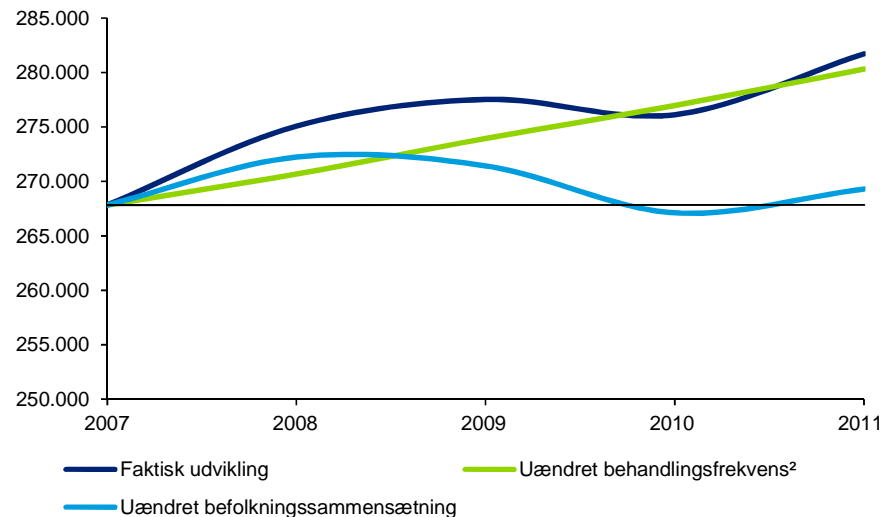
kommunerne med de rette midler til rådighed kan gribe tidligere ind, så en borger ikke ender med en indlæggelse.

Flere af de interviewede kommuner har fremhævet, at de før forandringerne på hospitalsområdet som regel indlagde en ældre medicinsk patient ved tegn på sygdom. Nu vurderer de i langt højere grad, om det er nødvendigt med indlæggelse af borgeren. Vurderingen blandt alle de interviewede kommunale repræsentanter er derfor også, at opgaveflytningen samtidig bør følges af et kompetenceløft af personalet i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, så hjemmesygeplejen går fra tidligere at have været generalister til fremadrettet at være både generalister og specialister i forhold til udvalgte områder.

På baggrund af interviewene med kommuner, hospitaler og almenpraktiserende læger vurderer Deloitte, at jo bedre samarbejdet formelt set er organiseret med jævnlige møder mellem parterne både på medarbejder- og på ledelsesniveau, jo bedre synes det at fungere. Det forudsætter dels, at der er en åbenhed overfor de andre aktører i forhold til at indrette samarbejdet, dels at den enkelte aktør er villig til at kigge indad og fjerne barriererne for samarbejdet i egen organisation.

5. Bilag

Figur 105. Udvikling i antal indlagte patienter på de medicinske afdelinger¹, 2007-2012

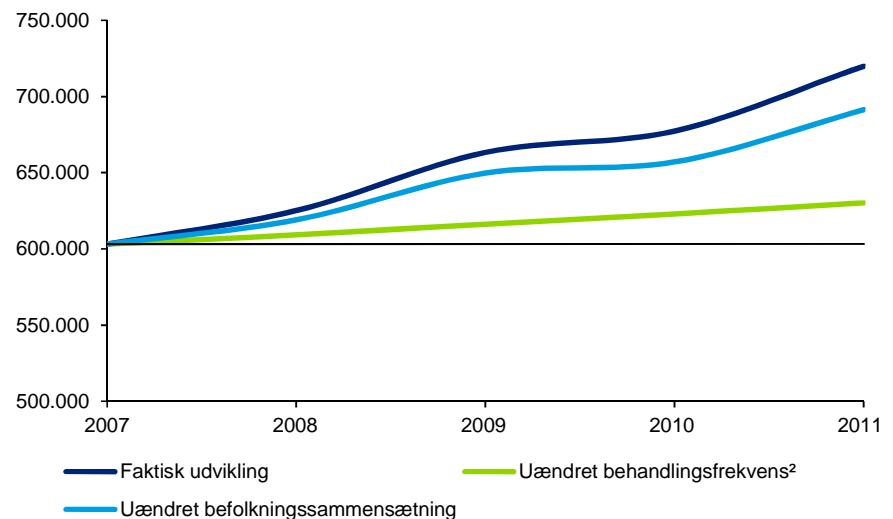


Kilder: Landspatientregisteret og Danmarks Statistik.

