

2014

# INDBLIK I SUNDHEDSVÆSENETS RESULTATER





Indblik i sundhedsvæsenets resultater

**Udarbejdet af:** KL, Danske Regioner, Finansministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

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

**Udgivet af:**

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Holbergsgade 6

1057 København K.

Telefon: 72 26 90 00

Telefax: 72 26 90 01

E-post: [sum@sum.dk](mailto:sum@sum.dk)

EAN – lokationsnummer: 5798000362055

Udgave: 1.1

Udgivelsesdato: 23. maj 2014

Udgavedato: 26. maj 2014

Udgives kun elektronisk - ISBN: 978-87-7601-352-3

Publikationen er tilgængelig på <http://www.sum.dk>

# Indholdsfortegnelse

<b>RESUMÉ .....</b>	<b>4</b>
<b>1 INDLEDNING .....</b>	<b>9</b>
1.1 BAGGRUND OG FORMÅL .....	9
1.2 OM INDIKATORERNE .....	10
1.3 LÆSEVEJLEDNING .....	13
<b>2 DET DANSKE SUNDHEDSVÆSEN I NØGLETAL .....</b>	<b>15</b>
<b>3 INDIKATORER OG RESULTATER I OVERBLIK .....</b>	<b>17</b>
3.1 DEN SENESTE UDVIKLING PÅ LANDSPLAN .....	17
3.2 OVERBLIK OVER REGIONALE OG KOMMUNALE FORSKELLE .....	19
<b>4 FORBEDRINGER I BEFOLKNINGENS SUNDHEDSTILSTAND .....</b>	<b>23</b>
4.1 FOLKESUNDHED .....	26
4.2 FOREBYGGELSE AF UHENSIGTSMÆSSIGE INDLÆGGELSER .....	28
4.3 PATIENTSIKKERHED .....	39
4.4 KVALITET I SUNDHEDSVÆSENET .....	42
<b>5 PATIENTINDDRAGELSE .....</b>	<b>46</b>
5.1 PATIENTTILFREDSHED .....	48
5.2 VENTETIDER .....	49
5.3 SAMMENHÆNG FOR PATIENTEN .....	54
<b>6 UDGIFTER PR. BORGER .....</b>	<b>55</b>
6.1 ET EFFEKTIVT SUNDHEDSVÆSEN .....	56
6.2 UDGIFTER PR. BORGER .....	58
<b>7 TEMA: BORGERE MED DE KRONISKE SYGDOMME LEDDEGIGT, KOL OG OSTEOPOROSE .....</b>	<b>62</b>
7.1 RESUMÉ .....	63
7.2 FOREKOMSTEN AF DE TRE UDVALGTE KRONISKE SYGDOMME .....	68
7.3 FORBRUG AF SUNDHEDSYDELSER FOR BORGERE MED DE TRE KRONISKE SYGDOMME LEDDEGIGT, KOL OG OSTEOPOROSE .....	73
7.4 UHENSIGTSMÆSSIGE SYGEHUSINDLÆGGELSER FOR BORGERE MED DE TRE UDVALGTE KRONISKE SYGDOMME .....	85
7.5 SYGEHUSAKTIVITET VEDRØRENDE AKTIONSDIAGNOSEN KOL .....	90
7.6 MEDICINFORBRUG OG UDGIFTER FOR BORGERE MED DE TRE UDVALGTE KRONISKE SYGDOMME .....	92
7.7 UDGIFTER TIL SUNDHEDSYDELSER FOR BORGERE MED DE TRE UDVALGTE KRONISKE SYGDOMME .....	94
7.8 TILKNYTNING TIL ARBEJDSMARKEDET FOR BORGERE MED DE TRE UDVALGTE KRONISKE SYGDOMME .....	99
<b>BILAG 1: METODER .....</b>	<b>102</b>
<b>BILAG 2: BESKRIVELSE AF INDIKATORER .....</b>	<b>105</b>
<b>BILAG 3: METODER OG INDIKATORER I TEMAKAPITEL .....</b>	<b>114</b>
METODE FOR OPGØRELSE FOR BORGERE MED DE KRONISKE SYGDOMME LEDDEGIGT, KOL OSTEOPOROSE .....	114
BESKRIVELSE AF INDIKATORER FOR BORGERE MED DE TRE UDVALGTE KRONISKE SYGDOMME .....	119
<b>BILAG 4: BESKRIVELSE AF GODE EKSEMPLER .....</b>	<b>123</b>
EKSEMPLER PÅ KOMMUNALE INDSATSER .....	123
EKSEMPLER PÅ REGIONALE INDSATSER .....	130
<b>BILAG 5: RESULTATER EFTER REGION .....</b>	<b>141</b>
<b>BILAG 6: RESULTATER EFTER KOMMUNE .....</b>	<b>142</b>

KOMMUNER MED 5-6 RESULTATER BEDRE END LANDSRESULTATET.....	143
KOMMUNER MED 3-4 RESULTATER BEDRE END LANDSRESULTATET.....	149
KOMMUNER MED 0-2 RESULTATER BEDRE END LANDSRESULTATET.....	156
<b>BILAG 7: RESULTATER FRA TEMAKAPITEL OM BORGERE MED DE KRONISKE SYGDOMME LEDDEGIGT, KOL OG OSTEOPOROSE .....</b>	<b>160</b>

# Resumé

Internationalt vurderes synlighed om resultater blandt de væsentligste faktorer til at drive kvalitet og effektivitet på sundhedsområdet – og dermed sikre mere sundhed for pengene.

OECD har i 2013 konkluderet, at Danmark har sundhedsdata af høj kvalitet, men at der er klare potentialer for bedre brug af data i sundhedsvæsenet f.eks. ved at sammenligne kvalitet i behandlingen på tværs af regioner og skabe synlighed om resultater<sup>1</sup>. Med økonomaftalen for 2014 er regeringen, Danske Regioner og KL enige om en Synlighedsreform, der skal styrke fokus på sundhedsvæsenets resultater.

*Indblik i sundhedsvæsenets resultater* beskriver ud fra en række udvalgte indikatorer udviklingen i sundhedsvæsenets resultater og forskelle i resultater mellem de fem regioner og de 98 kommuner. Rapporten kan bidrage til sammenligning og opfølgning på sundhedsvæsenets resultater – både i staten, regioner og kommuner.

I dette resumé fremhæves 10 indikatorer, som giver et hurtigt indblik i sundhedsvæsenets resultater. De 10 indikatorer omhandler uhensigtsmæssige indlæggelser på sygehuse, ventetider og produktivitet i sygehusvæsenet. To indikatorer går igen for regionerne og kommunerne<sup>2</sup>.

Overordnet kan det fremhæves, at resultaterne på landsplan i 2013 for de 10 indikatorer enten er forbedret eller uændret i forhold til 2012, *jf. boks 1*. Der er dog samtidigt forskelle i resultaterne blandt de fem regioner og 98 kommuner.

For de uhensigtsmæssige indlæggelser på sygehuse, der bl.a. omfatter akutte genindlæggelser, forebyggelige indlæggelser blandt ældre og akutte medicinske korttidsindlæggelser, er resultaterne uændret i forhold til 2012.

Ventetiderne i sundhedsvæsenet er ligeledes uændrede i forhold til 2012, dog har ventetiden for børn og unge i det psykiatriske sygehusvæsen siden 2010 været faldende.

Produktiviteten på sygehuse er desuden fortsat i fremgang (perioden 2011 til 2012).

---

<sup>1</sup> OECD, 2013: *OECD Reviews of Health Care Quality – Denmark*.

<sup>2</sup> Det gælder indikatorerne "Akutte genindlæggelser" og "Akutte medicinske korttidsindlæggelser".

## Boks 1

### Udvikling på landsplan i uhensigtsmæssige indlæggelser, ventetider og produktivitet, 2012-2013

#### Forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser på sygehuse

Akutte genindlæggelser	↔
Forebyggelige indlæggelser blandt ældre	↔
Akutte medicinske korttidsindlæggelser	↔
Dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt, somatik	↔
Dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt, psykiatri	↔

#### Ventetider

Ventetid til genoptræning i kommuner	↔
Ventetid for børn/unge i det psykiatriske sygehusvæsen	↓
Ventetid for voksne i det psykiatriske sygehusvæsen	↔
Ventetid til sygehusoperation	↔

#### Produktivitet

Produktivitet på sygehuse <sup>1</sup>	↑
--	---

↑↓ Forbedret resultat i forhold til sidste periode (stigning eller fald)

↓↑ Forværret resultat i forhold til sidste periode (stigning eller fald)

↔ Ingen ændring i forhold til sidste periode

<sup>1</sup> 2011-2012.

Region Midtjylland og Region Hovedstaden havde i 2013 den laveste andel af akutte genindlæggelser, mens Region Syddanmark og Region Nordjylland havde færre akutte medicinske korttidsindlæggelser end de øvrige regioner, *jf. figur 1 og figur 2*.

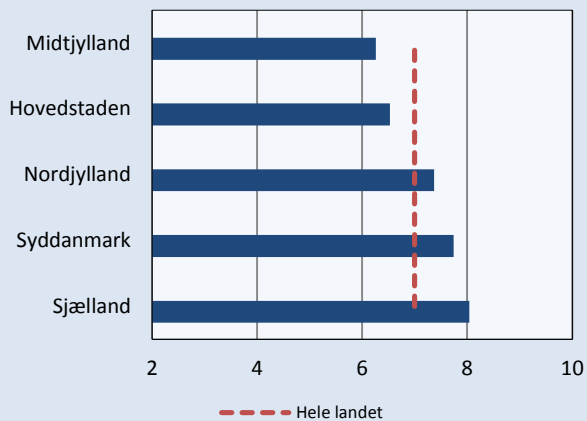
Ventetiderne i sygehusvæsenet i 2013 er præget af forskelle fra region til region.

Region Syddanmark og Region Sjælland havde de laveste ventetider til behandling i psykiatrien i 2013, *jf. figur 3 og figur 4*. Region Syddanmark havde ligeledes den laveste ventetid til sygehusoperation af de fem regioner, *jf. figur 5*.

Produktiviteten på sygehuse, der som førnævnt har været stigende gennem flere år, var højest i Region Syddanmark i 2012, *jf. figur 6*.

**Figur 1**

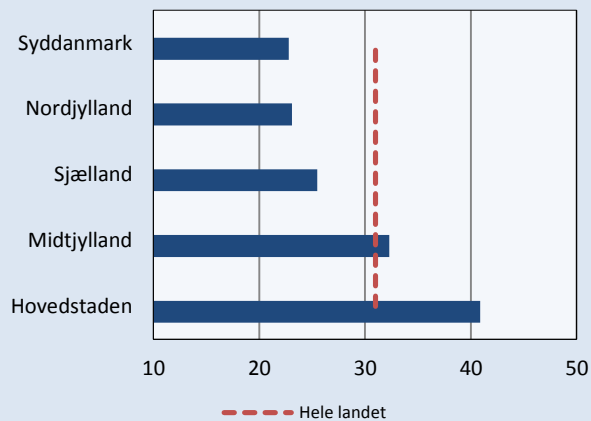
**Akutte genindlæggelser, andel af alle genindlæggelser, 2013, pct.**



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

**Figur 2**

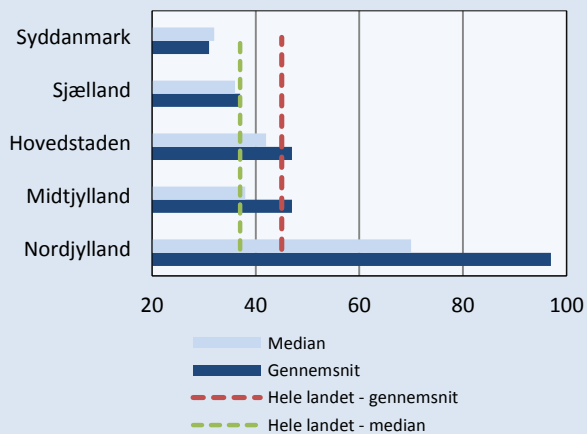
**Akutte medicinske korttidsindlæggelser, 2013, indlæggelser pr. 1.000 borgere**



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

**Figur 3**

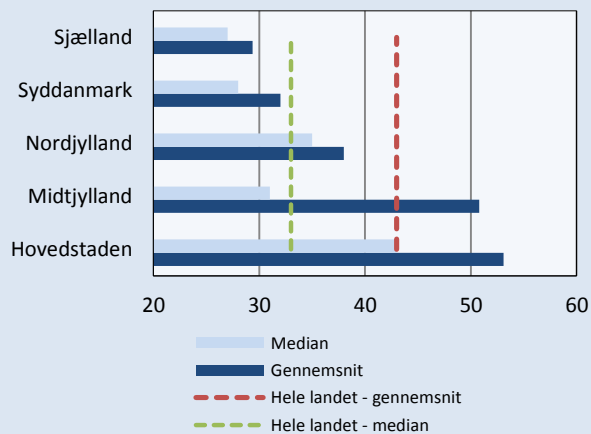
**Ventetid i det psykiatriske sygehusvæsen, 0-18 årige, 2013, dage**



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

**Figur 4**

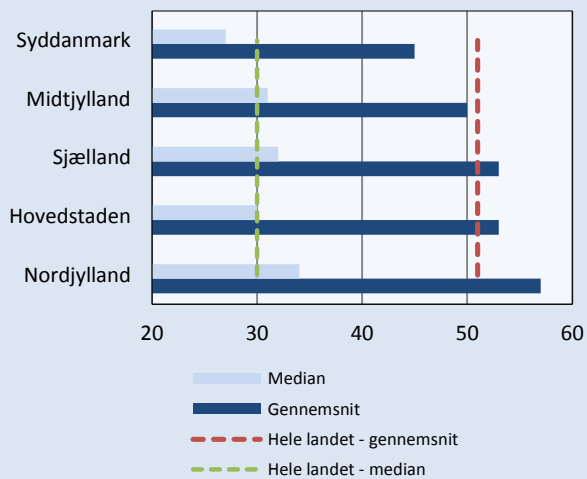
**Ventetid i det psykiatriske sygehusvæsen, 19+ årige, 2013, dage**



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

**Figur 5**

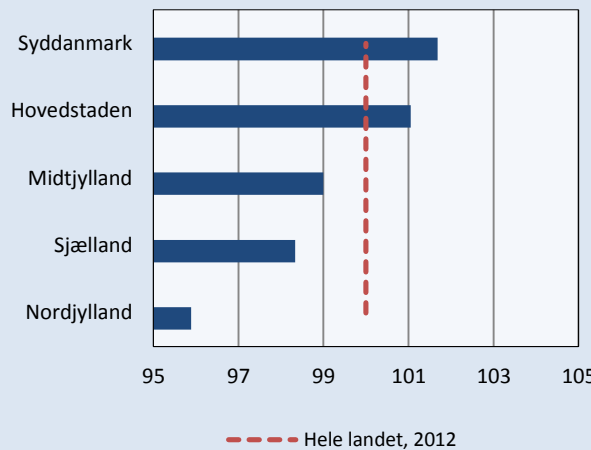
**Ventetid til sygehusoperation, 2013, dage**



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

**Figur 6**

**Produktivitet på sygehuse, efter region, 2012, indekstal (hele landet=100)**



Kilde: DRG-systemet, Statens Serum Institut



Kommunerne har – sammen med regionerne – til en vis grad mulighed for at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser og undgå, at færdigbehandlede patienter optager en seng på sygehuse.

Kommunale forskelle i akutte genindlæggelser, akutte medicinske korttidsindlæggelser, forebyggelige indlæggelser og færdigbehandlingsdage indikerer, at der kan være et forbedringspotentiale i forhold til den fælles patientrettede forebyggelsesindsats.

I de 10 kommuner med relativt færrest akutte genindlæggelser var andelen af genindlæggelser ud af samtlige indlæggelser ca. 4 pct. eller derunder i 2013, *jf. figur 7*. Blandt de 10 kommuner med flest genindlæggelser var andelen 8 pct. eller derover.

Antallet af forebyggelige indlæggelser blandt ældre var særligt lavt i en række nordjyske kommuner i 2013, *jf. figur 8*. I Morsø, Thisted, Mariagerfjord, Læsø og Vesthimmerlands kommuner lå antallet på under 40 pr. 1.000 indbyggere. I de 10 kommuner med flest forebyggelige indlæggelser lå antallet på 78 pr. 1.000 borgere eller derover.

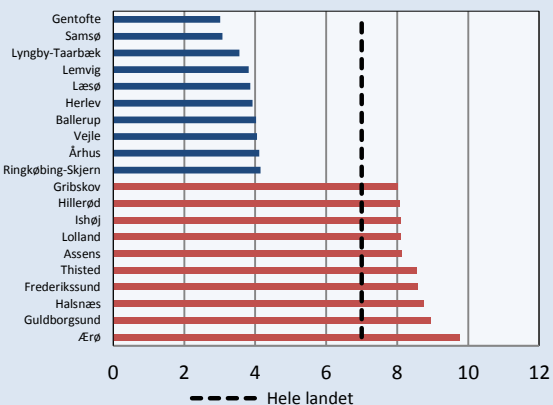
Særligt en række kommuner på Fyn havde få akutte medicinske korttidsindlæggelser i 2013, *jf. figur 9*. Det gælder bl.a. Faaborg-Midtfyn, Nordfyns, Assens og Svendborg kommuner, hvor antallet lå på 10 indlæggelser pr. 1.000 borgere. De 10 kommuner med flest korttidsindlæggelser havde derimod ca. 50 eller flere korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere.

Færdigbehandlede, der optager en seng på sygehusene, er et fænomen, der især gør sig gældende i en række kommuner i hovedstadsområdet, *jf. figur 10 og figur 11*.

Ventetiden til genoptræning i kommuner varierer ligeledes mellem kommuner. I de 10 kommuner med korteste ventetid i 2013, lå median-ventetiden på 11 dage eller derunder, mens den lå på 21 dage eller derover i de 10 kommuner med længst ventetid, *jf. figur 12*.

**Figur 7**

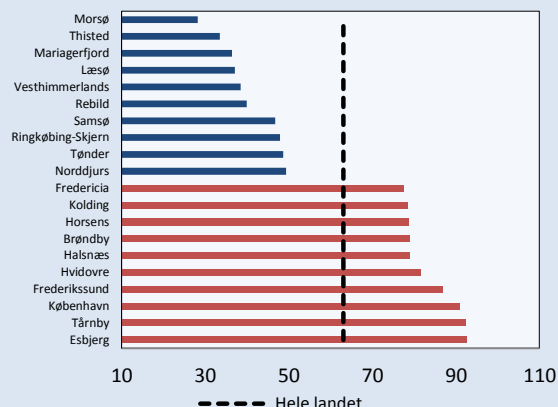
**Akutte genindlæggelser, andel af alle indlæggelser, 2013, pct. - 10 kommuner med højeste/laveste andel**



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.  
Anm.: Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

**Figur 8**

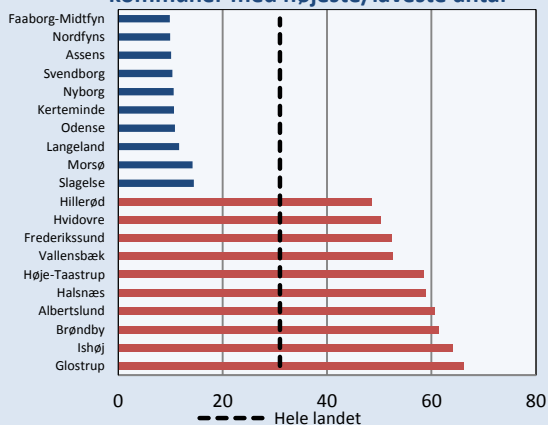
**Forebyggelige indlæggelser, 2013, antal pr. 1.000 ældre (65+ år) - 10 kommuner med højeste/laveste antal**



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.  
Anm.: Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

**Figur 9**

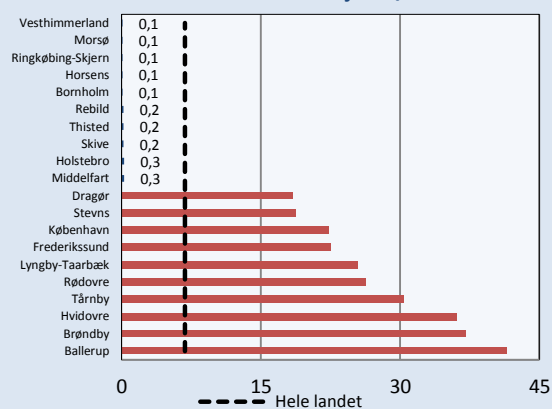
**Akutte medicinske korttidsindlæggelser, 2013, antal pr. 1.000 borgere - 10 kommuner med højeste/laveste antal**



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.  
Anm.: Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

**Figur 10**

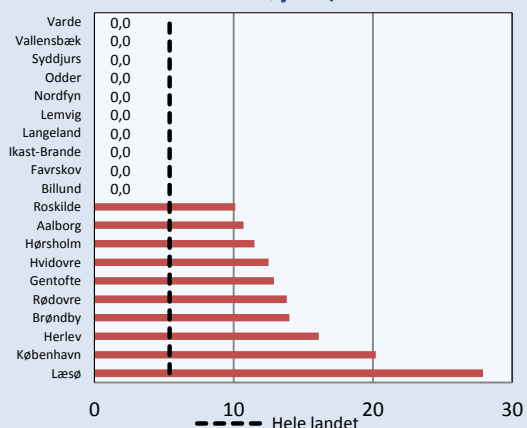
**Somatiske færdigbehandlingsdage på sygehuse, 2013, antal pr. 1.000 borgere - 10 kommuner med højeste/laveste antal**



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

**Figur 11**

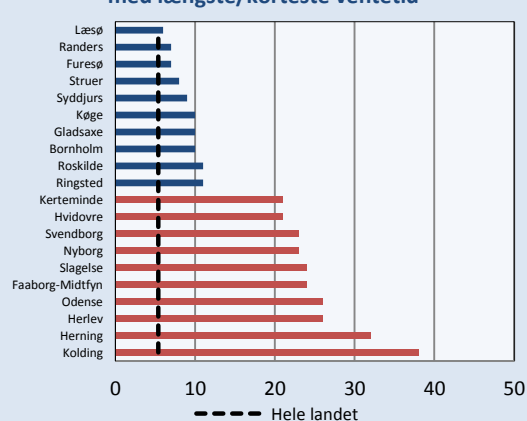
**Psykiatriske færdigbehandlingsdage på sygehuse, 2013, antal pr. 1.000 borgere - 10 kommuner med højeste/laveste antal**



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.  
Anm.: Flere end 10 kommuner har 0 færdigbehandlingsdage.

**Figur 12**

**Median ventetid til genoptræning i kommuner, 2013, dage - 10 kommuner med længste/korteste ventetid**



Kilde: Landspatientregisteret og Register over genoptræning efter sundhedsloven, Statens Serum Institut.

# 1 Indledning

## 1.1 Baggrund og formål

KL, Danske Regioner og regeringen har udvalgt knap 50 indikatorer, som på forskellig vis belyser sundhedsvæsenets resultater, bl.a. i forhold til kvalitet, effektivitet, patientinddragelse og ventetider. Denne rapport beskriver de indikatorbaserede resultater. Det gælder såvel udviklingen i resultaterne som forskelle i resultater mellem de ansvarlige for sundhedsvæsenet - de fem regioner og 98 kommuner.

Åbenhed om resultater kan motivere til refleksion over, hvor der er mulighed for forbedring, og kan medvirke til et øget ledelsesmæssigt fokus på indsatser, der kan forbedre resultaterne. Systematiske sammenligninger kan desuden bidrage til, at klinikere og administratorer i regioner og kommuner kan identificere, hvem de kan hente inspiration fra for at blive bedre.

Et andet formål med rapporten er at give offentligheden adgang til flere oplysninger om det danske sundhedsvæsen. Borgere, patienter og den øvrige offentlighed har et naturligt krav på at få indblik i det offentligt finansierede danske sundhedsvæsenes resultater. Åbenhed om resultater kan desuden stimulere offentlige diskussioner og debat om sundhedsvæsenet og kan derved medvirke til at give et bedre beslutningsgrundlag for politikere, administratorer og klinikere.

Rapporten skal derudover ses i sammenhæng med, at KL, Danske Regioner og regeringen er enige om at øge synligheden om resultater på sundhedsområdet baseret på principper om relevant dokumentation af hele sundhedsvæsenet, åbenhed om resultater og forbedring af indsatser.

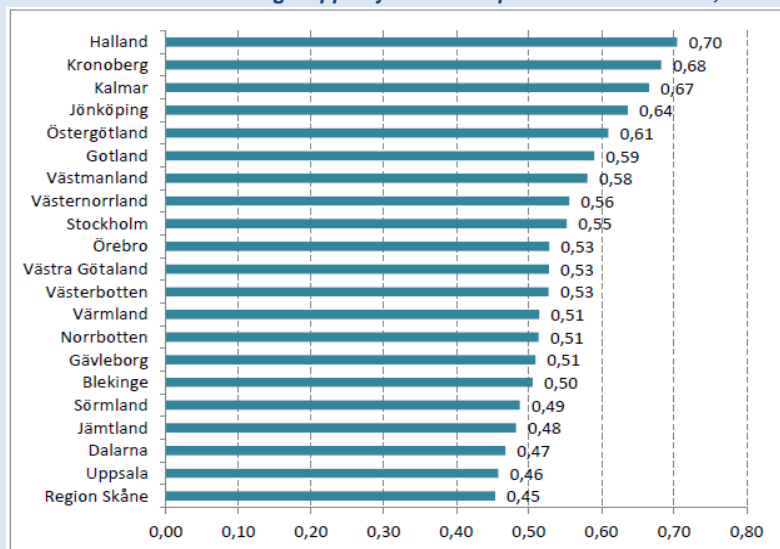
Internationale erfaringer viser i den forbindelse, at synlighed om resultater kan være en drivkraft for forbedringer af sundhedsvæsenets indsats til gavn for patienterne. I bl.a. Sverige har man igennem flere år arbejdet med synliggørelse af resultater. På regionalt plan i Danmark har man gennem flere år fuldt op på blandt andet økonomi, aktivitet og kvalitet i sundhedsvæsenet i den regionale ledelsesinformation til brug for den regionale styring og planlægning, *jf. boks 2*.

## Boks 2

### Synlighed om resultater i Sverige og Region Hovedstaden

I Sverige har man i flere år opgjort målinger af kommuner og landtings resultater inden for forskellige velfærdsområder i *Öppna jämförelser*. På sundhedsområdet omfatter opgørelsen af landstingenes resultater ca. 150 indikatorer inden for 11 områder. For at skabe et overblik over landstingenes resultater på sundhedsområdet beregnes og præsenteres bl.a. et indeks. Der beregnes både ét samlet indeks, *jf. nedenstående figur, og indeks* for de forskellige indikatorområder.

#### Samlet indeks for landsting i *Öppna jämförelser på sundhedsområdet, 2013*



I Region Hovedstaden pågår et arbejde med at lave et overordnet mål for den samlede kvalitet på sygehusene. Konkret udvikles en "kongeindikator", som tager afsæt i de ca. 60 landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser.

Det indebærer, at der udvælges 5-10 indikatorer, der afspejler god kvalitet. Indikatorerne, som udtrykker god sygehuskvalitet på det konkrete sygdomsområde, og de tilhørende standarder, er fastsat af fagspecialister på tværs af hele landet indenfor de pågældende sygdomsområder. Der er derfor bred faglig og klinisk konsensus omkring indikatorerne i de kliniske kvalitetsdatabaser, ligesom der er enighed om, at indikatorerne afspejler god behandlingskvalitet.

"Kongeindikatoren" foreslås af Region Hovedstaden målt som antallet af indikatorer i de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, hvor standarden er opfyldt, som andel af samtlige indikatorer med standarder.

"Kongeindikatoren" udtrykker, i hvilken udstrækning der på sygehusene samlet leves op til de til enhver tid gældende faglige standarder og indikatorer. Det skønnes på baggrund af en vurdering af de seneste årsrapporter fra databaserne, at målopfyldelsen aktuelt i Region Hovedstaden vil være i størrelsesordenen 60-70 pct.

Af fordele ved kongeindikatoren nævnes, at det er muligt at dykke ned i data og få indsigt i, hvad det er, der over tid er sket, som har medført en såvel positiv som negativ udvikling. Som en anden fordel nævnes muligheden for benchmarking på tværs af regioner, sygehuse og afdelinger.

Kilder: *Öppna jämförelser i överblick, Sveriges Kommuner och Landsting (2013).*

*"Kongeindikator" fra de kliniske kvalitetsdatabaser – HSMRs afløser?, Kronik, Ugeskr Læger, 6/2014.*

## 1.2 Om indikatorerne

De knap 50 indikatorer er udvalgt med udgangspunkt i målsætninger om, at sundhedsvæsenet på en og samme tid skal forbedre befolkningens sundhedstilstand, sikre patientinddragelse og opnå lave udgifter pr. borger<sup>3</sup>, *jf. boks 3.*

<sup>3</sup> Det fremgår af aftale om regionernes økonomi for 2013, at Regeringen og Danske Regioner er enige om, at sundhedsvæsenet på samme tid skal stræbe efter disse tre overordnede målsætninger.

## Boks 3

### Oversigt over indikatorer

#### FORBEDRINGER I BEFOLKNINGENS SUNDHED

##### **Folkesundhed**

Middellevetid  
Borgere med en eller flere udvalgte kroniske sygdomme  
Rygere i befolkningen  
Borgere med skadeligt alkoholforbrug  
Overvægtige i befolkningen  
Borgere med moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden

##### **Fastholdelse af syge på arbejdsmarkedet**

Indikator

##### **Forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser på sygehuse**

Akutte genindlæggelser  
Akutte indlæggelser efter ambulante operationer  
Forebyggelige indlæggelser blandt ældre  
Akutte medicinske korttidsindlæggelser  
Dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt (somatik)  
Dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt (psykiatri)

##### **Patientsikkerhed**

Sygedødelighed  
Skader på patienter  
Sygehusinfektioner

##### **Kvalitet i sundhedsvæsenet**

Funktionsevne efter kommunal genoptræning  
Reoperation efter diskusprolaps i lænd  
Reoperation efter diskusprolaps i nakke  
Indlæggelsestid på sygehuse  
Brug og overholdelse af kliniske retningslinjer  
Dødelighed efter behandling for specifikke sygdomme  
1-års overlevelse efter kræft, mænd  
1-års overlevelse efter kræft, kvinder  
Kræftdødelighed  
Hjertedødelighed

#### PATIENTINDDRAGELSE

##### **Patienttilfredshed**

Patienters samlede indtryk af indlæggelse  
Patienters samlede indtryk af besøg i ambulatorie

##### **Ventetider**

Ventetid til genoptræning i kommuner  
Ventetid for børn/unge i det psykiatriske sygehushæsen  
Ventetid for voksne i det psykiatriske sygehushæsen  
Ventetid til sygehusoperation  
Overholdelse af udrednings- og behandlingsretten

##### **Sammenhæng for patienten**

Tilfredshed med afdelings orientering af egen læge  
Tilfredshed med ambulatories orientering af egen læge  
Samarbejde mellem afdeling og hjemmeplejen  
Samarbejde mellem ambulatorie og hjemmeplejen  
Rettidigt fremsendte epikriser/udskrivningsbreve

#### UDGIFTER PR. BORGER

##### **Et effektivt sundhedsvæsen**

Antal sygehuskontakter pr. patient  
Behandlingsintensitet  
Produktivitet på sygehuse  
Effektiv ressourceanvendelse på sygehuse  
Effektiv ressourceanvendelse i kommuner<sup>1</sup>  
Henvisningsmønster i almen praksis  
Produktivitet i almen praksis

##### **Udgifter pr. borger**

Samlede sundhedsudgifter pr. borger  
Regionale sundhedsudgifter pr. borger  
Kommunale sundhedsudgifter pr. borger  
Sundhedsudgifter pr. ældre  
Sundhedsudgifter pr. borger med kronisk sygdom

<sup>1</sup> Mulighederne for at opgøre effektiv ressourceanvendelse på baggrund af eksisterende data skal undersøges, herunder om indikatoren forudsætter yderligere dokumentation. I det omfang parterne mener, der kan findes en relevant, retvisende og ubureaukratisk opgørelsesmetode, er parterne enige om at arbejde videre med indikatoren.

Formålet med de udvalgte indikatorer er at give et overordnet billede af resultaterne i sundhedsvæsenet. Ambitionen med indikatorerne er ikke at give en komplet beskrivelse af kvaliteten, effektiviteten mv. i alle dele af sundhedsvæsenet. Indikatorerne kan dog give et fingerpeg om mulige forbedringspotentialer både generelt og i de tilfælde, hvor der er indbyrdes forskelle i resultater mellem regioner eller kommuner.

Målsætningerne er også til en vis grad indbyrdes forbundet, hvorfor delmål, konkrete indsatser og indikatorer kan være vanskelige at henføre entydigt til en af de tre målsætninger. For eksempel er de såkaldte "accelererede patientforløb"<sup>4</sup> udtryk for høj klinisk kvalitet samtidig med, at patienten kommer

<sup>4</sup> Accelererede patientforløb er et skånsomt behandlingskoncept, der går ud på at tilrettelægge patientforløb gennem viden om, hvad der virker bedst, så bl.a. behovet for indlæggelse reduceres. Hovedprincippet i accelererede patientforløb er at optimere

hurtigere hjem fra sygehuset, hvilket alt andet lige også er billigere. Indsatserne understøtter derved typisk mere end én målsætning.

Indikatorerne er opgjort på forskellige niveauer. Alle indikatorer opgøres på nationalt niveau og tilsvarende opgøres stort set alle indikatorer også på regionalt niveau. En række af indikatorerne opgøres desuden på kommunalt niveau og et mindre antal kan desuden meningsfuldt opgøres på sygehusniveau. Sidstnævnte er tilgængelig på [www.esundhed.dk](http://www.esundhed.dk). For mere detaljeret beskrivelse af indikatorer og de bagvedliggende tal og tidsserier henvises til bilag 2 og til [www.esundhed.dk](http://www.esundhed.dk).

Klinikerne og administratorerne har forskellige behov for data og dokumentation. Alt andet lige vil efterspørgslen efter data og dokumentation til brug for den nationale styringsdialog mellem politiske beslutningstagere fra regeringen, regionerne og kommunerne adskille sig fra efterspørgslen til den lokale styringsdialog. Denne publikation er primært målrettet den nationale styringsdialog.

Den nationale monitorering af pakkeforløb på kræftområdet er et eksempel på, at data kan anvendes både i den kliniske dagligdag og på administrativt og politisk niveau i såvel regionerne som på landsplan, *jf. boks 4*.

## Boks 4

### Eksempel på anvendelse af data fra kræftmonitorering på klinisk, administrativt og politisk niveau



#### Early warning på sygehuset

I de patientadministrative systemer (PAS) kan data anvendes til dagligt og løbende at have overblik over, hvor de enkelte patienter er i forløbet.

I Region Midtjylland er opbygget et system, hvor afdelingerne gøres opmærksom på ventetiden for de patienter, som aktuelt venter på at påbegynde udredning og behandling på kræftområdet. Dermed har personalet overblik over hvilke patienter, som de skal have særligt fokus på for at overholde de maksimale ventetider på kræftområdet.



#### Ledelsesinformationssystemer i regionerne

De landsdækkende data kan danne grundlag for regionernes ledelsesinformationssystemer (LIS).

Et eksempel er Region Midtjyllands LIS. Her kan regionens ansatte få overblik over, hvordan det går med opfyldelsen af de fagligt begrundede forløbstider. Udvalgte ansatte kan klikke sig direkte videre til lister over de patienter, som ligger bag tallene. Data kan dermed danne grundlag for audits og fremadrettet kvalitetsforbedring. Opgørelserne anvendes også til statusrapportering over for regionsrådet.

Data selection and reporting interface for cancer statistics. The interface includes a search bar for 'Krafttype/Side', 'Region', 'År', and 'Rapporttype'. It also includes a table with columns for 'Region', 'Kvartal', 'Opfølgning', 'Antal', and 'Antal'. The table shows data for 'Helse-landet' in '2. kvartal 2013'.

Region	Kvartal	Opfølgning	Antal	Antal
Helse-landet	2. kvartal 2013	Diagnose afkræftet	95	3.252
		Hemningsperiode	82	3.249
		Udredningsperiode, diagnose bekræftet	73	951
		Udredningsperiode, diagnose afkræftet	94	1.990
		Forberedelse til behandling, kirurgisk	82	147
		Forberedelse til behandling, medikation (kemoterapi)	54	274
		Forberedelse til behandling, strålebehandling	65	128
		Samlet tid til behandling, kirurgisk	72	107
		Samlet tid til behandling, medikation (kemoterapi)	77	243
		Samlet tid til behandling, strålebehandling	68	105

#### Offentlige data på nationalt og regionalt niveau

På [www.esundhed.dk](http://www.esundhed.dk) er der offentlig adgang til monitoreringen af pakkeforløb for kræft. Her er der mulighed for at udarbejde egne tabeller og grafer på nationalt og regionalt niveau.

Data opdateres kvartalsvist. I forbindelse med opdateringen foretager Sundhedsstyrelsen en sundhedsfaglig vurdering og kommentering af data. Kommentarerne offentliggøres på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Sundhedsstyrelsen drøfter løbende resultaterne med regionerne.

de forskellige dele af patientbehandlingen både før, under og efter en operation. På den måde mindskes belastningen af patienterne, og det forkorter den tid, de er om at komme til hægtterne.

Forskellige opdateringstidspunkter giver variation i hyppigheden for offentliggørelse af indikatorerne.

Hovedparten af indikatorerne opgøres enten årligt eller månedligt. Indikatorerne relateret til folkesundhed (rygning, alkoholforbrug, overvægt og fysisk aktivitet) opgøres hvert 4. år. De seneste tal er for 2013.

Udviklingen i indikatorerne vises over en 5 års-periode, dvs. i dette års publikation for perioden 2009-2013. For nogle indikatorer har det været nødvendigt at afvige fra den valgte opgørelsesperiode, da der ikke er data tilgængelig for alle år eller fordi en anden opgørelsesperiode vurderes relevant.

Gennemgangen af de enkelte indikatorer har en beskrivende karakter. Gennemgangen indeholder ikke analyser af årsagerne til indbyrdes forskelle mellem regioner eller kommuner. Det er klinikerne og administratorerne i sundhedsvæsenet, der har de bedste forudsætninger for at tolke og vurdere egne resultater. Det er således op til den enkelte region eller kommune at vurdere om forskellene er udtryk for forbedringspotentialer eller om forskellene skyldes andre forhold, f.eks. sociale forskelle eller forskelle i patienters sygelighed. For at sikre udbredelse af bedste praksis, så forbedringspotentialer i forhold til kvalitet kan indfries, kan der ske en systematisk videndeling på tværs af kommuner og regioner.

Regionerne har ansvaret for at vurdere forbedringspotentialer i sygehusvæsenet, herunder den behandlende psykiatri, samt praksisområdet dvs. bl.a. privatpraktiserende læger og speciallæger. Regionerne har også ansvaret for den patientrettede forebyggelse, hvor regionerne bl.a. skal samarbejde med kommunerne om indsatsen i forhold til kroniske og langvarigt syge.

Kommunerne har ansvaret for den del af den patientrettede forebyggelse, som ikke foregår på sygehuse og hos de praktiserende læger og hovedansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme – den borgerrettede forebyggelse. Kommunerne har således det formelle ansvar for at skabe rammer for en sund levevis og etablere sundhedsfremmende og forebyggende tilbud til borgerne.

Arbejdspladser, idrætsforeninger og andre dele af samfundet, som hyppigt er i kontakt med borgerne, har desuden et naturligt medansvar for at skabe rammer for en sund levevis, ligesom borgerne selv også har et ansvar for deres levevis.

### 1.3 Læsevejledning

*Kapitel 2* beskriver en række centrale nøgletal for det danske sundhedsvæsen, herunder sundhedsvæsenets udgifter, beskæftigelse og aktiviteter.

*Kapitel 3-6* præsenterer de udvalgte indikatorer for sundhedsvæsenets resultater.

*Kapitel 3* giver et samlet overblik over resultaterne på baggrund af de udvalgte indikatorer. Det gælder både i forhold til den seneste udvikling i resultaterne på landsplan og i forhold til de enkelte regioners og kommuners resultater.

*Kapitel 4-6* gennemgår mere detaljeret resultaterne og de udvalgte indikatorer på basis af en række figurer. Disse kapitler er struktureret efter de tre målsætninger og de 10 områder under disse målsætninger, jf. boks 3.

Som hovedregel vises for det første indikatorernes niveau og udvikling over tid på landsplan. For det andet vises regionale og kommunale forskelle i det aktuelle niveau for de indikatorer, hvor det vurderes relevant. Alle indikatorer kan desuden ses på [www.esundhed.dk](http://www.esundhed.dk).

Herudover er der for visse indikatorer beskrevet gode eksempler på regioner eller kommuner, som arbejder med området.

*Kapitel 7* er et temakapitel om borgere med de tre kroniske sygdomme leddegigt, KOL og osteoporose.

Endelig indeholder publikationen en bilagsdel, som bl.a. giver en grundig beskrivelse af de bagvedliggende metoder og af de udvalgte indikatorer.



## 2 Det danske sundhedsvæsen i nøgletal

Sundhedsområdet er det største velfærdsområde i Danmark målt i kroner og ører. I 2012 brugte det offentlige danske sundhedsvæsen over 140 mia. kr. på forebyggelse, behandling, medicin, pleje og omsorg, jf. tabel 1.

Tabel 1

Nøgletal om det danske sundhedsvæsen		
<b>Danske nøgletal</b>		
<b>Udgifter, 2012 (mia. kr.)</b>		
Samlet offentlig sundhed <sup>1</sup>		143
Regional sundhed		
- Sygehusvæsen		74
- Praksissektoren		15
- Medicintilskud på praksisområdet		6
<b>Sundhedspersonale</b>		
Antal fuldtidsansatte på offentlige sygehuse, 2013		105.861
- heraf læger		15.120
- heraf sygeplejersker		35.349
Antal praktiserende læger, 2011		3.600
Antal praktiserende speciallæger, 2011		1.195
Autoriserede sundhedspersoner i kommunerne <sup>3</sup> , 2012		37.587
<b>Borgernes brug af sygehusvæsenet, praktiserende læger og speciallæger</b>		
Borgere i behandling på sygehus, 2013 (mio.)		2,6
Kontakter med praktiserende læger pr. borger, 2013 <sup>4</sup>		6,6
Kontakter med praktiserende speciallæger pr. borger, 2013		1,0
<i>Kilde: Danmarks Statistik, Kommunernes og Regionernes Løndatakontor, Danske Regioner og Statens Serum Institut.</i>		
<sup>1</sup> Er opgjort som det offentlige forbrug på sundhedsområdet og indeholder visse udgifter til kommunal omsorg og pleje, hvoraf en del afholdes på socialområdet. Opgjort på denne måde udgjorde de kommunale sundhedsudgifter omkring 33 mia. kr. (i 2011).		
<sup>2</sup> Er opgjort som de regionale nettodriftsudgifter til sundhed.		
<sup>3</sup> Tallet omfatter følgende personalegrupper med sundhedsfaglig autorisation: ergo- og fysioterapeuter, sygeplejersker, sundhedsplejersker og sosu-assistenten.		
<sup>4</sup> Tallet omfatter alle former for kontakter, herunder email- og tlf.-konsultationer.		
<b>Internationale nøgletal</b>		
<b>Udgifter</b>	<b>Danmark</b>	<b>OECD-gennemsnit</b>
Sundhedsudgifter, andel af BNP (pct.) <sup>1</sup>	10,9	9,3
Sundhedsudgifter, offentlig andel (pct.) <sup>1</sup>	85,3	35,4
Sundhedsudgifter pr. borger (kr., købekraftsparitet) <sup>1</sup>	23.852	17.813
Sygehusudgifter pr. borger (kr., købekraftsparitet)	10.510	6.444
<b>Sundhedspersonale<sup>2</sup></b>		
Læger pr. 1.000 borgere	3,5	3,2
Sygeplejersker pr. 1.000 borgere	15,4	8,8
<b>Borgernes brug af praktiserende læger og sygehusvæsenet, 2011</b>		
Årlige lægekonsultationer pr. borger <sup>3</sup>	4,6	6,7
Sygehusindlæggelser pr. 1.000 borgere	171,5	155,8
<i>Kilde: OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing.</i>		
<sup>1</sup> Opgørelsen af sundhedsudgifterne fra OECD skal tages med et generelt forbehold som følge af bl.a. indregningen af udgifter vedr. den langsigtede pleje og forebyggelse. Danske Regioner finder, at OECD's opgørelser af sundhedsudgifter som andel af BNP overvurderer udgiftsniveauet, og at data ikke er sammenlignelige på tværs af lande, da opgørelsen indeholder store udgifter til ældrepleje. Danske Regioner vurderer således, at de egentlige sundhedsudgifter i Danmark er væsentligt lavere, jf. rapporten: "Hvor høje er sundhedsudgifterne i Danmark?" Søgaard Advice/Danske Regioner.		
<sup>2</sup> Tallene omfatter læger og sygeplejersker med patientkontakt. Forskellig organisering af sundhedsopgaver og arbejdsdeling mellem sundhedsfaglige kan påvirke sammenligneligheden af tallene mellem lande.		
<sup>3</sup> Tal for Danmark er baseret på praktiserende læger og speciallægers konsultationer (ekskl. email og tlf.) og hjemmebesøg.		

De fleste af disse, 74 mia. kr., går til sygehusvæsenet, som regionerne har ansvaret for. Derudover går 15 mia. kr. til praksisområdet og 6 mia. kr. til medicintilskud, begge områder, som regionerne også har ansvaret for.

Omkring 33 mia. kr. (i 2011) går til kommunernes forebyggelse, omsorg og pleje, genoptræning samt misbrugsbehandling.

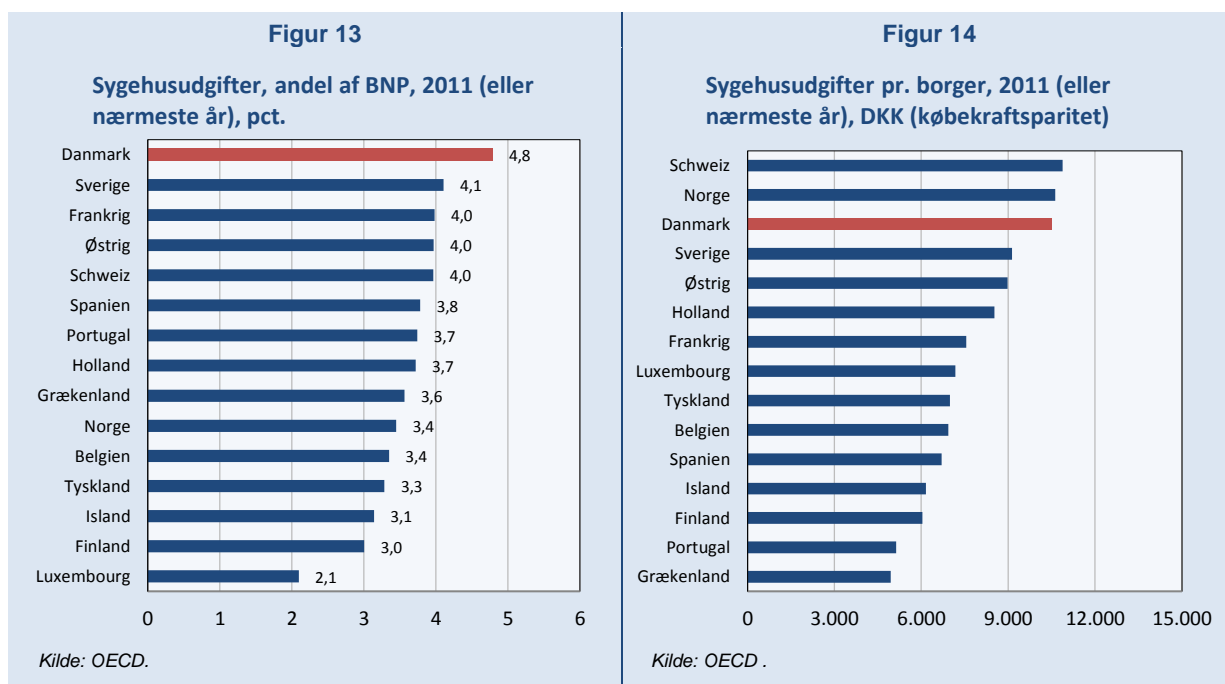
Sygehusvæsenet er også den del af sundhedsvæsenet, som beskæftiger flest personer. I 2013 var der godt 100.000 beskæftigede på de offentlige sygehuse til at tage sig af de 2,6 mio. borgere, som årligt er i kontakt med sygehusvæsenet. Heraf var ca. 15.000 læger og 35.000 sygeplejersker.

Der er i alt ca. 3.600 alment praktiserende læger og 1.200 praktiserende speciallæger i Danmark. Hver dansker er i gennemsnit i kontakt med sin praktiserende læge ca. 7 gange årligt og i kontakt med en praktiserende speciallæge 1 gang årligt.

Kommunerne har ca. 38.000 sundhedsansatte til at varetage opgaverne vedrørende forebyggelse, sygepleje mv.

Internationalt set har Danmark relativt høje sygehusudgifter. De danske sygehusudgifter udgør 4,8 pct. af BNP, hvilket er højere end i en række andre vesteuropæiske lande, *jf. figur 13*.

Samtidigt bliver der i Danmark brugt mere på sygehusudgifter pr. borger end i mange vesteuropæiske lande, Schweiz og Norge undtaget, *jf. figur 14*.



## 3 Indikatorer og resultater i overblik

### 3.1 Den seneste udvikling på landsplan

For de udvalgte indikatorer er resultatet enten forbedret eller uændret i forhold til sidste periode, *jf. boks 5*.

For 11 af de udvalgte indikatorer er resultatet på landsplan forbedret i forhold til sidste opgørelsesperiode (som udgangspunkt 2013 i forhold til 2012). Det gælder bl.a. i forhold til to indikatorer for folkesundheden - andelen af rygere i befolkningen og borgere med skadeligt alkoholforbrug. Derudover gælder det i forhold til indikatorer, der belyser indsatsen mod kræft- og hjertesygdomme - overlevelse og dødelighed. Endelig gælder det ventetiden for børn og unge i det psykiatriske sygehusvæsen og produktiviteten på sygehuse, som fortsætter med henholdsvis at falde og stige.