¹ Udviklingen i det samlede antal patienter er beregnet ud fra udviklingen i aldersintervaller af fem år fra 0-4 år til 85+ år.

² Antal patienter per 1.000 indbyggere.

Figur 106. Udvikling i antal indlagte patienter på de medicinske afdelinger¹, 2007-2012

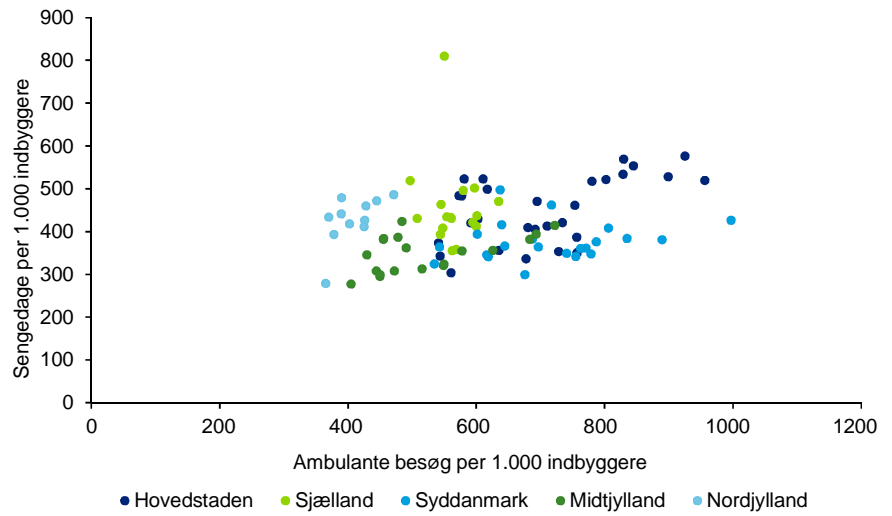


Kilder: Landspatientregisteret og Danmarks Statistik.

¹ Udviklingen i det samlede antal patienter er beregnet ud fra udviklingen i aldersintervaller af fem år fra 0-4 år til 85+ år.

² Antal patienter per 1.000 indbyggere.

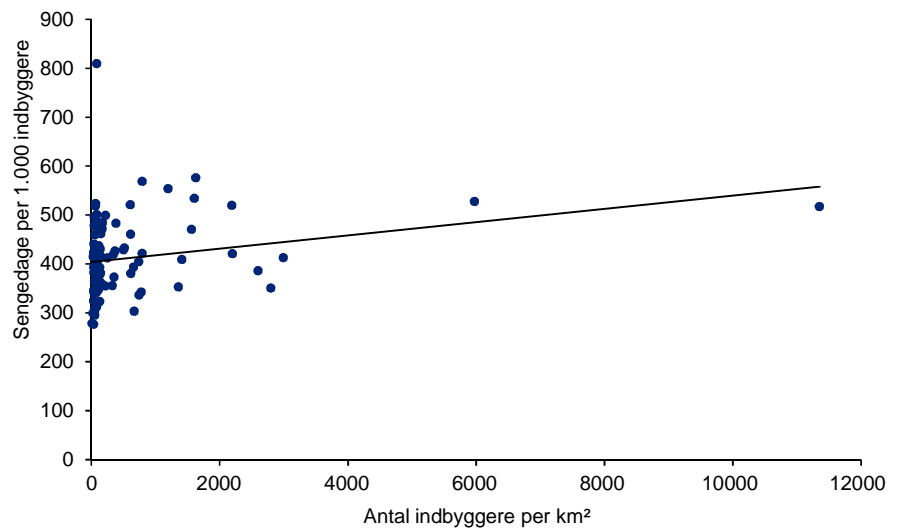
Figur 107. Plot af kommuner opdelt på antal sengedage per 1.000 indbyggere og ambulante besøg per 1.000 indbyggere opdelt på regioner, 2011



Kilder: Landspatientregisteret og Danmarks Statistik.

Noter: Opgørelsen er standardiseret for alder.

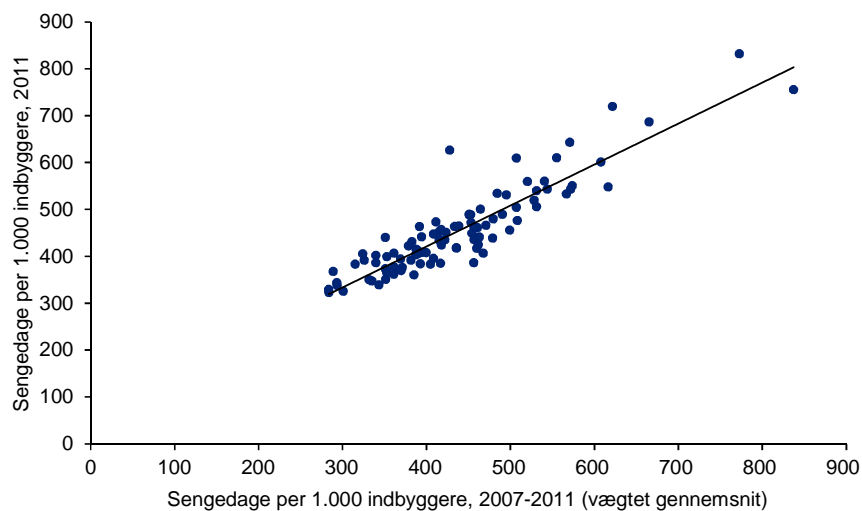
Figur 108. Sammenhæng mellem antal sengedage på medicinske afdelinger per 1.000 indbyggere og kommunernes befolkningstæthed, 2011



Kilder: Landspatientregisteret og Danmarks Statistik.

Noter: R^2 for den illustrerede trendlinje er 0,05. Opgørelsen er standardiseret for alder.

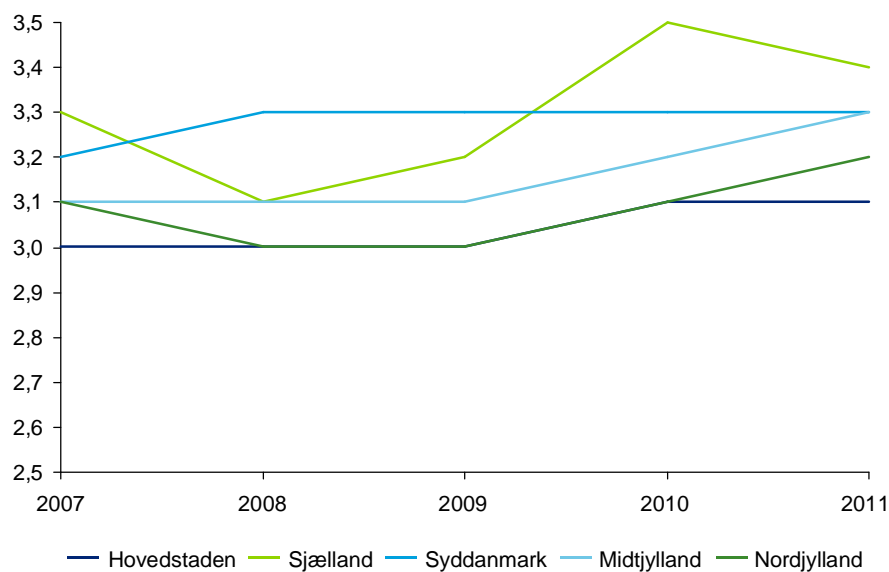
Figur 109. Kommunerne opdelt på sengedage per 1.000 indbyggere 2011 og 2007-2011 (vægtet gennemsnit)



Kilder: Landspatientregisteret og Danmarks Statistik.