For 19 af de udvalgte indikatorer er resultatet på landsplan uændret i forhold til sidste periode. Det gælder bl.a. for de såkaldte uhensigtsmæssige indlæggelser på sygehuse, der bl.a. omfatter akutte genindlæggelser, forebyggelige indlæggelser blandt ældre og akutte medicinske korttidsindlæggelser. Samtidigt er ventetiden til sygehusoperation og ventetiden for voksne i psykiatrien, som har været henholdsvis faldende og stigende de seneste år, nu omtrent uændret i forhold til sidste opgørelsesperiode (2012).

Denne skønsmæssige angivelse af den senest observerede udvikling i indikatorerne skal dog betragtes med visse forbehold, *jf. boks 6*.

Det bemærkes desuden, at der i forhold til flere af indikatorerne, særligt indikatorer for et effektivt sundhedsvæsen, udestår et udviklingsarbejde, hvilket er angivet med ● i *boks 5*.

## Boks 5

### Udvikling på landsplan i indikatorer, 2012-2013

#### FORBEDRINGER I BEFOLKNINGENS SUNDHED

##### Folkesundhed

Middellevetid	↔
Borgere med en eller flere udvalgte kroniske sygdomme	●
Rygere i befolkningen <sup>1</sup>	↓
Borgere med skadeligt alkoholforbrug <sup>1</sup>	↓
Overvægtige i befolkningen <sup>1</sup>	↔
Borgere med moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden <sup>1</sup>	↔

##### Fastholdelse af syge på arbejdsmarkedet

##### Forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser på sygehuse

Akutte genindlæggelser	↔
Akutte indlæggelser efter ambulante operationer	●
Forebyggelige indlæggelser blandt ældre	↔
Akutte medicinske korttidsindlæggelser	↔
Dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt, somatik	↔
Dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt, psykiatri	↔

##### Patientsikkerhed

Sygehusdødelighed <sup>2</sup>	↓
Skader på patienter	●
Sygehusinfektioner	●

##### Kvalitet i sundhedsvæsenet

Funktionsevne efter kommunal genoptræning	●
Reoperation efter operation for diskusprolaps i lænd	↔
Reoperation efter operation for diskusprolaps i nakke	↔
Indlæggelsestid på sygehuse	↓
Brug og overholdelse af kliniske retningslinjer	●
Dødelighed efter behandling for specifikke sygdomme	●
1-års overlevelse efter kræft, mænd <sup>3</sup>	↑
1-års overlevelse efter kræft, kvinder <sup>3</sup>	↑
Kræftdødelighed <sup>4</sup>	↓
Hjertedødelighed <sup>4</sup>	↓

↑↓ Forbedret resultat i forhold til sidste periode (stigning eller fald)

↑↓ Forværret resultat i forhold til sidste periode (stigning eller fald)

↔ Ingen ændring i forhold til sidste periode

... Angivelse af forbedring eller forværring er ikke meningsfuld

● Indikatoren er ikke udviklet

<sup>1</sup> 2010-2013.

<sup>2</sup> 4. kv. 2012-4. kv. 2013.

<sup>3</sup> 2006-2008 til 2009-2011.

<sup>4</sup> 2011-2012.

<sup>5</sup> ↓ angiver, at væksten i antallet af sygehuskontakter pr. patient er mindre fra 2011 til 2012 end fra 2010 til 2011. Der ses dog fortsat en stigning i antal kontakter fra 2011 til 2012 (0,3 pct.).

<sup>6</sup> Mulighederne for at opgøre effektiv ressourceanvendelse på baggrund af eksisterende data skal undersøges, herunder om indikatoren forudsætter yderligere dokumentation. I det omfang parterne mener, der kan findes en relevant, retvisende og ubureaukratisk opgørelsesmetode, er parterne enige om at arbejde videre med indikatoren.

#### PATIENTINDDRAGELSE

##### Patienttilfredshed

Patienters samlede indtryk af indlæggelse	↔
Patienters samlede indtryk af besøg i ambulatorie	↔

##### Ventetider

Ventetid til genoptræning i kommuner	↔
Ventetid for børn/unge i det psykiatriske sygehusvæsen	↓
Ventetid for voksne i det psykiatriske sygehusvæsen	↔
Ventetid til sygehusoperation	↔
Overholdelse af udrednings- og behandlingsretten	●

##### Sammenhæng for patienten

Tilfredshed med afdelings orientering af egen læge	↔
Tilfredshed med ambulatories orientering af egen læge	↔
Samarbejde mellem afdeling og hjemmeplejen	↔
Samarbejde mellem ambulatorie og hjemmeplejen	↔
Rettidigt fremsendte epikriser/udskrivningsbreve	●

#### UDGIFTER PR. BORGER

##### Et effektivt sundhedsvæsen

Antal sygehuskontakter pr. patient <sup>4,5</sup>	↓
Behandlingsintensitet	●
Produktivitet på sygehuse	↑
Effektiv ressourceanvendelse på sygehuse	●
Effektiv ressourceanvendelse i kommuner <sup>6</sup>	●
Henvisningsmønster i almen praksis	●
Produktivitet i almen praksis	●

##### Udgifter pr. borger

Samlede sundhedsudgifter pr. borger	...
Regionale sundhedsudgifter pr. borger	...
Kommunale sundhedsudgifter pr. borger	...
Sundhedsudgifter pr. ældre	...
Sundhedsudgifter pr. borger med kronisk sygdom	●

## Tolkning af seneste udvikling i indikatorer

### Målinger over tid: Seneste udvikling versus overordnet trend

I forbindelse med måling af udviklingen over tid udgør den senest observerede udvikling, dvs. ændringen fra sidste måling til nyeste måling, alene en mindre del af det samlede billede. Den seneste udvikling afspejler således ikke nødvendigvis den overordnede trend i tidsserien, dvs. om udviklingen over en række målinger har en tendens til at være stigende eller faldende. Som et eksempel kan ses på udviklingen i den månedlige ventetid for børn og unge i det psykiatriske sygehusvæsen i perioden januar 2009-november 2013, *jf. figur*.

For perioden samlet set ses i første omgang en stigende tendens (i 2009-2010), og derefter nedadgående tendens (2011-2013) i ventetiden. Samtidigt med disse tendenser ses også udviklinger fra en måned til næste, der går i den modsatte retning. Fra august til september 2009 faldt ventetiden f.eks. med 5 dage (i en periode med stigende tendens), mens den fra december 2012 til januar 2013 steg med 4 dage (i en periode med faldende tendens).

### Kriterier for fastsættelse af symboler for den seneste udvikling i indikatorer

I forbindelse med målinger over tid, kan der desuden forekomme meget små positive eller negative ændringer, der af forskellige grunde ikke indikerer hverken forbedring eller forværring af resultatet, eksempelvis ændringer der ikke vurderes statistisk signifikante. For at tage højde herfor, er der for hver enkelt indikator skønsmæssigt fastlagt kriterier for, hvornår indikatoren tildeles et af de anvendte symboler ↑↓, ↓↓, ↔, *jf. bilag 1*.



## 3.2 Overblik over regionale og kommunale forskelle

Mens resultatet på landsplan er uændret for flere indikatorer, peger forskelle i resultater mellem regioner og kommuner på, at der flere steder kan være et potentiale for forbedringer. Derudover kan socio-økonomiske forskelle, forskelle i tyngden af patienter mv. eventuelt være forklarende årsager til forskelle i resultater.

### 3.2.1 Forbedringer i befolkningens sundhedstilstand

Særligt for indlæggelsestiden og de u hensigtsmæssige sygehusindlæggelser er der variation mellem regioner og kommuner, hvilket indikerer, at der kan være et forbedringspotentiale<sup>5</sup>.

Region Sjælland og Region Midtjylland har de korteste indlæggelsestider, 3 og 6 pct. bedre end landsgennemsnittet, *jf. figur 15*.

Region Nordjylland og Region Syddanmark har færre akutte medicinske korttidsindlæggelser end de øvrige regioner, mens Region Midtjylland og Region Hovedstaden har færre akutte genindlæggelser.

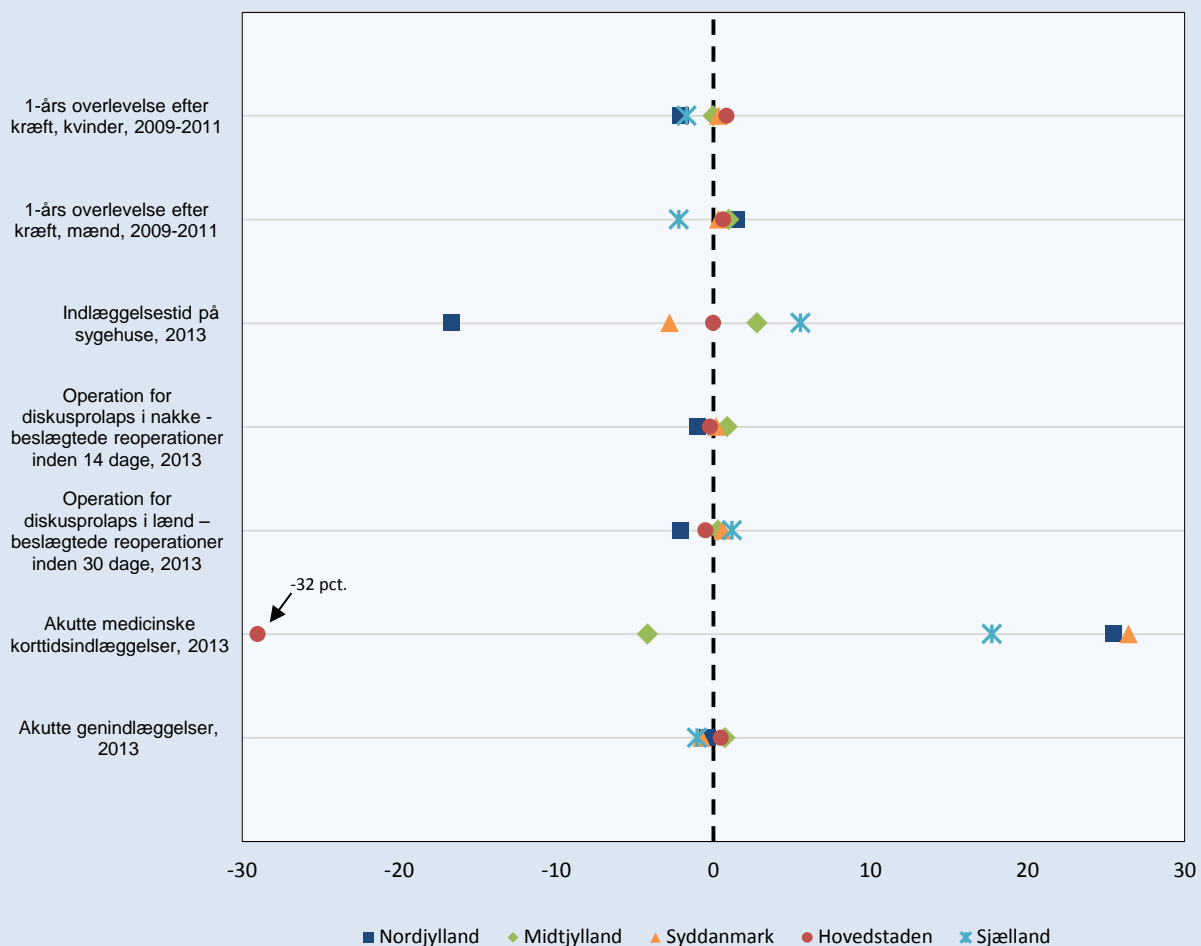
<sup>5</sup> Internationalt set har Danmark en kort gennemsnitlig indlæggelsestid, *jf. figur 38*.

Figur 15

**Regionale resultater vedrørende:**  
 - Forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser på sygehuse  
 - Kvalitet i sundhedsvæsenet

Pct./pct.point under (dårligere) end hele landet

Pct./pct.point over (bedre) end hele landet



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilaget.

Anm.: For indikatorer opgjort som andele (pct.) er vist afvigelsen i pct.point i forhold til hele landet. For øvrige er vist afvigelsen i pct. Alle resultater er for seneste opgørelsesperiode. For indikatorer, hvor en lav værdi er ønskværdig, er en placering over landsgennemsnittet ensbetydende med en lavere og dermed bedre indikatorværdi end landsgennemsnittet. Region Sjælland har ikke udført operation for diskusprolaps i nakke i 2013.

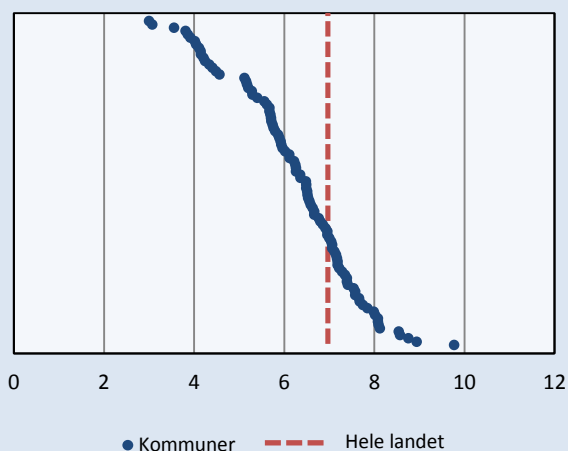
Kommunerne har – sammen med regionerne – til en vis grad mulighed for at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser og undgå, at færdigbehandlede patienter optager en seng på sygehuse.

Kommunale forskelle i akutte genindlæggelser, akutte medicinske korttidsindlæggelser, forebyggelige indlæggelser og færdigbehandlingsdage, jf. figur 16 og figur 17, indikerer, at der kan være et forbedringspotentiale i forhold til den fælles patientrettede forebyggelsesindsats.

Andelen af akutte genindlæggelser varierer mellem ca. 4 pct. og ca. 9 pct., mens andelen af akutte medicinske korttidsindlæggelser varierer mellem ca. 15 og 50 pr. 1.000 borger, når de 10 pct. kommuner med henholdsvis flest og færrest korttidsindlæggelser sammenlignes (10 pct. og 90 pct. fraktil).

Figur 16

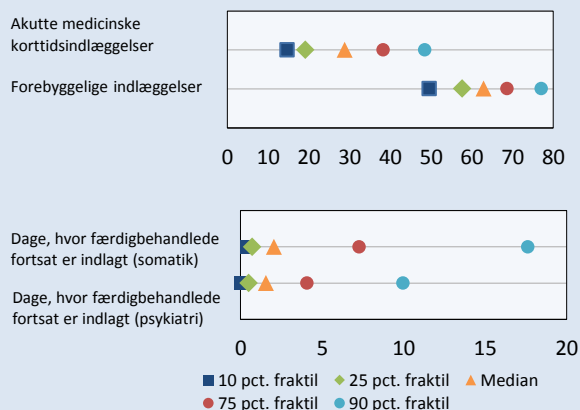
Akutte genindlæggelser, efter kommune, andel af alle indlæggelser, 2013, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.  
Anm.: Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

Figur 17

Kommunale forskelle i uhensigtsmæssige indlæggelser og færdigbehandlingsdage på sygehus, indlæggelser/antal dage pr. 1.000 borgere/ældre, 2013



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.  
Anm.: Figuren viser værdierne for forskellige fraktiler og for medianen (50 pct. fraktilen). Tal for akutte korttidsindlæggelser og forebyggelige indlæggelser er køns- og aldersstandardiserede.

### 3.2.2 Patientinddragelse og udgifter pr. borger

Nedenfor vises indikatorerne for målsætningerne om patientinddragelse og udgifter pr. borger, jf. figur 18.

Region Sjælland og Region Syddanmark ligger bedre end landsgennemsnittet for ventetider i psykiatrien.

Der er også forskel på produktivetsniveauet, hvor Region Syddanmark ligger 2 pct. bedre end landsgennemsnittet.

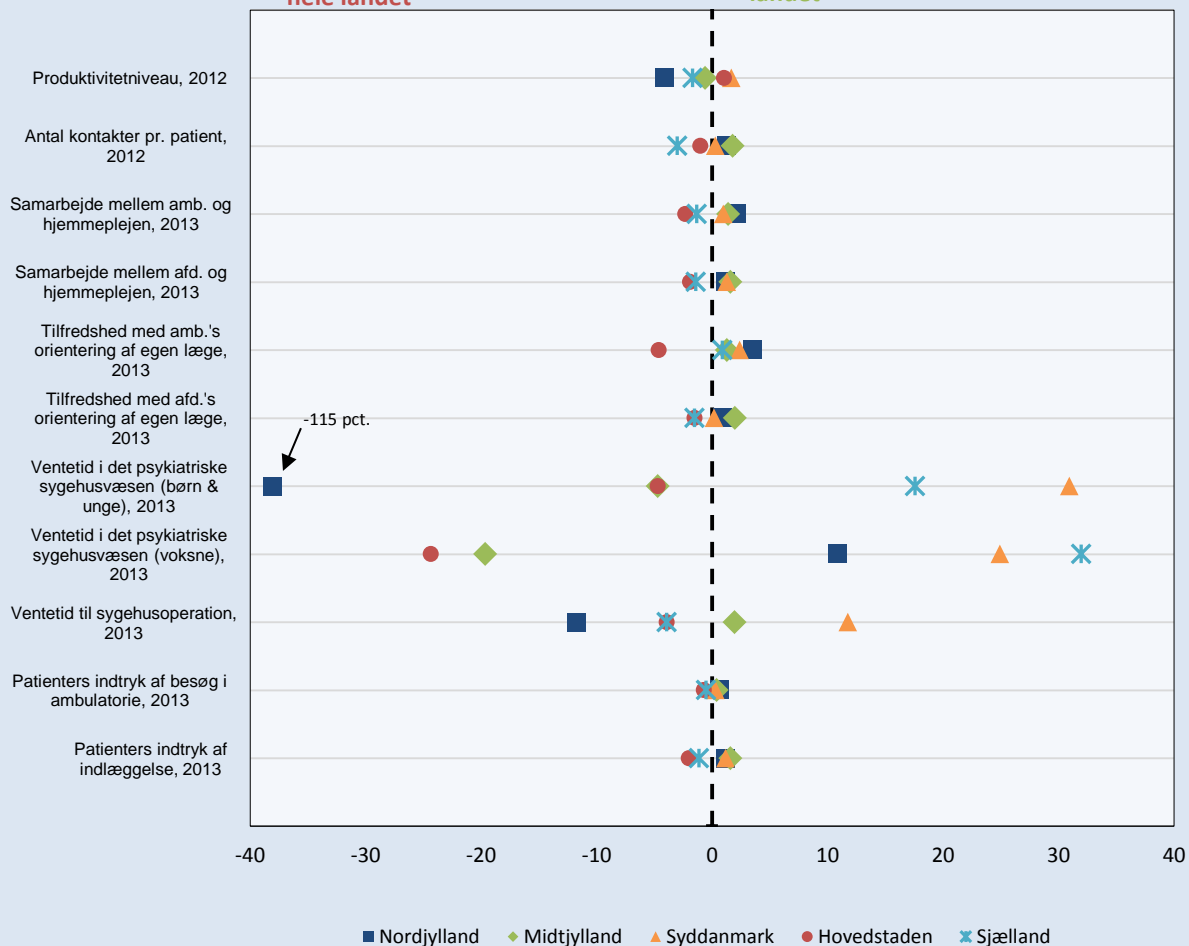
Region Syddanmark og Region Midtjylland ligger gennemgående over landsgennemsnittet for de udvalgte indikatorer.

Figur 18

**Regionernes resultater vedrørende:**  
 - Patienttilfredshed  
 - Ventetider  
 - Sammenhæng for patienten  
 - Et effektivt sundhedsvæsen

Pct./pct.point under (dårligere) end hele landet

Pct./pct.point over (bedre) end hele landet



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilaget

Anm.: For indikatorer opgjort som andele (pct.) er vist afvigelsen i pct.point i forhold til hele landet. For øvrige er vist afvigelsen i pct. Alle resultater er for seneste opgørelsesperiode. For indikatorer, hvor en lav værdi er ønskværdig, er en placering over landsgennemsnittet ensbetydende med en lavere indikatorværdi end landsgennemsnittet.



## 4 Forbedringer i befolkningens sundhedstilstand

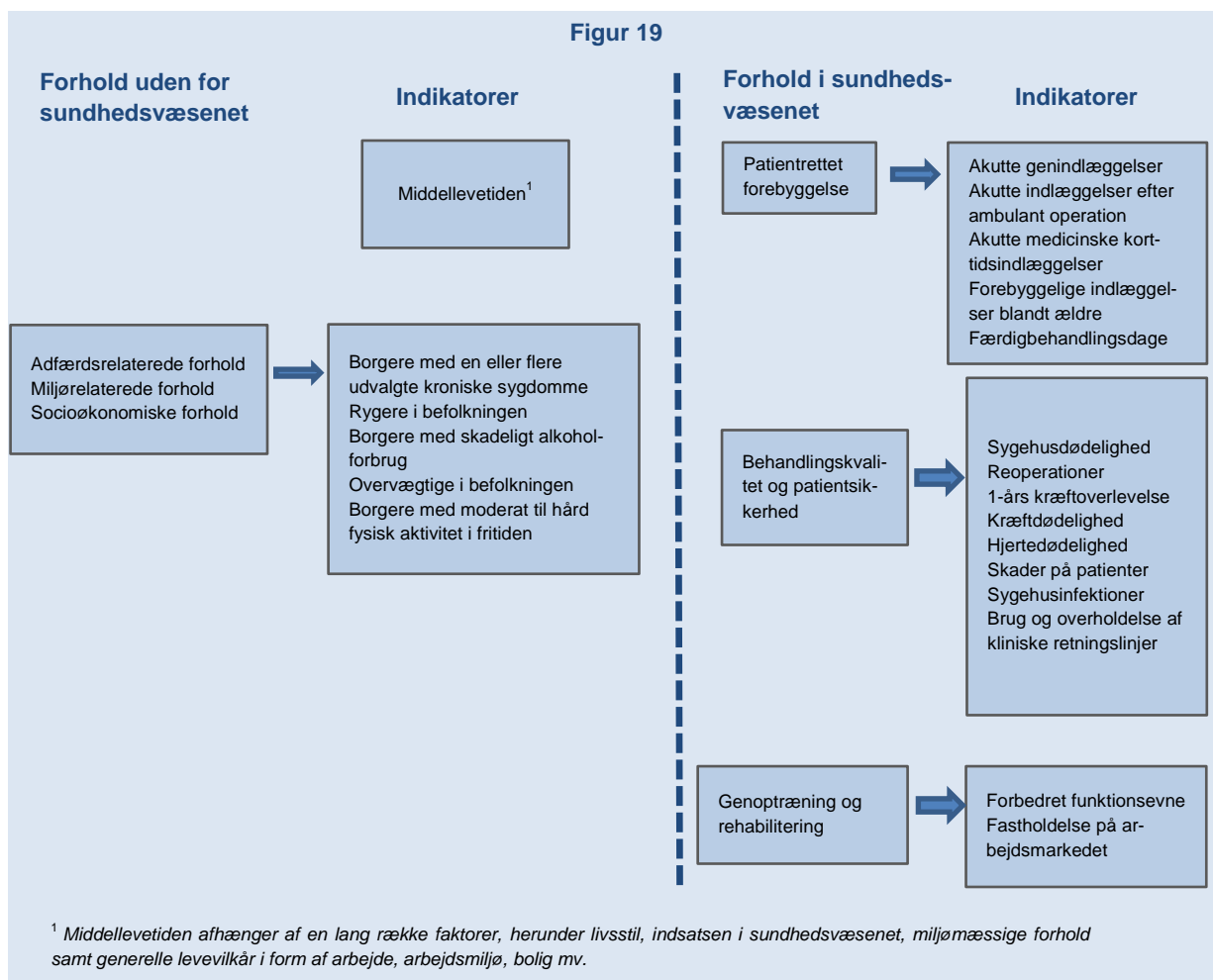
Befolkningens sundhedstilstand afspejler såvel borgernes levevis som sundhedsvæsenets evne til at forebygge, behandle og helbrede sygdomme. De generelle samfundsforhold og levevilkår – fx uddannelsesmuligheder, indkomst, boligforhold, arbejdsmiljø og sundhedsvæsenets organisering har betydning for den enkeltes muligheder for at leve sundt. Andre risikofaktorer er knyttet til bl.a. køn, alder og arvelige faktorer.

Befolkningens sundhedstilstand påvirkes således af forhold uden for sundhedsvæsenet og af den forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsats i sundhedsvæsenet, *jf. figur 19*.

Sundhedsvæsenet kan forbedre befolkningens sundhedstilstand ved brug af effektive behandlingsmetoder, ny teknologi og medicin samt desuden ved borgerrettet forebyggelse, *jf. boks 7 og boks 8* for konkrete eksempler herpå.

Omvendt kan risici, der er forbundet med sundhedsvæsenet påvirke sundhedstilstanden negativt. Det kan være tilfældet, hvis patienten pådrager sig infektioner under hospitalsindlæggelse, får bivirkninger ved medicinindtag eller der sker utilsigtede hændelser f.eks. i forbindelse med operationer.

Lavere sygelighed, forbedret funktionsevne og højere livskvalitet kan påvirke sundhedstilstanden positivt. Dette kan f.eks. opnås gennem patientrettet forebyggelse, der medvirker til at nedbringe uhenigtsmæssige indlæggelser på sygehusene, gennem fastholdelse af syge på arbejdsmarkedet eller via genoptræning efter sygdomsforløb.



## Boks 7

### Eksempel 1: Forebyggelse blandt svært overvægtige børn i Aarhus Kommune

#### Målgruppe

Svært overvægtige børn

#### Formål med projektet/tiltaget

Indsatsens mål er at øge handlekompetencen hos svært overvægtige børn i 0. klasse samt deres familier, så børnenes vægt stabiliseres, og at barnet trives i skolen og andre sociale sammenhænge.

#### Indhold

Aarhus Kommunes indsats er forankret i sundhedsplejen, som systematisk screener alle børn for svær overvægt, når de gennemfører indskolingsundersøgelsen i 0. klasse. De svært overvægtige børn og deres familier tilbydes derefter en behandlingsindsats.

#### Effekt

140 familier har deltaget i perioden 2008-2011 svarende til 63 pct. af de svært overvægtige. Af disse opnåede 75 pct. et fald i BMI, og heraf opnåede 28 pct. et vægttab, som betød at de gik fra at være svært overvægtige til blot overvægtige.

### Eksempel 2: Virtuel hjemmepleje i Viborg Kommune

#### Målgruppe

Borgere, som får hjemmepleje og/eller sygepleje, og hvor en virtuel løsning kan erstatte det fysiske besøg. I 2013 har 18 borgere i distriktsgruppe Stoholm på forsøgsbasis været involveret og mere end 2000 besøg er leveret virtuelt.

#### Formål med projektet/tiltaget

Formålet med projekt "Virtuel hjemmepleje" er at vurdere om kontakt via skærm kan erstatte de regulære hjemmebesøg, øge livskvalitet og sundhed, undgå uhensigtsmæssige indlæggelser, reduktion i arbejdstid og kørsel for kommunens ansatte. I 2014 åbnes der også for, at borgeren får mulighed for selv at ringe til hjemme(syge)plejen, hvis vedkommende får det dårligt, eller har brug for råd eller vejledning.

#### Indhold

Den virtuelle løsning i projektet består af, at borgeren får opsat en touch skærm, som har forbindelse til kommunen. Det kræver internetforbindelse, og at borgeren kan betjene en simpel skærm. Kommunen er i gang med at etablere en mere fleksibel løsning, så borgeren kan få kontakt til SOSU-personalet, eller sygeplejersken ved behov ud over de aftalte besøg. Personalet har her en tablet, så de kan kontaktes uanset, hvor de er.

#### Effekt

Resultaterne er bl.a.:

- Personalet bruger halvt så meget tid på det samme antal besøg
- Borgerne er tilfredse. De får kvalitet i ydelsen og oplever, at mødet er mere intenst
- Sundhedspersonalet oplever, at de får deres faglighed mere i spil
- Kommunen sparer penge.

*For uddybende beskrivelse af eksemplerne, se bilag 3.*

Den seneste udvikling i indikatorerne for befolkningens sundhedstilstand er flere steder positiv. Det gælder i forhold til overlevelse og dødelighed – både sygehusdødeligheden, 1- års overlevelsen efter kræftsygdom samt den generelle kræft- og hjertedødelighed. Det gælder desuden for indlæggelsestiden på sygehuse samt andelen af rygere og borgere med et skadeligt alkoholforbrug.

Dette skal ses i sammenhæng med, at sammenligninger med andre vesteuropæiske lande eller mellem regioner og/eller kommuner viser, at der er et potentiale til forbedringer af sundhedstilstanden bl.a. i forhold til at nedbringe kræftdødeligheden samt yderligere reduktion i andelen af rygere, *jf. afsnit 4.1 og 4.4.*

For de øvrige områder, hvor der er opgjort indikatorer, er udviklingen uændret i forhold til den seneste måling.

Særligt for de u hensigtsmæssige sygehusindlæggelser har niveauet overvejende været uændret samtidig med, at der er en variation mellem regioner og kommuner, hvilket indikerer, at der eventuelt kan være et forbedringspotentiale.

## Boks 8

### Eksempel 3: Ensartet tilbud til patienter med KOL

#### Målgruppe

Patienter med Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL), Medicinsk Center Dronninglund Afdeling - Aalborg UH

#### Formål med projektet/tiltaget

Fokus har været både at forbedre kvaliteten i behandlingen og skabe et en-sartet og sammenhængende patientforløb herunder:

- Løfte kvaliteten i behandling af patienter med KOL
- Sikre ensartet evidensbaserede tilbud på Aalborg Universitetshospital til patienter med KOL
- Optimere samarbejdet med primærsektor omkring patienter med KOL

#### Indhold

Som led i projektet er der indført nyt udstyr og nye procedurer for behandling af patienter med KOL. Projektet har ændret samarbejdet og flyttet kompetencer fra læger og fysioterapeuter til sygeplejerskerne. De nye procedurer er bundet til en checkliste for KOL-patienter, som anviser, hvordan der skal måles og gøres. Den øgede kompetence medfører, at sygeplejerskerne umiddelbart kan følge checklisten og igangsætte behandling.

#### Effekt

KOL-projektet har tydeliggjort læger, sygeplejerskers, SOSU'ers og fysioterapeuters rolle omkring KOL-patienter. Dette er fastholdt af checklisten, som angiver hvilken procedure, der skal følges.

Patienterne behandles nu væsentligt hurtigere, hvilket er vigtigt for den oplevede behandlingskvalitet, hvor en patient med vejrtrækningsbesvær ankommer og ønsker hurtig behandling.

*For uddybende beskrivelse af eksemplerne, se bilag 4.*

## 4.1 Folkesundhed

Middellevetiden anvendes ofte som en indikator for befolkningens sundhedstilstand, *jf. boks 9*.

Middellevetiden i Danmark har i mange år været stigende. Fra 2003 til 2013 er middellevetiden steget fra 77,2 til 80,0 år, *jf. figur 20*. Det betyder, at en nyfødt dansker i 2013 i gennemsnit kan forvente at leve 80 år, hvis dødeligheden antages at forblive på det aktuelle niveau. Stigningen i middellevetid fra 2012 til 2013 er marginal, på 0,1 år, og samtidigt den laveste i seks år.

Den danske middellevetid ligger marginalt under gennemsnittet for OECD-landene på 80,1 år.

Der er imidlertid store forskelle i middellevetiden på tværs af kommuner, fra 76,3 år til 81,7 år, *jf. figur 21*.

Befolkningen i kommunerne med den højeste middellevetid lever altså i gennemsnit 1,7 år længere end befolkningen som helhed. Middellevetiden er højest i de nordsjællandske kommuner.

### Boks 9

#### Middellevetiden

Middellevetiden i et bestemt år er det antal år, en nyfødt kan forventes at leve, hvis vedkommende fremover udsættes for de aldersspecifikke dødsrater for befolkningen i det pågældende år.

Udviklingen i middellevetiden afspejler udviklingen i de underliggende dødsårsager, herunder hvilke typer af sygdomme, der har størst betydning for befolkningens sundhedstilstand. Nogle af de centrale risikofaktorer, som har stor betydning for middellevetiden og udvikling af langvarig og kronisk sygdom er usund kost, fysisk inaktivitet samt særligt rygning og alkoholforbrug.

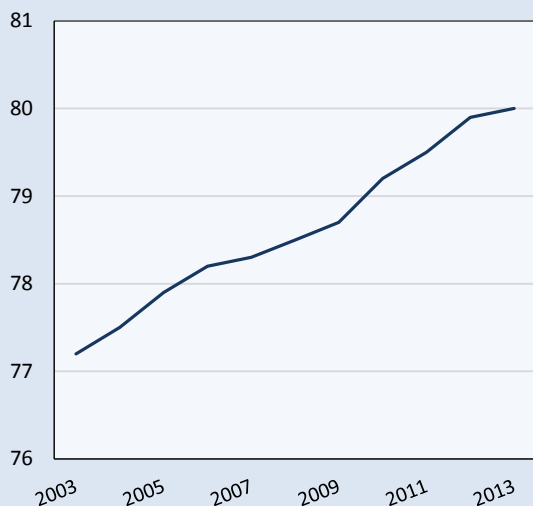
Overvægt øger risikoen for at udvikle bl.a. type 2 diabetes, hjertekarsygdomme, tyktarmskræft, kræft i livmoderen. Herudover har overvægt også betydning for udviklingen af apopleksi, slidgigt, forhøjet blodtryk, kirurgiske komplikationer og forringet livskvalitet.

Tilsvarende øger rygning risikoen for en række alvorlige sygdomme som f.eks. kræft i lunge, blære, nyre, lever samt blodpropper i hjertet og hjernen.

Et højt alkoholforbrug er også forbundet med øget sygelighed og dødelighed.

Figur 20

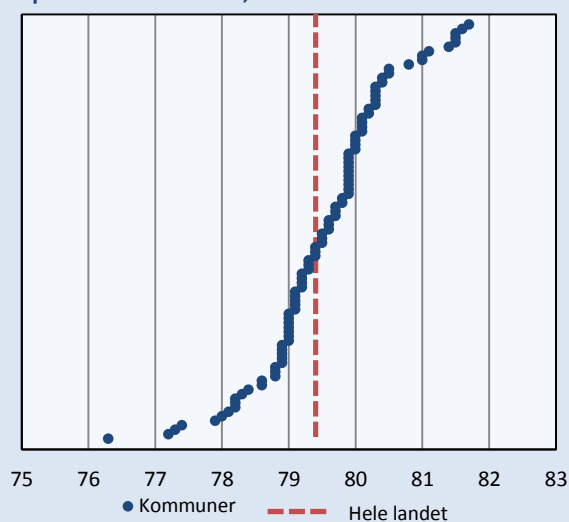
Udvikling i middellevetid, 2003-2013, år



Kilde: Danmarks Statistik.

Figur 21

Middellevetid, efter kommune, samlet for perioden 2009-2013, år



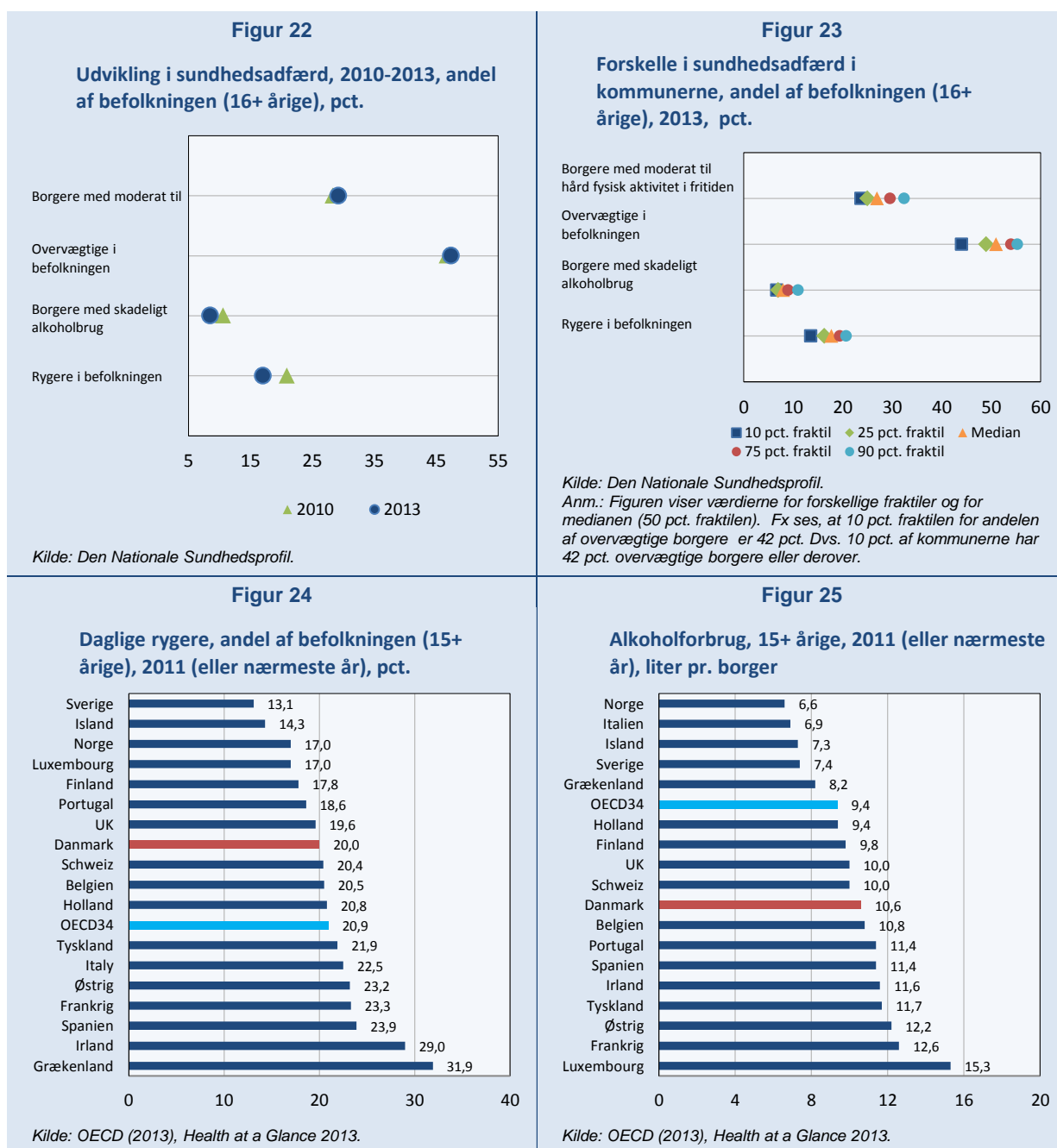
Kilde: Danmarks Statistik.

Befolkningens sundhedsadfærd måles på overvægt og fysisk aktivitet samt på rygning og alkoholforbrug.

Andelen af borgere med moderat til hård fysisk aktivitet og andelen af overvægtige i befolkningen er stort set uændret fra 2010 til 2013. Andelen af borgere med skadeligt alkoholforbrug og andelen af daglige rygere er derimod faldet fra henholdsvis 10,6 til 8,5 pct. og fra 20,9 til 17,0 pct. i perioden 2010 til 2013, *jf. figur 22*.

Der er relativt store kommunale forskelle i borgernes sundhedsadfærd, *jf. figur 23*.

Mens færre i befolkningen ryger og har et skadeligt alkoholforbrug, så er andelen af rygere og alkoholforbruget relativt højt internationalt set, *jf. figur 24* og *figur 25*. Sverige og Norge har henholdsvis den laveste andel daglige rygere og det laveste alkoholforbrug blandt 18 vesteuropæiske lande.



## 4.2 Forebyggelse af uheldsmæssige indlæggelser

Borgere kan opleve uheldsmæssige indlæggelser på sygehuse. Det er indlæggelser, som af forskellige grunde kunne have været undgået, *jf. boks 10*. Kommunerne og regionerne har - ofte i fællesskab - mulighed for at forebygge uheldsmæssige indlæggelser gennem målrettede indsatser, *jf. boks 11, boks 12 og boks 13* på de følgende sider for konkrete eksempler på kommunale og regionale indsatser.

Fire indikatorer belyser uheldsmæssige indlæggelser<sup>6</sup>: 1) akutte genindlæggelser inden for 30 dage efter udskrivning, 2) akutte medicinske korttidsindlæggelser, 3) forebyggelige indlæggelser blandt ældre (+65 år, for udvalgte diagnoser) samt 4) forlængede indlæggelser i form af færdigbehandlingsdage.

Akutte genindlæggelser, som finder sted inden for 30 dage efter udskrivning fra sygehus, udgjorde 7 pct. af de samlede indlæggelser i 2013, *jf. figur 26*. Det er samme niveau som i de fire foregående år, 2009 til 2012.

Niveauet for akutte korttidsindlæggelser på medicinske afdelinger er uændret fra 2012 til 2013 og udgør fortsat 31 pr. 1.000 borgere, hvilket stort set har været tilfældet i hele perioden 2009 til 2013, *jf. figur 27*.

Niveauet for forebyggelige indlæggelser har i samme periode ligget på mellem 64 og 70 indlæggelser pr. 1.000 ældre. Fra 2009 til 2013 er antallet faldet fra 68 pr. 1.000 ældre til 63 svarende til et fald på knapt 8 pct.

Antallet af færdigbehandlingsdage i psykiatrien er faldet fra 2012 til 2013 og udgør nu 5,4 dage pr. 1.000 borgere. Antallet af færdigbehandlingsdage i somatikken har efter et fald fra 2009 til 2011 været stort set uændret. I 2013 udgør de ca. 7 dage pr. 1.000 patienter.

### Boks 10

#### Uheldsmæssige indlæggelser

Grundlæggende dækker begrebet "uheldsmæssige" indlæggelser over indlæggelser:

- der kunne have været forebygget, hvis problemstillingen havde været opsporet tidligere, og der havde været handlet virkningsfuldt.
- der kun er nødvendige, fordi der mangler kommunale alternativer til indlæggelse i form af mere akut og intensiv hjælp i hjemme eller i andet kommunalt regi.
- der kun er nødvendige, fordi der mangler regionale alternativer til indlæggelse i form af fx (sub)akutte ambulante muligheder for udredning / behandling.
- der sker som følge af, at henviser ikke er opmærksom på, at der findes relevante alternativer uden for hospitalsregi, eller hvis de eksisterende tilbud er fuldt belagte.
- der sker som følge af usikkerhed hos plejepersonalet i primærsektoren eller som følge af hensynet til pårørende, eller fordi indlæggende læge er usikker på, om patienten kan håndteres forsvarligt i primærsektoren.
- hvor færdigbehandlede patienter forbliver indlagt i kortere eller længere tid, som følge af ventetid på kommunale tilbud/plejehjem.

De ovenstående indlæggelser kan siges at fordele sig på tre typer af uheldsmæssige indlæggelser. Disse er indlæggelser, der er forebyggelige, forkerte eller forlængede.

*Forebyggelige indlæggelser* dækker over indlæggelser som det er muligt at forebygge ved at ændre eller forbedre indsatsen i en den kommunale og/eller regionale sektor – denne inkluderer således både indlæggelser og genindlæggelser.

*Forkerte indlæggelser* dækker indlæggelser betinget af ikke-somatiske årsager - det kan eksempelvis være sociale og/eller plejemæssige årsager. Således er der tale om borgere uden et medicinsk begrundet behov for udredning eller behandling.

*Forlængede indlæggelser* dækker over indlæggelser som ikke længere er somatisk begrundede – borgeren er færdigbehandlet - fordi borgeren ikke kan udskrives. Det kan eksempelvis være patienter, der venter i længere tid på plejehjem eller i kort tid, fordi det ikke i praksis er muligt for hospitalet at udskrive, idet kommunen ikke kan modtage med så kort frist.

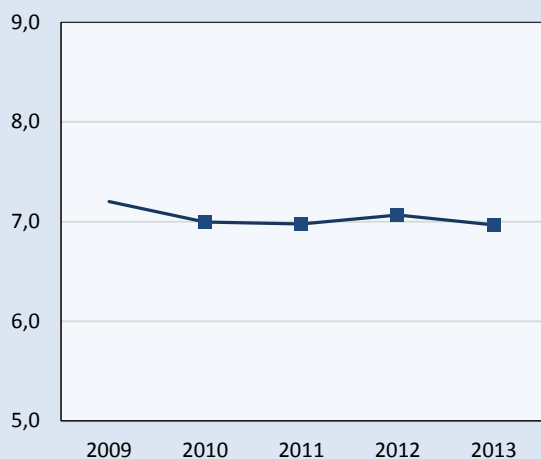
*Kilde: Forebyggelse af indlæggelser – oversigtsnotat om metoder, koncepter, evalueringer og effekter. DSI, 2011.*

<sup>6</sup> Ikke alle indlæggelser og indlæggelsesdage indeholdt i disse indikatorer er uheldsmæssige og kan forebygges. Fx kan nogle genindlæggelser være hensigtsmæssige, bl.a. hvis det giver borgeren mulighed for at blive længst tid i eget hjem. Indikatorerne vurderes dog samlet set at være velegnede til at belyse regionernes og kommunernes resultater i forhold til forebyggelse af uheldsmæssige indlæggelser.

Der er forskelle i både de førnævnte indlæggelsestyper og i færdigbehandlingsdage på tværs af kommunerne, jf. figur 28 og figur 29. Andelen af genindlæggelser varierer f.eks. fra omkring 4 pct. til 9 pct.

Figur 26

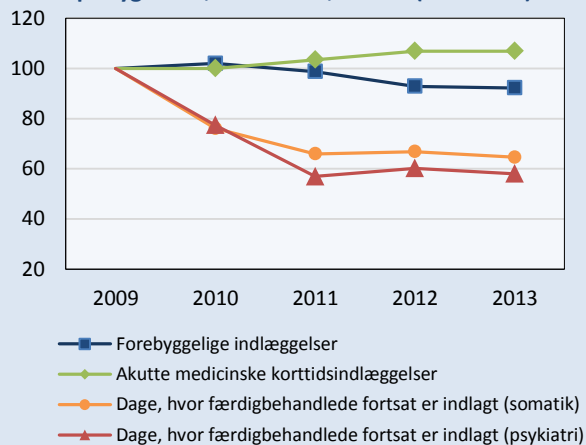
Udvikling i akutte genindlæggelser, andel af alle indlæggelser, 2009-2013, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

Figur 27

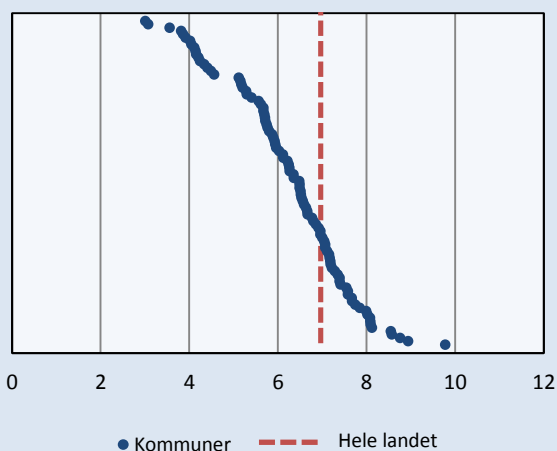
Udvikling i uhensigtsmæssige indlæggelser på sygehuse, 2009-2013, indeks (2009=100)



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

Figur 28

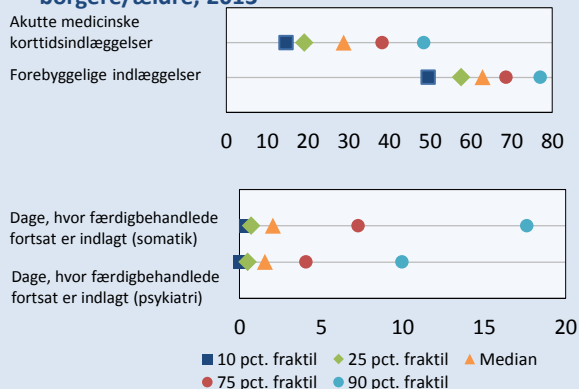
Akutte genindlæggelser, efter kommune, andel af alle indlæggelser, 2013, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.  
Anm.: Kommunetal er køns- og aldersstandardiserede.

Figur 29

Kommunale forskelle i uhensigtsmæssige indlæggelser og færdigbehandlingsdage på sygehus, indlæggelser/antal dage pr. 1.000 borgere/ældre, 2013



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.  
Anm.: Figuren viser værdierne for forskellige fraktiler og for medianen (50 pct. fraktilen). Tal for akutte korttidsindlæggelser og forebyggelige indlæggelser er køns- og aldersstandardiserede.

Samtidigt med, at der generelt er forskelle i andelen af genindlæggelser, så er der også variation mellem kommunerne på tværs af regionerne, *jf. figur 30*.

En række kommuner i Region Midtjylland og Region Hovedstaden har en lav andel, mens mange af kommunerne i Region Syddanmark og Region Sjælland har en relativt høj andel genindlæggelser. Men også inden for regionsgrænserne er der store forskelle mellem kommunerne i andelen.

Antallet af forebyggelige indlæggelser blandt ældre er højere i flere af kommunerne i Region Hovedstaden, men også kommuner i andre dele af landet, bl.a. i Region Syddanmark, har et højere niveau, *jf. figur 31*. Derimod har en række kommuner i Region Nordjylland et lavere niveau.

Antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser er primært højere blandt borgere i kommunerne i Region Hovedstaden samt i visse kommuner i Region Midtjylland, *jf. figur 32*. En række kommuner i Region Syddanmark, særligt på Fyn, har derimod et lavere antal.

Færdigbehandlede patienter, der optager en seng på sygehusene, er primært et fænomen, der gør sig gældende i hovedstadsområdet, *jf. figur 33 og figur 34*.





## Boks 11

### Eksempel 4: Døgndækkende Akutteam i Silkeborg Kommune

#### Målgruppe

Borgere med behov for akut eller kompleks sygepleje samt borgere, der har brug for et midlertidigt døgnophold udenfor visitationens åbnings-tider.

#### Formål med projektet/tiltaget

Formålet er flerfoldigt - bl.a. at reducere antallet af indlæggelser og genindlæggelser.

#### Indhold

Akutteamet består af 11 sygeplejersker med betydelig faglig og klinisk kompetence samt diplomuddannelse i akut og kompleks sygepleje. De har kompetencer og udstyr til at måle vitale værdier, tage blodprøver og efter ordination igangsætte forskellige former for behandling fx smertebehandling, iv-behandling, ernæringsbehandling mv.

#### Effekt

Vurderingen er, at Akutteamet i gennemsnit forebygger to indlæggelser om ugen.

### Eksempel 5: Behandling af borgere med behov for intravenøs (I.V.) – væske, -ernæring, og –behandling i Varde Kommune

#### Målgruppe

Borgere med behov for IV-væske, IV-ernæring eller IV-behandling, som ikke kræver indlæggelse på sygehus.

#### Formål med projektet/tiltaget

Tiltaget er en del af etablering af en Akutfunktion, med hensigt at forebygge indlæggelser og genindlæggelser

#### Indhold

Akutfunktionen er i stand til at yde en akut og intensiv indsats i borgernes eget hjem ved bl.a. medicinsk behandling som fx IV-antibiotika eller IV-væske. I relation til borgernes behandling er Akutfunktionen i tæt dialog med den ordinerende læge, dvs. enten den praktiserende læge eller sygehuslæge.

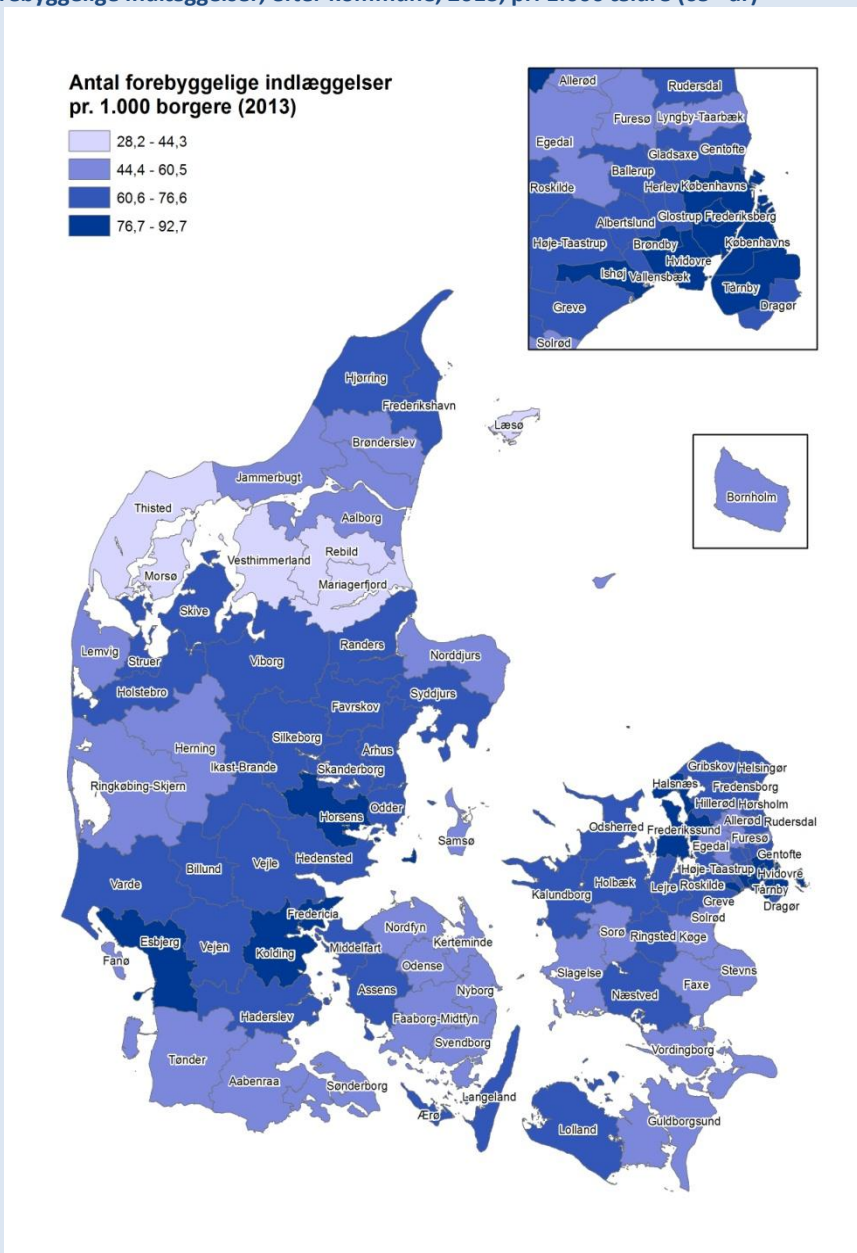
#### Effekt

I løbet af det første ½ år har 19 borgere fået IV-væske, ernæring eller behandling. Af disse er fire ordineret af praktiserende læge, hvorved det vurderes, at indlæggelse er forebygget, mens i alt 15 er påbegyndt af sygehus eller hospice, hvorved indlæggelser er forkortet. Patienterne udtrykker tilfredshed for at blive i eget hjem, med bedre livskvalitet, mulighed for øget kontakt med pårørende, og opretholdelse af en form for normalt hverdagsliv.

*For uddybende beskrivelse af eksemplerne, se bilag 4.*

Figur 31

Forebyggelige indlæggelser, efter kommune, 2013, pr. 1.000 ældre (65+ år)



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.  
Anm.: Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

## Boks 12

### Eksempel 6: Tværsektorielt Akutteam i Aarhus Kommune

#### Målgruppe

Borgere der er i en akut situation i gråzonen mellem de almindelige kommunale tilbud og en hospitalsindlæggelse. Her er tale f.eks. tale om borgere med kroniske sygdom, borgere med de såkaldte forebyggelige diagnoser og sårbare grupper (bl.a. den ældre medicinske patient).

#### Formål med projektet/tiltaget

Formålet med tilbuddet er at have et alternativ til hospitalsindlæggelse ved at tilbyde en specialiseret sygepleje og overvågning eller at afkorte indlæggelsen ved at færdiggøre behandlingen i hjemmet.

#### Indhold

Med tilbuddet kan borgerne hurtigere vende tilbage til eget hjem, hvor behandlingen kan færdiggøres i eget hjem. Det kan f.eks. være borgere med behov for IV-behandling, som afsluttes i borgers hjem, hvor Geriatrisk Afdeling har det lægefaglige ansvar. Endvidere kan de behjælpelige med etablering af fast vagt hos borgeren og/eller midlertidig døgnophold i kommunalt regi. Akutteamets sygeplejersker har adgang til såvel hospitalets patientadministrative system (Elektroniske Patient Journal) og kommunernes omsorgsjournal.

#### Effekt

De foreløbige erfaringer har været positive i den henseende, at der er skabt bedre forløb for borgerne og indlæggelser er forebygget..

### Eksempel 7: Telecare Nord i Aalborg

#### Målgruppe

Borgere med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) .

#### Formål med projektet/tiltaget

Færre indlæggelser og genindlæggelser samt mindre behov for kommunal pleje og omsorg. Dertil kommer en styrket egenomsorg og derved forbedret bevidsthed om beherskelse af egen situation.

#### Indhold

TeleCare Nord er et samarbejde med alle sundhedsfaglige aktører, som har kontakt med lungesyge patienter eller borgere i Region Nordjylland, dvs.:

- 4 somatiske sygehuse, specielt de internt medicinske og lungemedicinske afdelinger.
- 180 lægepraksis med 337 praktiserende læger samt praksispersonale.
- 11 kommunes ældreområder og tilbud om borgerrettet forebyggelse, eksempelvis sundhedscentre.
- Afprøvning af teknologisk understøttelse af behandling og omsorg over afstand under driftsvilkår i stor skala.
- Tidsbegrænset til tre år med start i 2012 og afslutning i 2014 med overvejelse om forlængelse med ½ år.

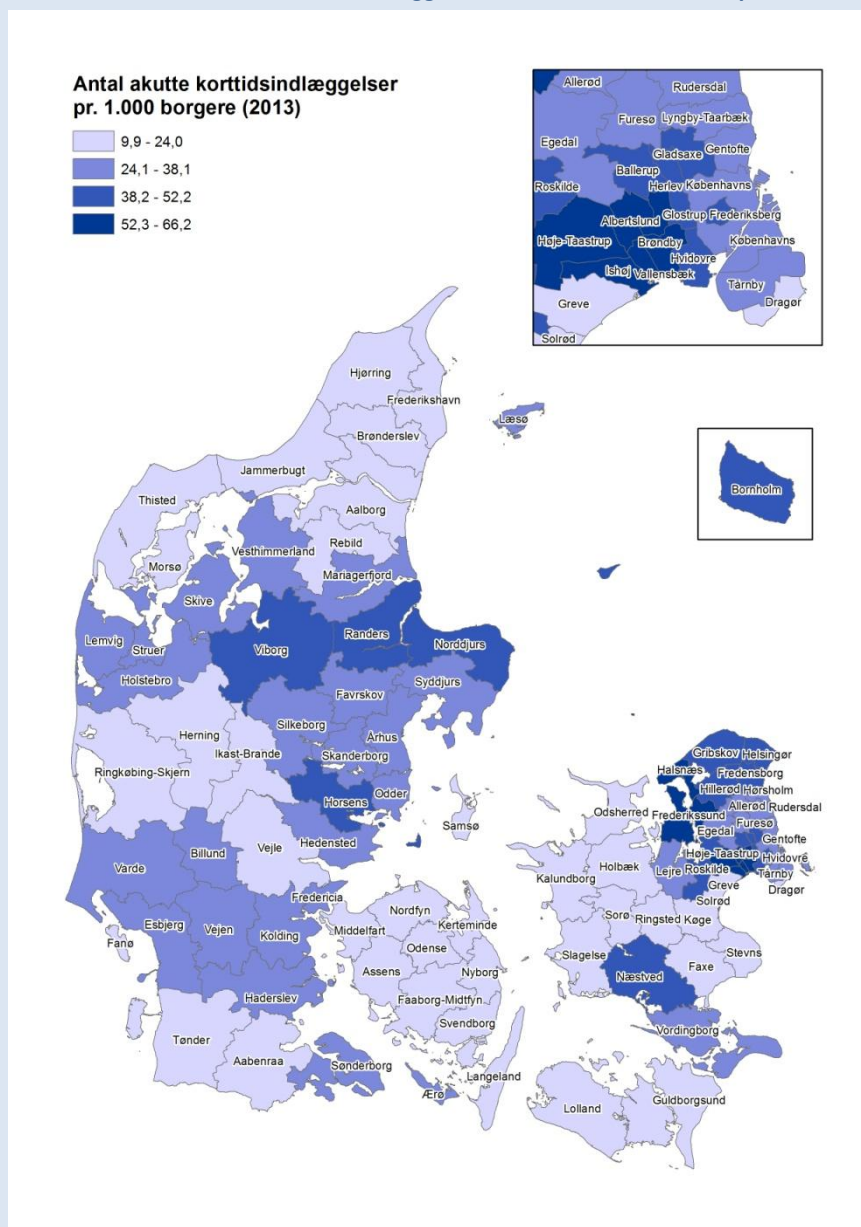
#### Effekt

Tiltaget evalueres forskningsmæssigt og driftsmæssigt. Den driftsmæssige opfølgning har fokus på indlæggelser og plejetimeforbrug. Derudover indeholder den forskningsmæssige evaluering kliniske og organisatoriske elementer.

*For uddybende beskrivelse af eksemplerne, se bilag 4.*

Figur 32

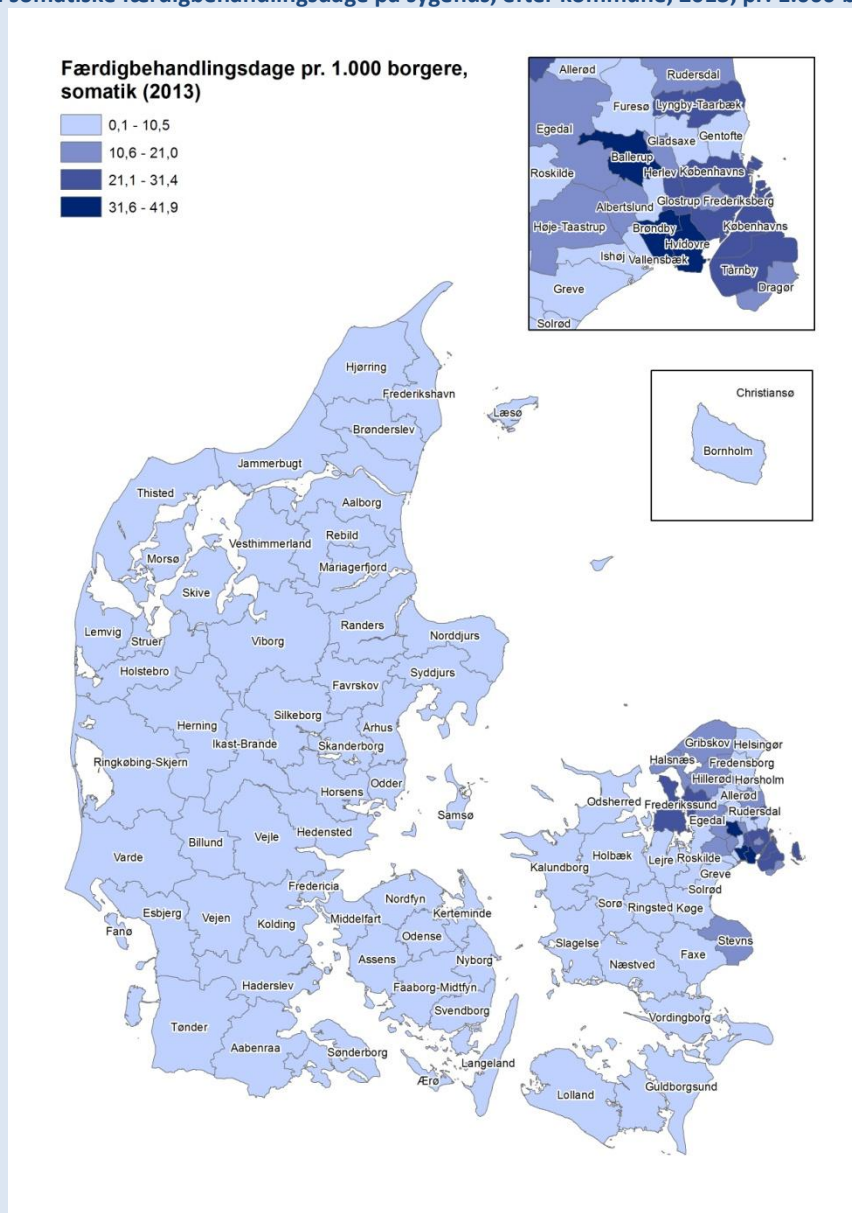
Antal akutte medicinske korttidsindlæggelser, efter kommune, 2013, pr. 1.000 borgere



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.  
 Anm.: Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

Figur 33

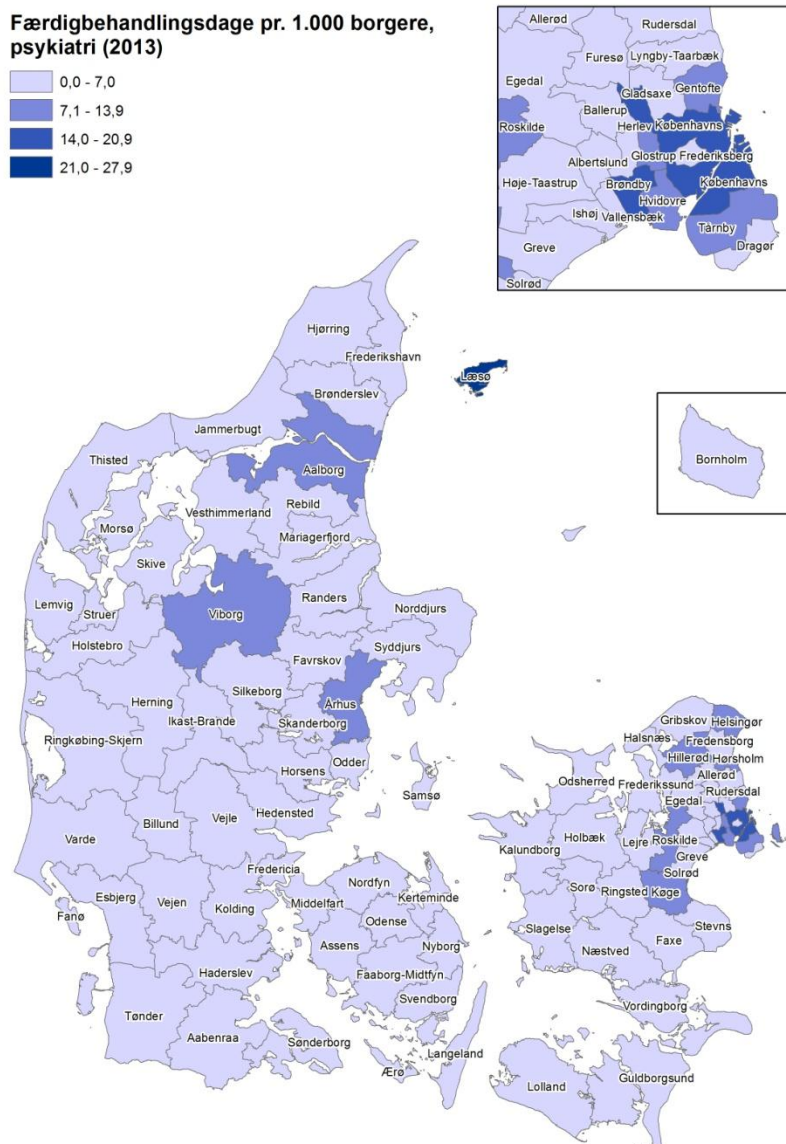
Antal somatiske færdigbehandlingsdage på sygehus, efter kommune, 2013, pr. 1.000 borgere



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

Figur 34

Antal psykiatriske færdigbehandlingsdage på sygehus, efter kommune, 2013, pr. 1.000 borgere



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

## Boks 13

### Eksempel 8: Nedbringelse af færdigbehandlingsdage i Gladsaxe Kommune

#### Målgruppe

Borgere, der meldes færdigbehandlet fra hospitalet og skal hjemtages til pleje i kommunalt regi

#### Formål med projektet/tiltaget

Indsatsen skete i forlængelse af et analysearbejde i 2009, der så på kommunens stigende medfinansieringsudgifter. Der fandtes markant stigning på betaling af ekstra liggedage efter endt færdigbehandling (en stigning på 117 pct. fra 2006-2008). Fokus var derfor at nedbringe denne kommunale udgift bl.a. gennem bedre og mere målrettet håndtering ved færdigmeldingerne

#### Indhold

Indsatsen består af en række elementer:

- målrettet modtagelse af borgere på nyt træningscenter (80 midlertidige pladser) straks efter udskrivning fra sygehus.
- etablering af Fokusgruppen, der alene arbejder med udskrivinger og samarbejde med hospitalet om forløbskoordinering af indlagte borgere.
- ændret procedure i visitationen, der i højere grad forholdt sig kritisk til hospitalets oplysninger om ekstra liggedage. Visitationen gik i dialog med hospitalet hver gang, de fandt en uoverensstemmelse mellem egen opfattelse af forløbet og hospitalets.

#### Effekt

Effekten af reorganisationen - og i særdeleshed åbningen af 80 midlertidige træningspladser - er, at Gladsaxe Kommune hjemtager alle borgere og således ikke har udgifter til færdigbehandlede dage.

### Eksempel 9: Bedre udskrivningsproces på Infektionsmedicinsk Afdeling, Aalborg Universitetshospital

#### Målgruppe

Patienterne med infektionssygdomme er den primære målgruppe. Patienterne er ofte svært syge med f.eks. meningitis, tropesygdomme, HIV og AIDS.

#### Formål med projektet/tiltaget

Det overordnede formål med projektet har været at reducere indlæggelsestiderne for patienterne samt sikre en bedre udskrivningsproces.

#### Indhold

Infektionsmedicinsk afdeling oplevede før projektet at patienter, som medicinsk var færdigbehandlet, måtte vente på at blive udskrevet på grund af manglende papirarbejde og/eller varsling til kommune.

Udskrivningsprocessen er kompleks i den for stand at det kræver information fra og til mange parter, før patienten endeligt kan udskrives. Parterne i udskrivning er pårørende, kommunen, herunder hjemmepleje og hjemmesygepleje, læger og andre faggrupper på hospitalet. Patienter, som udskrives er lægeligt færdigbehandlet men oftest ikke 100 pct. rehabiliteret og vil kræve pleje og behandling i hjemmet. Det er derfor tvingende nødvendigt, at parterne, som overtager patienten, er varslet, har korrekt information og instruktioner.

Udskrivningsprocessen er en tung og ressourcekrævende opgave som før indførelse af ny it var ringe understøttet. Dette var medvirkende til at øge mængden af telefonkommunikation, som vanskeliggøres af forskellige telefontider, optagede telefoner og fravær af kontaktperson.

Infektionsmedicinsk afdeling har gennemført et projekt, som har sat udskrivningsprocessen i system ved først at kortlægge alle aktiviteter som sygeplejerskerne udfører eller koordinerer. Problemer i udskrivningsprocessen er blevet dokumenteret, synliggjort og en procedure for udskrivningsprocessen blev udarbejdet, hvilket resulterede i en pjece.

Projektet har særligt fokuseret på at inddrage lægerne i udskrivningsprocessen. Dette er sket gennem information, fokus på udskrivelse og ændret morgenkonference.

Projekt blev igangsat juni 2012.

#### Effekt

Den nye strukturerede udskrivningsproces har medført, at afdelingen nu bruger færre ressourcer på udskrivning og dermed har kunnet fastholde antal udskrivinger på trods af personalereduktion og højere belægningsprocent.

*For uddybende beskrivelse af eksemplerne, se bilag 4.*



### 4.3 Patientsikkerhed

Den behandling, der tilbydes i sundhedsvæsenet, skal virke efter hensigten og medvirke til at mindske patienternes sygelighed og dødelighed og dermed forbedre befolkningens sundhedstilstand.

Sygehusdødeligheden, de såkaldte hospitals-standardiserede mortalitetsrater (HSMR), kan anvendes til at vurdere overdødeligheden på sygehuse samt følge udviklingen over tid.

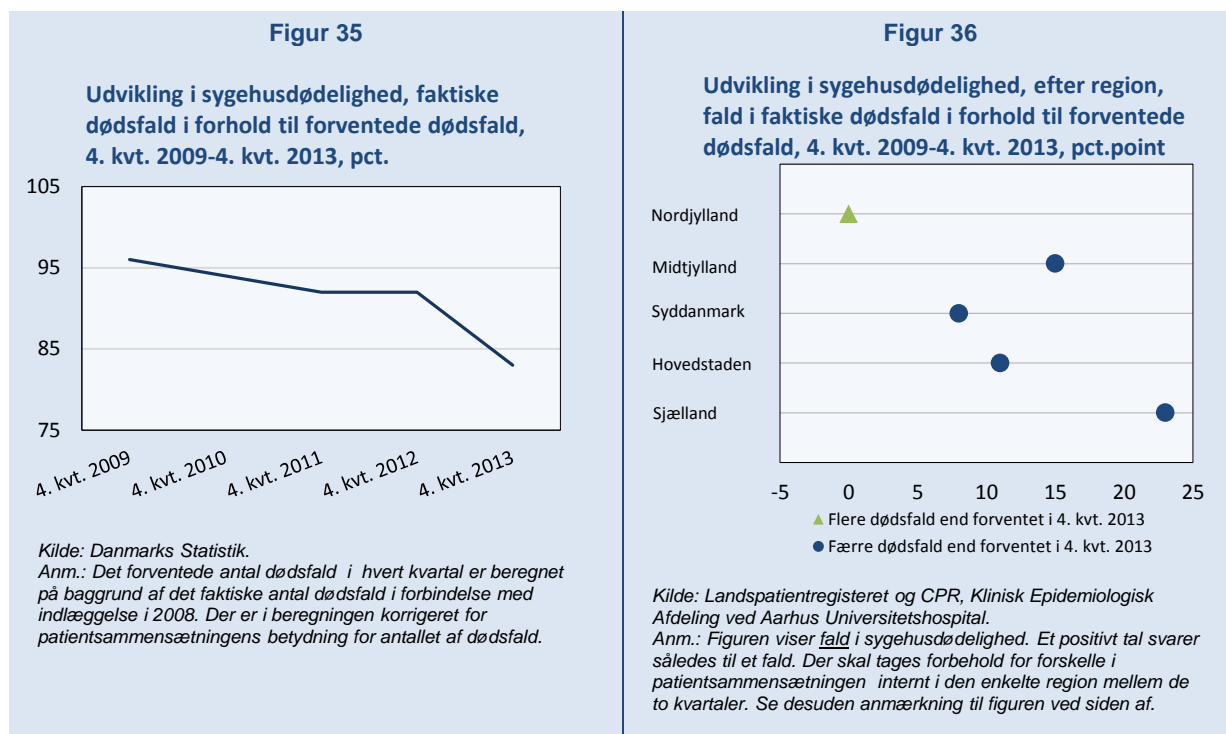
Sygehusdødeligheden på landsplan er faldet fra 96 til 83 pct. fra 4. kvartal 2009 til 4. kvartal 2013, *jf. figur 35*. Der har således været 17 pct. færre dødsfald i forbindelse med sygehusindlæggelse, end hvad man skulle forvente ud fra patientsammensætningen i 4. kvartal 2013.

Det er, som følge af den måde tallene er opgjort på, ikke muligt at sammenligne sygehusdødeligheden på tværs af regioner eller sygehuse.

I fire ud af fem regioner er sygehusdødeligheden faldet med 8 procentpoint eller mere fra 4. kvartal 2009 til 4. kvartal 2013, *jf. figur 36*. F.eks. er sygehusdødeligheden i Region Sjælland faldet med 23 procentpoint i perioden.

Disse fire regioner har ligeledes alle færre dødsfald i forbindelse med indlæggelse end forventet i 4. kvartal 2013 (markeret med ●).

*Boks 14 og boks 15* giver eksempler på konkrete regionale indsatser for at øge patientsikkerheden.



## Boks 14

### Eksempel 10: Reduktion af hospitalserhvervede infektioner i Region Hovedstaden

#### Målgruppe

Patienter med kontakt til Region Hovedstadens hospitaler

#### Formål med projektet/tiltaget

I Region Hovedstadens kvalitetshandlingsplan er opstillet den konkrete målsætning, at forekomsten af hospitalserhvervede infektioner skal reduceres til det halve inden udgangen af 2013.

#### Indhold

Region Hovedstaden har på tværs af hospitalerne i regionen indsamlet oplysninger om hvilke infektionsregistreringer, som aktuelt indsamles på de enkelte hospitaler. Der er endvidere etableret en faglig konsensus om, hvordan man mest hensigtsmæssigt registrerer, følger og nedsætter antallet af infektioner i fremtiden med henblik på fælles løsninger på tværs af Region Hovedstadens hospitaler.

#### Effekt

Hospitalserhvervede infektioner forårsager øget sygelighed, dødelighed og deraf afledte store sundhedsudgifter. Mange undersøgelser har vist, at 8 til 10 procent af patienter, der indlægges på et hospital, erhverver sig en infektion under deres indlæggelse, og at de i gennemsnit forlænger deres hospitalsophold med 11 dage.

Der forventes ud fra et kvalitetshensyn at øge kvaliteten i behandlingen på baggrund af indsatsen. Det anslås herudover, at hospitalserhvervede infektioner medfører en ekstra udgift på 2 milliarder kr. årligt på landets hospitaler. Dette svarer til ca. 600-700 millioner kr. på Region Hovedstadens hospitaler. Såfremt målet med at halvere antallet af infektioner til det halve nås, vil der kunne opnås betydelige besparelser.

### Eksempel 11: Patientsikkert Sygehus på Næstved Sygehus

#### Målgruppe

Alle patienter, der indlægges på sygehuset - så vel akutte som planlagte.

#### Formål med projektet/tiltaget

Fokus i Projekt Patientsikkert Sygehus har været at forbedre den faglige kvalitet ved at reducere antallet af dødsfald og utilsigtede skader, ved eksempelvis at reducere antallet af hjertestop, eliminere en række hospitalsinfektioner, reducere forekomsten af tryksår og forebygge medicineringsfejl med mere.

#### Indhold

Næstved sygehus har været et af fem sygehuse i det samlede nationale projekt. Projektet har involveret ledelse og alle sundhedsfaglige medarbejdere på sygehuset.

Der er taget udgangspunkt i eksisterende viden om god praksis inden for 12 indsatsområder.

Projektet har været ledelsesforankret, og en væsentlig drivkraft har været, at sygehuset og de enkelte afdelinger har sat konkrete og ambitiøse mål, som der målt på og stræbt efter i hele projektet. Eksempelvis konkrete mål for reduktion af hjertestop, sygehusinfektioner og tryksår.

Forbedringerne er styret med tæt ledelsesfokus, og medarbejderne har anvendt forbedringsmodellen, der bl.a. består af:

- løbende monitorering i forhold til mål, der sikrer, at forandringerne skaber ønskede forbedringer
- test af forandringer i lille skala, der skal sikre at hensigtsmæssige arbejdsprocesser bliver spredt i hele organisationen.

Projektet har løbet fra 2010 til 2013.

#### Effekt

I august 2013 fejrede Næstved Sygehus, at de overordnede mål i Patientsikkert Sygehus var nået. Dødeligheden er reduceret med 15 pct. og patientskader med 30 pct.. Eksempelvis er tryksår reduceret med 80 pct. på 18 måneder. Svær sepsis og septisk chok er reduceret med 40 pct., og genindlæggelser inden for 30 dage efter operation er reduceret med 15 pct.. De gode resultater medfører, at alle 12 områder spredes til regionens øvrige sygehuse i løbet af de næste 2 år. På Næstved sygehus er der en fastholdelsesstrategi for at sikre de gode arbejdsgange.

### Eksempel 12: Kvalitets- og patientsikkerhedsrunder – Horsens Hospital

#### Målgruppe

Alle indlagte og ambulante patienter på Horsens Hospital

#### Formål med projektet/tiltaget

Formålet med kvalitets- og patientsikkerhedsrunder som led i projekt Patientsikkert sygehus er at optimere patientsikkerheden og reducere antallet af dødsfald, skader og infektioner.

#### Indhold

I Patient Sikkert Sygehus findes i alt 12 kliniske pakker, fx sepsispakke, tryksårspakke, kirurgipakke mv. samt en ledelsespakke. Hver pakke har en række elementer, der hver især er udtryk for best practice i forhold til et afgrænset område. I forbindelse med projekt Patientsikkert Sygehus har Horsens hospital indført tre kvalitets- og patientsikkerhedsrunder per måned, en per medlem af direktionen. På runden deltager desuden medarbejderne fra kvalitets- og patientsikkerhedsteamet.

Runderne er med til at sikre, at de ting, der skal udføres, også udføres - hver gang. Der måles i forbindelse med pakkerne på en lang række indikatorer i forhold til, om der er gjort det, der skal – eksempelvis tryksårsscreenet, målt vitale parametre, medicinafstem mm. Kvalitets- og patientsikkerhedsrunderne er dermed understøttende i forhold til at komme i mål på disse områder.

#### Effekt

For Hospitalsledelsen har det været et paradigmeskifte over imod mere 'klinisk nær ledelse'.

Ud af de 72 oprindelige indikatorer, som der er målt på i Patientsikkert Sygehus er man på Horsens Hospital i mål på 66 stk. Dette havde ikke været muligt uden tæt ledelsesopfølgning – kvalitets- og patientsikkerhedsrunderne er en nøglekomponent i dette.

*For uddybende beskrivelse af eksemplerne, se bilag 4.*

## Boks 15

### Eksempel 13: Sphincterprojektet - et kvalitetsforbedringsprojekt på Sygehus Vendsyssel

#### Målgruppe

Fødende kvinder på gynækologisk-obstetrisk Afsnit, Sygehus Vendsyssel

#### Formål med projektet/tiltaget

Det overordnede formål med projektet har været at reducere antallet af skader hos patienterne og øge patienternes tilfredshed med fødselsforløbet. Helt konkret har projekts formål været at reducere i antallet af sphincter-skader (skader i mellemkødet) hos den fødende.

#### Indhold

Ved projektets start blev der indhentet uddannelsesressourcer fra Finland, herunder en jordemoder samt obstetriker, som arbejder i afdelingen i 7 uger i ultimo 2012. De har stået for uddannelse af et antal ekspert-jordemødre, der så har ansvaret for at uddanne de resterende jordemødre på afsnittet. Derudover er der indført følgende fokuspunkter og handlinger i forbindelse med fødsler:

- Fokus på kontakt med den fødende, fødestilling og støtte af mellemkødet.
- Lægerne har fokus på perineumstøtte ved kopanlæggelse.

#### Effekt

I perioden 7/1 2012 til 25/3 2012 er der opgjort i alt 17 kvinder, der fik skade på ringmusklen i forbindelse med fødsel. Det svarer til 8 % af de fødende kvinder i den periode. Efter projektstarten er der i perioden 7/1 2013 til 25/3 2013 kun været registreret en patient med skader på ringmusklen, hvilket svarer til 1 % af de fødende i den periode. Antallet af sphincterskader registreret hos patienter er blevet målt i januar 2014, og der skal måles igen i januar 2016 – dvs. 3 år efter interventionen.

### Eksempel 14: Forebyggelse af forstoppelse som følge af stærk smertestillende medicin på Nordsjællands Hospital

#### Målgruppe

Målgruppen for indsatsen er indlagte patienter, som får stærk smertestillende medicin (opioider).

#### Formål med projektet/tiltaget

I regi af projekt Patientsikkert Sygehus arbejdede Nordsjællands Hospital med metoden Global Trigger Tool (GTT) til at analysere og se på omfanget af skader på patienter. Data herfra viste, at obstipation (forstoppelse) udegjorde hovedparten af patientskaderne.

Nordsjællands Hospital iværksat derfor et projekt, som havde til formål:

- At forebygge hospitalsinduceret obstipation som følge af behandling af opioider.
- At forebygge forlænget indlæggelse
- At forebygge genindlæggelse som følge af hospitalsinduceret obstipation.

#### Indhold

Nordsjællands Hospital har udviklet et screeningsredskab, som kan bruges til at identificere patienter i behandling med opioider og til at afklare behovet for laksantia (afførende medicin). Alle standard medicin pakker på hospitalet er gennemgået i dialog mellem klinikere og farmaceuter, og kun hvor der er en faglig begrundelse indgår laksantia ikke samtidig med ordination af opioider.

Indsatsen involverer også patienterne. Gennem information målrettet patienter får patienter kendskab til symptomer (udseende af afføring), og hvornår de skal reagere over for personalet.

Alle indsatser og redskaber er testet ved brug af forbedringsmodellen, herunder PDSA metoden – det vil sige test af ændringer i lille skala, indtil der er sikkerhed for at forandringen, også er en forbedring.

#### Effekt

Der har været en erkendelse på hospitalet af en kvalitetsbrist på et område, som normalt ikke er i fokus, men som har stor betydning for vores patienter og deres resultat af behandlingen.

Konkret er antallet af genindlæggelser på grund af forstoppelse faldet til omkring det halve siden 2010, hvor der blev opmærksomhed på problemet og indsatsen igangsat. Andre forhold kan spille ind på faldet, men indsatsen vurderes at have været medvirkende til faldet.

*For uddybende beskrivelse af eksemplerne se bilag 4.*

#### 4.4 Kvalitet i sundhedsvæsenet

Behandling af høj kvalitet i sundhedsvæsenet skal sikre, at borgeren lever længere og har flere gode leveår. God diagnosticering og behandling af de patienter, der er syge, kan forbedre sundhedstilstanden og dermed bidrage til at forlænge levetiden og nedbringe dødeligheden.

Kortere indlæggelsestid på sygehuse kan være et tegn på bedre tilrettelæggelse af arbejdsgangene og brug af mere skånsomme behandlingsformer mv. Kort indlæggelsestid er oftest en fordel for patienterne, der hurtigere bliver klar til at komme hjem og genoptage en normal hverdag.

Indlæggelsestiden på sygehuse har været faldende over en længere årrække. Fra 2009 til 2013 er den gennemsnitlige indlæggelsestid på sygehus faldet fra 4,1 til 3,6 dage, *jf. figur 37*.

Indlæggelsestiden er faldet i alle regioner i forhold til 2009. Faldet har været størst i Region Sjælland og mindst i Region Nordjylland. Dette afspejler sig også i, at der er regionale forskelle i indlæggelsestiden. I Region Sjælland var indlæggelsestiden i 2013 på 3,4 dage, mens den i Region Nordjylland var 4,2 dage.

Internationalt set er Danmark det vesteuropæiske land, der har den korteste gennemsnitlige indlæggelsestid, *jf. figur 38*.

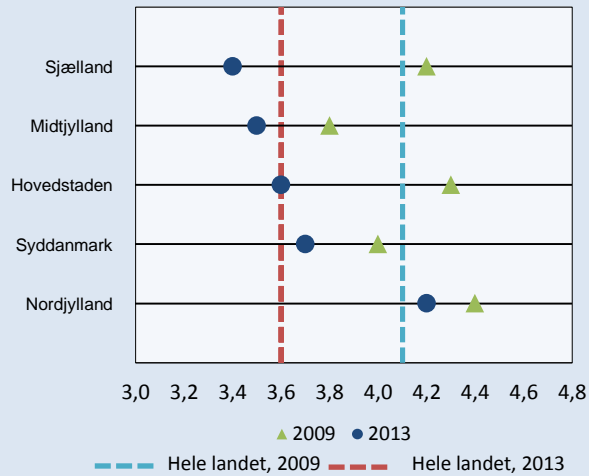
Reoperation er en traditionel indikator for den kirurgiske behandlingskvalitet. En høj forekomst af patienter, som skal opereres igen, kan således være et tegn på, at kvaliteten i forbindelse med den første primære operation kan forbedres. En reoperation kan dog i visse tilfælde også være en indkalkuleret risiko, hvor man i samråd med patienten vælger et mindre omfattende indgreb med en forventet øget risiko for reoperation.

Der er udvalgt to lidelser, hvor andelen af reoperationer er opgjort, henholdsvis diskusprolaps i lænd og diskusprolaps i nakke. Andelen af reoperationer har for begge type af operationer ligget relativt stabilt i perioden 2009 til 2013, *jf. figur 39*.

Der ses desuden kun mindre regionale forskelle i andelen af reoperationer, *jf. figur 40*.

Figur 37

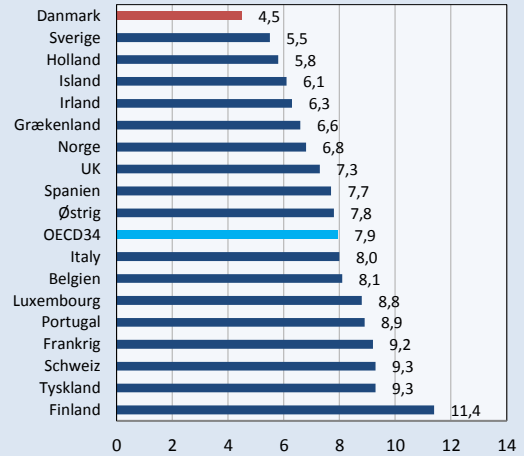
Indlæggelsestid på sygehuse, efter region, 2009 og 2013, dage i gennemsnit



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

Figur 38

Indlæggelsestid på sygehuse, 2011 (eller nærmeste år), dage i gennemsnit

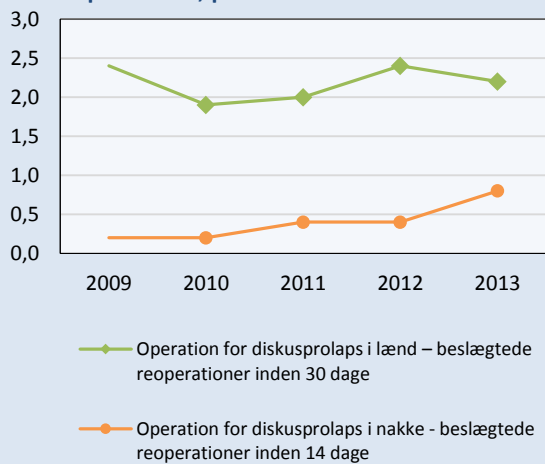


Kilde: OECD (2013), Health at a Glance 2013.

Anm.: OECD's definition af liggetid afviger fra den, der normalt bruges i Danmark. Det giver en lidt højere liggetid i OECD's opgørelse.

Figur 39

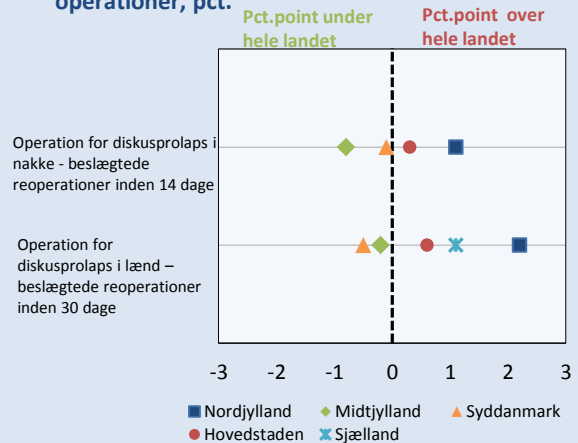
Udvikling i reoperationer efter operation for diskusprolaps, 2009-2013, andel af operationer, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

Figur 40

Reoperationer efter operation for diskusprolaps, efter region, 2013, andel af operationer, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

Anm.: Region Sjælland udfører ingen operationer for diskusprolaps i nakke.

Den 1-årige kræftoverlevelse (overlevelsen ét år efter diagnose) i Danmark har siden slutningen af 1990'erne været stigende. I 2009-2011 var overlevelsen på 75 pct. for mænd og 77 pct. for kvinder, *jf. figur 41*. Det er en stigning på henholdsvis 3 og 4 pct.point i forhold til 2006-2008. Det bemærkes, at 1-års overlevelsen særligt synes at være steget efter indførelsen af pakkeforløbene for kræft i 2007-2008.

Samtidigt med, at kræftoverlevelsen har været stigende, har antallet af dødsfald som følge af kræft været svagt faldende over en årrække. I perioden 2008 til 2012 faldt kræftdødeligheden fra 261 dødsfald pr. 100.000 borgere til 249, *jf. figur 42*. Kræft er dog fortsat den hyppigste dødsårsag i Danmark.

Hjertedødeligheden har været markant faldende i Danmark igennem flere år. I perioden 2008 til 2012 faldt hjertedødeligheden fra 171 dødsfald pr. 100.000 borgere til 139.

Regionalt er der kun små forskelle i kræft- og hjertedødeligheden, *jf. figur 43*.

Internationalt set har det markante fald i hjertedødeligheden i Danmark betydet, at Danmark nu er et af de vesteuropæiske lande med den laveste dødelighed (omfatter kun iskæmisk hjertesygdom), *jf. figur 44*.

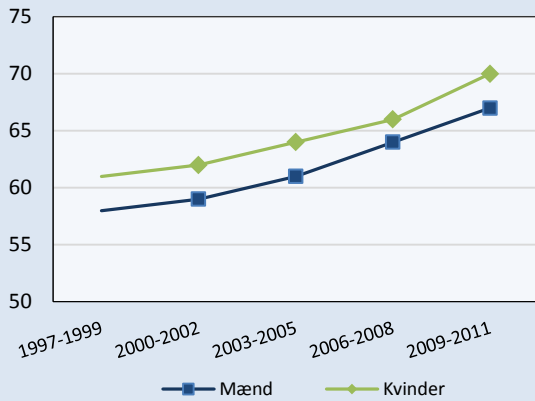
Derimod er Danmark det land, der har den højeste kræftdødelighed.<sup>7</sup> Sverige og Finland er blandt tre lande med den laveste kræftdødelighed.

---

<sup>7</sup> OECD-tallet for Danmark er 242 dødsfald pr. 100.000. Afvigelsen i forhold til tallet fra den nationale opgørelse (249) skyldes, at der anvendes forskellige standardbefolkninger i forbindelse med aldersstandardisering.

**Figur 41**

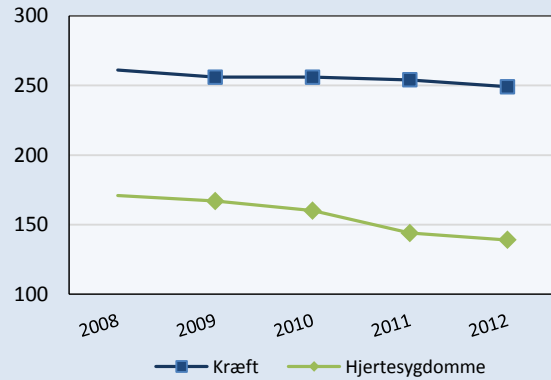
**Udvikling i 1-års overlevelse efter kræft, 1997-1999 til 2009-2011, pct.**



Kilde: Cancerregisteret og CPR, Statens Serum Institut.  
Anm.: Figuren viser den relative 1-års overlevelse, der kan fortolkes som overlevelsen 1 år efter kræftsygdom, når der er justeret for andre dødsårsager. Tallene er aldersstandardiserede. Tal for perioden 2010-2012 offentliggøres ultimo 2014.

**Figur 42**

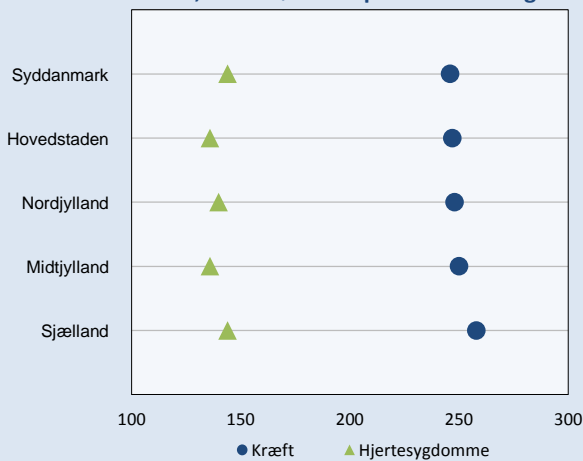
**Udvikling i kræft- og hjertedødelighed, 2008-2012, antal dødsfald pr. 100.000 borgere**



Kilde: Dødsårsagsregisteret, Statens Serum Institut.  
Anm.: Tallene er aldersstandardiserede. Tal for 2013 offentliggøres ultimo 2014.

**Figur 43**

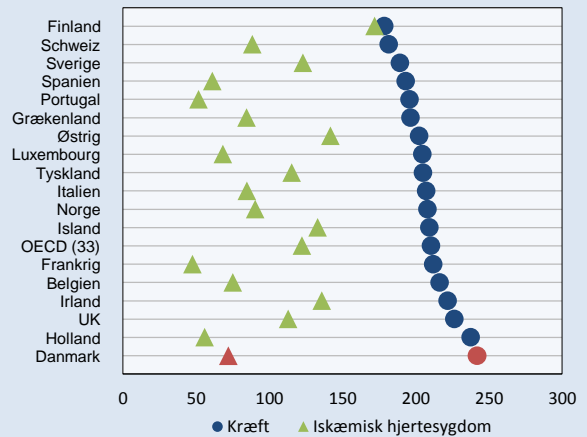
**Kræft- og hjertedødelighed, efter region, 2012, antal dødsfald pr. 100.000 borgere**



Kilde: Dødsårsagsregisteret, Statens Serum Institut.  
Anm.: Tallene er aldersstandardiserede. Tal for 2013 offentliggøres ultimo 2014.

**Figur 44**

**Kræft- og hjertedødelighed (iskæmisk hjertesygdom), 2011 (eller nærmeste år), antal dødsfald pr. 100.000 borgere**



Kilde: OECD (2013), Health at a Glance 2013.  
Anm.: Tallene er aldersstandardiserede.

## 5 Patientinddragelse

Patientinddragelse handler om at lade borgerne spille hovedrollen i deres eget sygdomsforløb. Det kan ske ved, at borgerne aktivt involveres og får indflydelse på beslutninger om udredning, behandling og egenomsorg. Erfaringer fra andre lande er, at inddragelse af patienterne i beslutningerne giver større tilfredshed hos patienterne og en mere målrettet og effektiv ressourceanvendelse. Patientinddragelse er derfor en vigtig del af sundhedsvæsenets indsats.

Hvis borgeren samtidig er godt forberedt i forhold til forløbet i sundhedsvæsenet – også i de tilfælde, hvor behandlingen går på tværs af sektorer - og føler sig tryk, kan det i sidste ende bl.a. betyde bedre og mere sammenhængende forløb.

En anden vigtig forudsætning for gode sammenhængende forløb er desuden, at der koordineres på tværs af sygehusafdelinger, specialer og mellem de forskellige sektorer i sundhedsvæsenet. Borgeren bør således opleve velfungerende overgange og systematisk videndeling mellem afdelinger og sektorer.

Udover at sammenhængende forløb kan øge patienttilfredsheden, kan sundhedsvæsenet ved at arbejde målrettet med forskellige former for forløb skabe mere effektive arbejdsgange og en mere optimal ressourceanvendelse. Et øget samarbejde mellem afdelinger og specialer på sygehusene vil kunne medvirke til at nedbringe den interne ventetid, der kan være i forbindelse med undersøgelser og behandling.