Note: R^2 for den viste trendlinje er 0,82.

Figur 110. Gennemsnitligt antal diagnoser for unikke indlagte medicinske patienter opdelt på regioner, 2007-2011



Kilder: Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret.

Tabel 19. Oversigt over diagnosegrupper/-koder for udvalgte patienttyper

Patientgruppe	Diagnosegrupper	Diagnosekoder
1. Blodforgiftning/infektioner	Anden sepsis/klinisk infektion, sepsis, rosen UNS, bakteriel infektion UNS og feber UNS	DA415, DA419, DA499(A) og DR509
2. Luftvejsinfektioner/ respirationsinsufficiens	Respirationsinsufficiens, akut bronkitis, kronisk nedre luftvejs sygdom og lungebetændelse	DJ40-47, DJ12-15, DJ18, DJ20-22 og DJ960-969
3. Blærebetændelse	Blærebetændelse og urosepsis	DA419B og DN30, undtagen DN303 og DN304
4. Væskemangel	Væskemangel	DE869
5. Genoptræning	Genoptræning	DZ50

Boks 23: Beskrivelse af illustrerede patientforløb

Patientforløb (B) påbegyndes med en ambulant kontakt efterfulgt af fire indlæggelser. Patienten har således været udskrevet tre gange og kort tid efter indlagt igen. Efter den fjerde udskrivning følger en ambulant kontakt med ni ambulante besøg, der afslutter patientforløbet. De fire separate indlæggelser i forlængelse af hinanden er i den numeriske streng angivet som I4, og de ni ambulante besøg bliver til A9.

Patientforløb (C) er et eksempel, hvor der er mange skift i kontakttypen, hvilket resulterer i en lang numerisk betegnelse af forløbet. De otte kontakter i patientforløbet resulterer i otte talpar, fordi der ikke er to ens kontakttyper i forlængelse af hinanden.

I eksempel (D) løber det sidste ambulante forløb hen over årsskiftet 2011/2012. Når det forekommer, medtages den del af forløbet ikke, der rækker ind i 2012. Selvom den sidste ambulante del af patientforløbet rummer i alt ni ambulante besøg, er det alene de seks første, der tælles med, og derfor bliver den ambulante kontakt angivet ved A6.

Det sidste eksempel (E) påbegyndes kort før årsskiftet 2006/2007 med to ambulante besøg i 2006. Alle fire ambulante besøg medtages i opgørelsen af forløbet, der strækker sig helt til starten af 2011.

Om Deloitte

Deloitte leverer ydelser inden for Revision, Skat, Consulting og Financial Advisory til både offentlige og private virksomheder i en lang række brancher. Vores globale netværk med medlemsfirmaer i mere end 150 lande sikrer, at vi kan stille stærke kompetencer til rådighed og yde service af højeste kvalitet, når vi skal hjælpe vores kunder med at løse deres mest komplekse forretningsmæssige udfordringer. Deloitte's ca. 182.000 medarbejdere arbejder målrettet efter at sætte den højeste standard.

Deloitte Touche Tohmatsu Limited

Deloitte er en betegnelse for Deloitte Touche Tohmatsu Limited, der er et britisk selskab med begrænset ansvar, og dets netværk af medlemsfirmaer. Hvert medlemsfirma udgør en separat og uafhængig juridisk enhed. Vi henviser til www.deloitte.com/about for en udførlig beskrivelse af den juridiske struktur i Deloitte Touche Tohmatsu Limited og dets medlemsfirmaer.