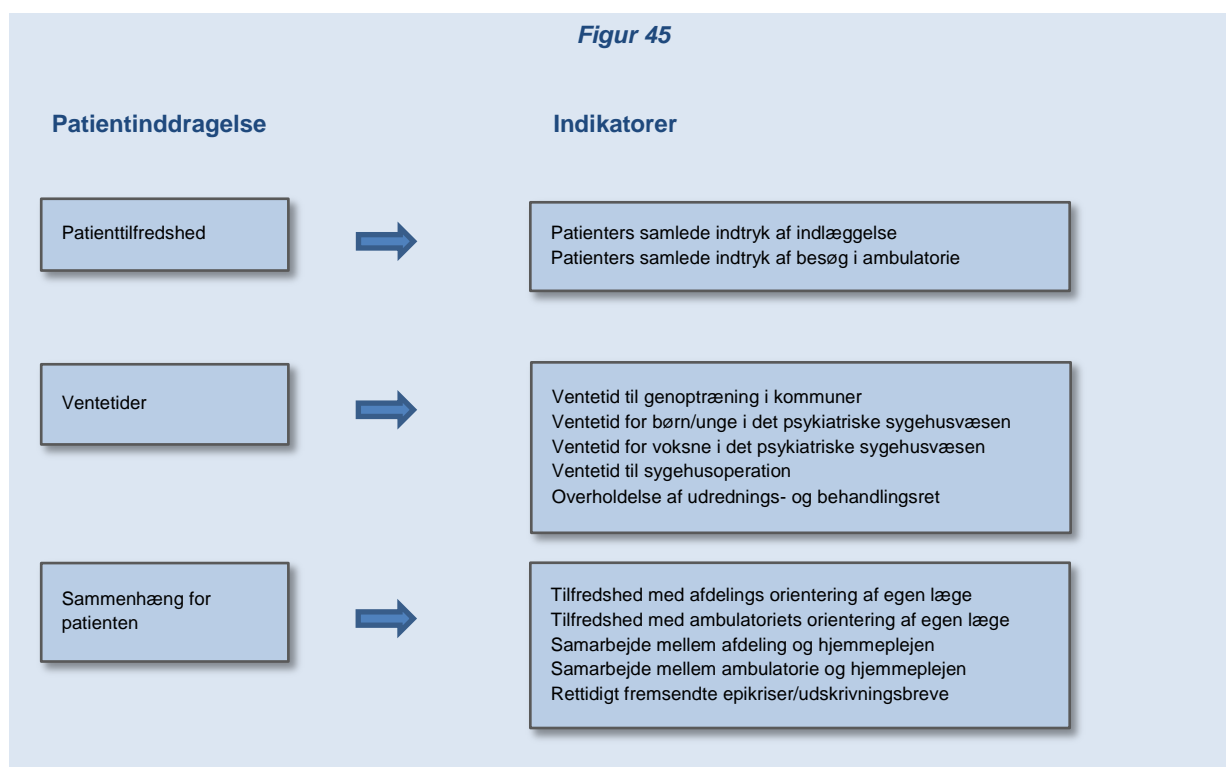
Et andet element i forhold til patientinddragelsen er tilgængeligheden i sundhedsvæsenet i form af ventetider til undersøgelse, behandling og genoptræning, *jf. figur 45*.

Korte ventetider i sundhedsvæsenet er som udgangspunkt godt for borgeren og samfundet som helhed. For borgeren kan det være betryggende at vide, at det er muligt at komme hurtigt til i sundhedsvæsenet, såfremt der er behov for undersøgelse, behandling eller genoptræning. Længere perioder med ventetid kan i nogle tilfælde påvirke effekten af den sundhedsfaglige indsats negativt.

Korte ventetider i sundhedsvæsenet vil alt andet lige endvidere have den positive effekt, at den syge hurtigt kan vende tilbage til arbejdsmarkedet. Det vil i sidste ende betyde højere arbejdsudbud og beskæftigelse samt lavere udgifter til sygedagpenge mv.



Figur 45



Indikatorerne for patienttilfredshed og for sammenhæng for patienten har over de seneste år ligget på nogenlunde samme niveau.

Indikatorerne for ventetider har derimod udviklet sig på forskellig vis. Ventetiden til sygehusoperation og ventetiden for børn og unge i psykiatrien har været faldende over de senere år. Derimod har ventetiden for voksne i psykiatrien har været stigende. Ventetiden til genoptræning i kommuner har været stort set uændret.

Der er desuden forskelle i ventetiden i psykiatrien og til genoptræning indbyrdes mellem regioner og kommuner. Det indikerer, at der kan være et potentiale i forhold til at reducere ventetiden på disse områder.

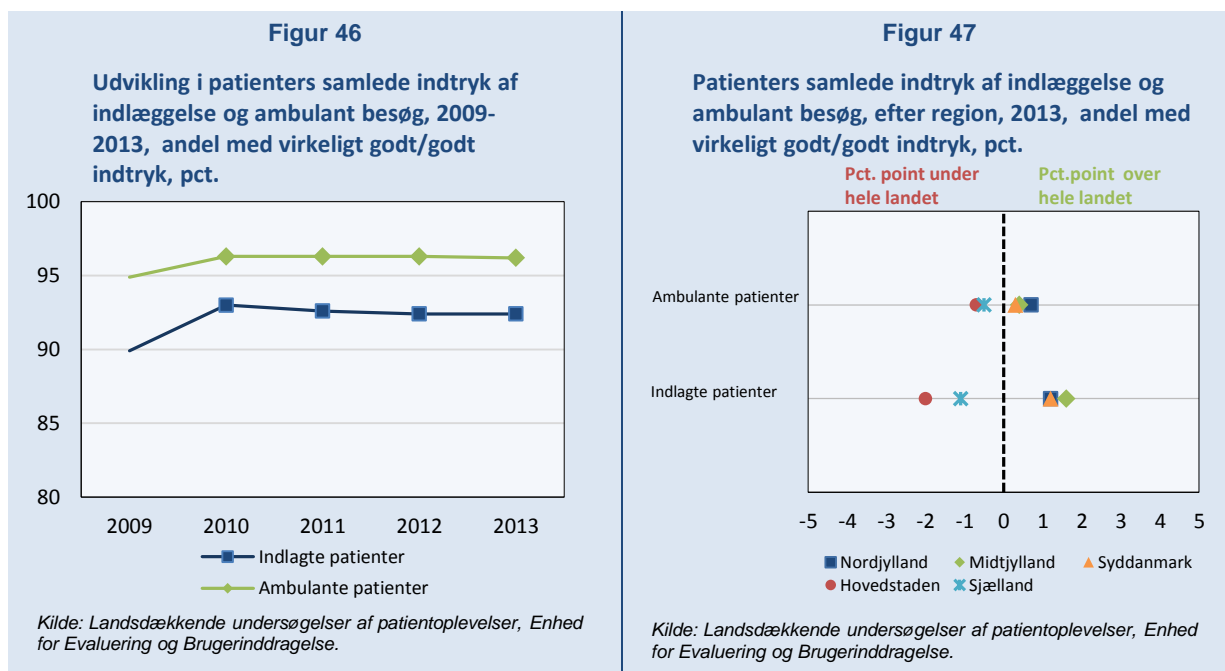
Regionale forskelle i ambulante patienternes vurdering af sygehusets orientering af egen læge indikerer ligeledes, at der kan være et potentiale for forbedring i forhold til sammenhæng for patienten.

## 5.1 Patienttilfredshed

Patienternes tilfredshed med behandlingen i sundhedsvæsenet forventes alt andet lige at være påvirket af, om de oplever god service i form af tilstrækkelig information, kort ventetid, behandling af høj kvalitet, hurtig videregivelse af relevant information mellem sundhedspersonalet og gennemsigtighed i forhold til behandlingstilbud, ventetid mv.

Patienttilfredsheden har i perioden 2009 til 2013 ligget på ca. 90 pct. for indlagte patienter og på ca. 95 pct. for ambulante patienter, *jf. figur 46*. Der er således en høj andel af patienterne i Danmark, der har et godt eller virkeligt godt indtryk af deres indlæggelse eller besøg på sygehus.

Der er en mindre variation mellem regionerne i forhold til det samlede indtryk for indlagte og ambulante patienter, *jf. figur 47*. Justeres der for forskelle i patientsammensætning mellem regionerne (ikke vist i figuren), er patienterne i Region Nordjylland og Region Midtjylland lidt mere tilfredse end gennemsnittet.



## 5.2 Ventetider

Ventetiden til sygehusoperation har været faldende siden 2009, *jf. figur 48*. I 2013 var den gennemsnitlige ventetid på 51 dage, hvilket er et fald på 24 pct. i forhold til 2009. Median-ventetiden var på 30 dage.

Internationale analyser peger på, at de danske ventetidsgarantier i sundhedsvæsenet har medvirket til et fald i ventetider, og at ventetiderne til en række udvalgte operationer generelt er lave i Danmark, *jf. boks 16*.

Der er variation mellem regionerne. Region Syddanmark har den laveste ventetid til sygehusoperation blandt regionerne, *jf. figur 49*.

Det skal dog bemærkes, at opgørelse af ventetid til sygehusoperation er kompleks og behæftet med en vis usikkerhed<sup>8</sup>.

Ventetiden for børn og unge i psykiatrien har også været faldende siden 2009-2010. Ventetiden til 1. psykiatriske sygehuskontakt var i 2013 på 45 dage, hvilket er et fald på 42 pct. i forhold til 2010, hvor ventetiden var længst.

Der er regionale forskelle i ventetiden i det psykiatriske sygehusvæsen. Region Sjælland og særligt Region Syddanmark har de korteste ventetider for børn og unge i psykiatrien i 2013, *jf. figur 49*.

### Boks 16

#### Internationale analyser af ventetider og ventetidsgarantier

OECD gennemførte i 2013 en analyse af ventetidsgarantier og ventetid i 13 OECD-lande.

For Danmarks vedkommende peger analysen på, at indførelsen af en række patientrettigheder og ventetidsgarantier i sygehusvæsenet både for somatiske og psykiatriske sygdomme generelt samt for livstruende sygdomme (kræftsygdomme og visse hjertesygdomme) formentligt har medvirket til at nedbringe ventetiderne.

Sammenlignet med øvrige OECD-lande, er det danske sundhedsvæsen i højere grad forpligtet til ventetidsgarantier, herunder særligt for kræft- og hjertesygdomme.

En sammenligning af faktiske ventetider til en række udvalgte operationer i 12 OECD-lande viser desuden, at Danmark sammen med Holland generelt synes at have de laveste ventetider. Det gælder på trods af, at Danmark som det eneste land også inkluderer ventetiden fra henvisning fra egen læge til første fremmøde på sygehus i opgørelsen.

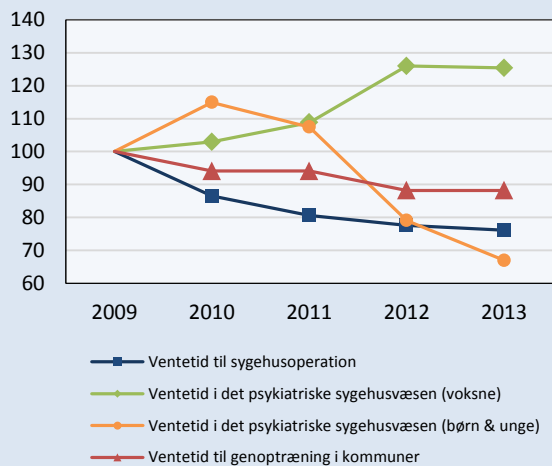
*Kilder: Waiting Time Policies in the Health Sector – what works?, OECD, 2013. Measuring and Comparing Health Care Waiting Times in OECD Countries, OECD Health Working Papers No. 67, OECD, 2013.*

---

<sup>8</sup> Opgørelsen af ventetid til sygehusoperation baserer sig på registermæssig sammenkobling af et patientforløbs forskellige faser fra henvisning, over udredning og til selve operationen. Ofte vil et sådant forløb involvere kontakt med flere sygehusafdelinger og eventuelt også flere sygehuse. Sammenkobling af disse kontakter til et retvisende patientforløb, et såkaldt "venteforløb", forudsætter dels, at der ved alle kontakter er foretaget korrekt registrering af, hvor patienten er henvist fra, og hvor patienten henvises til, dels, at det registreres, at der er tale om et "venteforløb".

**Figur 48**

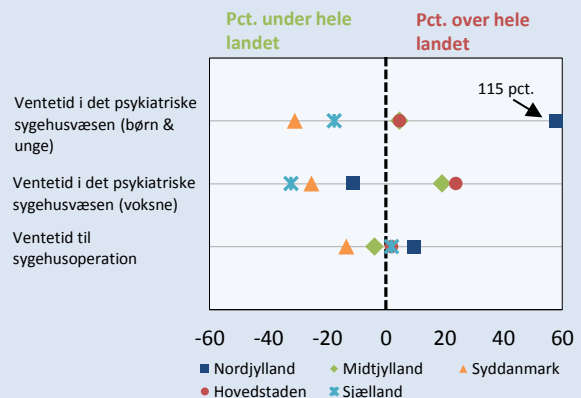
**Udvikling i ventetider i sundhedsvæsenet, 2009-2013, indeks (2009=100)**



Kilde: Landspatientregisteret og Register over genoptræning efter sundhedsloven, Statens Serum Institut.

**Figur 49**

**Ventetider i sygehusvæsenet, efter region, 2013**



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.  
Anm.: Nordjyllands ventetid for børn og unge i psykiatrien (97 dage) er 115 pct. længere end ventetiden i hele landet.

Ventetiden for voksne i psykiatrien har været stigende i perioden 2009 til 2013. I 2013 lå den gennemsnitlige ventetid på 43 dage (median 33), mens den i 2009 gennemsnitligt lå på 34 dage, jf. figur 50.

Der er samtidigt relativt store regionale forskelle. Region Sjælland og Region Syddanmark havde de korteste ventetider i 2013, mens Region Midtjylland og Region Hovedstaden havde de længste, jf. figur 51.

Længden af ventetiderne i sygehusvæsenet kan opgøres mere detaljeret, jf. boks 17.

Median-ventetiden til genoptræning i kommunerne har i perioden 2009 til 2012 ligget på 15 til 17 dage, jf. figur 52. Der er forskelle i ventetiden mellem kommuner, jf. figur 53 og figur 54. Ventetiden varierer fra knap 10 dage til knap 40 dage. Gentofte, Læsø, Furesø, Randers, Struer, Syddjurs, Bornholm, Gladsaxe og Køge kommuner har alle en ventetid på 10 dage eller derunder i 2013.

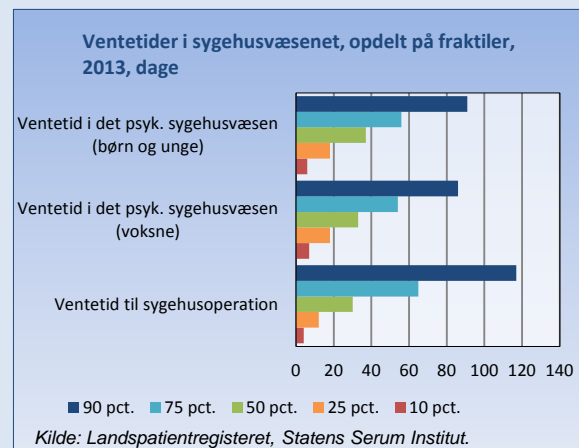
Det skal bemærkes, at opgørelsen af ventetid til genoptræning er behæftet med en vis usikkerhed, jf. boks 18.

**Boks 17**

**Detaljeret opgørelse af længden af ventetider i sygehusvæsenet**

For at give et mere detaljeret billede af længden af ventetider i sygehusvæsenet viser nedenstående figur ventetiderne i 2013 for følgende fraktiler: 10, 25, 50, 75 og 90 pct.

Eksempelvist viser 10 pct-fraktilen for ventetid til sygehusoperation, at 10 pct. af patienterne i 2013 havde en ventetid på højst 4 dage. For 50 pct.-fraktilen (svarende til medianen) er tallet 30, hvilket betyder, at halvdelen af patienterne havde en ventetid på højst 30 dage.



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

## Boks 18

### Opgørelse af ventetid til genoptræning i kommunerne

Den nationale opgørelse af ventetid til genoptræning i kommunerne er baseret på en samkørsel af sygehusenes registreringer af genoptræningsplaner i Landspatientregisteret og kommunernes indberetning af genoptræningsydelser til Statens Serum Institut.

Ventetiden er i opgørelsen defineret som ventetiden fra registrering af genoptræningsplan til første genoptræningsydelse.

Opgørelsen er forbundet med visse usikkerheder, der kan medføre, at ventetiden overvurderes. Det drejer sig om følgende forhold:

- Usikker kobling mellem genoptræningsplan og ydelse
- Kommunernes registreringspraksis er ikke tilstrækkeligt præcis
- Borgere ønsker at udskyde igangsættelse af genoptræningsforløbet eller udebliver, hvilket ikke registreres
- Genoptræningens opstart udskydes af sundhedsfaglige årsager, hvilket ikke registreres

KL har bedt kommunerne om, at indberette de tal for ventetid på genoptræning, som bruges i kommunens egen ledelsesinformation, *jf. nedenstående tabel*. Tallene i tabellen er den *gennemsnitlige* ventetid og varierer mellem 5,5 og 15,3 dage. Til sammenligning varierer den nationale opgørelse af den gennemsnitlige ventetid mellem 24 og 35 dage.

Det bemærkes i den forbindelse, at kommunernes opgørelse af ventetiden kun inkluderer perioden fra kommunen har modtaget genoptræningsplanen til første genoptræningsydelse. Den nationale opgørelse omfatter hele borgerens ventetid fra udskrivning fra sygehus med genoptræningsplan til påbegyndelse af genoptræning i kommunen.

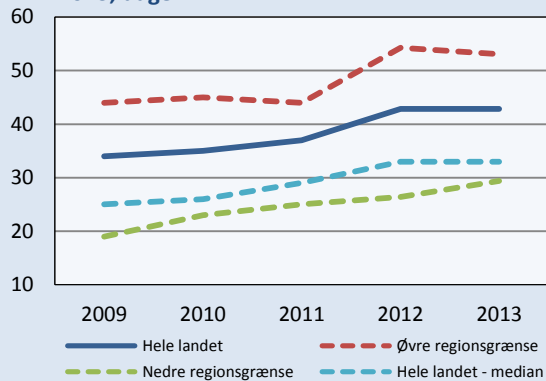
#### Gennemsnitlig ventetid til genoptræning (kommunernes egen opgørelse), dage, 2013

Kommuner i Region Hovedstaden	15,3
Kommuner i Region Sjælland	5,5
Kommuner i Region Syddanmark	6,7
Kommuner i Region Midtjylland	6,4
Kommuner i Region Nordjylland	8,4

Kilde: KL (2014).

**Figur 50**

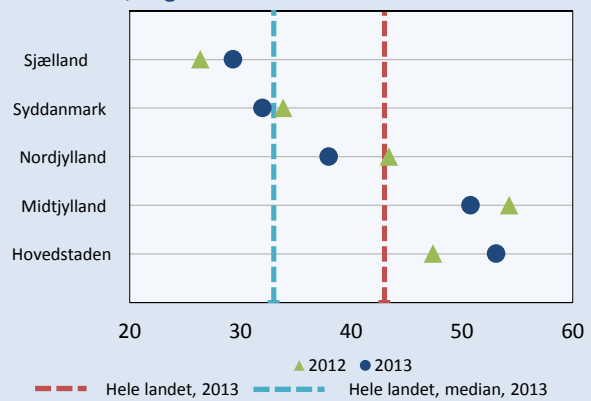
**Udvikling i gennemsnitlig ventetid i det psykiatriske sygehushæsen, 19+ årige, 2009-2013, dage**



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.  
Anm.: Ventetiden er defineret som ventetiden til 1. kontakt med sygehuset. De stiplede linjer viser ventetiden i det pågældende år for regionen med hhv. længst (rød) og lavest (grøn) ventetid.

**Figur 51**

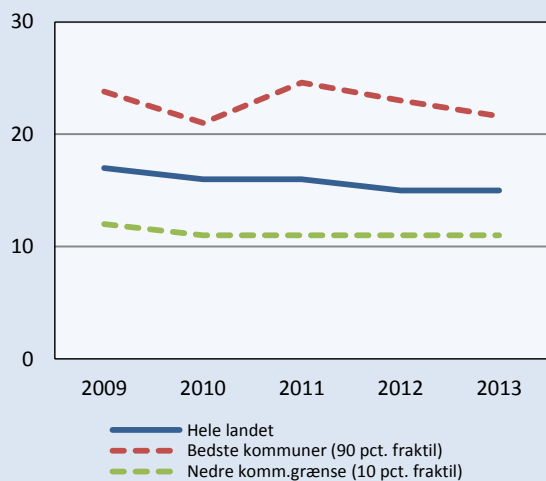
**Gennemsnitlig ventetid i det psykiatriske sygehushæsen, efter region, 19+ årige, 2012-2013, dage**



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.  
Anm.: Ventetiden er defineret som ventetiden til 1. kontakt med sygehuset.

**Figur 52**

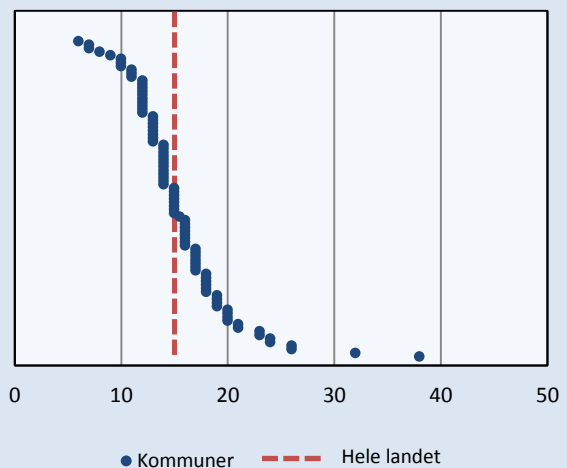
**Udvikling i median ventetid til genoptræning i kommuner, 2009-2013, dage**



Kilde: Landspatientregisteret og Register over genoptræning efter sundhedsloven, Statens Serum Institut.

**Figur 53**

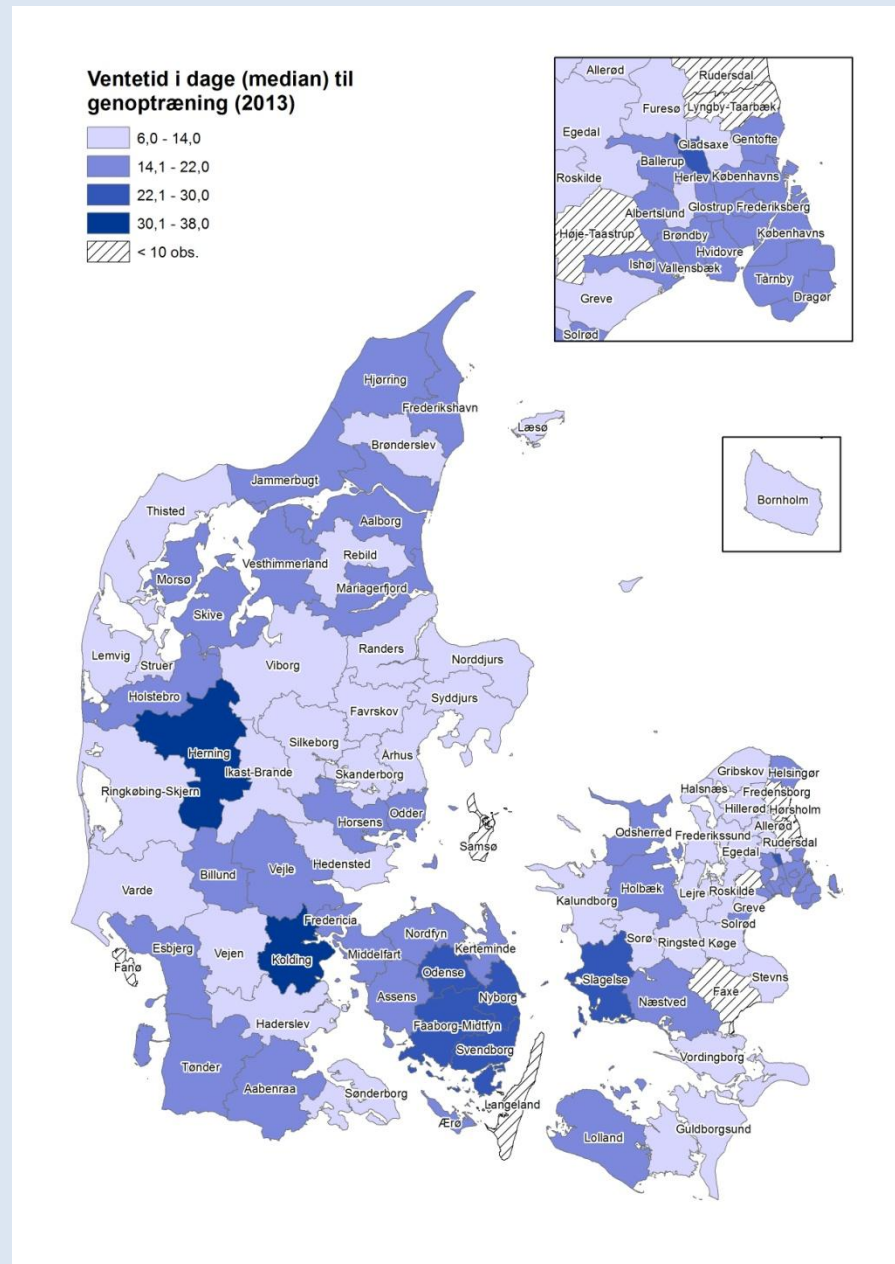
**Median ventetid til genoptræning, efter kommune, 2013, dage**



Kilde: Landspatientregisteret og Register over genoptræning efter sundhedsloven, Statens Serum Institut.

Figur 54

Median ventetid til genoptræning, efter kommune, dage, 2013



Kilde: Landspatientregisteret og Register over Genoptr.05pt;margin-top:476.25pt;width:376.15pt;height:2.

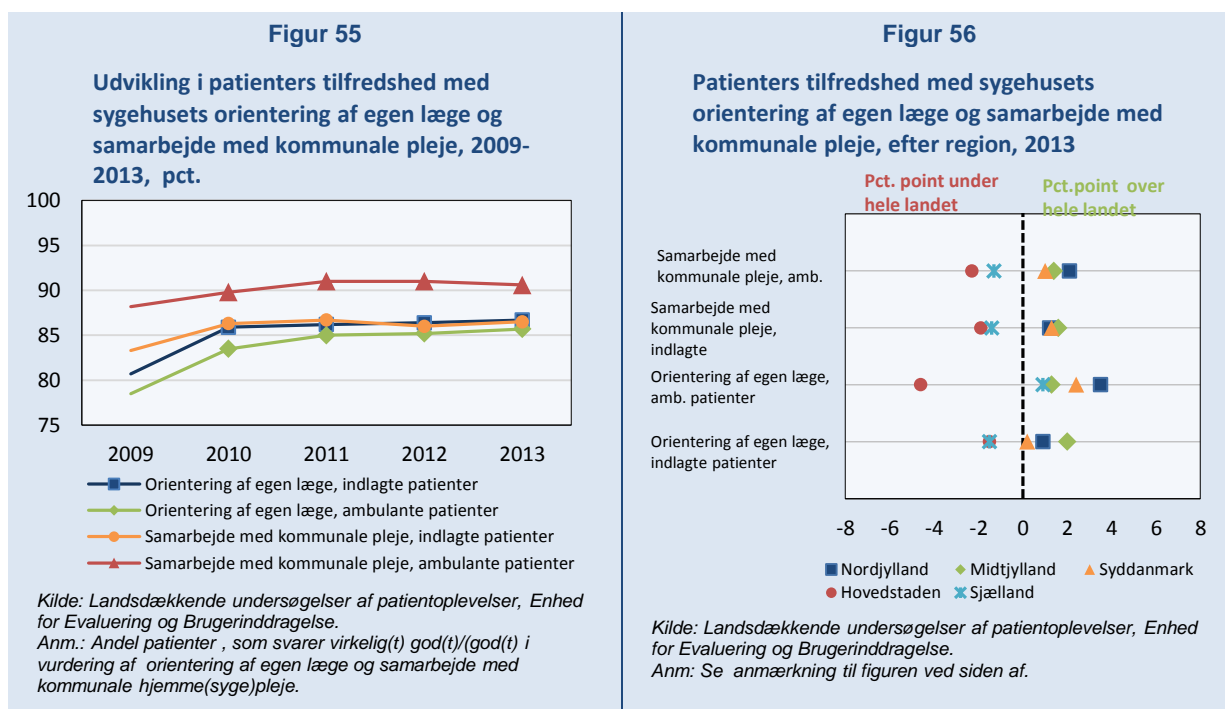
### 5.3 Sammenhæng for patienten

Sammenhængen for patienten kan opgøres ved at spørge patienterne selv, hvordan de vurderer vigtige elementer i det sammenhængende patientforløb.

Hovedparten af patienterne på sygehuse er positive i forhold til sygehusets orientering af egen læge og samarbejde med den kommunale hjemmepleje/hjemmesygepleje. I 2013 lå andelen af patienter, som vurderede sygehusets orientering af patientens egen læge positivt, på godt 85 pct., *jf. figur 55*.

Andelen af patienter, som vurderede samarbejdet mellem sygehuset og den kommunale pleje positivt, lå på 87 og 91 pct. for henholdsvis indlagte og ambulante patienter.

Der er regionale forskelle i vurderingen. Det gælder særligt i forhold til ambulante patienters vurdering af sygehusets orientering af deres egen læge, *jf. figur 56*.





## 6 Udgifter pr. borger

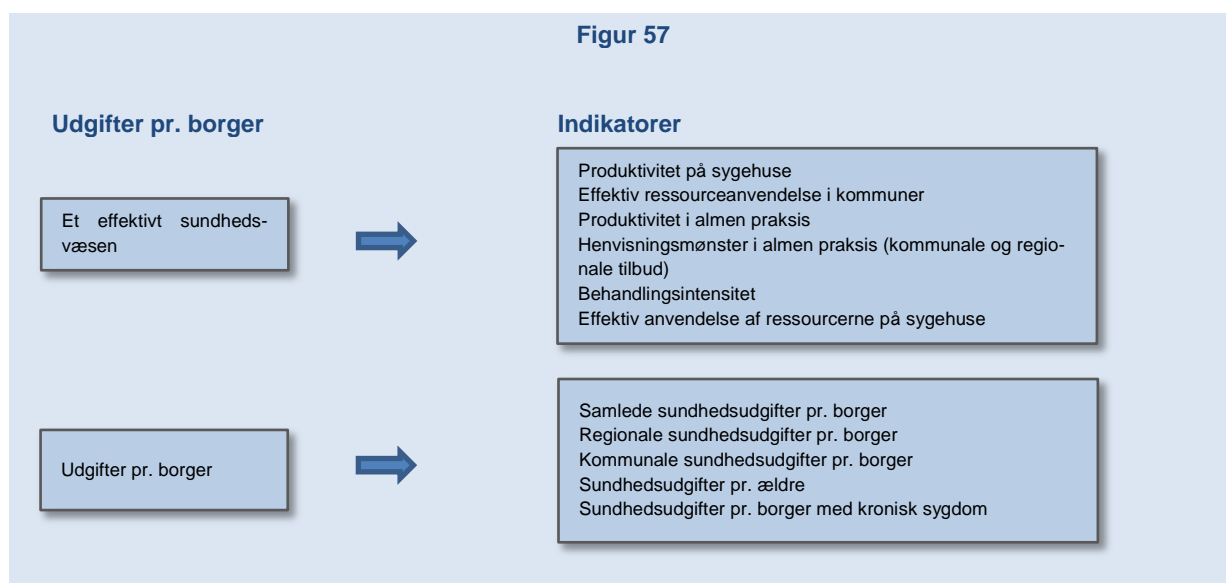
En af udfordringerne i de kommende år for sundhedsvæsenet er at skabe mere og bedre sundhed for pengene. Udgifterne på sundhedsområdet udgør på nuværende tidspunkt over en fjerdedel af de samlede offentlige udgifter og spiller dermed en væsentlig rolle i samfundsøkonomien. Samtidigt øger en række tendenser på sundhedsområdet presset på udgifterne.

I de kommende år bliver der flere ældre borgere og sygdomsbilledet ændrer sig, så der bliver flere borgere med kroniske sygdomme. Flere borgere vil også lide af mere end én kronisk sygdom.

Denne gruppe borgere vil have et vedvarende og ressourcekrævende behov for behandling og pleje på sygehuse og i almen praksis eller benytte sig af tilbud om sygepleje samt praktisk og personlig hjælp i kommunerne.

Den teknologiske udvikling og ny medicin betyder desuden nye og bedre behandlingsmuligheder, som indebærer, at flere kan behandles for mere. Det er som udgangspunkt godt for borgere og patienter, men samtidigt skal effektiv prioritering og ibrugtagning af de nye behandlingsmuligheder sikres. Analyser peger på, at den teknologiske udvikling medfører pres på udgiftsniveauet, fordi det øger muligheden for at behandle flere patienter<sup>9</sup>.

For at skabe mere og bedre sundhed for pengene er det derfor vigtigt, at rammer, vilkår og incitamenter understøtter et godt og effektivt sundhedsvæsen, hvor høj kvalitet leveres til lave udgifter pr. borger, jf. figur 57.



Sundhedsvæsenet kan bidrage til at løse udfordringerne ved bl.a. stigende produktivitet, effektiv ressourceanvendelse, datadrevet kvalitetsudvikling samt ved at dele sin viden og udbrede bedste praksis i forhold til at understøtte effektiv ressourceanvendelse. De indbyrdes forskelle i sundhedsvæsenets brug af ambulante behandling, indlæggelsestid mv. kan gøres synlige og bruges aktivt i styringen. Det kan medvirke til mere omkostningseffektive behandlingsforløb, som vil komme patienterne til gode.

Det bemærkes, at der i forhold til flere af indikatorerne for et effektivt sundhedsvæsen udestår et udviklingsarbejde.

<sup>9</sup> Przywara, Bartosz, 2010: *European Economy, Projecting future health care expenditure at European level: drivers, methodology and main results.*

## 6.1 Et effektivt sundhedsvæsen

Et effektivt sundhedsvæsen forudsætter blandt andet, at opgaverne løses på det laveste effektive omkostnings- og omsorgsniveau (LEON-princippet). Det betyder, at behandling, pleje mv. ikke foregår på et højere specialiseringsniveau, end hvad der er fagligt nødvendigt for høj kvalitet af ydelsen.

Hvis der ikke er en hensigtsmæssig arbejdsdeling og samarbejde mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet, kan det medføre en uhensigtsmæssig anvendelse af ressourcer i de tilfælde, hvor patienterne bliver behandlet på et mere specialiseret niveau, end der er behov for.

Produktiviteten på de offentlige somatiske sygehuse er steget med mellem 1,4 og 5,3 pct. årligt i perioden 2009-2012, *jf. figur 58*. I denne periode har sygehusene med andre ord årligt ydet mere behandling for de samme penge.

Produktivitetsniveauet varierer dog. I 2012 varierer niveauet med 6 procentpoint regionerne imellem, *jf. figur 59*. Region Syddanmark har den højeste produktivitet, 2 procentpoint over landsgennemsnittet.

Væksten i antal sygehuskontakter pr. patient er på landsplan faldet med 1 procentpoint fra 2011 til 2012, så den i 2012 var på 0,3 pct., *jf. figur 60*.

Region Midtjylland og Region Nordjylland haft et fald i antal sygehuskontakter pr. patient fra 2011 til 2012, mens Region Syddanmarks antal sygehuskontakter pr. patient er uændret, *jf. figur 61*.

En analyse har tidligere vist, at størstedelen af væksten i sygehusvæsenets aktivitet fra 2005 til 2010 kan forklares med flere sygehuskontakter pr. patient og samtidigt dyrere kontakter.<sup>10</sup> Væksten kan bl.a. henføres til mere og bredere behandling af den enkelte patient.<sup>11</sup>

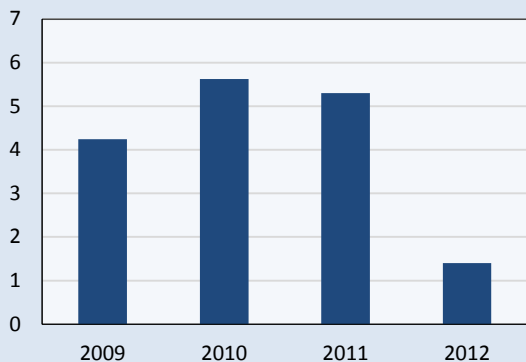
---

<sup>10</sup> Se *Analyse af aktiviteten i sygehusvæsenet, 2005-2010, Danske Regioner, Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2012)*.

<sup>11</sup> Se *Bedre incitamenter i sundhedsvæsenet, Danske Regioner, KL, Økonomi- og indenrigsministeriet, Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2013)*, s. 33.

**Figur 58**

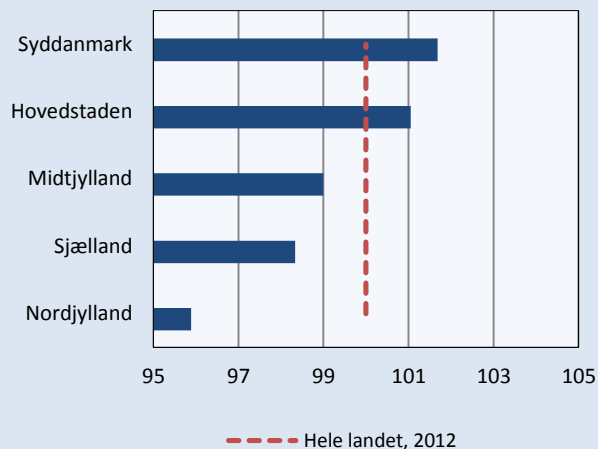
Produktivitet på sygehuse, 2009-2012, ændring ift. året før, pct.



Kilde: DRG-systemet, Statens Serum Institut.

**Figur 59**

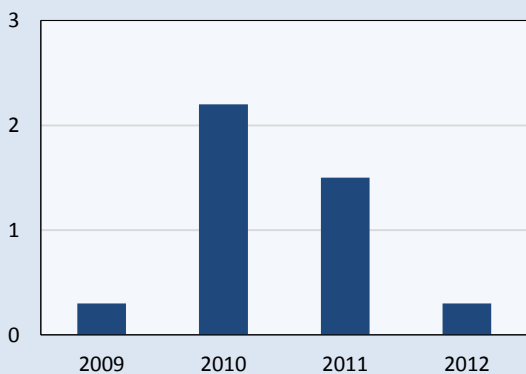
Produktivitet på sygehuse, efter region, 2012, indekstal (hele landet=100)



Kilde: DRG-systemet, Statens Serum Institut

**Figur 60**

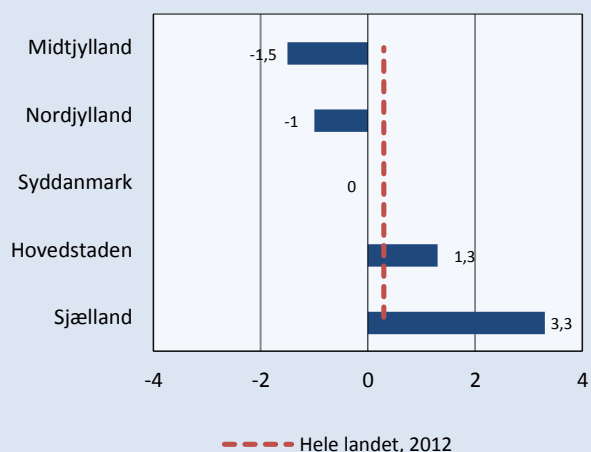
Antal kontakter pr. sygehuspatient, 2009-2012, ændring ift. året før, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

**Figur 61**

Antal kontakter pr. sygehuspatient, efter region, 2012, ændring ift. året før, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

## 6.2 Udgifter pr. borger

For at udnytte ressourcerne i sundhedsvæsenet bedst muligt er det vigtigt, at behandlinger gennemføres på et veldokumenteret grundlag, og at behandlingsforløbene er effektive og af høj kvalitet. Samtidig er det vigtigt at understøtte effektivitet og bidrage til at sikre lave udgifter pr. borger i sundhedsvæsenet.

I perioden 2009 til 2012 har de samlede offentlige sundhedsudgifter (det offentlige forbrug på sundhedsområdet) pr. borger ligget på ca. 26.000 kr., jf. figur 62.

De regionale udgifter pr. borger har ligget på ca. 18.000 kr., mens de kommunale sundhedsudgifter har ligget på ca. 1.800 kr. pr. borger. Medregnes kommunernes medfinansiering af regionernes sundhedsudgifter udgør de kommunale sundhedsudgifter pr. borger ca. 5.200 kr. (2014-pl) i 2012.

Det bemærkes i den forbindelse, at ca. 18 pct. af regionernes finansiering af deres sundhedsudgifter i 2012 var finansieret af kommunerne, jf. boks 19.

Regionernes sundhedsudgifter varierer fra ca. 17.000 kr. pr. borger i Region Midtjylland til ca. 18.500 kr. i Region Sjælland, jf. figur 63.

Kommunernes sundhedsudgifter eksklusiv medfinansiering varierer fra ca. 1.000 kr. til ca. 3.200 kr. pr. borger, jf. figur 64.

Disse udgiftsforskelle mellem regioner og kommuner kan bl.a. afspejle socioøkonomiske forskelle mellem borgerne.

### Boks 19

#### Kommunal medfinansiering af regionernes udgifter på sundhedsområdet

Finansieringen af sundhedsvæsenet er indrettet sådan, at regionerne modtager et aktivitetsafhængigt bidrag fra kommunerne for behandling af kommunernes borgere på sygehuse og i praksissektoren. I 2012 udgjorde bidraget ca. 18 pct. af regionernes finansiering.

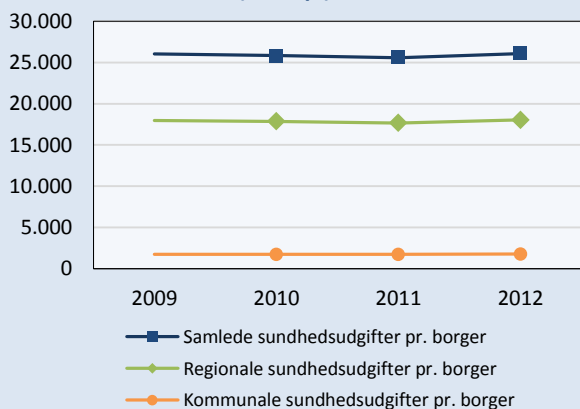
Indikatorerne for regionale og kommunale sundhedsudgifter er opgjort ud fra, hvem der har afholdt udgifterne til de konkrete opgaver (undersøgelser, behandling mv.).

Kommunernes udgifter til medfinansieringen indgår derfor ikke i indikatoren for kommunale sundhedsudgifter, men i indikatoren for de regionale sundhedsudgifter.

I 2012 beløb kommunernes udgifter til medfinansieringen sig på landsplan til ca. 3.400 kr. pr. borger (2014-pl).

Figur 62

Udvikling i sundhedsudgifter pr. borger, 2009-2012, kr. (2014-pl)

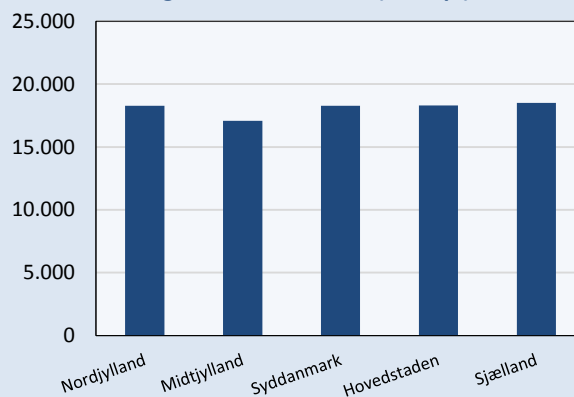


Kilde: Danmarks Statistik.

Anm.: Regionale og kommunale sundhedsudgifter summer ikke til samlede sundhedsudgifter, da de samlede sundhedsudgifter bl.a. indeholder kommunale udgifter til ældrepleje. Disse indgår ikke i de kommunale sundhedsudgifter.

Figur 63

Regionale sundhedsudgifter pr. borger, efter region, 2009-2012, kr. (2014-pl)



Kilde: Danmarks Statistik.

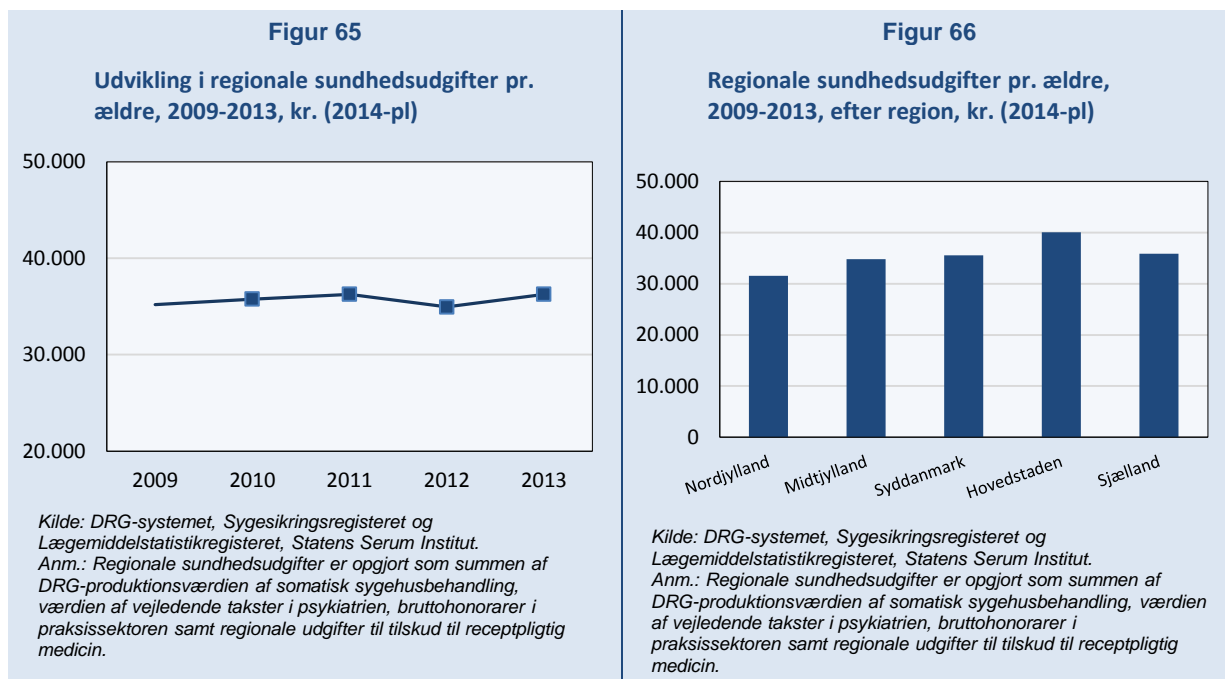


Regionale sundhedsudgifter til ældre (65+ år) omfatter udgifter til sygehusbehandling, behandling i praksissektoren samt regionernes udgifter til medicintilskud<sup>12</sup>. I perioden 2009 til 2013 er de regionale sundhedsudgifter pr. ældre steget fra ca. 35.000 kr. til ca. 36.000 kr., jf. figur 65.

Region Hovedstaden har flest udgifter til sundhed pr. ældre, ca. 40.000 kr., mens Region Nordjylland har færrest, ca. 31.500 kr., jf. figur 66.

På kommuneniveau kan der konstateres forskelle i forbruget af det regionale sundhedsvæsen blandt ældre både på tværs af kommuner i hele landet og på tværs af kommuner i de enkelte regioner, jf. figur 67.

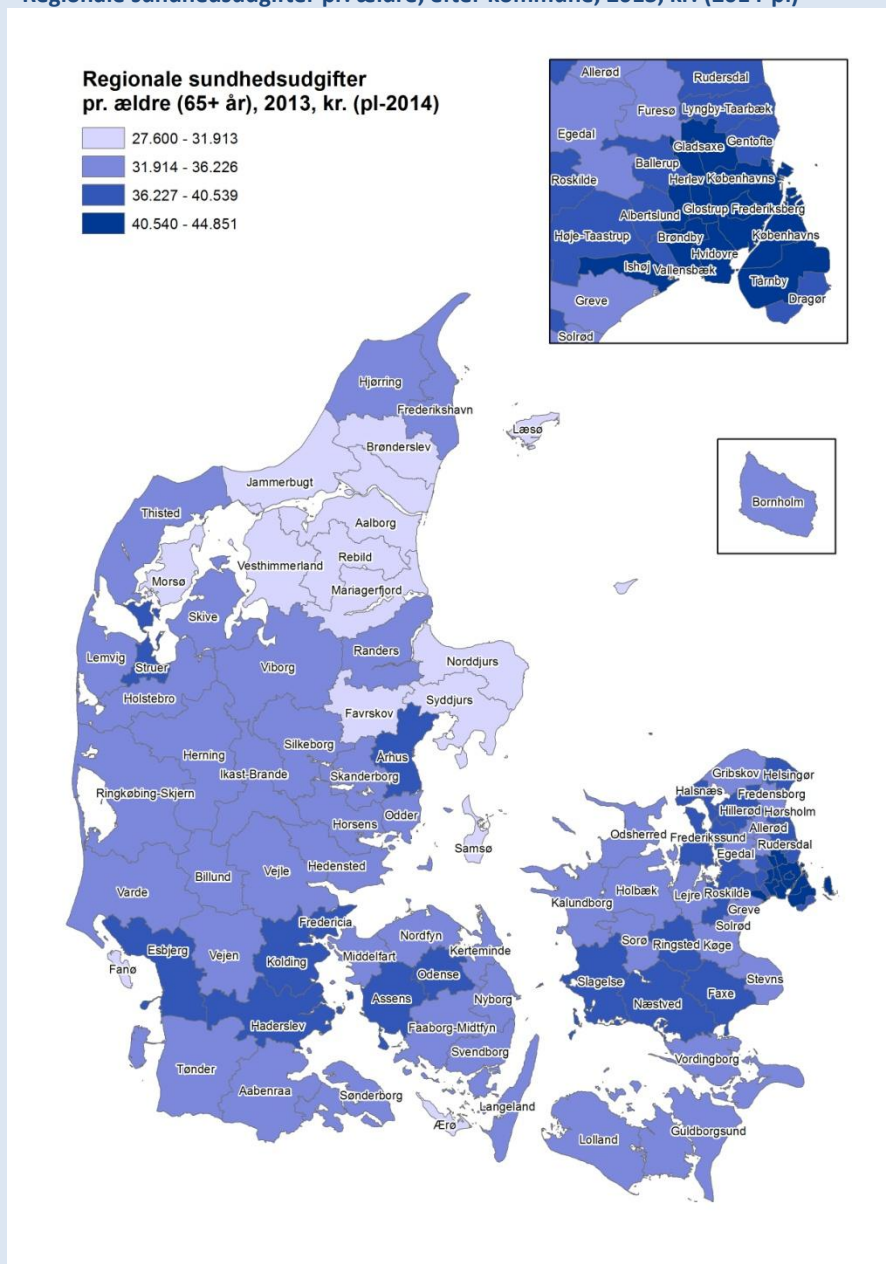
Kommunerne med det højeste forbrug, ca. 40.600 til 44.900 kr. pr. ældre, er koncentreret i Hovedstadsområdet.



<sup>12</sup> Det bemærkes, at udgifterne til sygehusbehandling er opgjort som produktionsværdi, hvorfor der i teknisk forstand ikke er tale om regionale udgifter.

Figur 67

Regionale sundhedsudgifter pr. ældre, efter kommune, 2013, kr. (2014-pl)



Kilde: DRG-systemet, Sygesikringsregisteret og Lleft. 45pt;margin-top:487.4pt;width:445.75pt;height:33.

Anm.: Regionale sundhedsudgifter er opgjort som summen af DRG-produktionsudhedsu af somatisk sygehusbehandling, vopgjort som summen af 5pt;margin-top:487.4pt;width:onorarer i praksissektoren samt regionale udgifter til tilskud til receptpligtig medicin.

## 7 Tema: Borgere med de kroniske sygdomme leddegigt, KOL og osteoporose

Flere og flere danskere har gennem de seneste år fået diagnosticeret én eller flere kroniske sygdomme. Antallet af borgere med kronisk sygdom forventes fortsat at stige i de kommende år bl.a. som følge af forbedrede levevilkår og længere levetid, idet forekomst af kroniske sygdomme stiger med alderen. Samtidig bliver mulighederne for diagnostik og behandling løbende bedre, hvilket betyder, at flere lever længere og bedre med deres kroniske sygdom.<sup>13,14</sup> Udviklingen medfører et stigende resourcepres på sundhedsvæsenet, da borgere med kroniske sygdomme oftere benytter sundhedsvæsenet end andre. Samtidig kræver kroniske sygdomme typisk behandlingsforløb på tværs af sektorgrænser og faggrupper, og kompleksiteten øges yderligere blandt borgere med flere samtidige sygdomme (multisygdom).

I nærværende temakapitel belyses forbrug af udvalgte sundhedsydelse, regionale udgifter til sundhedsydelse og arbejdsmarkedstilknytning hos danskere med en eller flere af følgende kroniske sygdomme: leddegigt, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og osteoporose, *jf. boks 20*.

Analyserne af borgere med en eller flere af de tre udvalgte kroniske sygdomme baseres på de foreløbige udtræksalgoritmer i Registeret for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS), herunder forbrug af sundhedsydelse og medicin købt på recept.<sup>15</sup> Registerets afgrænsninger er under udvikling, og der kan komme ændringer i såvel datagrundlag som udtræksalgoritmer, der anvendes til at afgrænse sygdomspopulationer, *jf. bilag 3*. Valget af de tre udvalgte kroniske sygdomme baserer sig på udviklingstakten af RUKS.

### Boks 20

#### Kort beskrivelse af de tre udvalgte kroniske sygdomme leddegigt, KOL og osteoporose

##### Leddegigt

Leddegigt (reumatoid artrit) er en kronisk betændelsessygdom i kroppens led, som kan medføre hævelse, smerte, stivhed og eventuelt tab af bevægelighed. Der benyttes forskellige typer medicin til at dæmpe smerter og begrænse ødelæggelsen af knogler og led.

##### Kronisk obstruktiv lungesygdom

KOL er karakteriseret ved en vedvarende, fremadskridende nedbrydelse af lungevævet. Symptomerne er primært vejrtrækningsproblemer, hoste, øget slimproduktion og lungeinfektioner. Rygning er den vigtigste risikofaktor for udvikling af KOL og den primære behandling er bl.a. rygeophør. Ved svær grad af KOL behandles med medicin, der også skal forebygge de akutte forværringer af sygdommen.

##### Osteoporose

Osteoporose (knogleskørhed) er en betegnelse for skrøbelige eller porøse knogler forårsaget af nedsat knoglestyrke og knoglemængde. Personer med osteoporose har stor risiko for knoglebrud. Hvis osteoporose opdages og behandles i tide, kan knoglebrud udsættes eller helt forebygges.

Kilde: Sundhed.dk.

<sup>13</sup> Sundhedsstyrelsen (2014): Kronisk sygdom.

<sup>14</sup> Sundhedsstyrelsen (2005): Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb.

<sup>15</sup> Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS), som er under udvikling hos Statens Serum Institut og sendt i høring i maj 2014, er baseret på nationale registerdata fra Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret og Lægemiddelstatistikregisteret. De tre registre definerer en samlet population af patienter, der baseres på kontakt med sygehusvæsenet og praksissektoren samt på medicinforbrug. På sigt vil RUKS indeholde en række udvalgte kroniske sygdomme.



## 7.1 Resumé

Baseret på registreret forbrug af sundhedsydelse og medicin købt på recept vurderes 2,7 pct. af den samlede befolkningen at lide af KOL, mens 2,2 pct. og 0,7 pct. af befolkningen vurderes at lide af hhv. osteoporose og leddegigt i 2013, *jf. tabel 2*.

Borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme har generelt et større forbrug af regionale sundhedsydelser end befolkningen gennemsnitligt. Det kan bl.a. skyldes behovet for behandling relateret til den kroniske sygdom, eller at relativt flere borgere med kronisk sygdom har en højere grad af multisygdom. Det kan formentlig endvidere delvist skyldes forskelle i befolkningssammensætningen, eksempelvis er borgerne med de tre udvalgte kroniske sygdomme gennemsnitligt ældre end befolkningen samlet set. Denne forskel i befolkningssammensætning er der ikke taget højde for i analyserne, idet der ikke foretages køn- eller aldersstandardisering. I analyserne ses på borgernes generelle forbrug af sundhedsydelser, og ikke alene aktiviteten der kan tilskrives den pågældende den kroniske sygdom.

Aktuelt har borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme over dobbelt så mange kontakter til almen praksis i forhold til den samlede befolkning og omkring dobbelt så mange kontakter til speciallægepraksis, hvilket formentlig delvist kan skyldes den højere alder blandt borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme. Udviklingen i antallet af kontakter til hhv. almen praksis og speciallægepraksis i perioden 2009 til 2013 følger udviklingen i antallet af kontakter for den samlede befolkning blot på et højere niveau.

I forhold den samlede befolkning har borgere med KOL og osteoporose tre gange så mange ambulante besøg og ydelser på sygehusene. Borgere med leddegigt har fire gange så mange ambulante besøg og ydelser på sygehusene som den samlede befolkning.

Omfanget af sygehusindlæggelser for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme er to til fire gange højere end for befolkningen samlet set. Særligt de for de akutte medicinske korttidsindlæggelser er forbruget hos borgerne med de tre udvalgte kroniske sygdomme forskelligt fra den samlede befolkning. Borgerne med KOL indlægges knap fem gange så ofte med en akut medicinsk korttidsindlæggelse som den samlede befolkning og borgere med osteoporose tre gange så ofte.

Borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme bruger tre til fire gange så meget medicin købt på recept som den samlede befolkning generelt. Medicinforbrug købt på recept i perioden 2009 til 2013 er steget en smule for borgere med KOL, faldet svagt for borgere med osteoporose og er stort set uændret for borgere med leddegigt, mens det for befolkningen generelt er steget en smule.

Der er væsentlig forskel på forbruget af regionale sundhedsydelser på tværs af regionerne. Eksempelvis er antallet af kontakter til speciallægepraksis for borgere med KOL dobbelt så højt i Region Hovedstaden som i Region Nordjylland, mens antallet af kontakter til almen praksis er betydeligt højere i Region Nordjylland end i Region Hovedstaden. Antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser for borgere med osteoporose er over 60 pct. højere i Region Midtjylland end i Region Syddanmark, mens antallet af akutte genindlæggelser for samme gruppe er en fjerdedel højere i Region Syddanmark end i Region Midtjylland.

Forskellene i typen af ydelser, som borgerne tilbydes, kan blandt andet skyldes forskellighed i organiseringen af sundhedsvæsenet på tværs af regioner. Eksempelvis er 45 pct. af landets speciallægepraksis placeret i Region Hovedstaden.

De samlede regionale sundhedsudgifter pr. borger med de tre udvalgte kroniske sygdomme (dvs. udgifter til både praksissektor, sygehusvæsen og tilskud til medicin købt på recept) varierer imidlertid også betydeligt på tværs af regionerne. Eksempelvis er de samlede regionale sundhedsudgifter pr. borger med KOL ca. 20 pct. højere i Region Hovedstaden end i Region Nordjylland, mens de samlede

regionale udgifter pr. borger med leddegigt i Region Nordjylland er godt 15 pct. højere end i Region Syddanmark.

Forskelligheden i forbrug og udgifter og det relativt høje kontaktniveau med det regionale sundhedsvæsen kan indikere, at der er mulighed for at forbedre indsatserne for borgerne med kroniske sygdomme både i den regionale og den kommunale sundheds- og plejesektor.

Særligt den patientrettede forebyggende indsats- og behandlingen i almen praksis skal sikre, at borgere ikke indlægges unødigt på sygehuset, men i så høj grad som det er hensigtsmæssigt behandles og plejes i den primære sektor. Der kan eksempelvis være et forebyggelsespotentiale i forhold til akutte medicinske korttidsindlæggelser for de borgere, der løbende er i kontakt med kommunen, dvs. fx beboere på de kommunale plejeboliger eller modtagere af kommunale plejeydelser, og for de borgere der er i jævnlig kontakt med almen praksis.

En tidlig forebyggende og proaktiv indsats i primær sektor kan give mulighed for at forebygge udvikling og forværring af sygdom samt behandling på et højere specialiseret niveau i sundhedsvæsenet end nødvendigt, herunder fx sygehusindlæggelse. Således er kommunerne via pleje- og omsorgsydelser eksempelvis i kontakt med borgerne med KOL inden for 10 dage forud for 37 pct. af indlæggelserne i 2013. Kontakten består i enten plejebolig, hjemmesygepleje, personlig pleje eller praktisk bistand, herunder har borgerne med KOL modtaget hjemmesygepleje inden for 10 dage forud for 21 pct. af sygehusindlæggelserne.

Specifikt for de akutte medicinske korttidsindlæggelser har borgerne med KOL været i kontakt med almen praksis inden for to uger forud for 58 pct. af korttidsindlæggelserne, herunder har kontakten for 39 pct. af korttidsindlæggelserne bestået af en konsultation eller andet fysisk fremmøde.

**Tabel 2. Nøgletal beregnet for borgere med tre udvalgte kroniske sygdomme, 2013**

Nøgletal	Leddegigt	KOL	Osteoporose	Samlet befolkning
Forekomst <sup>16</sup> , antal borgere med udvalgte kroniske sygdomme pr. 1.000 borgere	7	27	22	-
Kontakter til almen praksis, antal pr. 1.000 borgere i den relevante population	14.204	17.134	15.633	6.646
Kontakter til speciallægepraksis, antal pr. 1.000 borgere i den relevante population	2.084	1.583	1.723	981
Ambulante besøg og ydelser på sygehus, antal pr. 1.000 borgere i den relevante population	9.963	7.034	6.467	2.378
Sygehusindlæggelser, antal pr. 1.000 borgere i den relevante population	499	794	576	199
Indlæggelsestid på sygehus, gennemsnit i dage pr. sygehusindlæggelse i den relevante population	5,0	5,1	5,3	3,7 <sup>17</sup>
Samlet medicinforbrug købt på recept, Defineret DøgnDosis pr. 1.000 borgere pr. døgn i den relevante population	4.179	5.814	4.696	1.290
Regionale udgifter til medicin købt på recept, kr. pr. borger i den relevante population (2013-priser)	3.107	7.174	4.094	976
Akutte genindlæggelser, andel af samlet antal indlæggelser i den relevante population, pct.	9	13	10	7
Akutte medicinske korttidsindlæggelser, antal pr. 1.000 borgere i den relevante population	76,3	143,9	93,3	31
Regionale udgifter til praksissektoren (regionalt tilskud ved behandling i praksissektoren), kr. pr. borger i den relevante population (2013-priser)	5.537	4.391	4.579	2.109
Regionale udgifter i sygehusvæsenet (produktionsværdi ved behandling på sygehus, somatik og psykiatri), kr. pr. borger i den relevante population (2013-priser)	52.697	46.677	38.835	13.234
Samlede regionale udgifter i praksissektoren, sygehusvæsenet og medicin på recept, kr. pr. borger i den relevante population	61.341	58.241	47.508	16.319
Arbejdsmarkedstilknytning, andel borgere i arbejde i aldersgruppen 30-64 år i den relevante population, pct.	51	35	44	71

Kilde: Se de enkelte figurer senere i kapitlet og regionstal i bilag 7, tabel 4, tabel 5 og tabel 6.

<sup>16</sup> Opgjort på baggrund af forbrug af sundhedsydelser og medicin købt på recept i henhold til de foreløbige sygdomsalgoritmer i RUKS, jf. bilag 3.

<sup>17</sup> Der er en mindre afvigelse fra opgørelsen i figur 37 i afsnit 4.4 pga. forskelle i forløbsopgørelsesmetoderne for sygehusindlæggelser.

## Boks 21

### Overordnet sammenfatning

- Baseret på registreret forbrug af sundhedsydelse og registreret medicinforbrug købt på recept vurderes at 2,7 pct. af den samlede befolkning har KOL, mens 2,2 pct. og 0,7 pct. af befolkningen vurderes at have hhv. osteoporose og leddegigt i 2013.
- Borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme har over dobbelt så mange kontakter til almen praksis og speciallægepraksis som den samlede befolkning, hvilket formentlig delvist kan tilskrives forskelle i alderssammensætning i de to grupper. Udviklingen i antallet af kontakter til almen praksis for borgere med en eller flere af de tre kroniske sygdomme har været svagt faldende på linje med udviklingen for den samlede befolkning i perioden 2009 til 2013. Antallet af kontakter til speciallægepraksis blandt borgere med KOL og osteoporose er stort set uændret i perioden 2009 til 2013, mens antallet af kontakter for leddegigt viser et mindre fald i samme periode.
- I forhold den samlede befolkning har borgere med KOL og osteoporose tre gange så mange ambulante besøg og ydelser på sygehusene som den samlede befolkning, hvilket formentlig delvist kan tilskrives forskelle i aldersfordeling mellem de to grupper. Borgere med leddegigt har fire gange så mange ambulante besøg og ydelser på sygehusene som den samlede befolkning.
- Udviklingen i antallet af sygehusindlæggelser pr. borger har været svagt faldende for borgere med leddegigt og osteoporose, stigende for borgere med KOL og uændret for befolkningen samlet set. Antallet af sygehusindlæggelser er to til fire gange højere for borgere med de tre kroniske sygdomme end for befolkningen samlet set, hvilket formentlig delvist kan skyldes forskelle i alderssammensætning i de to grupper.
- I forhold til den samlede befolkning er udgifterne til praksissektoren mere end dobbelt så høje for borgere med de tre kroniske sygdomme, mens de regionale udgifter til sygehusvæsenet er tre til fire gange højere, hvilket formentlig delvist kan skyldes forskelle i alderssammensætning i de to grupper.
- For sygehusindlæggelser samlet set gælder, at kommunerne er i kontakt med borgerne med KOL inden for 10 dage forud for 37 pct. af indlæggelserne. Kontakten kan være via plejebolig, hjemmesygepleje, personlig pleje eller praktisk bistand. Herunder har borgerne med KOL modtaget hjemmesygepleje inden for 10 dage forud for 21. pct. af sygehusindlæggelserne.
- Almen praksis er i kontakt med borgerne med KOL inden for to uger forud for 58 pct. af de akutte medicinske korttidsindlæggelser. Konkret har der op til to uger forud for 39 pct. af korttidsindlæggelserne været en konsultation eller andet fysisk fremmøde i almen praksis.
- Borgere med de tre kroniske sygdomme bruger ca. tre til fem gange så meget medicin købt på recept som den samlede befolkning generelt, herunder er de regionale udgifter til medicin købt på recept tilsvarende højere end for den samlede befolkning, hvilket formentlig delvist kan skyldes forskelle i alderssammensætning i de to grupper.
- Variation i forbrug af sundhedsydelser på tværs af regioner kan bl.a. tilskrives forskelle i organisering af sundhedsopgaver og arbejdsdeling mellem sundhedsfaglige leverandører:
  - I forhold til i de øvrige regioner er antallet af kontakter til almen praksis i Region Hovedstaden generelt lavere for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme, mens antallet af kontakter til speciallægepraksis er højere. Samtidig ydes i regionen relativt mange ambulante sygehusydelser og besøg, mens der også foretages relativt flere sygehusindlæggelser end i de øvrige regioner. Forbruget af medicin købt på recept for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme er lavere i Region Hovedstaden end i de øvrige regioner.
  - I Region Syddanmark er antallet af kontakter til almen praksis højere end i de øvrige regioner for borgere med alle tre kroniske sygdomme, mens antallet af kontakter til speciallægepraksis generelt er under landsgennemsnittet. Samtidig ydes generelt flere ambulante sygehusydelser og besøg end i de øvrige regioner, mens antallet af sygehusindlæggelser er blandt de laveste.
  - Generelt er forbruget af speciallægepraksis, ambulante sygehusydelser og besøg samt sygehusindlæggelser lavere i Region Midtjylland end landsgennemsnittet, mens antallet af kontakter til almen praksis er højere end landsgennemsnittet for såvel borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme som for befolkningen samlet set.
  - I Region Nordjylland er antallet af kontakter til speciallægepraksis lavere end i de øvrige regioner for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme. Antallet af ambulante sygehusydelser og besøg samt antallet af sygehusindlæggelser er lavere end i de øvrige regioner for borgere med KOL og osteoporose, og under landsgennemsnittet for borgere med leddegigt.
  - Region Sjælland yder generelt færre ambulante sygehusydelser og besøg end landsgennemsnittet til borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme, mens regionen generelt har flere indlæggelser pr. borger end landsgennemsnittet for samme gruppe mennesker.

## Boks 22

### Forbehold som følge af metodevalg, *jf. bilag 3*

Opgørelserne baserer sig på registerbaseret afgræsning af borgere med de udvalgte kroniske sygdomme leddegigt, KOL og osteoporose ud fra de foreløbige udtræksalgoritmer i RUKS.

Opgørelserne foretages for perioden 2009 til 2013. Herudover vises regions- og kommuneopgørelser, således at eventuelle forskelle i fx forekomst og forbrug af behandlingsydelser kan identificeres. Opgørelserne, der anvendes til sammenligning, er generelt ikke alders- og kønsstandardiseret, dvs. der ikke er taget højde for forskelle i befolkningssammensætning. Det betyder, at når der ses forskelle i opgørelserne mellem borgere med de udvalgte kroniske sygdomme og den samlede befolkning, kan en del af forskellen formentlig tilskrives, at borgerne med de tre kroniske sygdomme i gennemsnit er ældre end den samlede befolkning.

Opgørelserne er ikke aldersstandardiseret. Idet der er forskelle i aldersfordelingen på tværs af borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme og den samlede befolkning, kan en del af forskellene i forbrug og sundhedsydelser formentlig tilskrives disse forskelle, idet borgere med de udvalgte kroniske sygdomme generelt er ældre end den samlede befolkning, *jf. figur 74*. Der er således ikke taget højde for forskelle i alderssammensætningen i forbrugsopgørelserne.

Endvidere kan multisygdom være højere hos borgere med kronisk sygdom i forhold til den samlede befolkning, og kan dermed ligeledes medvirke til et højere forbrug af sundhedsydelser.

Der er tale om uspecifikke opgørelser af forbrug af sundhedsydelser i den forstand, at der i opgørelserne medtages al aktivitet for den enkelte borger i den pågældende periode (fx alle sygehusindlæggelser) uanset, om aktiviteten kan tilskrives den pågældende kroniske sygdom eller ej.

Opgørelsesmetoder og datagrundlag for de enkelte indikatorer er beskrevet i bilag 3.

## 7.2 Forekomsten af de tre udvalgte kroniske sygdomme

Baseret på den foreløbige opgørelsesmetode i RUKS opgøres godt 149.000 danskere til at have den kroniske sygdom KOL i 2013. Det svarer til 2,7 pct. af den danske befolkning, *jf. tabel 3*. Forekomsten for osteoporose og leddegigt opgøres til at være på hhv. 2,2 og 0,7 pct.

**Tabel 3. Borgere i alt og antal borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme, 2013, antal (pct.-vis andel af samlede befolkning i parentes)**

Befolkning i alt	Leddegigt	KOL	Osteoporose
5.608.784	41.659	149.238	123.609
	(0,7 pct.)	(2,7 pct.)	(2,2 pct.)

*Kilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningstal, Danmarks Statistik.*

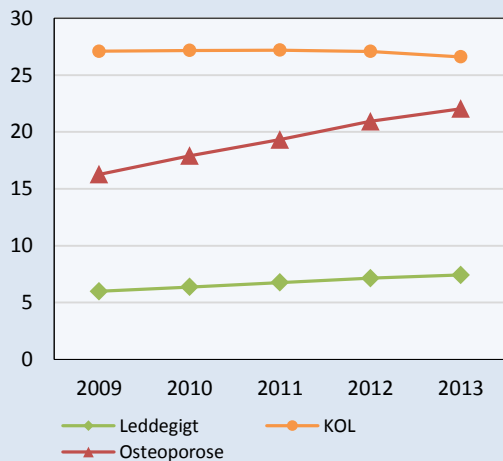
*Anm.: Samme borger kan have mere end en af de tre udvalgte kroniske sygdomme og kan dermed indgå i flere af de tre udvalgte populationer af borgere med kronisk sygdom. Forekomsten er opgjort på baggrund af forbrug af sundhedsydelse og forbrug af medicin købt på recept i henhold til RUKS, *jf. bilag 3*.*

Med den metode, der anvendes, er forekomsten af osteoporose opgjort til at stige fra 16 til 22 tilfælde pr. 1.000 borgere fra 2009 til 2013, *jf. figur 68*. For leddegigt og KOL har forekomsten stort set været uændret i perioden. I 2013 var der hhv. 7 og 27 tilfælde pr. 1.000 borgere med leddegigt og KOL. Borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme er defineret på baggrund af forbrug af sundhedsydelse og medicin købt på recept i henhold til de foreløbige sygdomsalgoritmer i RUKS. Generelt påvirkes forekomsten af såvel incidensen (antal nye tilfælde) som dødeligheden. Stigningen i forekomsten skyldes, at der er identificeret flere nye tilfælde, end der er borgere med sygdommen, der dør.

Der er forskel i forekomsten af de tre udvalgte kroniske sygdomme på tværs af regionerne. Regionsforskellene i forekomst giver ikke en entydig indikation. De kan være udtryk for befolkningssammensætning, fx aldersforskelle eller at der har været en effektiv indsats således, at kronikerne lever længere, og der dermed samlet set bliver flere borgere med kronisk sygdom. Forskellene kan også indikere, at der kan være et forbedringspotentiale i forhold til den fælles patientrettede forebyggelses- og behandlingsindsats samt den borgerrettede forebyggelsesindsats, der kan have et længere sigte. Generelt er forekomsten lavest i Region Hovedstaden, mens forekomsten i Region Syddanmark for alle tre udvalgte kroniske sygdomme er højere end landsgennemsnittet, *jf. figur 69*.

Figur 68

Udvikling i forekomst af de tre udvalgte kroniske sygdomme, 2009-2013, antal borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme pr. 1.000 borgere

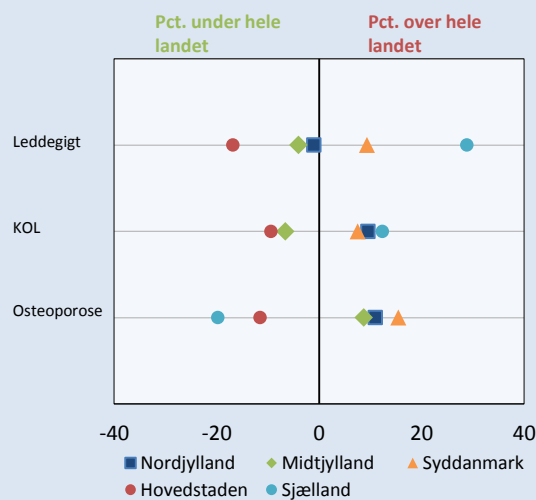


Kilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningstal, Danmarks Statistik.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret.

Figur 69

Forekomst af de tre udvalgte kroniske sygdomme efter region i forhold til landsgennemsnit, 2013, antal borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme pr. 1.000 borgere



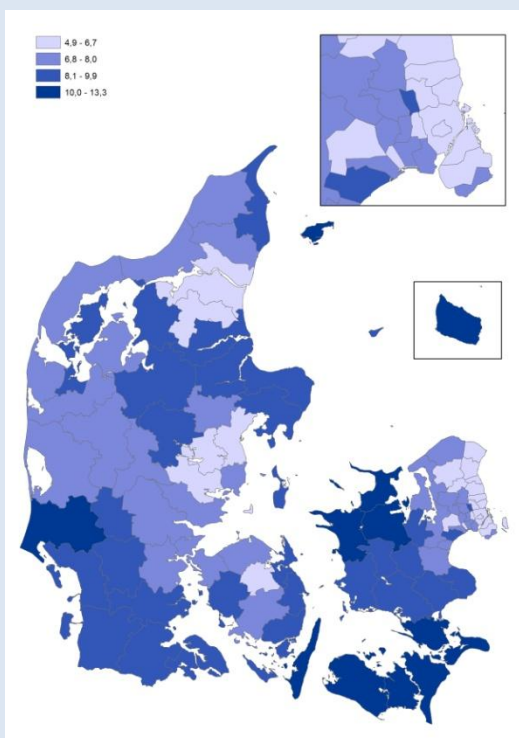
Kilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningstal, Danmarks Statistik.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret.

Der er en relativ høj forekomst af borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme i en række kommuner i Region Syddanmark, Region Sjælland og i en række nordjyske kommuner, jf. figur 70, figur 71 og figur 72. For borgere med leddegigt er forekomsten særligt lav i en række kommuner i Nordjylland, Midtjylland og Nordsjælland, mens forekomsten af KOL generelt er lav i en række nordjyske-, midtjyske- og sønderjyske kommuner samt en række kommuner i Region Hovedstaden. Forekomsten af osteoporose er generelt lav i kommuner i Region Sjælland og Region Hovedstaden. De kommuner, hvor forekomsten pr. 1.000 borgere er lavest, er overvejende placeret i hovedstadsområdet.

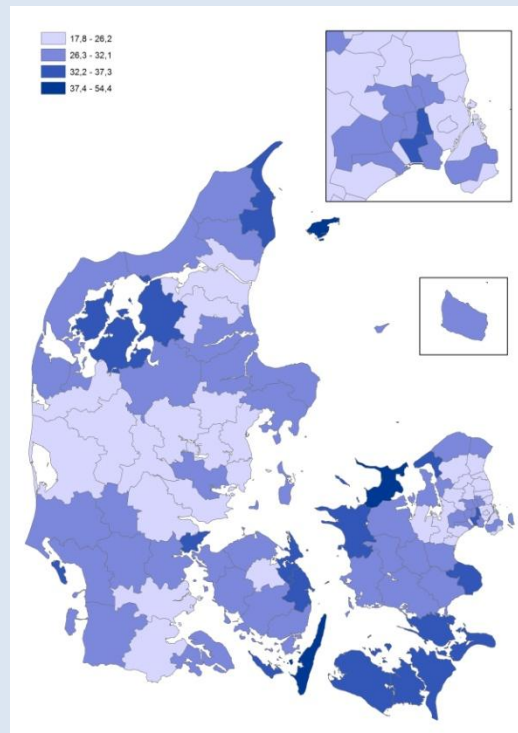
Figur 70

Forekomst af leddegigt efter kommune, 2013, antal borgere med leddegigt pr. 1.000 borgere



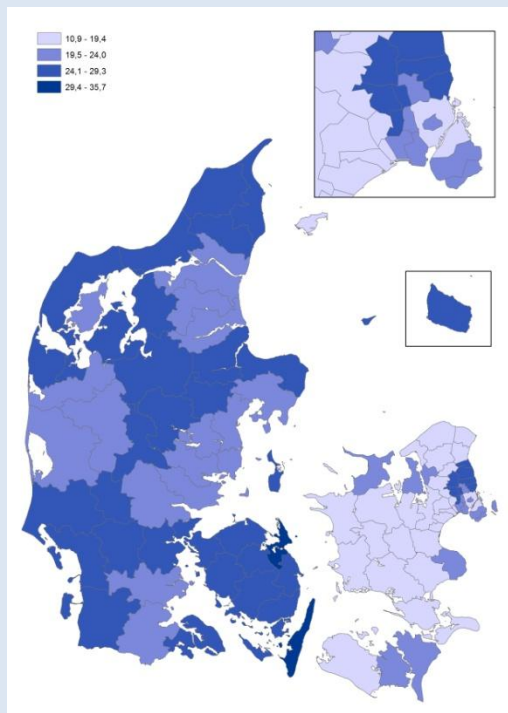
Figur 71

Forekomst af KOL efter kommune, 2013, antal borgere med KOL pr. 1.000 borgere



Figur 72

Forekomst af osteoporose efter kommune, 2013, antal borgere med osteoporose pr. 1.000 borgere



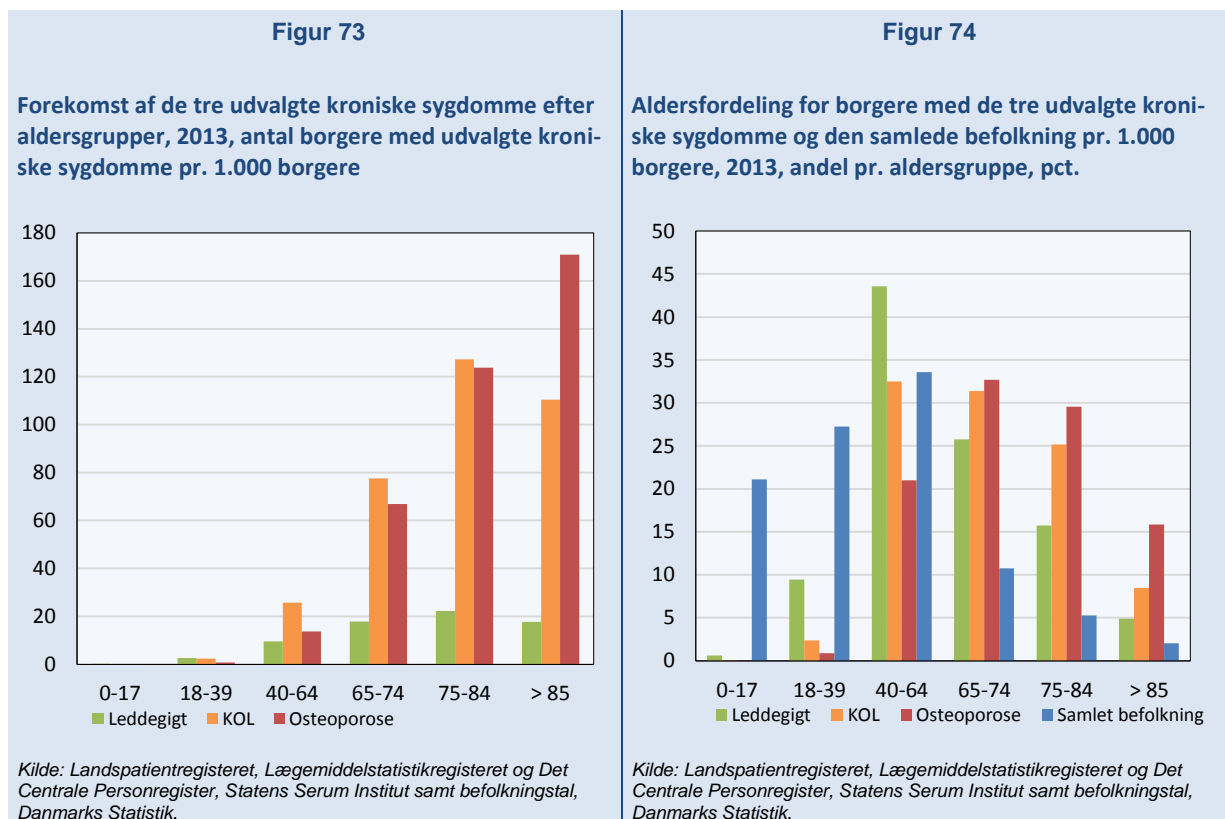
Kilde: Landspatientregisteret, Lægemedelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningstal, Danmarks Statistik.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret.



Forekomsten af KOL, osteoporose og leddegigt pr. 1.000 borgere stiger med alderen, således at andelen af borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme er størst i de ældre aldersgrupper, *jf. figur 73*. Det, at borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme generelt er ældre, kan i sig selv medføre et højere forbrug af sundhedsydelser for denne gruppe i forhold til den samlede befolkning. Blandt 75+-årige er forekomsten af særligt KOL og osteoporose fremtrædende.

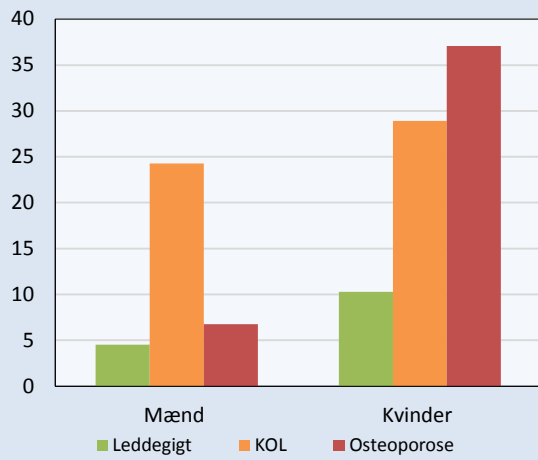
For borgere med leddegigt ses, at en større andel af borgerne er i aldersgrupperne 18-39- og 40-64-årige, dvs. i den erhvervsaktive alder, end det gør sig gældende for borgere med KOL og osteoporose, *jf. figur 74*. Forskellene i aldersfordeling mellem de tre udvalgte kroniske sygdomme afspejler bl.a. forskelle i, hvornår i livet sygdommene opstår og dødelighed.



Med 37 tilfælde pr. 1.000 kvinder for osteoporose samt godt 29 og 10 tilfælde pr. 1.000 kvinder for hhv. KOL og leddegigt er forekomsten af de tre udvalgte kroniske sygdomme højere blandt kvinder end mænd i 2013, *jf. figur 75*. Der er således over fem gange så mange tilfælde af osteoporose blandt kvinder end mænd, mens der er mere end dobbelt så mange tilfælde leddegigt blandt kvinder end mænd.

Figur 75

Forekomst af de tre udvalgte kroniske sygdomme efter køn pr. 1.000 borgere, 2013, antal borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme pr. 1.000 borgere i de relevante køn



Kilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningstal, Danmarks Statistik.

### 7.3 Forbrug af sundhedsydelser for borgere med de tre kroniske sygdomme leddegigt, KOL og osteoporose

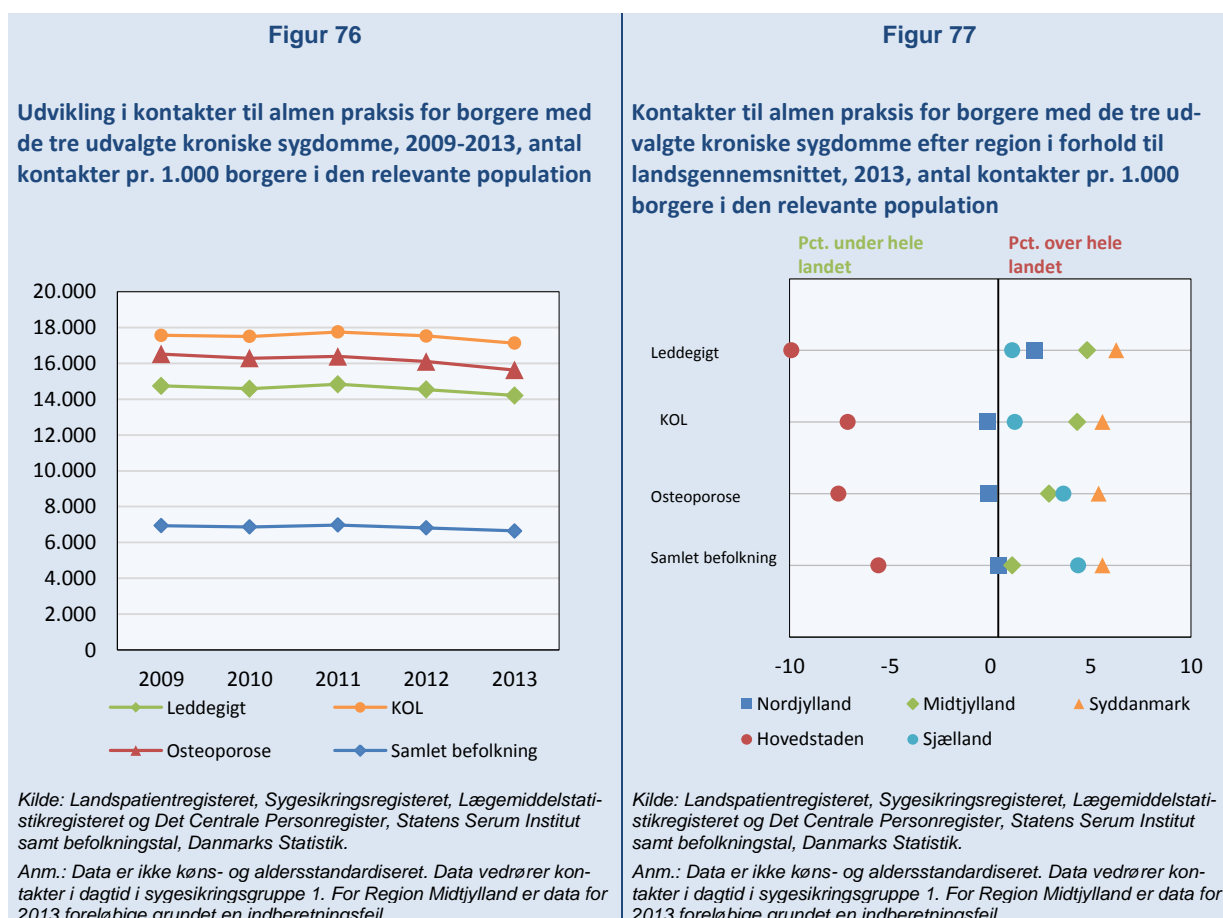
Kronisk sygdom kan være karakteriseret ved behov for langvarig behandling og pleje og dermed øget brug af sundhedsydelser.

Et større forbrug af sundhedsydelser blandt borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme kan ikke nødvendigvis tilskrives den pågældende sygdom, da mange også har andre kroniske sygdomme.<sup>18</sup>

#### 7.3.1 Kontakt til almen praksis og speciallægepraksis

Borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme har over dobbelt så mange kontakter til almen praksis som den samlede befolkning, jf. figur 76, hvilket formentlig delvist kan skyldes den højere alder blandt borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme. Udviklingen i antallet af kontakter til almen praksis for borgere med alle tre kroniske sygdomme har været svagt faldende på linje med udviklingen for den samlede befolkning i perioden 2009 til 2013.

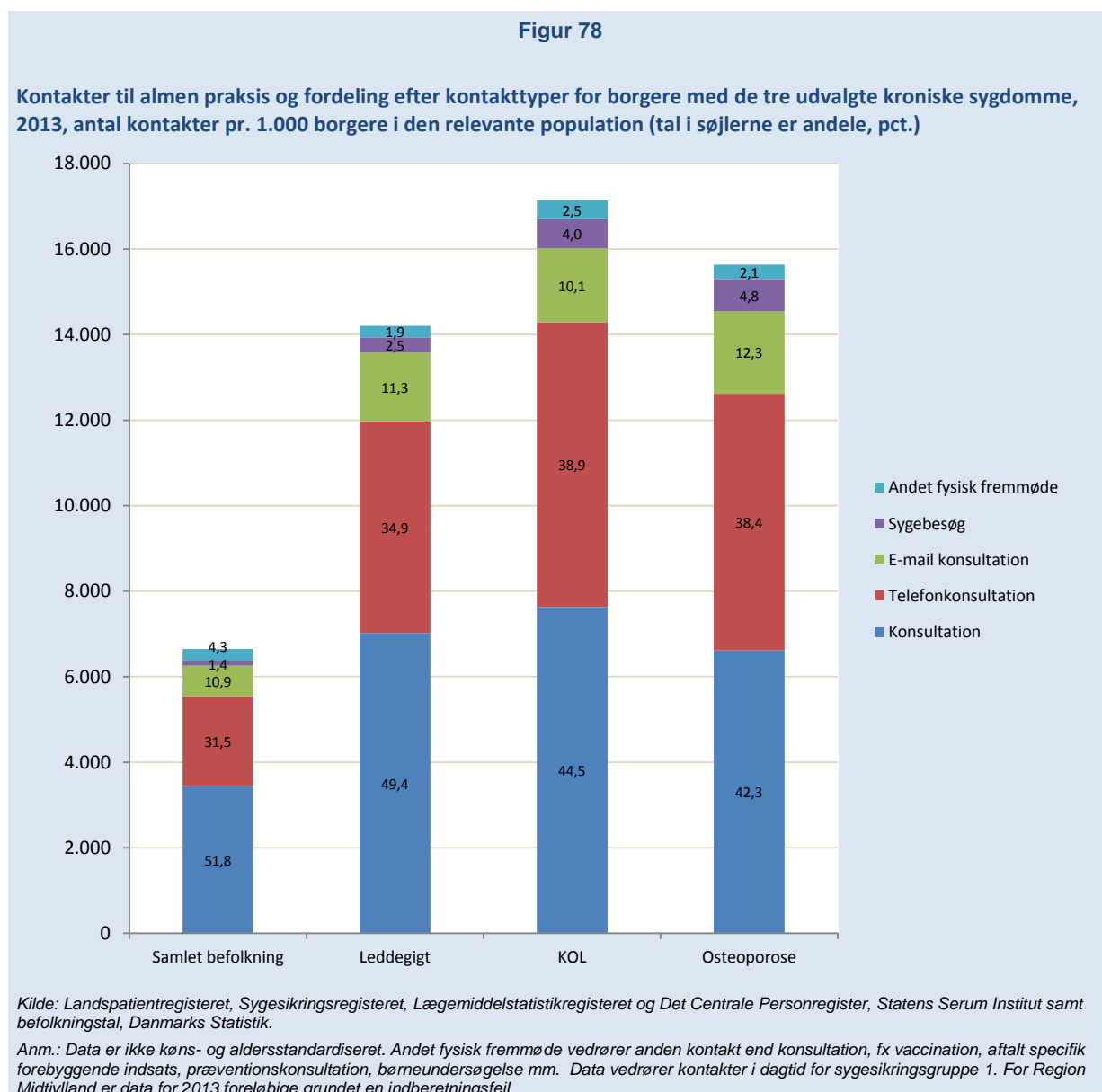
Generelt svarer forskellene i forbruget af almen praksis (antallet af kontakter) på regionsniveau for de tre kroniske sygdomme til forbruget for den samlede befolkning, dvs. at forbruget af almen praksis i form af kontakter generelt er lavere pr. borger i Region Hovedstaden end i resten af landet, jf. figur 77. Når Region Hovedstaden ligger under gennemsnittet kan det skyldes det store antal af speciallægepraksis i hovedstadsregionen, som formentlig varetager behandling, der i andre regioner varetages i almen praksis. I 2010 udgjorde antallet af speciallægepraksis i Region Hovedstaden således ca. 45 pct. af det samlede antal speciallægepraksis i Danmark.<sup>19</sup>



<sup>18</sup> Sundhedsstyrelsen (2005): Kronisk sygdom.

<sup>19</sup> Danske Regioner (2010): Udvalg for fremtidens speciallægepraksis.

Fordelingen af forbruget af forskellige typer af kontakter til almen praksis for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme svarer stort set til fordelingen for den samlede befolkning. Der er dog en højere andel af sygebesøg og telefonkonsultationer end for den samlede befolkning for borgere med KOL og osteoporose, mens andelen af almindelige konsultationer er tilsvarende lavere for denne gruppe, jf. figur 78.



De opgjorte kontakter med almen praksis vedrører al aktivitet for borgerne med de tre udvalgte kroniske sygdomme, dvs. også aktivitet der ikke er relateret til den kroniske sygdom. Aktivitet hos almen praksis, der direkte relaterer sig til borgerens sygdom, kan blandt andet være måling af sværhedsgraden af KOL<sup>20</sup> målt ved hhv. det forcerede ekspiratoriske volumen i 1. sekund (FEV1) og Medical Research Councils dyspnø skala (MRC), jf. boks 23.

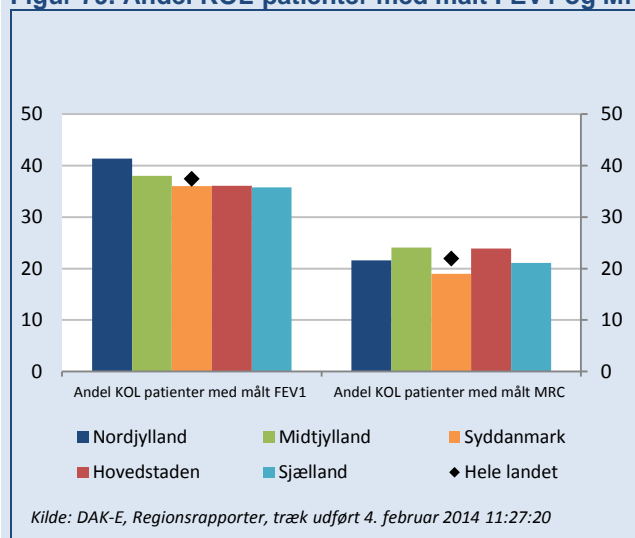
<sup>20</sup> [http://www.dsam.dk/flx/kliniske\\_vejledninger/kol\\_i\\_almen\\_praksis/kol\\_klassifikation/](http://www.dsam.dk/flx/kliniske_vejledninger/kol_i_almen_praksis/kol_klassifikation/)

### Måling af sværhedsgraden af KOL i almen praksis

I henhold til DAK-E's standard, skal alle KOL-patienter årligt have målt FEV1 og på baggrund af denne måling have vurderet sværhedsgraden af deres sygdom. Formålet er at målrette behandlingen efter sygdommens sværhedsgrad, idet denne har betydning for valg af behandling. Endvidere skal KOL-patienter årligt have vurderet graden af dyspnø relateret til aktivitet ved MRC-skala. Scoringen på MRC-skalaen er et godt udtryk for patientens prognose, og har betydning for medicinering og rehabilitering. Scoringen skal understøtte/medvirke til at fastholde opnåede adfældsændringer og dermed forebygge sygdommens progression.

Der er foretaget målinger af sværhedsgraden af KOL-patienternes sygdom i henhold til DAK-E's standard for 37,5 pct. af KOL-patienterne fsva. FEV1 og 21,9 pct. af KOL-patienterne fsva. MRC, *jf. figur 79.*

**Figur 79. Andel KOL-patienter med målt FEV1 og MRC, pct.**



Kilde: [http://www.dak-it.dk/regioner\\_kommuner/](http://www.dak-it.dk/regioner_kommuner/)

Anm.: Der er ikke tale om samme population af borgere med KOL som i resten af rapporten, idet denne opgørelse baserer sig på DAK-E, hvorimod de øvrige opgørelser er baseret på populationen af borgere med KOL defineret ud fra de foreløbige sygdomsalgoritmer i RUKS. Opgørelserne viser, hvor mange procent af KOL-patienterne, der er registreret hhv. FEV1 og MRC på. For indsamling og håndtering af data i DAK-E, *jf. dak-e.dk.*

Der er også en niveauforskell i antallet af kontakter til speciallægepraksis for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme sammenlignet med antallet af kontakter i den samlede befolkning, om end forskellen er mindre end for almen praksis, *jf. figur 80.* Niveauforskellen kan formentlig delvist tilskrives forskelle i alderssammensætning i de to grupper.

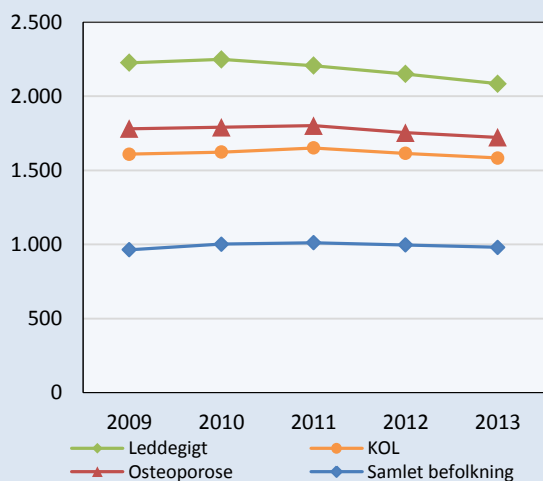
Som for den samlede befolkning er antallet af kontakter til speciallægepraksis pr. 1.000 borgere med KOL og osteoporose stort set uændret i perioden 2009 til 2013, mens antallet af kontakter for leddegigt viser et mindre fald i samme periode, *jf. figur 80.*

Set på tværs af tre udvalgte kroniske sygdomme trækker borgere med leddegigt mindst på almen praksis og mest på speciallægepraksis, mens det er omvendt for borgere med KOL, *jf. figur 76 og figur 80.*

Der er relativt store regionale forskelle i antallet af kontakter til almen praksis og speciallæge pr. 1.000 borgere for de tre udvalgte kroniske sygdomme. Det kan formentlig delvist tilskrives organiseringen af sundhedsvæsenet i regionerne. For Region Hovedstaden er antallet af kontakter til almen praksis under landsgennemsnittet for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme, *jf. figur 77,* mens antallet af kontakter til speciallægepraksis er højere end landsgennemsnittet, *jf. figur 81.* Den omvendte tendens gør sig gældende for de øvrige regioner, *jf. figur 77 og figur 81.*

Figur 80

Udvikling i kontakter til speciallægepraksis for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme, 2009-2013, antal kontakter pr. 1.000 borgere i den relevante population

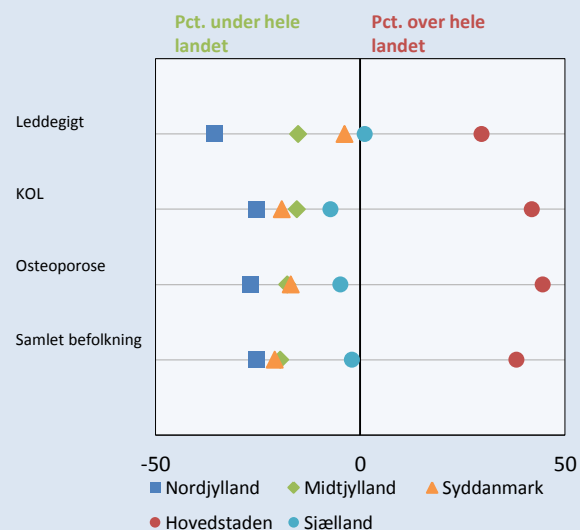


Kilde: Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningstal, Danmarks Statistik.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret. Data vedr. sygesikringsgruppe 1. For Region Midtjylland er data for 2013 foreløbige grundet en indberetningsfejl.

Figur 81

Kontakter til speciallægepraksis for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme efter region i forhold til landsgennemsnittet, 2013, antal kontakter pr. 1.000 borgere i den relevante population



Kilde: Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningstal, Danmarks Statistik.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret. Data vedr. sygesikringsgruppe 1. For Region Midtjylland er data for 2013 foreløbige grundet en indberetningsfejl.

Fordelingen af antal kontakter efter speciale i speciallægepraksis for borgere med de tre kroniske sygdomme svarer stort set til fordelingen for den samlede befolkning. Der er dog en højere andel af kontakter til øjenlæge for borgere med de tre kroniske sygdomme, hvilket formentlig delvist kan tilskrives alderssammensætningen, samt en højere andel af kontakter til speciallæge for reumatologi for borgere med leddegigt, jf. figur 82.

Figur 82

Kontakter til speciallægepraksis opdelt efter speciale for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme, 2013, antal kontakter pr. 1.000 borgere i den relevante population (tal i søjlerne er andele, pct.)



Kilde: Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningstal, Danmarks Statistik.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret. For Region Midtjylland er data for 2013 foreløbige grundet en indberetningsfejl.

### 7.3.2 Ambulante sygehusbesøg og ydelser samt sygehusindlæggelser

Borgere med KOL og osteoporose har tre gange så mange ambulante besøg og ydelser på sygehus pr. 1.000 borgere i forhold til den samlede befolkning, mens borgere med leddegigt har et forbrug af ambulante besøg og ydelser på sygehus, som er ca. fire gange så stort som den samlede befolknings, jf. figur 83. Det kan formentlig delvist tilskrives forskelle i alderssammensætning i de to grupper. Udviklingen i antallet af ambulante besøg og ydelser på sygehus er steget i perioden 2009 til 2013 og følger stort set den generelle udvikling for den samlede befolkning. Antallet af ambulante besøg og ydelser er steget med 8,6 pct. for borgere med leddegigt, 24,4 pct. for borgere med KOL og 15,2 pct. for borgere med osteoporose, mens antallet er steget med 18,1 pct. i den samlede befolkning.

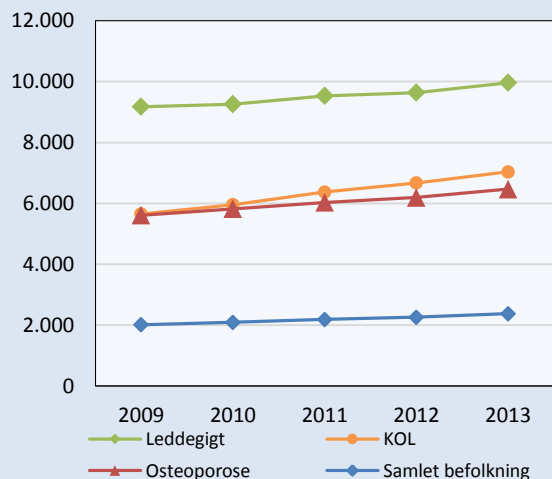
Borgere med leddegigt har et væsentligt større antal kontakter til speciallægepraksis og et større antal ambulante besøg og ydelser på sygehus end både de øvrige borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme og den samlede befolkning. Dette kan skyldes, at behandlingen af leddegigt i højere grad varetages af sygehusene og/eller i speciallægepraksis.

I 2013 var antallet af ambulante besøg og ydelser på sygehus pr. 1.000 borgere over landsgennemsnittet for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme for Region Syddanmark og Region Hovedstaden, mens antallet af ambulante besøg og ydelser på sygehus lå under landsgennemsnittet for Region Midtjylland, Region Nordjylland og Region Sjælland, jf. figur 84.

På tværs af de tre kroniske sygdomme er forbruget af både speciallægepraksis, ambulante sygehusbesøg og -ydelser samt sygehusindlæggelser lavere i Region Midtjylland end landsgennemsnittet, mens forbruget af kontakter til almen praksis er højere end landsgennemsnittet. Dette gælder både for de tre udvalgte kroniske sygdomme og for befolkningen samlet set.

Figur 83

Udvikling i ambulante besøg og ydelser på sygehus for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme, 2009-2013, antal ambulante besøg og ydelser pr. 1.000 borgere i den relevante population

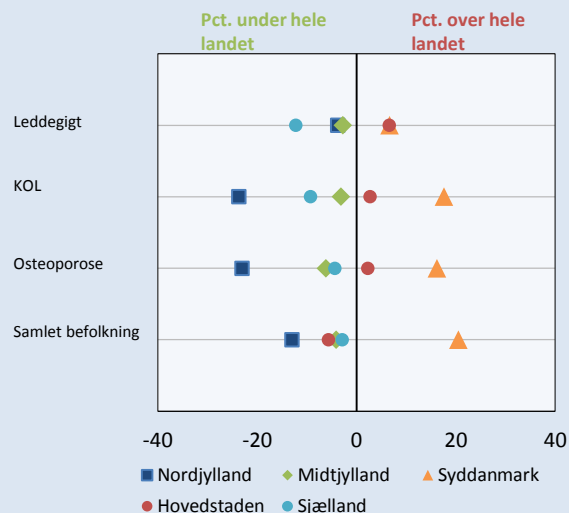


Kilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret, Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningstal, Danmarks Statistik.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret.

Figur 84

Ambulante besøg og ydelser på sygehus for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme efter region i forhold til landsgennemsnittet, 2013, antal pr. 1.000 borgere i den relevante population



Kilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningstal, Danmarks Statistik.

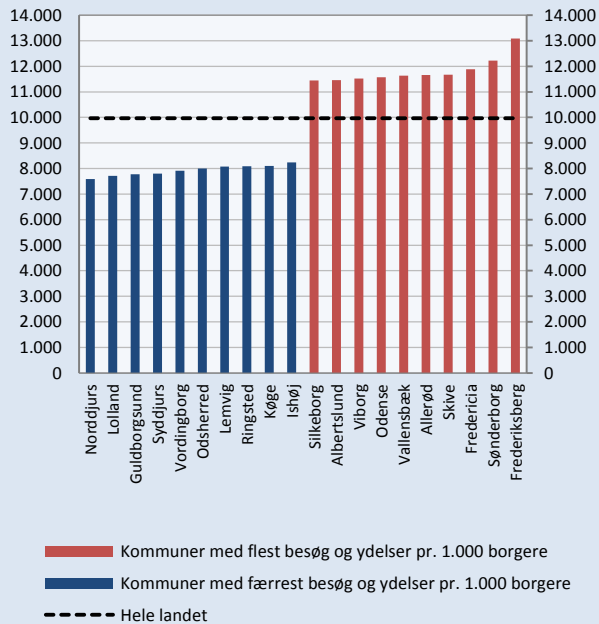
Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret.

Region Syddanmark ligger over landsgennemsnittet for ambulante sygehusbesøg og -ydelser pr. 1.000 borgere med KOL, jf. figur 84. For de 10 kommuner med flest af disse ydelser pr. 1.000 borgere er ni beliggende i Region Syddanmark, heraf seks på Fyn, jf. figur 86.



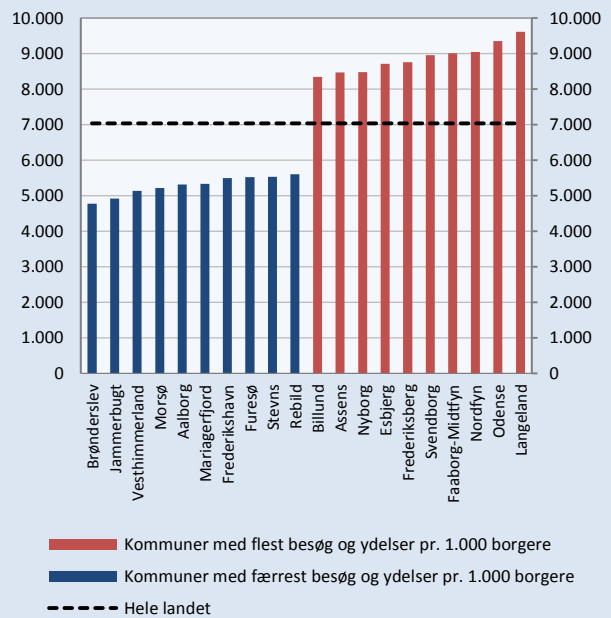
Figur 85

Ambulante besøg og ydelser på sygehus for borgere med leddegigt efter lavest og højest placerede kommuner, 2013, antal ambulante besøg og ydelser pr. 1.000 borgere med leddegigt



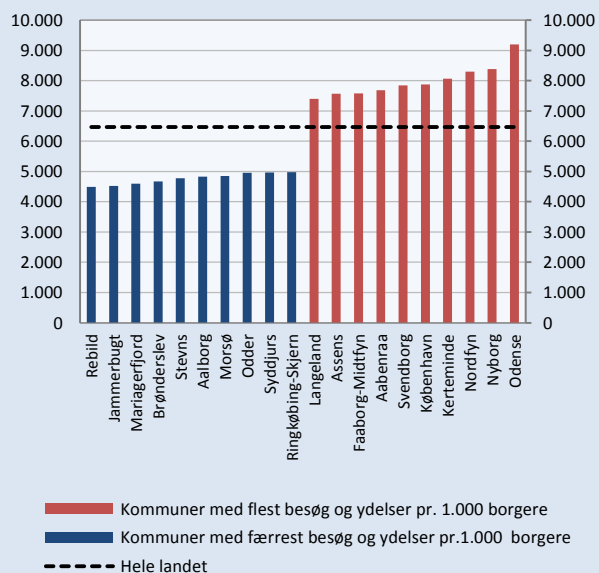
Figur 86

Ambulante besøg og ydelser på sygehus for borgere med KOL efter lavest og højest placerede kommuner, 2013, antal ambulante besøg og ydelser pr. 1.000 borgere med KOL



Figur 87

Ambulante besøg og ydelser på sygehus for borgere med osteoporose efter lavest og højest placerede kommuner, 2013, antal ambulante besøg og ydelser pr. 1.000 borgere med osteoporose



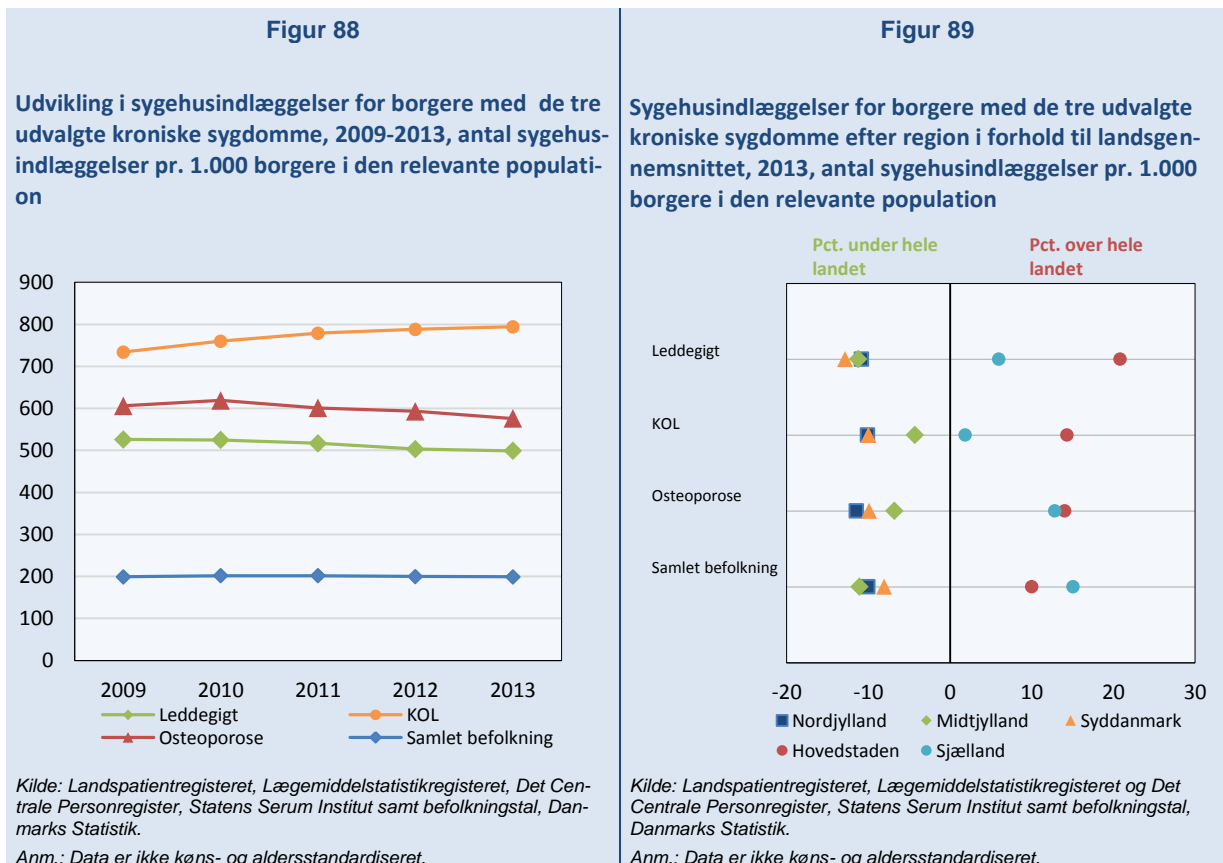
Kilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningstal, Danmarks Statistik.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret. Der vises data for kommuner med over 10.000 indbyggere i 2013.

Antallet af sygehusindlæggelser pr. 1.000 borgere er ca. fire gange højere for borgere med KOL, tre gange højere for borgere med osteoporose og to en halv gange højere for borgere med leddegigt end for den samlede befolkning i 2013, jf. figur 88. Der er ikke taget højde for eventuelle aldersforskelle i befolkningssammensætningen. Det betyder, at når der ses forskelle i opgørelserne mellem borgere

med kronisk sygdom og den samlede befolkning er det ikke muligt at afgøre, hvor stor en del af forskellen, der kan tilskrives, at borgere med kronisk sygdom i gennemsnit er ældre end den samlede befolkning. Antallet af indlæggelser for borgere med KOL er steget siden 2009 med 8 pct., mens der kan registreres et fald på 5 pct. for både osteoporose og leddegigt.

Antallet af indlæggelser pr. 1.000 borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme varierer relativt meget på tværs af regionerne, hvor Region Syddanmark, Region Nordjylland og Region Midtjylland generelt er under landsgennemsnittet, jf. figur 89, mens Region Sjælland og Region Hovedstaden generelt er over.



For de 10 kommuner med højest og lavest antal sygehusindlæggelser pr. 1.000 borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme henvises til bilag 7, figur 129, figur 130 og figur 131.

### Kommunal kontakt for forud for sygehusindlæggelse af borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme

En del sygehusindlæggelser vurderes at kunne forebygges, eksempelvis ved forudgående kontakt mellem borgeren og kommunen eller borgeren og almen praksis. For borgere med KOL vurderes indlæggelser som følge af fx nedre luftvejssygdomme eller dehydrering for de ældre borgere særligt forebyggelige. Nogle sygehusindlæggelser vil dog ikke være forebyggelige alene ved kontakt mellem borgeren og kommunen eller almen praksis. Kontakten mellem kommunen og borgeren opgøres på baggrund af kommunale EOJ-data, jf. boks 24.

## EOJ-data, metode og forbehold

Opgørelsen med EOJ-data og plejeboligoplysninger indikerer, hvem kommunerne er i kontakt med. Det, at en kommune er i kontakt med borgere, vurderes at kunne mindske uhensigtsmæssige indlæggelser. Forebyggelsespotentialet er varierende og afhænger af indsattypen og intensiteten i den kommunale indsats. Dette korrigeres der ikke for i opgørelserne.

Kontakt med kommunen defineres ud fra pleje- og omsorgsydelserne:

- Plejebolig
- Hjemmesygepleje (evt. personlig pleje og praktisk bistand)
- Personlig pleje (evt. praktisk bistand)
- Praktisk bistand<sup>21</sup> (ingen personlig pleje)

Kontakt med kommunen er derfor ikke fyldestgørende i forhold til den samlede kontakt, borgeren kan have med kommunen.

Det er hovedsageligt borgere over 65 år, som modtager kommunale pleje- og omsorgsydelser, hvorved opgørelserne af disse ydelser alene er foretaget for personer på 65 år og derover.

For yderligere metode og forbehold for EOJ-data, *jf. bilag 3*.

For sygehusindlæggelser samlet set, dvs. uanset årsagen til indlæggelsen, gælder at kommunerne via pleje- og omsorgsydelser er i kontakt med borgerne med KOL inden for 10 dage forud for 37 pct. af sygehusindlæggelserne i 2013, *jf. figur 90*. Kontakten består i enten plejebolig, hjemmesygepleje, personlig pleje eller praktisk bistand, herunder har borgerne med KOL modtaget hjemmesygepleje forud for 21 pct. af sygehusindlæggelserne. Det skal bemærkes, at madservice indgår som en del af praktisk bistand, og der indgår derfor borgere i opgørelsen, der alene har fået leveret mad fra kommunen, *jf. figur 91*. Det drejer sig om ca. 1,5 pct. af de opgjorte kontakter, hvor borgeren alene modtager praktisk bistand.<sup>22</sup>

Af de borgere med KOL, der modtager kommunale pleje- og omsorgsydelser forud for sygehusindlæggelsen, er det i særlig grad forud for indlæggelser af den ældre del af borgerne, at kommunen har en kontakt med borgeren, *jf. figur 92*, herunder forud for knap halvdelen af indlæggelserne af de 75-84-årige og forud for ca. to tredjedele af indlæggelser af de 85+-årige. Kommunerne er således i kontakt med borgerne forud for indlæggelsen for en stor dels vedkommende inden for disse aldersgrupper, hvilket betyder, at forebyggelsespotentialet kan være relativt stort for disse grupper.

Kontakten mellem kommunen og borgerne forud for sygehusindlæggelse varierer betydeligt mellem kommunerne inden for regionerne *jf. figur 93*. En del af forskellen mellem kommunerne kan skyldes registreringspraksis, herunder mangelfuld registrering.

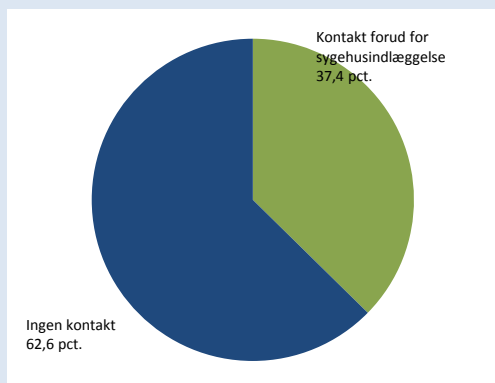
For sygehusindlæggelser fordelt efter forudgående modtagelse af kommunale pleje- og omsorgsydelser for borgere med leddegigt og osteoporose henvises til *bilag 7, figur 138, figur 139, figur 140, figur 141, figur 142, figur 143, figur 144 og figur 145*.

<sup>21</sup> Praktisk bistand inkluderer madservice. Det er ikke muligt at adskille madservice fra den øvrige praktiske bistand, da praktisk bistand alene er opgjort i tid.

<sup>22</sup> Ved at definere madservice som praktisk bistand på 2 minutter eller derunder, skønnes madservice på baggrund af denne definition at udgøre ca. 1,5 pct. af de opgjorte kontakter, hvor borgeren forud for sygehusindlæggelsen alene har modtaget praktisk bistand. Opgørelsen vedrører den samlede befolkning.

Figur 90

Sygehusindlæggelser fordelt efter modtagelse af kommunale pleje- og omsorgsydelser op til 10 dage forud for indlæggelsen for borgere med KOL, 2013, andel sygehusindlæggelser for borgere med KOL, pct. af samlet antal sygehusindlæggelser i denne population

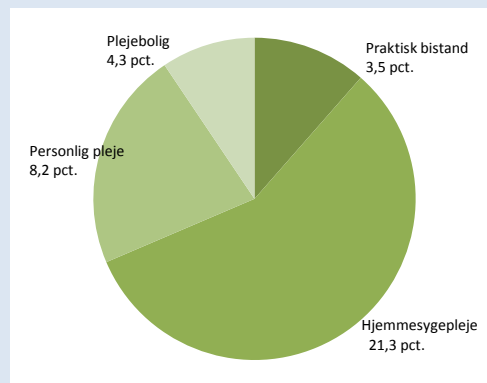


Kilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt kommunernes EOJ-data.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret. Der vises data for kommuner med over 10.000 indbyggere i 2013. Gribskov og Kerteminde har mangelfuld registrering, og indgår derfor ikke i opgørelsen.

Figur 91

Fordeling på kommunale kontakttyper op til 10 dage forud for sygehusindlæggelsen for borgere med KOL, som har haft kontakt med kommunen, 2013, andel sygehusindlæggelser, pct. af samlet antal sygehusindlæggelser i denne population

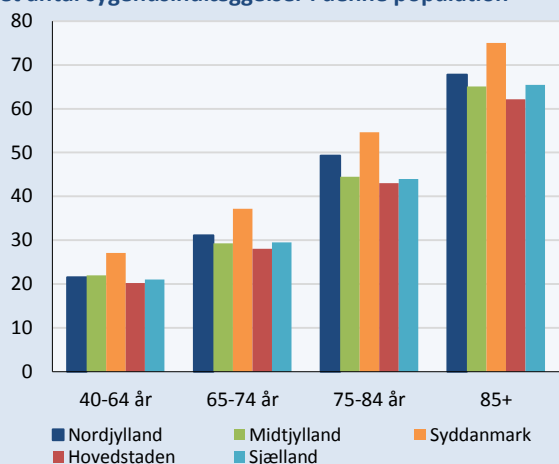


Kilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt kommunernes EOJ-data.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret. Der vises data for kommuner med over 10.000 indbyggere i 2013. Gribskov og Kerteminde har mangelfuld registrering, og indgår derfor ikke i opgørelsen.

Figur 92

Sygehusindlæggelser efter modtagelse af kommunale pleje- og omsorgsydelser op til 10 dage forud for indlæggelsen efter aldersgrupper og region for borgere med KOL, som har haft kontakt med kommunen, 2013, andel sygehusindlæggelser for borgere KOL, pct. af samlet antal sygehusindlæggelser i denne population

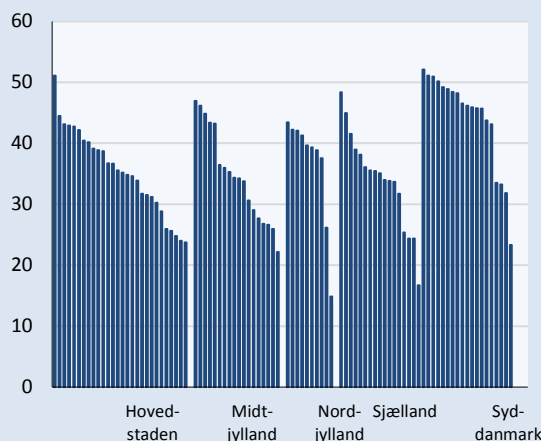


Kilde: Kilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt kommunernes EOJ-data.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret. Der vises data for kommuner med over 10.000 indbyggere i 2013. Gribskov og Kerteminde har mangelfuld registrering, og indgår derfor ikke i opgørelsen.

Figur 93

Sygehusindlæggelser efter modtagelse af kommunale pleje- og omsorgsydelser op til 10 dage forud for indlæggelsen efter kommune og region for borgere med KOL, som har haft kontakt med kommunen, 2013, andel sygehusindlæggelser for borgere med KOL, pct. af samlet antal sygehusindlæggelser i denne population



Kilde: Kilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt kommunernes EOJ-data.

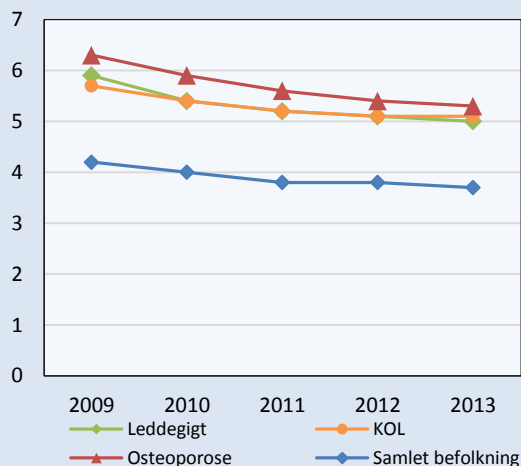
Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret. Der vises data for kommuner med over 10.000 indbyggere i 2013. Gribskov og Kerteminde har mangelfuld registrering, og indgår derfor ikke i opgørelsen.

Indlæggelsestiden på sygehus var i 2013 i gennemsnit ca. fem dage pr. sygehusindlæggelse for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme, mens indlæggelsestiden for den samlede befolkning lå på knap fire dage i gennemsnit. Udviklingen i indlæggelsestid for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme har været faldende i perioden 2009 til 2013 og følger generelt udviklingen for den samlede befolkning i perioden. Der har således været et fald i gennemsnitlig indlæggelsestid på hhv. 10,5, 15,3 og 15,9 pct. i perioden til sammenligning med et fald på 11,9 pct. i samme periode for den samlede befolkning, jf. figur 94.

Indlæggelsestiden ligger for alle tre udvalgte kroniske sygdomme under landsgennemsnittet for Region Midtjylland, mens indlæggelsestiden for alle tre udvalgte kroniske sygdomme ligger over landsgennemsnittet for Region Nordjylland, jf. figur 95. Det svarer til billedet for den samlede befolkning.

Figur 94

Udvikling i indlæggelsestid på sygehus for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme, 2009-2013, gennemsnit i dage pr. sygehusindlæggelse i den relevante population

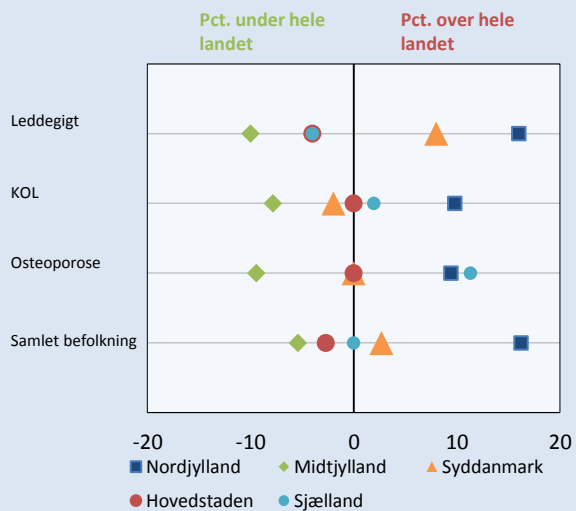


Kilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret, Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningstal, Danmarks Statistik.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret. Der er en mindre afvigelse fra opgørelsen i figur 37 i afsnit 4.4 pga. forskelle i forløbsopgørelsesmetoderne for sygehusindlæggelser.

Figur 95

Indlæggelsestid på sygehus for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme efter region i forhold til landsgennemsnittet, 2013, gennemsnit i dage pr. sygehusindlæggelse i den relevante population



Kilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret, Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningstal, Danmarks Statistik.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret.

## 7.4 U hensigtsmæssige sygehusindlæggelser for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme

Særligt den patientrettede forebyggende indsats i kommunerne og praksissektoren skal sikre, at borgere ikke indlægges unødigt på sygehuset, men i så høj grad som det er hensigtsmæssigt behandles og plejes i den primære sektor.

Der kan være et forebyggelsespotentiale i forhold til eksempelvis akutte medicinske korttidsindlæggelser for de borgere, der løbende er i kontakt med kommunen, dvs. fx beboere på de kommunale plejecentre eller modtagere af kommunale plejeydelser, og for de borgere der er i jævnlig kontakt med almen praksis. En tidlig forebyggende og proaktiv indsats i primær sektor vil give mulighed for at forebygge udvikling og forværring af sygdom, der bliver behandlingskrævende i sygehusregi.

En hyppig kontakt kan give mulighed for tidlig opsporing af symptomer og indikationer for regulering af behandling, hvilket kan reducere risikoen for at håndtere borgere med kroniske sygdomme på et højere specialiseret niveau i sundhedsvæsenet end nødvendigt. Set fra et samfundsperspektiv bør uhensigtsmæssige indlæggelser så vidt muligt reduceres pga. de økonomiske omkostninger herved. Set fra et patientperspektiv bør uhensigtsmæssige indlæggelser ligeledes reduceres. Således er der aftalt mål for den patientrettede forebyggelsesindsats i aftalerne om regionernes og kommunernes økonomi for 2014 mellem regeringen, Danske Regioner og KL om færre uhensigtsmæssige genindlæggelser og færre uhensigtsmæssige akutte korttidsindlæggelser.

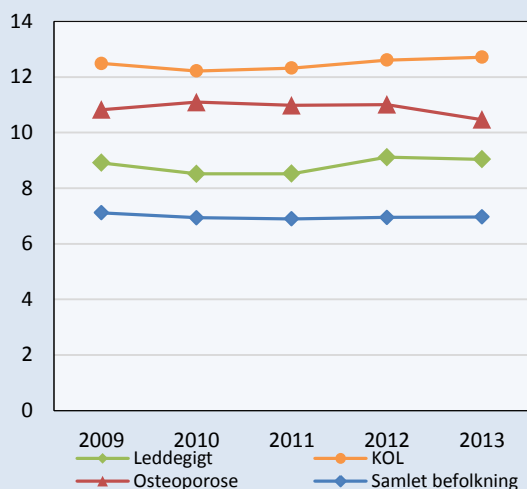
Udviklingen i akutte genindlæggelser inden for 30 dage (genindlæggelsesfrekvensen) for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme har stort set været uændret i perioden 2009 til 2013, som det også har været tilfældet for udviklingen i den samlede befolknings akutte genindlæggelser, *jf. figur 96*.

Genindlæggelsesfrekvensen er højere for alle tre kroniske sygdomme end for den samlede befolkning, hvilket også skal ses i lyset af, at borgere med de tre kroniske sygdomme også indlægges relativt mere end den samlede befolkning. Genindlæggelsesfrekvensen er således hhv. ca. 13 pct., 10 pct. og 9 pct. for borgere med de tre kroniske sygdomme, mens den er 7 pct. for den samlede befolkning.

Der er betydelig forskel på genindlæggelsesfrekvensen på tværs af regionerne for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme. Som det er tilfældet for den samlede befolkning ligger genindlæggelsesfrekvensen for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme under landsgennemsnittet for Region Hovedstaden og Region Midtjylland, mens Region Syddanmark og Region Sjælland ligger over landsgennemsnittet, *jf. figur 97*.

Figur 96

Udvikling i akutte genindlæggelser for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme, 2009-2013, pct.

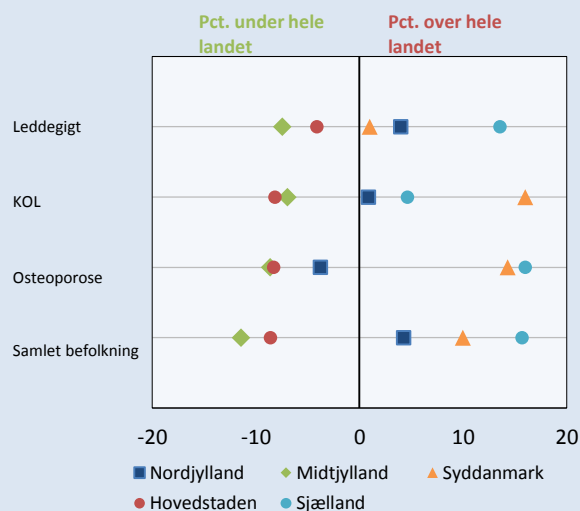


Kilde: Landspatientregisteret, Lægemedelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningstal, Danmarks Statistik.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret.

Figur 97

Akutte genindlæggelser for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme efter region i forhold til landsgennemsnittet, 2013, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, Lægemedelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningstal, Danmarks Statistik.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret.

For de 10 kommuner med højeste og laveste genindlæggelsesfrekvens for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme henvises til bilag 7, figur 132, figur 133 og figur 134.

Akutte medicinske korttidsindlæggelser omfatter indlæggelser af borgere med forholdsvis ukomplicerede behandlingsforløb, hvor indlæggelsen muligvis kunne være blevet forebygget enten ved indsatser i praksissektoren, i det ambulante sygehusregi eller kommunale tilbud og indsatser.<sup>23</sup> Niveaulet for akutte medicinske korttidsindlæggelser udgjorde i 2013 godt 31 indlæggelser pr. 1.000 borgere for den samlede befolkning til sammenligning med 144 indlæggelser pr. 1.000 borgere med KOL, 93 indlæggelser pr. 1.000 borgere med osteoporose og 76 indlæggelser pr. 1.000 borgere med leddegigt, jf. figur 98.

Antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere er således godt fire gange højere blandt borgere med KOL i forhold til den samlede befolkning. En del af dette kan formentlig tilskrives forskel i aldersfordeling, da gennemsnitsalderen for borgere med KOL er højere end for den samlede befolkning. Hvor antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser i perioden 2009 til 2013 er steget med 7 pct. for den samlede befolkning og for borgere med KOL, er antallet stort set uændret blandt borgere med osteoporose og borgere med leddegigt i samme periode.

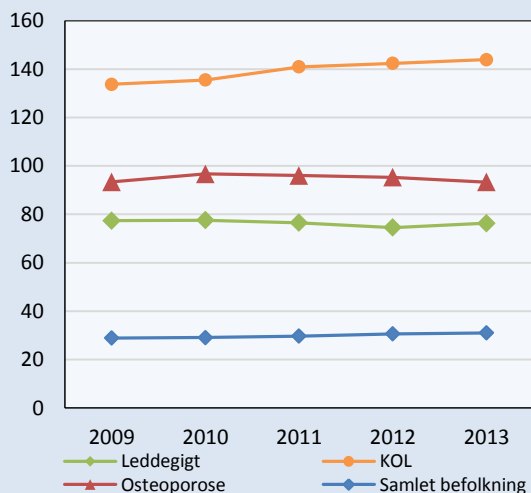
For den samlede befolkning er antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser primært højt blandt borgere i Region Hovedstaden og Region Midtjylland. For borgere med de udvalgte kroniske sygdomme tegner der sig et lignende billede, hvor Region Nordjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland har færre akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere end de øvrige to regioner, jf. figur 99. Variationerne indikerer, at der kan være et potentiale for at reducere omfanget af akutte medicinske korttidsindlæggelser blandt såvel borgere med de udvalgte kroniske sygdomme som for den samlede befolkning.

<sup>23</sup> KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2013): Effektiv kommunal forebyggelse - med fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser.



Figur 98

Udvikling i akutte medicinske korttidsindlæggelser for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme, 2009-2013, antal akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere i den relevante population

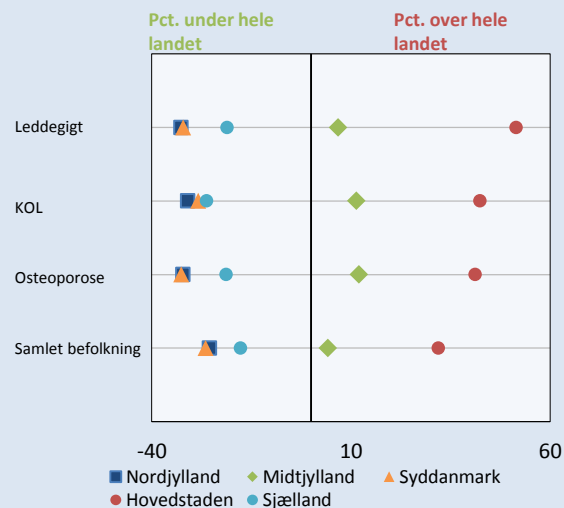


Kilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningstal, Danmarks Statistik.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret.

Figur 99

Akutte medicinske korttidsindlæggelser for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme efter regioner i forhold til landsgennemsnittet, 2013, antal akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere i den relevante population



Kilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningstal, Danmarks Statistik.

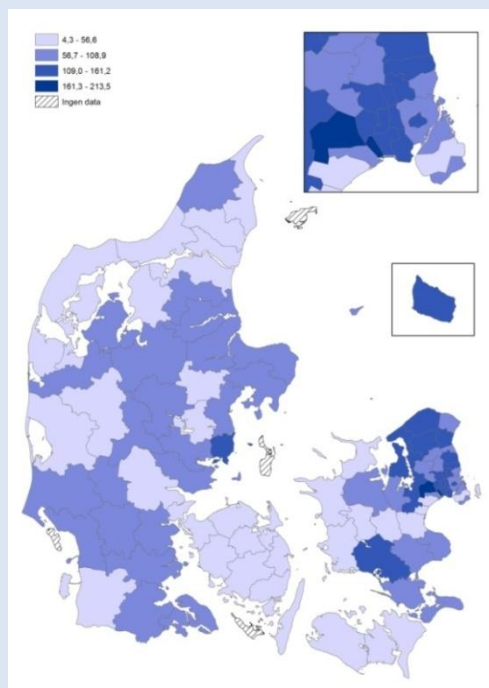
Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret.

Den betydelige regionale variation i forhold til akutte medicinske korttidsindlæggelser ses tilsvarende på det kommunale niveau, jf. figur 100, figur 101 og figur 102.

Der er generelt over tre gange flere akutte medicinske korttidsindlæggelser for borgere med KOL, osteoporose og leddegigt, når de 10 kommuner med flest og de 10 kommuner med færrest sammenlignes, jf. bilag 7, figur 135, figur 136 og figur 137. For alle borgere med de tre kroniske sygdomme er det generelt kommuner i Region Hovedstaden, der ligger blandt de 10 kommuner med flest akutte medicinske korttidsindlæggelser. Dette skal ses i sammenhæng med, at antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser generelt er relativt højt for den samlede befolkning i forhold til landsgennemsnittet for kommunerne i Region Hovedstaden.

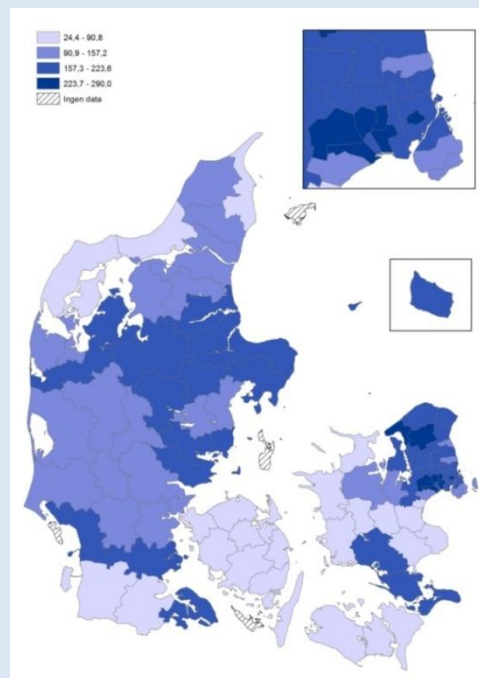
Figur 100

Akutte medicinske korttidsindlæggelser for borgere med leddegigt efter kommune, 2013, antal akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere med leddegigt



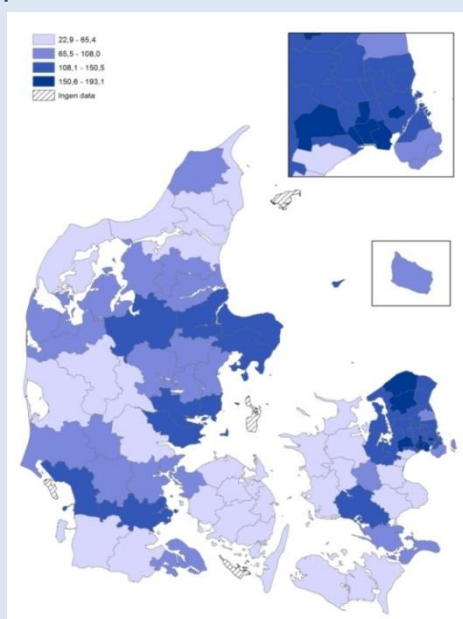
Figur 101

Akutte medicinske korttidsindlæggelser for borgere med KOL efter kommune, 2013, antal akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere med KOL



Figur 102

Akutte medicinske korttidsindlæggelser for borgere med osteoporose efter kommune, 2013, antal akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere med osteoporose



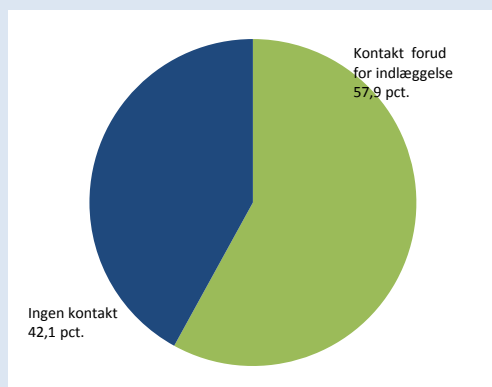
Kilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningstal, Danmarks Statistik.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret. Der vises data for kommuner med over 10.000 indbyggere i 2013.

Almen praksis har forud for korttidsindlæggelserne været i kontakt med borgerne med KOL inden for to uger før 58 pct. af indlæggelserne i 2013, jf. figur 103, heraf udgør 39 pct.point konsultation og andet fysisk fremmøde, jf. figur 104 (for leddegigt og osteoporose se bilag 7, jf. figur 146, figur 147, figur 148 og figur 149).

**Figur 103**

**Akutte medicinske korttidsindlæggelser fordelt efter kontakt til almen praksis inden for to uger forud for korttidsindlæggelsen for borgere med KOL, 2013, andel af samlet antal akutte medicinske korttidsindlæggelser i denne population**

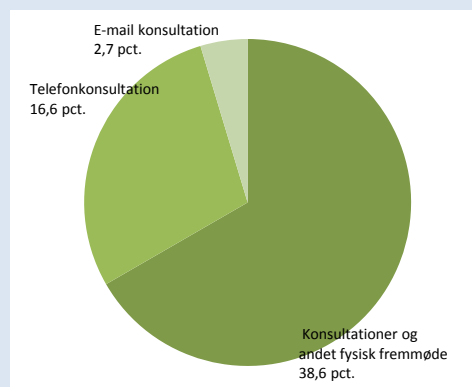


*Kilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningstal, Danmarks Statistik.*

*Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret. Data vedrører kontakter i dagtid for sygesikringsgruppe 1. For Region Midtjylland er data for 2013 foreløbige grundet en indberetningsfejl.*

**Figur 104**

**Fordeling på kontakttyper forud for korttidsindlæggelsen for borgere med KOL, 2013, andel af samlet antal akutte medicinske korttidsindlæggelser i denne population**



*Kilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningstal, Danmarks Statistik.*

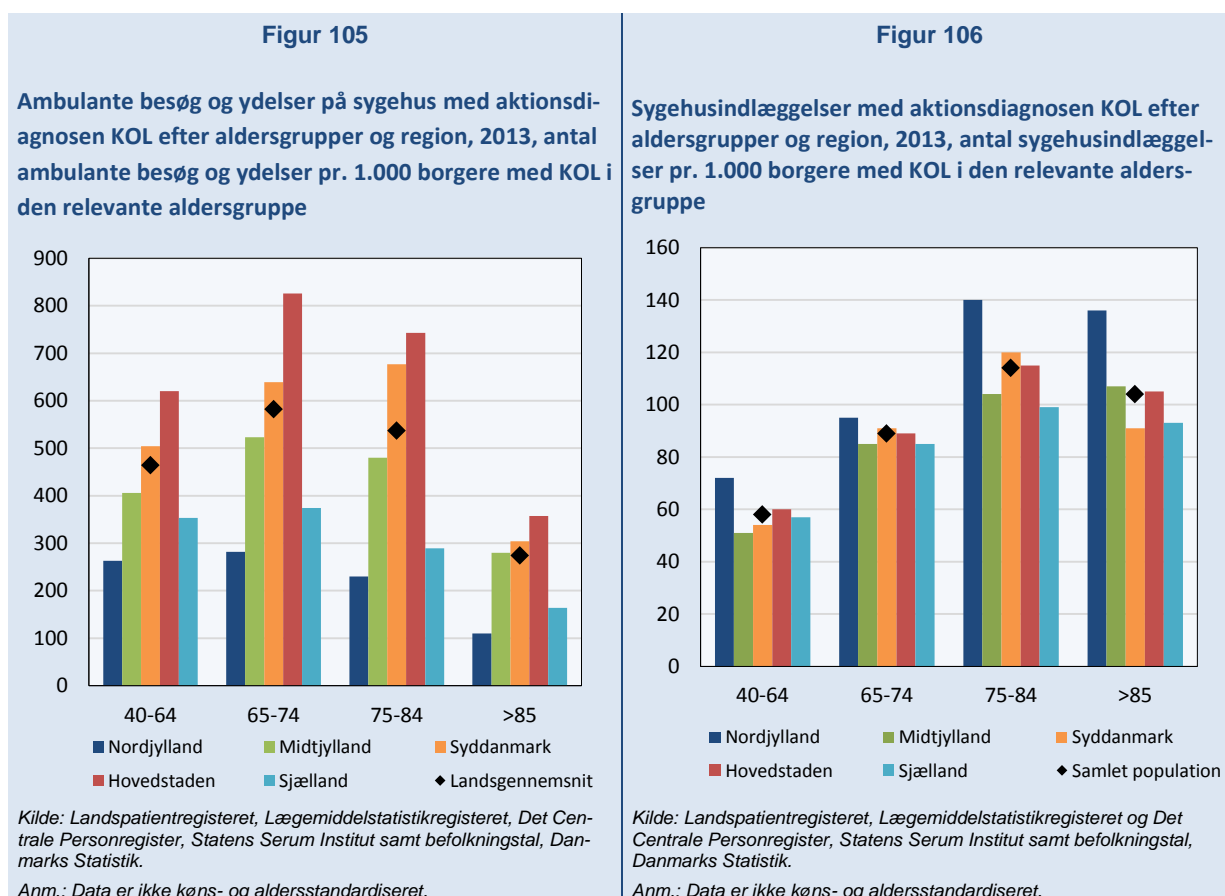
*Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret. Data vedrører kontakter i dagtid for sygesikringsgruppe 1. For Region Midtjylland er data for 2013 foreløbige grundet en indberetningsfejl.*

## 7.5 Sygehusaktivitet vedrørende aktionsdiagnosen KOL<sup>24</sup>

Det belyste forbrug af sundhedsydelser for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme i afsnit 7.2-7.4 vedrører aktivitet i eksempelvis sygehusvæsenet og almen praksis, uanset om det relaterer sig til den specifikke kroniske sygdom eller anden sygdom. I tillæg hertil belyses kort aktiviteten for sygehusbehandling med aktionsdiagnosen KOL for borgere med KOL, herunder ambulante sygehusbehandling, sygehusindlæggelser og akutte medicinske korttidsindlæggelser.

Generelt er antallet af ambulante sygehusbesøg og ydelser med aktionsdiagnosen KOL pr. 1.000 borgere med KOL lavest blandt de 85+-årige, *jf. figur 105*. Borgere i denne aldersgruppe indlægges derimod i højere grad, hvilket er på linje med borgerne i aldersgruppen 75-84 år, *jf. figur 106*. For ambulante sygehusaktivitet med aktionsdiagnosen KOL for borgere med KOL ligger Region Hovedstaden generelt højest for alle aldersgrupperne, *jf. figur 105*, mens det for al ambulante aktivitet for borgere med KOL er Region Syddanmark, der ligger højest, *jf. figur 84*.

Variationen på tværs af regionerne er betydelig. Region Nordjylland har færrest ambulante besøg og ydelser med aktionsdiagnosen KOL pr. 1.000 borgere, *jf. figur 105*, mens regionen i højere grad indlægger borgerne på sygehusene med denne aktionsdiagnose, *jf. figur 106*. Således er antallet af sygehusindlæggelser med aktionsdiagnosen KOL for borgere med KOL højest i Region Nordjylland (for de belyste aldersgrupper), mens antallet af sygehusindlæggelser generelt (dvs. vedrørende al aktivitet) for borgere med KOL i Region Nordjylland er lavere end i de øvrige regioner, *jf. figur 89*.



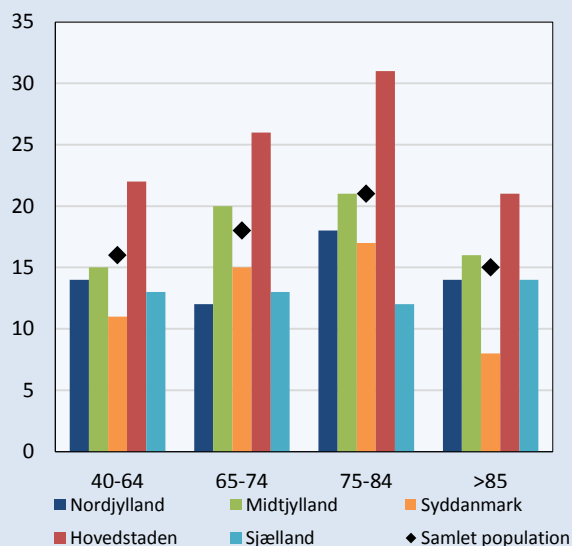
For akutte medicinske korttidsindlæggelser med aktionsdiagnosen KOL er den aldersmæssige variation mindre end for alle sygehusindlæggelser, hvorimod de regionale forskelle for de akutte medicinske korttidsindlæggelser er betydelig større, *jf. figur 106 og figur 107*.

<sup>24</sup> I Landspatientregisteret defineret med koden J44 og underkoder.

Niveauet for akutte medicinske korttidsindlæggelser med aktionsdiagnosen KOL er højest i Region Hovedstaden, jf. figur 107, hvilket også er tilfældet for det samlede antal akutte medicinske korttidsindlæggelser (vedrørende al aktivitet), jf. figur 99.

Figur 107

Akutte medicinske korttidsindlæggelser med aktionsdiagnosen KOL efter aldersgrupper og regioner, 2013, antal akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere med KOL i den relevante aldersgruppe

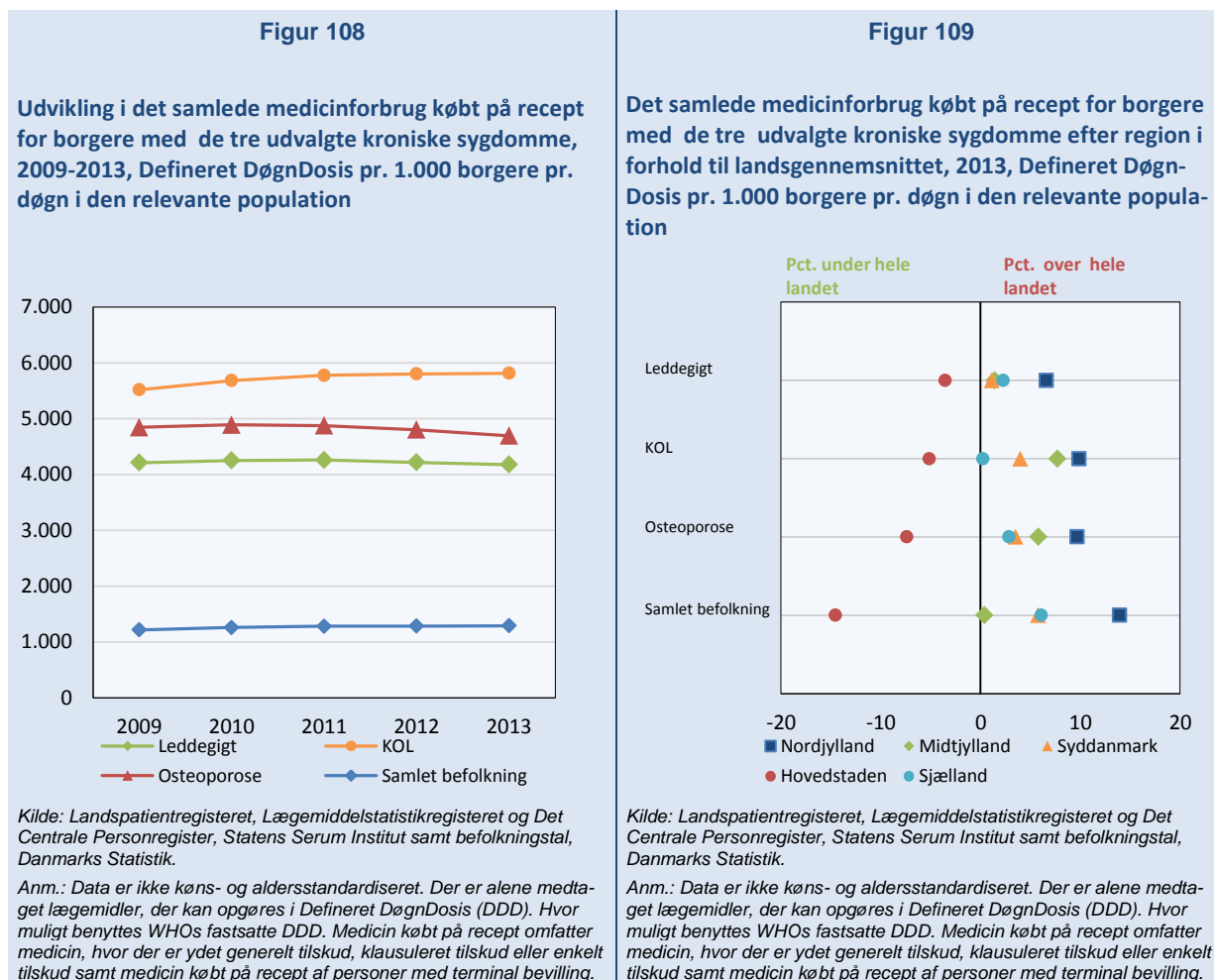


Kilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret, Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningstal, Danmarks Statistik.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret.

## 7.6 Medicinforbrug og udgifter for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme

Borgere med leddegigt bruger tre gange så meget medicin købt på recept som den samlede befolkning, jf. figur 108, mens borgere med osteoporose og KOL bruger knap fire og fem gange så meget medicin købt på recept i 2013. Det kan formentlig delvist tilskrives forskelle i alderssammensætning i de to grupper. For borgere med KOL ses en svag stigning i det samlede medicinforbrug købt på recept i perioden 2009 til 2013, mens der ses et lille fald for borgere med osteoporose og et stort set uændret medicinforbrug købt på recept for borgere med leddegigt i perioden. Der ses regionale forskelle i det samlede medicinforbrug købt på recept, jf. figur 109. I Region Hovedstaden er forbruget af medicin købt på recept lavere end i resten af landet, mens det for Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Nordjylland generelt er højere.



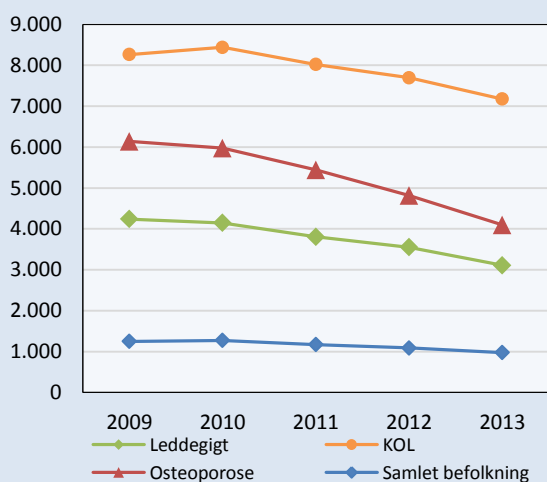
De regionale udgifter til medicin købt på recept for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme er tre til syv gange så høje sammenlignet med de regionale udgifter til medicin købt på recept for den samlede befolkning i 2013, jf. figur 110. En del af denne forskel kan formentlig henføres til, at borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme gennemsnitligt er ældre end befolkningen samlet set. Der har været et fald i udgifterne til medicin købt på recept for den samlede befolkning i perioden 2009 til 2013 på ca. 22 pct. (løbende priser). Der har tilsvarende været et fald i udgifter til medicin købt på recept for hver af de tre udvalgte kroniske sygdomme på 13, 33 og 27 pct. for hhv. KOL, osteoporose og leddegigt.

Udviklingen i priser skal ses i lyset af generelt faldende medicinpriser som følge af bl.a. patentudløb samt en økonomisk effekt af Sundhedsstyrelsens revurderinger af tilskud, hvor dyre lægemidler i nogle tilfælde er frataget generelt tilskud, hvilket kan medføre brug af billigere lægemidler med samme eller bedre effekt.

Spredningen i de regionale udgifter til medicin købt på recept for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme på tværs af regionerne afspejler i et vist omfang forbruget af medicin købt på recept i regionerne opgjort på Defineret DøgnDosis. Hvor forbruget i Defineret DøgnDosis generelt er lavest i Region Hovedstaden og højest i Region Nordjylland, da ligger begge disse regioners udgifter til medicin købt på recept pr. borger med leddegigt på landsgennemsnittet, *jf. figur 111*. Hvor forbruget (DDD) for borgere med osteoporose i Region Sjælland ligger tæt på landsgennemsnittet, da er regionens udgifter pr. borger i denne gruppe højere end de andre regioners udgifter til denne gruppe.

**Figur 110**

**Udvikling i regionale udgifter til medicin købt på recept (regionalt tilskud) for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme, 2009-2013, kr. pr. borger i den relevante population**

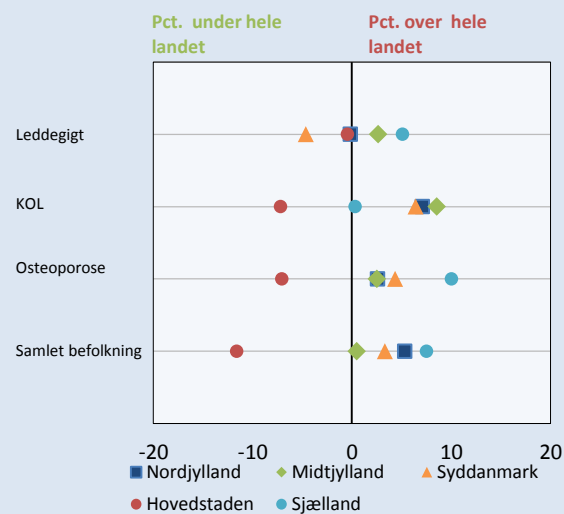


Kilde: Landspatientregisteret, Lægemedelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningstal, Danmarks Statistik.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret. Opgørelsen er i løbende priser. Medicin købt på recept omfatter medicin, hvor der er ydet generelt tilskud, klausuleret tilskud eller enkelt tilskud samt medicin købt på recept af personer med terminal bevilling.

**Figur 111**

**Regionale udgifter til medicin købt på recept (regionalt tilskud) for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme efter region i forhold til landsgennemsnittet, 2013, kr. pr. borger i den relevante population**



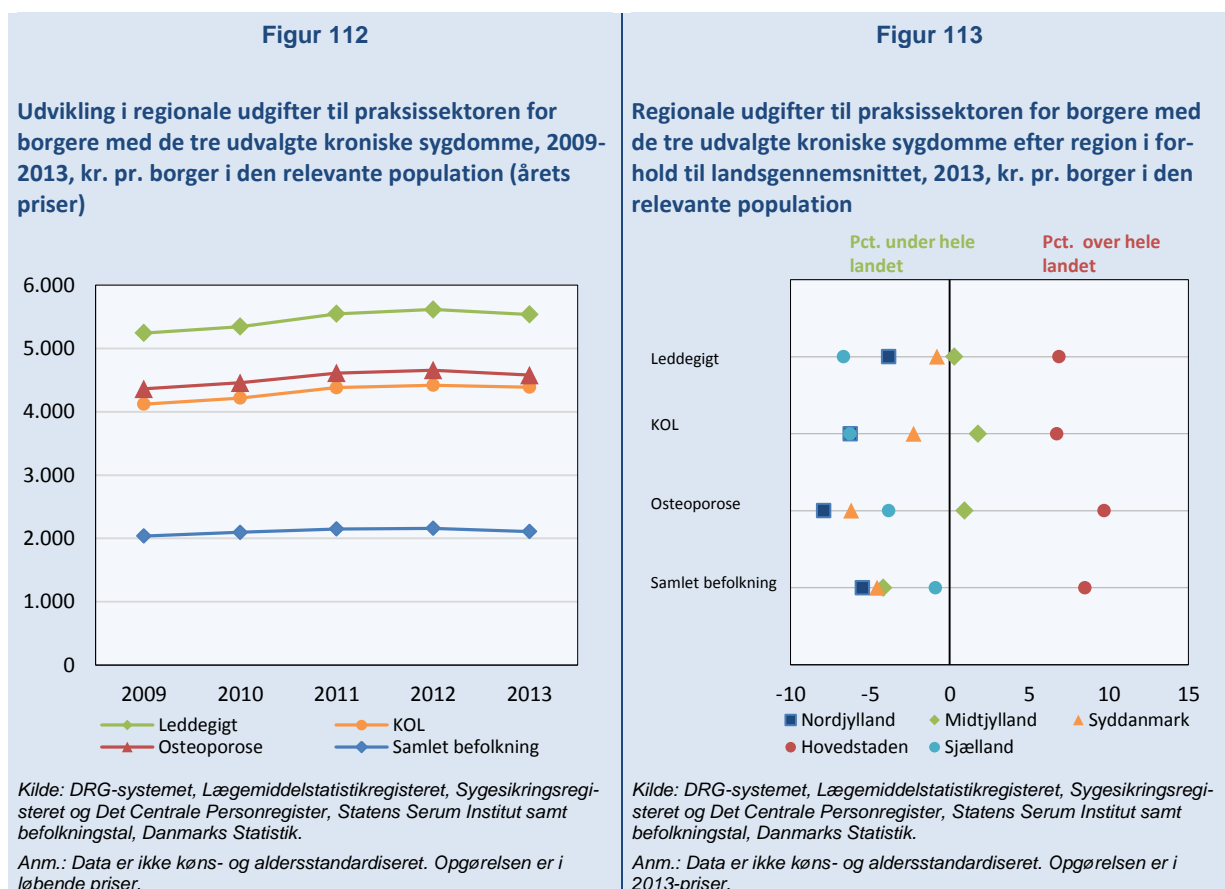
Kilde: Landspatientregisteret, Lægemedelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningstal, Danmarks Statistik.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret. Opgørelsen er i 2013-priser. Medicin købt på recept omfatter medicin, hvor der er ydet generelt tilskud, klausuleret tilskud eller enkelt tilskud samt medicin købt på recept af personer med terminal bevilling.

## 7.7 Udgifter til sundhedsydelse for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme

Niveauet for regionale udgifter til aktivitet i praksissektoren pr. borger er mere end dobbelt så højt for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme i 2013 som for den samlede befolkning, *jf. figur 112*. Mens der har været en stigning (i løbende priser) på 3 pct. de seneste fem år i de regionale udgifter til praksissektoren pr. borger hos den samlede befolkning, er stigningen godt 5 pct. for borgere med leddegigt og osteoporose og 7 pct. for borgere med KOL, *jf. figur 112*.

Regioner med udgifter til praksissektoren pr. borger under landsgennemsnittet er Region Nordjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme. Region Hovedstaden og Region Midtjylland har regionale udgifter til praksissektoren pr. borger over landsgennemsnittet for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme, *jf. figur 113*, hvilket fsva. Region Hovedstaden generelt er udtryk for relativt flere kontakter til speciallægepraksis end almen praksis, *jf. figur 77 og figur 81*, mens det er omvendt for Region Midtjylland.

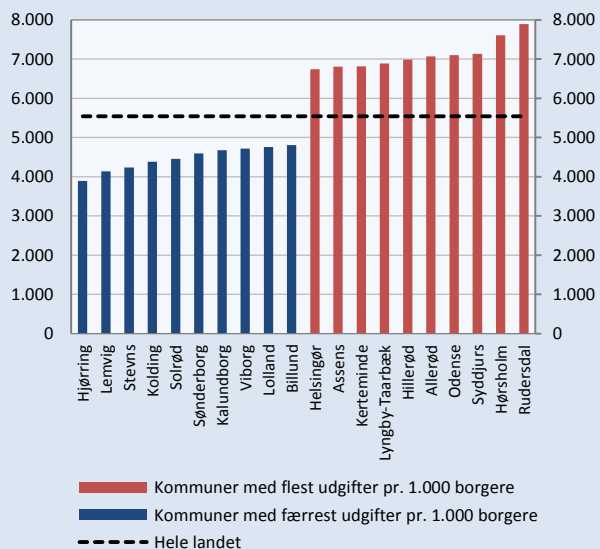


En opgørelse af de 10 kommuner, hvor de regionale udgifter til praksissektoren pr. borger i 2013 er hhv. højest og lavest, illustrerer forskellen på tværs af kommunerne, *jf. figur 114, figur 115 og figur 116*. De kommuner, hvor de regionale udgifter til praksissektoren er lavest pr. borger med leddegigt, er for knap halvdelen vedkommende placeret i Region Sjælland, mens de kommuner, hvor de regionale udgifter til praksissektoren er højest, overvejende er placeret i Region Hovedstaden, *jf. figur 114*. Den samme tendens ses for borgere med KOL og osteoporose, hvor ni af de 10 kommuner, hvor de regionale udgifter til praksissektoren pr. borger er højest, er beliggende i Region Hovedstaden, *jf. figur 115 og figur 116*.



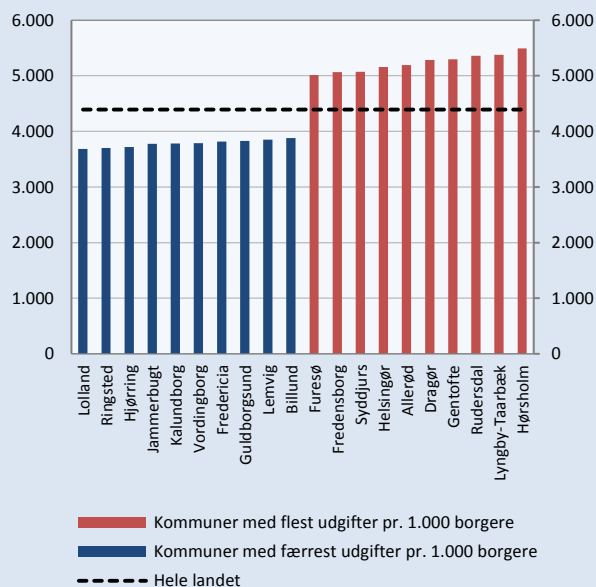
Figur 114

Regionale udgifter til praksissektoren for borgere med leddegigt efter lavest og højest placerede kommuner, 2013, kr. pr. borger med leddegigt



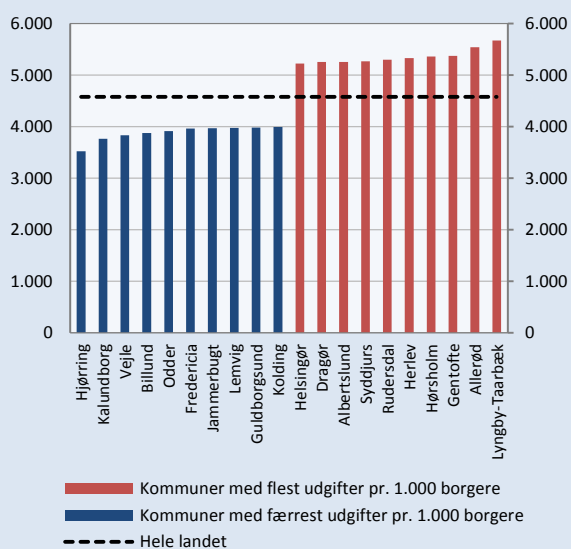
Figur 115

Regionale udgifter til praksissektoren for borgere med KOL efter lavest og højest placerede kommuner, 2013, kr. pr. borger med KOL



Figur 116

Regionale udgifter til praksissektoren for borgere med osteoporose efter lavest og højest placerede kommuner, 2013, kr. pr. borger med osteoporose



Kilde: DRG-systemet, Lægemiddelstatistikregisteret, Sygesikringsregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningstal, Danmarks Statistik.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret. Der vises data for kommuner med over 10.000 indbyggere i 2013. Opgørelsen er i 2013-priser.

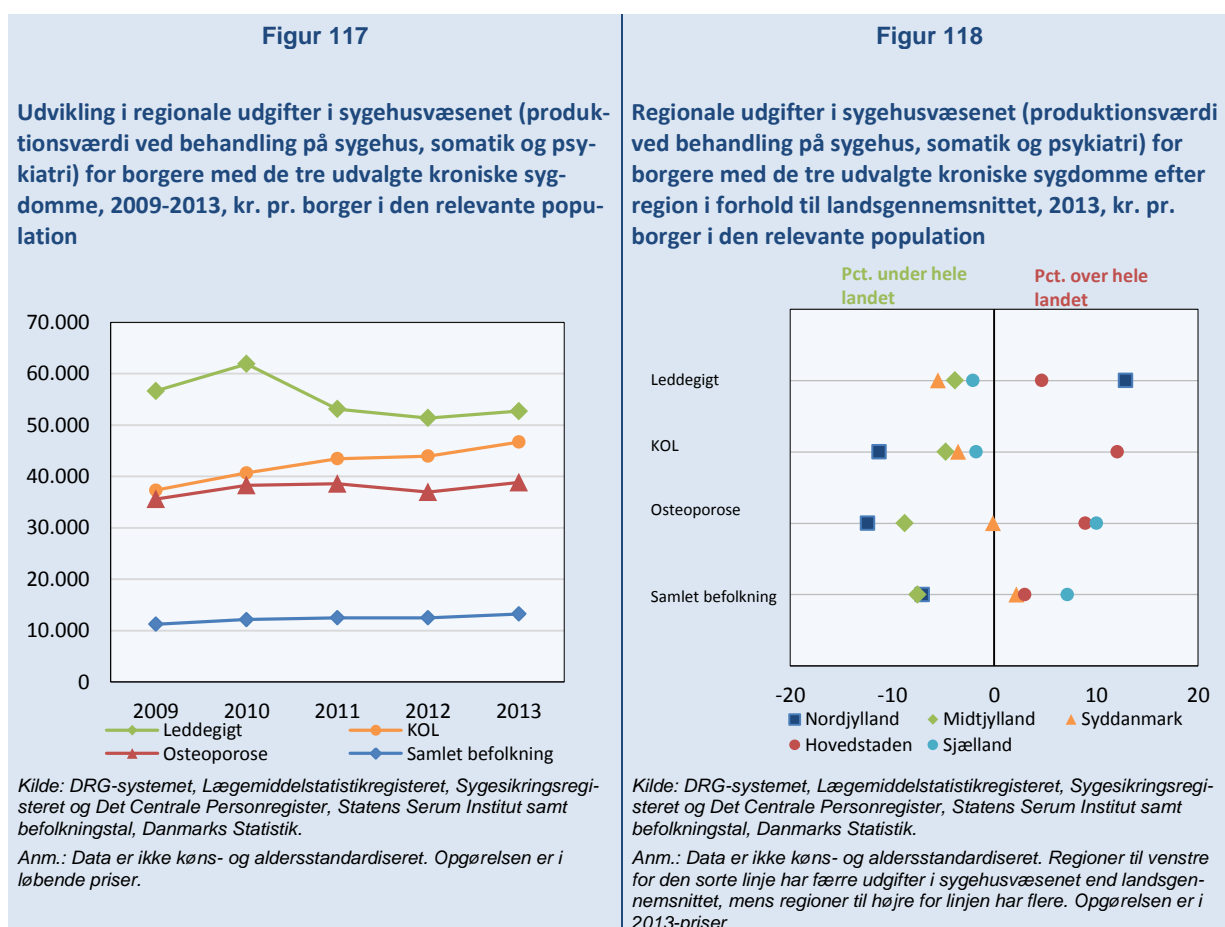
Ligesom niveauet i de samlede udgifter til sygehjælp<sup>25</sup> (i løbende priser) er steget for den samlede befolkning i perioden 2009 til 2013, er niveauet steget for borgere med KOL og osteoporose,

<sup>25</sup> Det bemærkes, at udgifterne til sygehusbehandling er opgjort som produktionsværdi, hvorfor der i teknisk forstand ikke er tale om regionale udgifter. DRG-produktionsværdien er opgjort vha. taksterne i DRG-systemet, som omfatter gennemsnitskostninger for forskellige behandlinger. Disse er baseret på regnskabs- og aktivitetsoplysninger på danske sygehuse, og anvendes i en lang række sammenhænge til bl.a. afregning af sygehusbehandling.

mens niveauet er faldet med 7 pct. for borgere med leddegigt i samme periode, jf. figur 117. Niveauet i udgifter til sygehusvæsenet er godt tre til fire gange højere for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme sammenlignet med den samlede befolkning i 2013.

Udviklingen i de gennemsnitlige regionale udgifter i sygehusvæsenet pr. borger med leddegigt i perioden 2009 til 2013 viser en stigning i 2010, hvorefter der igen ses et fald fra 2011 og frem. Det kan bl.a. forklares ved en ændring i registrering, fx indføres en række nye grupper i Dansk Ambulant Grupperingsystem (DAGS) for medicinsk behandling i 2011, hvor en væsentlig del af behandlingen af leddegigtpatienter grupperes til inden for ambulat behandling. Det giver en lavere produktionsværdi som følge af en lavere takst.

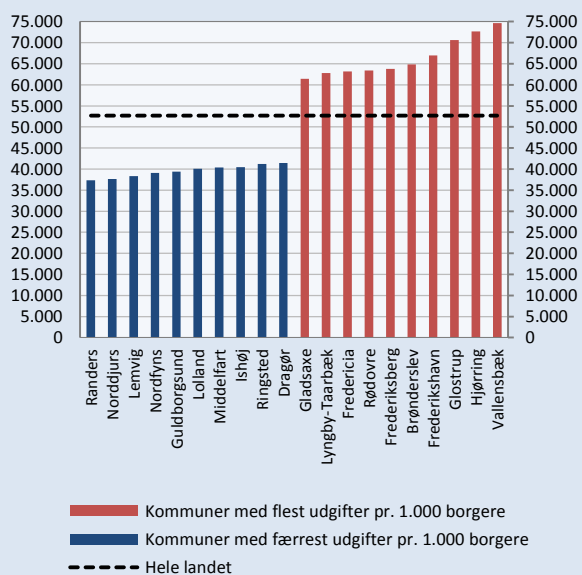
Region Hovedstadens sygehusudgifter pr. borger med en eller flere af de tre kroniske sygdomme er generelt over landsgennemsnittet, mens Region Midtjyllands er under. Region Nordjyllands udgifter er over landsgennemsnittet for borgere med leddegigt, men under for borgere med de to andre kroniske sygdomme, jf. figur 118.



De 10 kommuner, hvor de regionale udgifter til sygehusvæsenet pr. borger med KOL og osteoporose er lavest, er overvejende placeret i hhv. Region Nordjylland og Region Midtjylland, jf. figur 119, jf. figur 120 og figur 121.

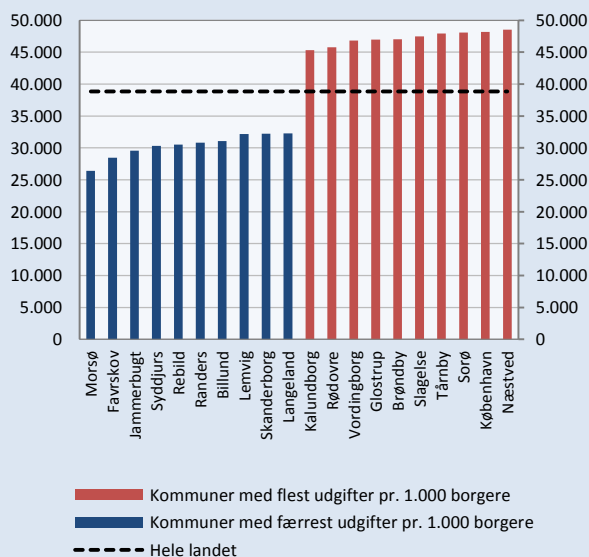
Figur 119

Regionale udgifter i sygehusvæsenet (produktionsværdi ved behandling på sygehus, somatik og psykiatri) for borgere med leddegigt efter lavest og højest placerede kommuner, 2013, kr. pr. borger med leddegigt



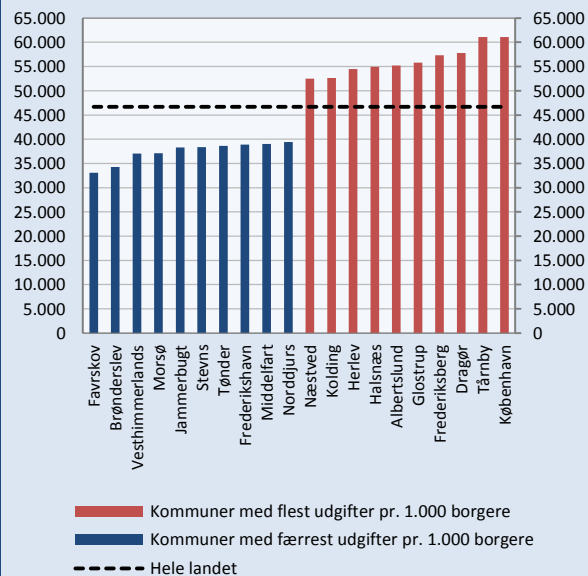
Figur 121

Regionale udgifter i sygehusvæsenet (produktionsværdi ved behandling på sygehus, somatik og psykiatri) for borgere med osteoporose efter lavest og højest placerede kommuner, 2013, kr. pr. borger med osteoporose



Figur 120

Regionale udgifter i sygehusvæsenet (produktionsværdi ved behandling på sygehus, somatik og psykiatri) for borgere med KOL efter lavest og højest placerede kommuner, 2013, kr. pr. borger med KOL



Kilde: DRG-systemet, Lægemiddelstatistikregisteret, Sygesikringsregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningstal, Danmarks Statistik.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret. Der vises data for kommuner med over 10.000 indbyggere i 2013. Opgørelsen er i 2013-priser.

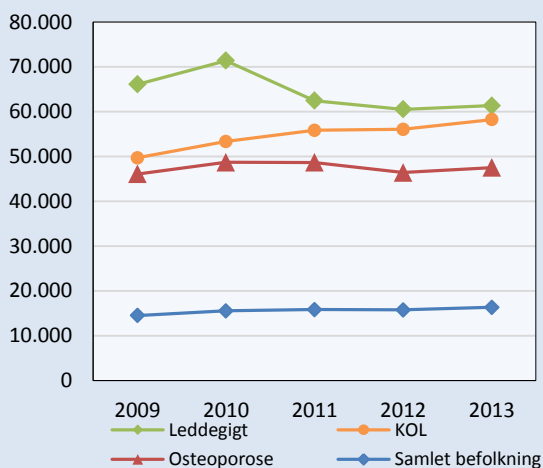
Niveauet i de samlede regionale udgifter i praksissektoren, sygehusvæsenet og medicin købt på recept for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme er godt to til fire gange højere end niveauet for den samlede befolkning, jf. figur 122, hvilket formentlig delvist kan tilskrives forskelle i alderssammensætning i de to grupper.

De samlede regionale udgifter (i løbende priser) i praksissektoren, sygehusvæsenet og medicin købt på recept er steget for den samlede befolkning samt for borgere med KOL og osteoporose i perioden 2009 til 2013, mens de er faldet for borgere med leddegigt, *jf. figur 122*.

Region Midtjyllands og Region Syddanmarks samlede udgifter i praksissektoren, sygehusvæsen og medicin købt på recept ligger under landsgennemsnittet for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme, *jf. figur 123*, mens Region Hovedstadens samlede udgifter for gruppen ligger over landsgennemsnittet. Hvor Region Hovedstadens regionale udgifter til medicin købt på recept er under landsgennemsnittet for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme og den samlede befolkning, *jf. figur 111*, er regionens samlede udgifter til praksissektoren, sygehusvæsen og medicintilskud over landsgennemsnittet, *jf. figur 123*.

**Figur 122**

**Udvikling i samlede regionale udgifter i praksissektoren, sygehusvæsenet og medicin købt på recept for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme, 2009-2013, kr. pr. borger i den relevante population**



Kilde: DRG-systemet, Lægemiddelstatistikregisteret, Sygesikringsregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningstal, Danmarks Statistik.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret. Opgørelsen er i løbende priser.

**Figur 123**

**Samlede regionale udgifter i praksissektoren, sygehusvæsenet og medicin købt på recept for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme efter region i forhold til landsgennemsnittet, 2013, kr. pr. borger i den relevante population**



Kilde: DRG-systemet, Lægemiddelstatistikregisteret, Sygesikringsregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningstal, Danmarks Statistik.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret. Regioner til venstre for den sorte linje har færre samlede udgifter i praksissektoren end hele landet, mens regioner til højre for linjen har flere. Opgørelsen er i 2013-priser.

## 7.8 Tilknytning til arbejdsmarkedet for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme

Kronisk sygdom kan have vedvarende følger med konsekvenser for funktions- og arbejdsevnen. At være i stand til at arbejde og være selvforsørgende er en indikator for, hvor godt sygdommen håndteres, og hvor stor indvirkning sygdommen har på den enkeltes hverdagsliv.<sup>26</sup> Herudover er det også en indikation på de samfundsøkonomiske konsekvenser af sygdommen.

Der ses alene på borgere i den erhvervsaktive alder. Inden for denne aldersgruppe er gennemsnitsalderen højere for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme, end i den samlede befolkning, *jf. figur 74*. Denne aldersforskel kan have betydning for arbejdsmarkedstilknytningen, da borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme dermed har færre år tilbage på arbejdsmarkedet, herunder kan borgere over 60 år have mulighed for at gå på efterløn.

Niveauet for tilknytning til arbejdsmarkedet for borgere med KOL er 35 pct., mens det for borgere med osteoporose og leddegigt er hhv. 44 pct. og 51 pct., *jf. figur 124*. Den samlede befolknings tilknytning til arbejdsmarkedet ligger på ca. 70 pct.

Andelen med tilknytning til arbejdsmarkedet for de 30-64 årige er generelt set steget for borgere med leddegigt (5 pct.point) og osteoporose (3 pct.point), mens den stort set er uændret for den samlede befolkning og borgere med KOL i perioden 2009 til 2013, *jf. figur 124*.

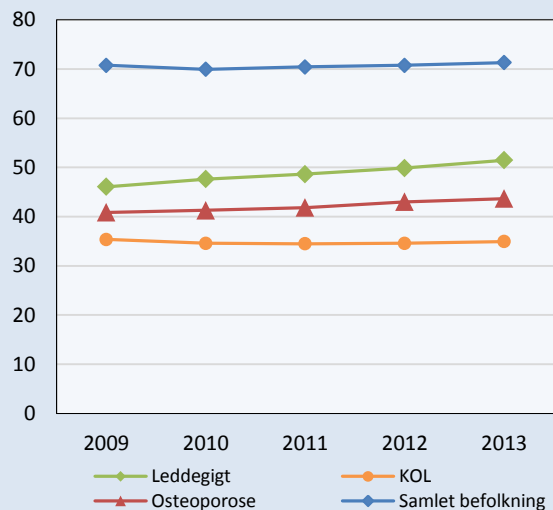
Der er variationer i forhold til andelen med tilknytning til arbejdsmarkedet for de 30-64 årige på tværs af regionerne. For alle tre kroniske sygdomme ligger Region Midtjylland og Region Hovedstaden over landsgennemsnittet. Spredningen på tværs af regionerne i tilknytning til arbejdsmarkedet er for alle tre udvalgte sygdomme større end spredningen for den samlede befolkning. Variationen mellem regionerne er mindst for borgere med KOL, der generelt har lavest arbejdsmarkedstilknytning, *jf. figur 125*.

---

<sup>26</sup> Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2014): Ulighed i sundhed – kronisk og langvarige sygdomme.

Figur 124

Udvikling i arbejdsmarkedstilknytning for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme, 2009-2013, andel borgere i arbejde i aldersgruppen 30-64 år i den relevante population, pct.

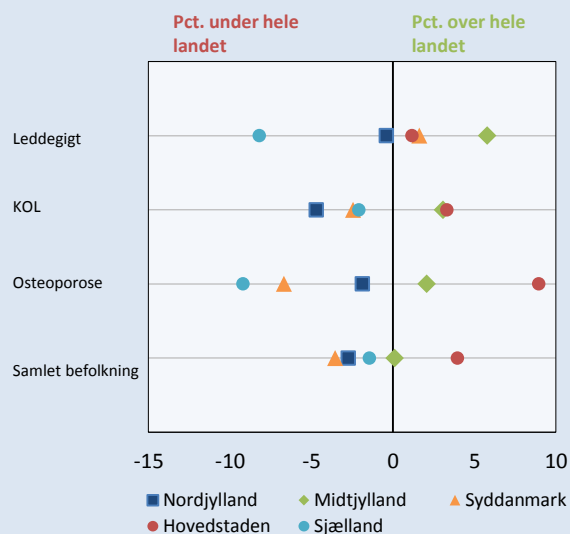


Kilde: DREAM, Beskæftigelsesministeriet, Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningstal, Danmarks Statistik.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret. Data er standardiseret i forhold til den generelle arbejdsmarkedstilknytning i regionen. Personer i arbejde er defineret som personer, der overvejende var i arbejde eller i fleksjob i opgørelsesåret. Arbejdsmarkedstilknytningen er opgjort efter anden metode end Arbejdsmarkedsstyrelsen beskæftigelsesfrekvens. Niveaue beregnet for den samlede befolkning er dog tilnærmelsesvis det samme.

Figur 125

Arbejdsmarkedstilknytning for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme efter region i forhold til landsgennemsnittet, 2013, andel borgere i arbejde i aldersgruppen 30-64 år i den relevante population, pct.



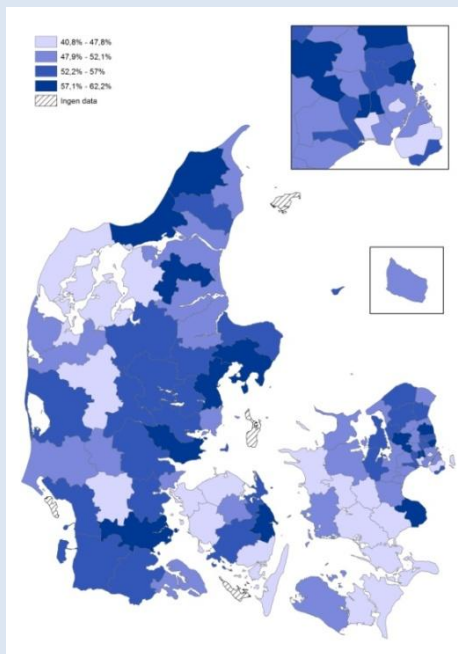
Kilde: DREAM, Beskæftigelsesministeriet, Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningstal, Danmarks Statistik.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret. Data er standardiseret i forhold til den generelle arbejdsmarkedstilknytning i regionen. Personer i arbejde er defineret som personer, der overvejende var i arbejde eller i fleksjob i opgørelsesåret. Arbejdsmarkedstilknytningen er opgjort efter anden metode end Arbejdsmarkedsstyrelsen beskæftigelsesfrekvens. Niveaue beregnet for den samlede befolkning er dog tilnærmelsesvis det samme.

Der ses tilsvarende variationer i forhold til andelen med tilknytning til arbejdsmarkedet for de 30-64 årige i kommunerne, jf. figur 126, figur 127 og figur 128.

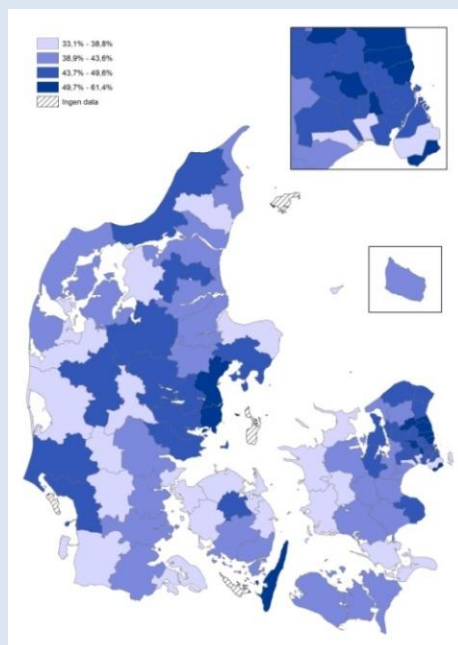
Figur 126

Arbejdsmarkedstilknytning for borgere med leddegigt efter kommune, 2013, andel borgere med leddegigt i arbejde i aldersgruppen 30-64 år, pct.



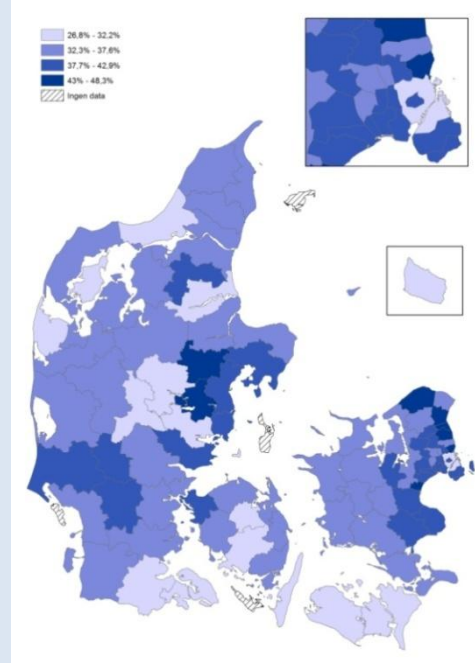
Figur 128

Arbejdsmarkedstilknytning for borgere med osteoporose efter kommune, 2013, andel borgere med osteoporose i arbejde i aldersgruppen 30-64 år, pct.



Figur 127

Arbejdsmarkedstilknytning for borgere med KOL efter kommune, 2013, andel borgere med KOL i arbejde i aldersgruppen 30-64 år, pct.



Kilde: DREAM, Beskæftigelsesministeriet, Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningstal, Danmarks Statistik.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret. Data er standardiseret i forhold til den generelle arbejdsmarkedstilknytning i kommunen. Personer i arbejde er defineret som personer, der overvejende var i arbejde eller i fleksjob i opgørelsesåret. Arbejdsmarkedstilknytningen er opgjort efter anden metode end Arbejdsmarkedsstyrelsen beskæftigelsesfrekvens. Niveaulet beregnet for den samlede befolkning er dog tilnærmelsesvis det samme. Der vises data for kommuner med over 10.000 indbyggere i 2013.

# Bilag 1: Metoder

## Metode for indikatorer baseret på Landspatientregisteret

Indikatorer baseret på Landspatientregisteret (LPR) opgøres som udgangspunkt på baggrund af aktivitet på offentlige sygehuse for borgere med gyldig dansk bopælskommune. Undtaget herfra er indikatorerne for ventetider i sygehusvæsenet og indikatoren for sundhedsudgifter pr. ældre, som er baseret på al offentligt finansieret aktivitet, herunder offentligt finansieret aktivitet i det private sygehusvæsen. Raske ledsagere og raske nyfødte ekskluderes fra opgørelserne. Opgørelserne for de enkelte år baseres som udgangspunkt på årsopgørelsen af LPR.

Resultater på kommuneniveau er for tre indikatorers vedkommende køns- og aldersstandardiserede ved hjælp af direkte standardisering. Det drejer sig om akutte genindlæggelser, forebyggelige indlæggelser blandt ældre samt akutte medicinske korttidsindlæggelser.






Den køns- og aldersstandardiserede indikatorværdi (benyttes til at sammenligne befolkninger, som er forskelligt sammensat med hensyn til køn- og aldersfordeling).

Den køns- og aldersstandardiserede rate i en kommune er beregnet ud fra en forudsætning om, at befolkningen i kommunen er sammensat som 'standardbefolkningen' med hensyn til køn og alder. Da standardbefolkningen fastholdes over tid, kan den køn- og aldersstandardiserede rate også benyttes til sammenligninger mellem kommuner og over tid. Standardbefolkningen er befolkningen i Danmark pr. 1. juli 2009 (kilde: Danmarks Statistik, befolkningstal), og følgende aldersgrupper er benyttet: 0-64 år, 65-74 år, 75-84 år og 85 år og derover.

Dvs. den køns- og aldersstandardiserede indikatorværdi angiver værdien for en kommune, såfremt den havde samme køns- og alderssammensætning som standardbefolkningen pr. 1. juli 2009 (kilde: Danmarks Statistik, befolkningstal).

Opgørelsesmetode og datakilde for de enkelte indikatorer er beskrevet kort i bilag 2.

## Kriterier for fastsættelse af symboler for seneste udvikling i indikatorer

I boks 5 er symbolerne      anvendt til at angive, om der for de enkelte indikatorer skønnes at være sket en forbedring eller forværring i forhold til sidste opgørelsesperiode.

Af nedenstående fremgår for hver indikator, de skønsmæssigt anlagte kriterier, der er anvendt i forbindelse med fastsættelsen af symboler.

Generelt ses på følgende elementer i forbindelse med skønnet:

- Tendens
- Indikatorens skala
- Forbedringspotentiale (hvis der findes et naturligt minimum og/eller maksimum)
- Statistisk usikkerhed

I forhold til forbedringspotentiale kan det bemærkes, at flere af indikatorerne har et naturligt minimum og/eller maksimum. Det gælder bl.a. indikatorer for folkesundhed (f.eks. rygere i befolkningen), indikatorer for uhensigtsmæssige indlæggelser, patienttilfredshed og reoperationer. Alle disse indikatorer har 0 som naturligt minimum, mens nogle (f.eks. indikatorer for patienttilfredshed) ligeledes har 100 (pct.) som naturligt maksimum.



## Kriterier for fastsættelse af symboler for seneste udvikling i indikatorer

	↑↓	↑↓	↔
<b>Forbedring i befolkningens sundhedstilstand</b>			
<b>Folkesundhed</b>			
Middellevetid	Stigning på 0,3 år eller derover	Fald på 0,3 år eller derunder	ændring på under 0,3 år
Rygere i befolkningen, pct.	Statistisk signifikant fald på 2,0 pct.point eller derover	Statistisk signifikant stigning på 2,0 pct.point eller derover	Ændring på under 2,0 pct.point
Borgere med skadeligt alkoholforbrug, pct.	Statistisk signifikant fald på 1,0 pct.point eller derover	Statistisk signifikant stigning på 1,0 pct.point eller derover	Ændring på under 1,0 pct.point
Overvægtige i befolkningen, pct.	Statistisk signifikant fald på 2,0 pct.point eller derover	Statistisk signifikant stigning på 2,0 pct.point eller derover	Ændring på under 2,0 pct.point
Borgere med moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden, pct.	Statistisk signifikant stigning på 2,0 pct.point eller derover	Statistisk signifikant fald på 2,0 pct.point eller derover	Ændring på under 2,0 pct.point
<b>Forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser på sygehuse</b>			
Akutte genindlæggelser inden for 30 dage, pct. af alle indlæggelser	Fald på 0,3 pct.point eller derover	Stigning på 0,3 pct.point eller derover	Ændring på under 0,3 pct.point
Forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre	Fald på 4 indlæggelser pr. 1.000 ældre eller derover	Stigning på 4 indlæggelser pr. 1.000 ældre eller derover	Ændring på under 4 indlæggelser pr. 1.000 ældre
Akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere	Fald på 3 indlæggelser pr. 1.000 borgere eller derover	Stigning på 3 indlæggelser pr. 1.000 borger eller derover	Ændring på under 3 indlæggelser pr. 1.000 borgere
Dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt (somatisk) pr. 1.000 borgere	Fald på 0,5 dage eller derover	Stigning på 0,5 dage eller derover	Ændring på under 0,5 dage
Dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt (psykiatri) pr. 1.000 borgere	Fald på 0,5 dage eller derover	Stigning på 0,5 dage eller derover	Ændring på under 0,5 dage
<b>Patientsikkerhed</b>			
Sygehusdødelighed, pct. af forventede dødsfald	Statistisk signifikant fald	Statistisk signifikant stigning	Ingen statistisk signifikant ændring
<b>Kvalitet i sundhedsvæsenet</b>			
Indlæggelsestid på sygehuse, dage	Fald på 0,1 dag	Stigning på 0,1 dag eller derover	Ændring på under 0,1 dag
Reoperation efter operation for diskusprolaps i lænd, pct. af alle operationer	Fald på 0,5 pct.point eller derover	Stigning på 0,5 pct.point eller derover	Ændring på under 0,5 pct.point
Reoperation efter operation for diskusprolaps i nakke, pct. af alle operationer	Fald på 0,2 pct.point eller derover	Stigning på 0,5 pct.point eller derover	Fald på under 0,2 pct.point eller stigning på under 0,5 pct.point
1-års overlevelse efter kræft, mænd, relativ overlevelse, pct.	Statistisk signifikant stigning	Statistisk signifikant fald	Ingen statistisk signifikant ændring
1-års overlevelse efter kræft, kvinder, relativ overlevelse, pct., pct.	Statistisk signifikant stigning	Statistisk signifikant fald	Ingen statistisk signifikant ændring
Kræftdødelighed, antal dødsfald pr. 100.000 borgere	Fald på 5 dødsfald eller derover	Stigning på 5 dødsfald	Ændring på under 5 dødsfald

	↑↓	↑↓	↔
Hjertedødelighed, antal dødsfald pr. 100.000 borgere	Fald på 4 dødsfald eller derover	Stigning på 4 dødsfald	Ændring på under 4 dødsfald
<b>Patientinddragelse</b>			
<b>Patienttilfredshed</b>			
Patienters samlede indtryk af indlæggelse, pct.	Statistisk signifikant stigning	Statistisk signifikant fald	Ingen statistisk signifikant ændring
Patienters samlede indtryk af besøg i ambulatorie, pct.	Statistisk signifikant stigning	Statistisk signifikant fald	Ingen statistisk signifikant ændring
<b>Ventetider</b>			
Ventetid til genoprætning i kommuner, dage	Fald på 3 dage eller derover	Stigning på 3 dage eller derover	Ændring på under 3 dage
Ventetid for børn/unge i det psykiatriske sygehusvæsen, dage	Fald på 5 dage eller derover	Stigning på 5 dage eller derover	Ændring på under 5 dage
Ventetid for voksne i det psykiatriske sygehusvæsen, dage	Fald på 3 dage eller derover	Stigning på 3 dage eller derover	Ændring på under 3 dage
Ventetid til sygehusoperation, dage	Fald på 2 dage eller derover	Stigning på 2 dage eller derover	Ændring på under 2 dage
<b>Sammenhæng for patienten</b>			
Tilfredshed med afdelings orientering af egen læge, pct.	Statistisk signifikant stigning	Statistisk signifikant fald	Ingen statistisk signifikant ændring
Tilfredshed med ambulatories orientering af egen læge, pct.	Statistisk signifikant stigning	Statistisk signifikant fald	Ingen statistisk signifikant ændring
Samarbejde mellem afdeling og hjemmeplejen (virkelig god/god), pct.	Statistisk signifikant stigning	Statistisk signifikant fald	Ingen statistisk signifikant ændring
Samarbejde mellem ambulatorie og hjemmeplejen (virkelig god/god), pct.	Statistisk signifikant stigning	Statistisk signifikant fald	Ingen statistisk signifikant ændring
<b>Udgifter pr. borger</b>			
<b>Et effektivt sundhedsvæsen</b>			
Udvikling i antal sygehuskontakter pr. patient	Fald på 0,4 pct.point eller derover	Stigning på 0,4 pct.point eller derover	Ændring på under 0,4 pct.point
Produktiviteten på sygehuse	Produktivitets-stigning på 0,5 pct. eller derover.	Produktivitets-fald på 0,5 pct. eller derover	Produktivitets-ændring på under 0,5 pct.

## Bilag 2: Beskrivelse af indikatorer

### Forbedringer i befolkningens sundhed

#### Middellevetid

##### Mål

Gennemsnitligt antal år som en nyfødt kan forventes at leve.

##### Beskrivelse

Middellevetid er det gennemsnitlige antal år, som personer på en given fødselsdag har udsigt til at leve i, hvis deres dødelighed fremover (alder for alder) svarer til det niveau, som er konstateret i den aktuelle periode. Tallene opgøres fra fødselsdag til fødselsdag, så perioden omfatter to kalenderår. Eksempelvis for opgørelsen af middellevetid fra 2010 er det 2008 og 2009, der ligger til grund for beregningerne. For en beskrivelse af beregningsmetoden bag middellevetiden henvises til

[http://www.dst.dk/~media/Kontorer/01-Befolkning/dokumentation\\_002-pdf.pdf](http://www.dst.dk/~media/Kontorer/01-Befolkning/dokumentation_002-pdf.pdf)

##### Kilde

Danmarks Statistik

#### Rygere i befolkningen

##### Mål

Andelen af personer over 16 år, der ryger dagligt, pct.

##### Beskrivelse

Andelen af personer, der har svaret "ja, hver dag" til spørgsmålet "Ryger du?" i Den Nationale Sundhedsprofil. Den Nationale Sundhedsprofil er en stor landsdækkende spørgeskemaundersøgelse af danskernes sundhed med besvarelser fra over 160.000 personer. Undersøgelsen er indtil videre gennemført i 2010 og 2013. Undersøgelsen vil fremadrettet blive gennemført hver 4. år.

##### Kilde

Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen.

#### Borgere med skadeligt alkoholforbrug

##### Mål

Andelen af personer over 16 år, der drikker mere end 21 genstande pr. uge for mænd og 14 genstande pr. uge for kvinder, pct.

##### Beskrivelse

Andelen af personer, der har angivet henholdsvis over 21 genstande (mænd) og 14 genstande (kvinder) på spørgsmålet "Hvor mange genstande drikker du typisk på hver af dagene i løbet af ugen?" i Den Nationale Sundhedsprofil. Grænserne er sat ud Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse.

##### Kilde

Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen.

#### Overvægtige i befolkningen

##### Mål

Andelen af personer over 16 år, der er moderat til svært overvægtige (BMI på 25 eller derover), pct.

##### Beskrivelse

Andelen af personer, der ud fra selvrapporeret højde og vægt har et BMI på 25 eller derover.

##### Kilde

Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen.

## Borgere med moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden

### Mål

Andelen af personer over 16 år, der dyrker moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden, pct.

### Beskrivelse

Andelen af personer, der har svaret, at de dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde e.l. mindst 4 timer om ugen, eller træner hårdt eller dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt flere gange om ugen.

### Kilde

Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen.

## Akutte genindlæggelser

### Mål

Antal genindlæggelser (akut indlæggelse senest 30 dage efter seneste udskrivning) som andel af samlet antal indlæggelser, pct.

### Beskrivelse

En genindlæggelse er defineret ud fra følgende kriterier:

- Indlæggelsen finder sted tidligst fire timer og inden 30 dage efter forrige udskrivning.
- Indlæggelsen starter akut
- Indlæggelsen må ikke være som følge af en henvisning fra et andet sygehus eller sygehusafsnit
- Patienten må på indlæggelsen ikke have en kræft- eller ulykkesdiagnose.

Det sygehus, patienten har den første indlæggelse på (primær-indlæggelsen), tilskrives genindlæggelsen, uafhængigt af om genindlæggelsen finder sted på et andet sygehus.

Der tages højde for genindlæggelser på tværs af årsskiftet og sygehuse. Genindlæggelser, der finder sted inden 30. januar, og som efterfølger en indlæggelse i det foregående år, regnes således med som en genindlæggelse i foregående år.

En indlæggelse er i denne sammenhæng et forløb af tidssammenhængende indlæggelser på afdelingen inden for et sygehus, hvor der er mindre end 4 timer mellem afslutningen af en indlæggelse og starten af den næste indlæggelse.

### Kilde

Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

## Forebyggelige indlæggelser blandt ældre

### Mål

Antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre (65+ år)

### Beskrivelse

Forebyggelige indlæggelser er indlæggelser blandt borgere på 65 år eller derover, hvor aktionsdiagnosen hører til en af følgende diagnosegrupper: dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejssygdom, blærebetændelse, gastroenteritis, brud, ernæringsbetinget anæmi (blodmangel), sociale og plejemæssige forhold og/eller tryksår.

Disse er defineret ved følgende diagnosekoder:

Dehydrering: DE869

Forstoppelse: DK590

Nedre luftvejssygdom: DJ12, DJ13, DJ14, DJ15, DJ18, DJ20, DJ21, DJ22, DJ40, DJ41, DJ42, DJ43, DJ44, DJ45, DJ46, DJ47

Blærebetændelse: DN30 (undtaget DN303 og DN304)

Gastroenteritis: DA09

Brud: DS02, DS12, DS22, DS32, DS42, DS52, DS62, DS72, DS82, DS92, Ernæringsbetinget anæmi: DD50, DD51, DD52, DD53

Sociale og plejemæssige forhold: DZ59, DZ74, DZ75

Tryksår: DL89

### Kilde

Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

## Akutte medicinske korttidsindlæggelser

### Mål

Antal akutte medicinske indlæggelser pr. 1.000 borgere

### Beskrivelse

En korttidsindlæggelse defineres som en akut, indlæggelse på en medicinsk afdeling, hvor udskrivning enten finder sted på samme dag som indlæggelse eller dagen efter indlæggelse (én overnatning). Medicinske afdelinger omfatter afdelinger, hvor den primære specialekode er inden for den medicinske specialeblok (1-22).

### Kilde

Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

## Dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt (somatik)

### Mål

Antal færdigbehandlingsdage på somatiske sygehuse pr. 1.000 indbyggere

### Beskrivelse

Antallet af dage beregnes som antal kalenderdage mellem to datoer (hvis dato for registrering af færdigbehandling er den samme som udskrivningsdato er antallet 0). Færdigbehandlede patienter er patienter som efter lægelig vurdering er færdigbehandlet, dvs. behandling er afsluttet eller indlæggelse er ikke en forudsætning for den videre behandling. Sygehusets administrative opgaver er desuden udført i et sådant omfang, at disse ikke er til hinder for, at kommunen kan hjemtage patienten.

### Kilde

Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

## Dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt (psykiatri)

### Mål

Antal færdigbehandlingsdage på psykiatriske sygehuse pr. 1.000 indbyggere

### Beskrivelse

Antallet af dage beregnes som antal kalenderdage mellem to datoer (hvis dato for registrering af færdigbehandling er den samme som udskrivningsdato er antallet 0). Færdigbehandlede patienter er patienter som efter lægelig vurdering er færdigbehandlet, dvs. behandling er afsluttet eller indlæggelse er ikke en forudsætning for den videre behandling. Sygehusets administrative opgaver er desuden udført i et sådant omfang, at disse ikke er til hinder for, at kommunen kan hjemtage patienten.

**Kilde**

Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

**Sygehusdødelighed (Hospitals Standardiseret Mortalitet Ratio)****Mål**

Antallet af observerede dødsfald inden for 30 dage efter indlæggelse på sygehus som procent af det forventede antal dødsfald.

**Beskrivelse**

I beregningen indgår patienter, der har en af de diagnoser, der omfatter 80 pct. af alle dødsfald i hele sygehusvæsenet. I 2006 var der fx i Danmark i alt 76 diagnoser, som var ansvarlige for 80 pct. af alle hospitalsrelaterede dødsfald med sygdomme som lungebetændelse, blodprop i hjertet og visse kræftsygdomme som nogle af de hyppigste.

Alle patienter, der bliver indlagt på et af de fem regioners hospitaler med en af disse diagnoser, indgår i beregningen af sygehusdødelighed. Det observerede antal dødsfald findes som det antal patienter, der dør inden for 30 dage efter indlæggelsen. Det forventede antal dødsfald beregnes ud fra 30-dages dødeligheden blandt alle danske patienter, der blev indlagt med disse diagnoser i et givet år (aktuelt 2008). I beregningen af det forventede antal dødsfald tages højde for indlæggelseskvartal, alder, køn, indlæggelsesmåde (akut/elektiv), komorbidity, ægteskabelig status, overflytning mellem to regioner, samt hvilken af de udvalgte diagnoser patienterne indlægges med.

**Kilde**

Landspatientregisteret, Klinisk Epidemiologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital.

**Reoperation efter operation for diskusprolaps i lænd****Mål**

Andelen af operationer for diskusprolaps i lænd, der efterfølges af en beslægtet operation inden for 30 dage, pct.

Operationer med en af følgende procedurekoder:

KABC16: Mikrokirurgisk fjernelse af lumbal diskusprolaps

KABC26: Åben operation for lumbal diskusprolaps

KABC36: Dekompression af lumbal nerverod

KABC56: Dekompression af lumbal spinalkanal og nerverod

Foretaget på patienter med følgende diagnosekode:

DM51: Sygdomme i lumbale og torakale båndskiver

En potentiel primæroperation tæller kun som primæroperation, hvis den ikke samtidig er reoperation til en anden potentiel primæroperation.

**Beskrivelse**

Beslægtede operationer omfatter samtlige typer af operationer på rygmarv og nerverødder.

**Kilde**

Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

**Reoperation efter operation for diskusprolaps i nakke****Mål**

Andelen af operationer for diskusprolaps i lænd, der efterfølges af en beslægtet operation inden for 14 dage, pct.

**Beskrivelse**

Beslægtede operationer omfatter samtlige typer af reoperationer på ryg og hals.

Hvis følgende kriterier om procedure- og diagnosekoder er opfyldt, er der tale om en potentiel primæroperation:

Operationer med en af følgende procedurekoder:

KABC10: Mikrokirurgisk fjernelse af cervikal diskusprolaps

KABC20: Åben operation for cervikal diskusprolaps  
KABC21: Forreste dekompression af columna cervicalis med indsættelse af intervertebralt fiksativimplantat  
KABC30: Dekompression af cervikal nerverod  
KABC40: Dekompression af cauda equina

Foretaget på patienter med følgende diagnosekode:  
DM50: Sygdomme i halshvirvelsøjlels båndskiver  
DM472: Anden spondylose med radikulopati

En potentiel primæroperation tæller kun som primæroperation, hvis den ikke samtidig er reoperation til en anden potentiel primæroperation.

Beslægtede reoperationer til diskusprolaps i nakke:  
KNAW: Reoperationer efter operation på ryg og hals

**Kilde**

Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

### Indlæggelsestid på sygehuse

**Mål**

Gennemsnitlig indlæggelsestid på sygehuse, dage

**Beskrivelse**

Indlæggelsestid på sygehuse beregnes som det gennemsnitlige antal indlæggelsesdage for alle somatiske sygehusudskrivinger (sygehusudskriving er den sidste udskriving i et forløb af tidssammenhængende indlæggelser på samme sygehus, hvor der er mindre end 4 timer mellem afslutningen af en indlæggelse og starten af den næste indlæggelse)

**Kilde**

Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

### 1-års overlevelse efter kræft (mænd og kvinder)

**Mål**

Relativ 1-års overlevelse, pct.

**Beskrivelse**

Relativ 1-års overlevelse beskriver sandsynligheden for at overleve 1 år efter en kræftdiagnose, når der er korrigeret for andre dødsårsager. Personer med en registreret kræftdiagnose ekskl. anden hudkræft end modermærkekræft, prostatakæft og brystkræft (kvinder) indgår i beregningen.

Anden hudkræft end modermærkekræft er på standard vis ekskluderet, da den sjældent er dødelig. Prostatakæft og brystkræft (kvinder) er ekskluderet, fordi den øgede diagnostiske aktivitet for disse to kræftformer over de senere år (henholdsvis i form af øget brug af PSA-måling samt udrulning af mammografiscreening) med henblik på tidlig opsporing og diagnose kan resultere i en forbedring af den beregnede overlevelse, som ikke er reel.

**Kilde**

Cancerregisteret og CPR, Statens Serum Institut og Kræftens Bekæmpelse.

### Kræftdødelighed

**Mål**

Antal kræftdødsfald pr. 100.000 indbyggere, aldersstandardiseret

**Beskrivelse**

Indikatoren opgør antal dødsfald, hvor kræft er vurderet som den *tilgrundliggende* dødsårsag. Det er kravet til den læge, der udfylder en dødsattest, at foretage en prioritering af den klinisk set vigtigste eller mest sandsynlige dødsårsag. I en dødsattest registreres et forløb af lidelser eller hændelser, der fører til døden. Den tilgrundliggende dødsårsag er den lidelse eller hændelse, der starter dette forløb.

**Kilde**

Dødsårsagsregisteret, Statens Serum Institut.

## Hjertedødelighed

### Mål

Antal dødsfald som følge af hjertesygdom pr. 100.000 indbyggere, aldersstandardiseret

### Beskrivelse

Indikatoren opgør antal dødsfald, hvor hjertesygdom er vurderet som den *tilgrundliggende* dødsårsag.

### Kilde

Dødsårsagsregisteret, Statens Serum Institut.

## Patienters samlede indtryk af indlæggelse

### Mål

Andel patienter med virkelig godt/godt samlet indtryk af indlæggelse, pct.

### Beskrivelse

Andel af indlagte patienter, der har svaret "Virkelig godt" eller "Godt" på spørgsmålet "Hvad er dit samlede indtryk af din indlæggelse på afdelingen?"

### Kilde

Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse.

## Patienters samlede indtryk af besøg i ambulatorie

### Mål

Andel patienter med virkelig godt/godt samlet indtryk af besøg, pct.

### Beskrivelse

Andel af indlagte patienter, der har svaret "Virkelig godt" eller "Godt" på spørgsmålet "Hvad er dit samlede indtryk af din indlæggelse på dit/dine besøg i ambulatorie?"

### Kilde

Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse.

## Ventetid til genoptræning i kommuner

### Mål

Median ventetid til genoptræning, dage

### Beskrivelse

Ventetid til kommunal genoptræning angiver ventetiden til almindelig genoptræning i kommunerne for borgere, der har fået udarbejdet en genoptræningsplan i sygehusregi. Ventetiden refererer til perioden mellem registreringen af dato for genoptræningsplan (GOP) dato for første genoptræningsydelse indberettet af kommunerne.

### Kilde

Landspatientregisteret og Register over Genoptræning efter Sundhedsloven, Statens Serum Institut.



## Ventetid for børn/unge samt voksne i det psykiatriske sygehusvæsen

### Mål

Median ventetid og gennemsnitlig ventetid til 1. sygehuskontakt, dage

### Beskrivelse

Ventetid til 1. psykiatriske sygehuskontakt er ventetiden fra henvisning modtaget til første fremmøde (besøg eller indlæggelse).

Ventetider er beregnet på baggrund af alle elektive afsluttede og uafsluttede indlæggelser på offentlige sygehuse, hvilket vil sige alle indlæggelser, hvor indlæggelsesmåde er planlagt, samt alle ambulante kontakter. Blandt indlæggelser på private sygehuse og klinikker medtages de elektive kontakter, som enten er markeret som betalt af bopælsregion eller hvor patienten er omfattet af de udvidede frie sygehusvalg. Kun første kontakt medtages i hvert psykiatrisk forløb. Det vil sige, at blandt kontakter henvist fra andet sygehus, medtages kun de, hvor henvisningen er sket fra somatisk sygehus. På denne måde frasorteres kontakter, hvor henvisningen kommer fra psykiatriske sygehusafsnit, dvs. kontakter der må antages at ligge midt i et forløb. Hvis kontakten er ambulant regnes første besøgsdato som første kontakt, og hvis kontakten er stationær regnes indlæggelsesdatoen som første kontakt.

Ventetid i psykiatrien defineres som summen af aktive venteperioder i perioden fra henvisning modtaget til første fremmøde (besøg eller indlæggelse).

Børn og unge er afgrænset til 0-18 årige, mens voksne er 19+ årige.

### Kilde

Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

## Ventetid til sygehusoperation

### Mål

Median ventetid og gennemsnitlig ventetid til sygehusoperation, dage

### Beskrivelse

Beregningen af indikatoren tager udgangspunkt i sygehusbehandlingens forskellige faser – fra forundersøgelse, over udredning til den endelige behandlingsindsats. I dette forløb opstår der tidsperioder med ventetid bl.a. styret af sygdommens karakter. Samtidig kan der være perioder hvor udredning eller behandling afventer patientrelaterede forhold, fx vægttab eller ønske om ferie. Den tilgrundliggende ventetidsregistrering sonderer på denne måde mellem to faser i et behandlingsforløb: patienten er ventende, patienten er ikke ventende. Der kan ske flere skift herimellem under et behandlingsforløb.

I ventetiden indgår kun perioder, hvor patienten er reelt ventende (aktiv ventetid). Det vil sige, at perioder, hvor patienten er ikke-ventende fra henvisningsdato til startdato (for kontakten hvor den endelige operation finder sted), ikke er medregnet som ventetid. Ventetiden beregnes herefter, som summen af aktive venteperiode. I beregningen indgår offentligt finansierede patienter opereret på danske sygehuse (offentlige og private).

### Kilde

Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

## Tilfredshed med afdelings orientering af egen læge

### Mål

Andel af patienter med virkelige god/god vurdering af sygehusafdelingens orientering af egen praktiserende læge, pct.

### Beskrivelse

Andel af indlagte patienter, der svarer "Virkelig godt" eller "Godt" på spørgsmålet: "Hvordan vurderer du, at afdelingen har orienteret din praktiserende læge om dit behandlingsforløb?"

### Kilde

Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse.

## Tilfredshed med ambulatories orientering af egen læge

### Mål

Andel af patienter med virkelige god/god vurdering af ambulatories orientering af egen praktiserende læge, pct.

### Beskrivelse

Andel af ambulante patienter, der svarer "Virkelig godt" eller "Godt" på spørgsmålet: "Hvordan vurderer du, at ambulatoriet har orienteret din praktiserende læge om dit behandlingsforløb?"

### Kilde

Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse.

## Samarbejde mellem afdeling og hjemmeplejen

### Mål

Andel af patienter med virkelige god/god vurdering af afdelings samarbejde med hjemme(syge)pleje, pct.

### Beskrivelse

Andelen af indlagte patienter, der svarer "Virkelig godt" eller "Godt" på spørgsmålet: "Hvordan vurderer du, at afdelingen og den kommunale hjemmepleje/hjemmesygepleje har samarbejdet om din udskrivelse?"

### Kilde

Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse.

## Samarbejde mellem ambulatorie og hjemmeplejen

### Mål

Andel af patienter med virkelige god/god vurdering af ambulatories samarbejde med hjemme(syge)pleje, pct.

### Beskrivelse

Andelen af ambulante patienter, der svarer "Virkelig godt" eller "Godt" på spørgsmålet: "Hvordan vurderer du, at ambulatoriet og den kommunale hjemmepleje/hjemmesygepleje har samarbejdet om dit undersøgelses-/behandlingsforløb?"

### Kilde

Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse.

## Antal sygehuskontakter pr. patient

### Mål

Årlig udvikling i gennemsnitligt antal sygehuskontakter pr. patient, pct.

### Beskrivelse

Sygehuskontakter omfatter indlæggelser og ambulante aktiviteter. Kontakterne vægtes således, at der tages højde for et større ressourceforbrug ved indlæggelse end ved ambulante besøg. Ressourceforbruget måles ved produktionsværdien, der er et mål for værdien af aktiviteten på sygehusene (behandling mv.). Patienter er unikke patienter.

### Kilde

DRG-systemet, Statens Serum Institut.

## Produktivitetsudvikling på sygehuse

### Mål

Årlig udvikling i produktivitet, pct.

### Beskrivelse

Produktivitet er defineret ved forholdet mellem den korrigerede produktionsværdi (værdien af aktiviteten på sygehuse opgjort via DRG-systemet) og de korrigerede tilrettede driftsudgifter (opgjort på baggrund af regnskabsindberetningerne fra sygehusene) på det somatiske sygehusområde. Produktivitetsudviklingen beregnes som den procentvise ændring i produktiviteten fra to på hinanden følgende år (senest fra 2011 til 2012).

### Kilde

DRG-systemet, Statens Serum Institut.

## Produktivetsniveau på sygehuse

### Mål

Produktivetsniveau, indeks (hele landet=100)

### Beskrivelse

Produktivetsniveauet opgøres som forholdet mellem den korrigerede produktionsværdi og de korrigerede tilrettede driftsudgifter målt i forhold til landsgennemsnittet. Et produktivetsniveau på 102 svarer således til en produktivitet, der er 2 pct. højere end gennemsnittet for hele landet.

### Kilde

DRG-systemet, Statens Serum Institut.

## Samlede sundhedsudgifter pr. borger

### Mål

Samlede sundhedsudgifter pr. borger, kr.

### Beskrivelse

De samlede sundhedsudgifter opgøres som det offentlige forbrug på sundhedsområdet, som består af summen af følgende komponenter: udgifterne til aflønning af ansatte, salg af varer og tjenester, forbrug i produktionen, andre produktionsskatter og –subsidier (netto), sociale overførsler i naturalier og forbruget af fast realkapital. I opgørelsen af de samlede offentlige sundhedsudgifter indgår kommunale udgifter til ældrepleje. Disse indgår ikke i indikatoren for kommunale sundhedsudgifter pr. borger.

### Kilde

Danmarks Statistik (pl-korrektion foretaget af Statens Serum Institut).

## Regionale sundhedsudgifter pr. borger

### Mål

Regionale sundhedsudgifter pr. borger, kr.

### Beskrivelse

De regionale sundhedsudgifter opgøres som regionernes nettodriftsudgifter på sundhedsområdet, som de fremgår af de årlige regionale regnskaber (hovedkonto 1). Disse omfatter primært udgifter til sygehuse, praksissektoren og medicintilskud.

### Kilde

Danmarks Statistik (pl-korrektion foretaget af Statens Serum Institut).

## Kommunale sundhedsudgifter pr. borger

### Mål

Kommunale sundhedsudgifter pr. borger, kr.

### Beskrivelse

De kommunale sundhedsudgifter opgøres som kommunernes nettodriftsudgifter på sundhedsområdet, som de fremgår af de årlige kommunale regnskaber. Disse omfatter hovedkonto 4 ekskl. kommunal medfinansiering, dvs. træning, fysioterapi, tandpleje, sundhedsfremme og forebyggelse, sundhedstjenester samt andre sundhedsudgifter. Dertil lægges udgifter til hjemmesygepleje (konto 5.32.004).

### Kilde

Danmarks Statistik (pl-korrektion foretaget af Statens Serum Institut).

## Regionale sundhedsudgifter pr. ældre

### Mål

Regionale sundhedsudgifter pr. ældre (65+ år), kr.

### Beskrivelse

Opgørelsen omfatter produktionsværdien af somatisk sygehusbehandling, værdien af sengedage og besøg i det psykiatriske sygehusvæsen, bruttohonorarer ved behandling i praksissektoren samt regionale tilskud til receptpligtig medicin.

### Kilde

DRG-systemet, Sygesikringsregisteret og Lægemiddelstatistikregisteret, Statens Serum Institut.

## Bilag 3: Metoder og indikatorer i temakapitel

### Metode for opgørelser for borgere med de kroniske sygdomme leddegigt, KOL osteoporose

I det følgende beskrives de forhold, der gør sig gældende for opgørelserne vedrørende borgere med udvalgte kroniske sygdomme (temakapitel 7). De enkelte opgørelser er beskrevet nærmere i dette bilag.

#### Identifikation af borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme

Borgere med en eller flere af de tre udvalgte kroniske sygdomme kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), osteoporose og leddegigt er identificeret med udgangspunkt i de foreløbige udtræksalgoritmer til brug for Registeret over Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS). Registeret er under udvikling, og der vil derfor kunne forekomme ændringer i såvel datagrundlag som udtræksalgoritmer, når registeret er færdigudviklet.

RUKS bygger på data fra LPR, SSR og LSR. På baggrund af de tre registre defineres en samlet patientpopulation ud fra kontakt med sygehusvæsenet og praksissektoren samt medicinforbrug. For de tre udvalgte kroniske sygdomme er det dog alene fundet relevant at benytte data fra LPR og LSR til identifikation af patientpopulationen, *jf. tabel* nedenfor. Data fra LPR er opdateret hhv. 19. december 2013 (KOL), 13. januar 2014 (osteoporose) og 22. januar 2014 (leddegigt). Data fra LSR dækker perioden 1995 – december 2013 (KOL), 2005 - november 2013 (osteoporose) og 2005 – november 2013 (leddegigt).

Borgere med kronisk sygdom tæller med i de(t) kalenderår, hvor de pr. 1. januar er identificeret med den pågældende sygdom.

## Identifikation af de tre udvalgte kroniske sygdomme

Sygdom	Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
<b>Leddegigt</b>	<p>Personer der opfylder et eller flere af følgende to kriterier</p> <p>1) Minimum én specifik indikationskode i LSR</p> <p>Indikationskoder: 147, 402, 641</p> <p>2) Minimum én aktions- eller bidiagnose i LPR (inkl. ikke afsluttede kontakter)</p> <p>Diagnosekoder: M05-06 og underkoder</p>	<p>Personer, der udelukkende optræder i LPR, og ikke har købt lægemidler, der kan anvendes til leddegigt i LSR.</p> <p>Lægemiddelkoder: M01 fraset M01A, L04A, P01BA, A07EC01, L01BA01, H02AB06, H02AB07.</p> <p>Personer, der kun optræder i LSR, og ikke har fået minimum 3 specifikke indikationskoder for leddegigt.</p>
<b>KOL</b>	<p>Personer der opfylder et eller flere af følgende tre kriterier</p> <p>1) Minimum én specifik indikationskode i LSR</p> <p>Indikationskoder: 464, 379</p> <p>2) Indløst minimum én recept på lægemidler kun godkendt til KOL i LSR</p> <p>Lægemiddelkoder: R03BB, R03AC18, R03AL04, R03AL02, R03DX07</p> <p>3) Minimum én aktions- eller bidiagnose i LPR (inkl. ikke afsluttede kontakter)</p> <p>Diagnosekoder: J44 og underkoder</p>	<p>Personer, der udelukkende er i LSR og kun har én specifik indikationskode eller én indløsning af et lægemiddel, der kun er godkendt til KOL.</p> <p>Personer med cystisk fibrose (CF) identificeret ved enten diagnose (E84 og undergrupper), minimum to specifikke indikationskoder eller lægemidler (R05CB13) for CF.</p> <p>Børn, der udelukkende har været under 6 år ved indlæggelser eller indløsninger af recepter.</p>
<b>Osteoporose</b>	<p>Personer der opfylder et eller flere af følgende to kriterier</p> <p>1) Minimum to indløste recepter på lægemidler mod osteoporose i LSR</p> <p>Lægemidler: M05BA01, M05BA04, M05BA06, M05BA07, M05BA08. M05BB01, M05BB03, M05BX03, M05BX04, G03XC01, H05AA02, H05AA03, M05BA06</p> <p>2) Minimum én aktions- eller bidiagnose i LPR (inkl. ikke afsluttede kontakter)</p> <p>Diagnosekoder: M80-82 og underkoder</p>	<p>Personer, der kun har ét køb af lægemidlerne mod osteoporose.</p>

### Datagrundlag og overordnet afgrænsning

Alle opgørelser bygger som udgangspunkt på Landspatientregisteret (LPR), Lægemiddelstatistikregisteret (LSR) og Det Centrale Personregister (CPR), Statens Serum Institut samt befolkningstal fra Danmarks Statistik.

For opgørelser baseret på LPR gælder, at de som udgangspunkt inkluderer somatisk aktivitet på danske offentlige sygehuse. Undtaget herfra er beregning af udgifter i sygehusvæsenet hvor psykiatrisk aktivitet er medtaget samt al offentligt finansieret behandling, dvs. også offentligt finansieret aktivitet på

private sygehuse. Generelt er raske ledsagere og raske nyfødte ekskluderet. Opgørelserne for de enkelte år baseres med få undtagelser på årsopgørelsen af LPR. Data for 2013 opgøres på baggrund af årsopgørelsesdata pr. 10. marts 2014.

Opgørelser baseret på Sygesikringsregisteret (SSR) er opgjort på data fra opdateringen pr. 10. marts 2014.

Indikatorer vedrørende medicin købt på recept baseret på LSR er opgjort på data for perioden 2009-2013.

Indikator om arbejdsmarkedstilknytning er baseret på forløbsdatabasen DREAM, som baserer sig på data fra Beskæftigelsesministeriet, Undervisningsministeriet, CPR samt SKAT. Data er opdateret pr. 26. februar 2014.

Ved død indgår borgerne til og med det kalenderår, hvor dødsfaldet indtræffer. Dødsfald er identificeret i CPR pr. 5. marts 2014.

Som udgangspunkt indgår borgere uden gyldig dansk bopælskommune pr. 1. juli det pågældende kalenderår ikke i opgørelserne.

Befolkningstal pr. 1. juli er indhentet fra Danmarks Statistik.

### Opgørelse af indikatorer

De enkelte indikatorer er beskrevet nærmere nederst i bilaget. For opgørelse af indikatorer for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme gælder i tillæg hertil, at de alene er beregnet med udgangspunkt i den del af befolkningen, som er identificeret med en kronisk sygdom, *jf. tabel ovenfor*. Eksempelvis opgøres kontakter i almen praksis pr. 1.000 borgere med KOL som:

$$\frac{\text{Antal kontakter i almen praksis for borgere med KOL}}{\text{Antal borgere med KOL}} \times 1.000$$

Der er generelt tale om uspecifikke opgørelser i den forstand, at de medtager al aktivitet for den enkelte borger med kronisk sygdom i den pågældende periode (fx alle udskrivelser fra sygehus). Der er således også medtaget aktivitet, som ikke direkte eller indirekte kan tilskrives den pågældende kroniske sygdom. For KOL er der dog foretaget nogle specifikke opgørelser, hvor der alene ses på sygehusaktivitet med KOL (J44) angivet som aktionsdiagnose.

### Opgørelsesniveauer

Som udgangspunkt opgøres alle indikatorer på landsplan og fordelt på regioner. Herudover opgøres de tre udvalgte indikatorer fordelt på kommuner. Regionsfordelt aktivitet opgøres med udgangspunkt i patientens bopælsregion med undtagelse af akutte genindlæggelser, som opgøres på sygehusregion, dvs. med udgangspunkt i hvilket sygehus aktiviteten leveres. Kommunefordelt aktivitet opgøres med udgangspunkt i patientens bopælskommune.

### Opgørelse på kommuneniveau

Med undtagelse af forekomst gælder det for opgørelse af kommunefordelt aktivitet, at der alene vises aktivitet for kommuner med over 10.000 indbyggere i 2013. Følgende kommuner har under 10.000 indbyggere pr. 1. juli 2013, og er således ikke medtaget: Læsø, Fanø, Samsø og Ærø. Endvidere er borgere med bopæl på Christiansø ikke medtaget.

## Køns- og aldersstandardisering

Opgørelserne er ikke alders- og kønsstandardiseret, dvs. der ikke er taget højde for forskelle i befolkningssammensætningen. Det betyder, at når der ses forskelle i opgørelserne mellem borgere med kronisk sygdom og den samlede befolkning, er det ikke muligt at afgøre, hvor stor en del af forskellen, der kan tilskrives, at borgere med kronisk sygdom i gennemsnit er ældre end den samlede befolkning.

## Kontakter i kommunalt regi

Andelen af indlæggelser, hvor der forud for indlæggelsen er modtaget en kommunal pleje- eller omsorgsydelse, er opgjort ud fra nedenstående.

### Typer af kommunale kontakter

De kommunale ydelser er inddelt i fire typer af kommunale pleje- og omsorgsydelser: Plejebolig, hjemmesygepleje, personlig pleje og praktisk bistand<sup>27</sup> (ingen personlig pleje).

Modtagere af flere ydelser henføres først til plejebolig, dernæst til hjemmesygepleje, personlig pleje i eget hjem og endelig praktisk bistand i eget hjem. Hver indlæggelse indgår således alene i én af kategorierne.

Borgeren er i kontakt med kommunen, hvis

- borgeren inden for 10 dage forud for indlæggelsen har modtaget én eller flere af følgende pleje- og omsorgsydelser: hjemmesygepleje, personlig pleje og praktisk bistand (registreret i Elektronisk OmsorgsJournaldata (EOJ-data)), eller
- borgeren på indlæggelsestidspunktet bor i en kommunal plejebolig (Plejeboligoplysninger)

Se figur nedenfor, som illustrerer de tidsmæssige sammenhænge.

Ved kobling af EOJ-data med øvrige sundhedsdata har det ikke været muligt at genfinde alle kontakter, hvorfor der ses en difference på ca. 500 indlæggelser mellem opgørelsen af indlæggelserne generelt og indlæggelser koblet med EOJ-data. Disse 500 indlæggelser medtages derfor ikke i opgørelserne vedrørende EOJ.

### Forbehold i data:

#### EOJ-data:

For oplysninger om personlig pleje og praktisk bistand anvendes 'leveret tid'. Indberetningerne er i en vis udstrækning mangelfulde som følge af bl.a. manglende indberetning fra særligt de private leverandører. Ca. 50 pct. af borgerne, som udelukkende har modtaget praktisk bistand, har valgt private leverandører<sup>28</sup>. Det indebærer en vis usikkerhed i omfanget af praktisk bistand, særligt for de kommuner, hvor borgerne i højere grad benytter sig af private leverandører.

Oplysninger om hjemmesygepleje er tilsvarende mangelfuldt indberettet. Herudover er der følgende forbehold ved data:

- 'Besøg af hjemmesygeplejen' kan være udført af andre sundhedsfaglige personer end sygeplejersker, såfremt den 'sygeplejefaglige' opgave er uddelegeret til andre faggrupper.
- Sondringen mellem hjemmesygepleje (efter sundhedsloven) og hjemmepleje (efter serviceloven) i kommunerne kan være tolket forskelligt på tværs af kommunerne.

---

<sup>27</sup> Praktisk bistand inkluderer madservice. Det er ikke muligt at adskille madservice fra den øvrige praktiske bistand, da praktisk bistand alene er opgjort i tid. Ved at definere madservice som praktisk bistand på 2 minutter eller derunder, skønnes madservice på baggrund af denne definition at udgøre ca. 1,5 pct. af de opgjorte kontakter, hvor borgeren alene modtager praktisk bistand.

<sup>28</sup> Danmarks Statistik, statistikbanken, tabel AED12.

### Plejeboligoplysninger:

Oplysninger om plejeboligadresser er indberettet af kommunerne i 2011. Det betyder, at ændrede adresseoplysninger for nyoprettede eller lukkede plejehjem efter dette tidspunkt ikke implementeres i opgørelsen. Derudover kan der være fejl behæftet til plejeboligadresserne fra 2011, således at adressen i 2011 reelt set aldrig har været en plejebolig. Antallet af kontakter for borgere med bopæl i en plejebolig kan således være unøjagtige.

### Kontakter i almen praksis

For indikatoren 'akut medicinske korttidsindlæggelser' er Sygesikringsregisteret anvendt, med det formål at identificere, hvorvidt der forud for indlæggelsen, har fundet en kontakt sted i almen praksis (speciale 80 i Sygesikringsregistret).

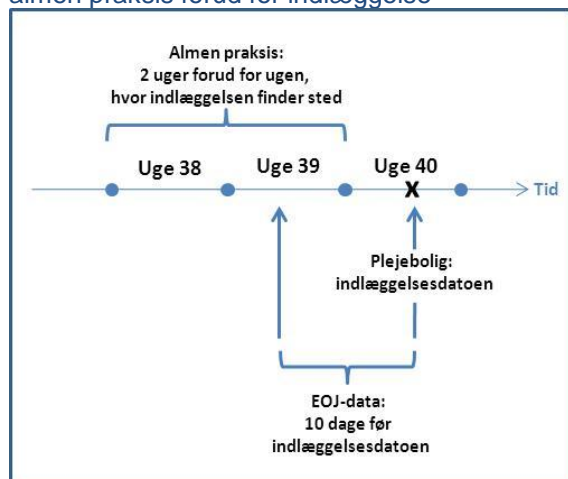
Kontakter i almen praksis er inddelt i fysisk kontakt (herunder almindelige konsultationer), telefonkonsultation og e-mail konsultation.

Den tidsmæssige definition af afstanden mellem kontakten i almen praksis og indlæggelsestidspunktet er to uger forud for indlæggelsesugen. Det er ikke muligt at opgøre kontakten 14 dage før selve indlæggelsestidspunktet, da kontaktdatoen for kontakten i almen praksis ikke er tilgængelig i Sygesikringsregisteret, men alene ugen for aktiviteten. Det er således opgjort, om der er en kontakt til almen praksis to uger forud for den uge, hvor indlæggelsen finder sted, og eventuel kontakt til almen praksis i selve indlæggelsesugen er ikke taget med (se illustration nedenfor).

Det skal desuden bemærkes, at de to første uger af 2013 ikke indgår i opgørelsen af, hvorvidt der har været en forudgående kontakt i almen praksis, da der alene er anvendt data for 2013 for aktivitet i almen praksis.

På baggrund af ovenstående må andelen af akutte medicinske korttidsindlæggelser, hvor der forud for indlæggelsen har fundet en kontakt til almen praksis sted, være underestimeret.

### Illustration af tidsmæssige sammenhænge vedrørende kontakt mellem patient og kommuner og/eller almen praksis forud for indlæggelse





## Beskrivelse af indikatorer for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme

Følgende indikatorer indgår også i den øvrige del af indikatorpublikationen, og der henvises til metodeafsnittet for de overordnede indikatorer for en beskrivelse af disse:

- Akutte genindlæggelser
- Akutte medicinske korttidsindlæggelser

Indlæggelsestid på sygehuse indgår også i den øvrige del af indikatorpublikationen, men er beskrevet nedenfor, da der er mindre forskelle i opgørelsesmetoden.

Jævnfør ovenstående bygger alle indikatorer som udgangspunkt på Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningstal fra Danmarks Statistik. Som kilde er nedenfor alene anført de registre, som danner grundlag for beregning af selve indikatoren, eksempelvis Sygesikringsregisteret ved aktivitet i almen praksis.

### Forekomst af de tre udvalgte kroniske sygdomme

#### Mål

Antal borgere med udvalgte kroniske sygdomme pr. 1.000 borgere i alt.

#### Beskrivelse

Forekomsten – også kaldet prævalensen – er opgjort som antallet af borgere, der har den udvalgte kroniske sygdom pr. 1. januar det givne år, i forhold til det samlede antal borgere. Antallet med de tre udvalgte kroniske sygdomme er opgjort ud fra de foreløbige udtræksalgoritmer til brug for Registeret over Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS). Registeret er under udvikling, og der vil derfor kunne forekomme ændringer i såvel datagrundlag som udtræksalgoritmer på sigt.

#### Kilde

Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningstal fra Danmarks Statistik.

### Kontakter i almen praksis for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme

#### Mål

Antal kontakter i almen praksis pr. 1.000 borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme.

#### Beskrivelse

Kontakter til almen praksis er defineret som ydelser indberettet til Sygesikringsregistret i form af almindelige konsultationer, andet fysisk fremmøde (forebyggelse, svangerskab, børneundersøgelser, vaccination mv.), telefonkonsultationer, e-mailkonsultationer og sygebesøg. Kontakterne er afgrænset på baggrund af krav om, at borgeren har dansk bopælsregion i kontaktugen, at ydelsen er foretaget i dagstid, og at borgeren er medlem af sikringsgruppe 1. Desuden er der maksimalt medtaget fem af samme kontaktype pr. borger pr. uge.

#### Kilde

Sygesikringsregisteret, Statens Serum Institut.

### Kontakter i speciallægepraksis for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme

#### Mål

Antal kontakter i specialpraksis pr. 1.000 borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme.

#### Beskrivelse

Kontakter til speciallæger dækker over ydelser i Sygesikringsregistret, der udgør en reel kontakt inden for specialerne anæstesiologi, diagnostisk radiologi, dermatologi-venerologi, reumatologi, gynækologi og obstetrik, intern medicin, kirurgi, neuromedicin, øjenlægehjælp, ortopædisk kirurgi, ørelægehjælp, plastikkirurgi, psykiatri, pædiatri og børnepsykiatri. Kontakterne er begrænset på baggrund af krav om, at borgeren har dansk bopælsregion i kontaktugen, der er maksimalt medtaget fem af samme kontaktype pr. patient pr. uge, og at borgeren er medlem af sikringsgruppe 1. For diagnostisk radiologi er der ingen decideret konsultationsydelseskode, men alene reelle ydelser, fx røntgen af hånd/håndled. På den baggrund tæller ydelser hos samme yder i samme uge som én kontakt, idet ydelserne antages at

være foretaget ved samme kontakt. Inden for kirurgi, neurologi, øjenlægehjælp, ortopædkirurgi, ørelægehjælp og plastikkirurgi er der særydelser, der ikke honoreres sammen med en konsultation. Her er der maksimalt medtaget én særydelseskontakt for den enkelte borger pr. yder pr. uge.

**Kilde**

Sygesikringsregisteret, Statens Serum Institut.

### Ambulante besøg og ydelser på sygehus for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme

**Mål**

Antal ambulante besøg og ydelser på sygehuse pr. 1.000 borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme.

**Beskrivelse**

Ambulant aktivitet på sygehuset opgøres som summen af ambulante besøg og ydelser, hvormed al ambulant aktivitet er medtaget i opgørelsen.

**Kilde**

Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

### Sygehusindlæggelser for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme

**Mål**

Antal sygehusindlæggelser pr. 1.000 borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme.

**Beskrivelse**

Ved en sygehusindlæggelse forstås tidsmæssigt sammenhængende indlæggelser på samme sygehus. Overflytninger mellem afdelinger på samme sygehus tæller således som én sygehusindlæggelse. Indlæggelser ses som tidsmæssigt sammenhængende, såfremt afslutningen af en indlæggelse og starten af den næste indlæggelse finder sted på samme dato.

**Kilde**

Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

### Indlæggelsestid på sygehuse for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme

**Mål**

Gennemsnitlig indlæggelsestid pr. sygehusindlæggelse for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme, dage.

**Beskrivelse**

Indlæggelsestid på sygehuse beregnes som det gennemsnitlige antal indlæggelsesdage pr. somatisk sygehusindlæggelse. Ved en sygehusindlæggelse forstås tidsmæssigt sammenhængende indlæggelser på samme sygehus. Overflytninger mellem afdelinger på samme sygehus tæller således som én sygehusindlæggelse. Indlæggelser ses som tidsmæssigt sammenhængende, såfremt afslutningen af en indlæggelse og starten af den næste indlæggelse finder sted på samme dato.

**Kilde**

Landspatientregisteret, Statens Serum Institut.

### Det samlede medicinforbrug købt på recept for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme

**Mål**

Det samlede medicinforbrug købt på recept pr. 1.000 borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme, Defineret DøgnDosis pr. døgn.

**Beskrivelse**

Der er alene medtaget lægemidler, der kan opgøres i Defineret DøgnDosis (DDD). Hvor muligt benyttes WHO's fastsatte DDD. I de tilfælde, hvor WHO ikke har tildelt en officiel DDD eller angivet retningslinjer for tildeling af en DDD-værdi, har Statens Serum Institut fastsat en måleværdi.

**Kilde**

Lægemiddelstatistikregisteret, Statens Serum Institut.

## Regionale udgifter til medicin købt på recept for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme

### Mål

Regionale udgifter til medicin købt på recept (regionalt tilskud) pr. borger med udvalgt kroniske sygdomme, kr.

### Beskrivelse

Opgørelsen omfatter regionalt tilskud til medicin købt på recept, dvs. medicin, hvor der er ydet generelt tilskud, klausuleret tilskud eller enkelttilskud samt al medicin købt på recept af personer med en bevilling til terminaltilskud til medicin. Opgørelsen er i løbende priser. Udviklingen i priser over tid skal endvidere ses i lyset af generelt faldende medicinpriser som følge af bl.a. patentudløb samt en økonomisk effekt af Sundhedsstyrelsens revurderinger af tilskud, hvor dyre lægemidler i nogle tilfælde er frataget generelt tilskud, hvilket kan medføre brug af billigere lægemidler med samme eller bedre effekt.

### Kilde

Lægemiddelstatistikregisteret, Statens Serum Institut.

## Regionale udgifter til praksissektoren for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme

### Mål

Regionale udgifter til praksissektoren pr. borger med de tre udvalgte kroniske sygdomme, kr.

### Beskrivelse

De regionale udgifter er opgjort som det regionale tilskud til behandling (den afholdte aktivitet) hos ydere i praksissektoren. Ydere i praksissektoren omfatter privat praktiserende sundhedspersoner som alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer m.fl. De regionale udgifter omfatter også den del, som er finansieret ved kommunal medfinansiering. Opgørelsen er i løbende priser.

### Kilde

Sygesikringsregisteret, Statens Serum Institut.

## Regionale udgifter til sygehusvæsenet for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme

### Mål

Regionale udgifter til sygehusvæsenet (produktionsværdi ved behandling på sygehus, somatik og psykiatri) pr. borger med de tre udvalgte kroniske sygdomme, kr.

### Beskrivelse

De regionale udgifter er opgjort som produktionsværdien af somatisk og psykiatrisk sygehusbehandling. De regionale udgifter omfatter også den del, som er finansieret ved kommunal medfinansiering. Opgørelsen er i løbende priser.

### Kilde

DRG-systemet og DUSAS (Register over Danske patienter behandlet på Udenlandske Sygehuse og Aktivitet i Speciallægepraksis der ikke afregnes under sygesikringsoverenskomsten), Statens Serum Institut.

## Samlede regionale udgifter i praksissektoren, sygehusvæsenet og medicin købt på recept for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme

### Mål

Samlede regionale udgifter i praksissektoren, sygehusvæsenet og medicin købt på recept pr. borger med de tre udvalgte kroniske sygdomme, kr.

### Beskrivelse

De regionale udgifter er opgjort som produktionsværdien af somatisk og psykiatrisk sygehusbehandling, regionale tilskud til behandling i praksissektoren samt regionale tilskud til medicin købt på recept. De regionale udgifter omfatter også den del, som er finansieret ved kommunal medfinansiering. Opgørelsen er i løbende priser.

### Kilde

DRG-systemet, Sygesikringsregisteret og Lægemiddelstatistikregisteret, Statens Serum Institut.

## Arbejdsmarkedstilknytning for borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme

### Mål

Andel borgere med tilknytning til arbejdsmarkedet blandt borgere med de tre udvalgte kroniske sygdomme i alderen 30-64 år, pct.

### Beskrivelse

Personer i arbejde (betegnet som borgere med tilknytning til arbejdsmarkedet) er defineret som personer, der overvejende var i arbejde eller i fleksjob i opgørelsesåret, dvs. personer som maksimalt har modtaget overførselsindkomst 20 pct. af ugerne i året (10 uger) og som minimum har haft lønindtægt eller været i fleksjob i 80 pct. af ugerne i året (42 uger). Arbejdsmarkedstilknytningen er opgjort efter anden metode end Arbejdsmarkedsstyrelsens beskæftigelsesfrekvens<sup>29</sup>. Niveauet beregnet for den samlede befolkning er dog tilnærmelsesvis det samme. Regions- og kommunefordelte data er standardiseret i forhold til den generelle beskæftigelse i henholdsvis regionen og kommunen (andelen af befolkningen med tilknytning til arbejdsmarkedet).

### Kilde

DREAM, Beskæftigelsesministeriet og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut.

---

<sup>29</sup> Jf. jobindsats.dk definerer Arbejdsmarkedsstyrelsen deres beskæftigelsesfrekvens som den andel (pct.) af befolkningen mellem 16 - 66 år, der er beskæftiget. Hvorvidt man er i beskæftigelse opgøres ultimo november året før. Opgørelsen af indikatoren for tilknytning til arbejdsmarkedet for borgere med udvalgte kroniske sygdomme afviger herfra ved at benytte en aldersgruppe på 30-64 år, samt antage at man har tilknytning til arbejdsmarkedet, hvis man har lønindtægt minimum 80 pct. af året og overførselsindkomst maksimum 20 pct. af året. De metodiske valg og forskelle skyldes blandt andet, at indikatoropgørelsen bygger på data fra DREAM, hvorimod Arbejdsmarkedsstyrelsens opgørelse bygger på Danmarks Registerbaserede ArbejdsstyrkeStatistik (RAS).

# Bilag 4: Beskrivelse af gode eksempler

## Eksempler på kommunale indsatser

**Kommune: Aarhus**

### **Målgruppe**

Svært overvægtige børn

### **Formål med projektet/tiltaget**

Indsatsens mål er at øge handlekompetencen hos svært overvægtige børn i 0. klasse samt deres familier, så børnenes vægt stabiliseres, og at barnet trives i skolen og andre sociale sammenhænge.

### **Indhold**

Overvægt har en række helbredsmæssige og sociale konsekvenser. For børn kan der være tale om social isolation, lav selvværdsfølelse, mobning og skole- og indlæringsproblemer. I dag er der langt flere overvægtige skolebørn end tidligere – og overvægten stiger i løbet af skolealderen. En stor del af de børn, som er overvægtige ved udskolingen bliver også overvægtige voksne. Det er derfor oplagt at sætte ind i ved skolestart, da udviklingen så kan vendes.

Aarhus Kommunes indsats er forankret i sundhedsplejen, som systematisk screener alle børn for svær overvægt, når de gennemfører indskolingsundersøgelsen i 0. klasse. De svært overvægtige børn og deres familier tilbydes derefter en behandlingsindsats. Indsatsen består af møder med en særligt uddannet sundhedsplejerske, hvor familierne ved hjælp af "Mind Mapping"-metoden bl.a. selv sætter mål for indsatsen. Herudover kan familierne deltage i idræt og forældregrupper. Desuden kan der henvises til diætist fra Region Midt.

### **Effekt**

Initiativet er evalueret af Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, 2012. Evalueringen viser, at 140 familier har deltaget i perioden 2008-2011 svarende til 63 pct. af de svært overvægtige. Af disse opnåede 75 pct. et fald i BMI, og heraf opnåede 28 pct. et væggtab, som betød at de gik fra at være svært overvægtige til blot overvægtige. Det interessante ved initiativet er dels den systematik, som er indeholdt i screeningsindsatsen, og ikke mindst at man har konstateret at den positive vægtudvikling holder sig over tid.

### **Finansiering**

Indsatsen er et tidligere satspuljeprojekt, som blev iværksat i 2008, udviklet frem til 2011 og sat i drift i 2012. Indsatsen er nu i drift, omfatter ca. 60 børn årligt, og koster Aarhus Kommune 582.000 kr. årligt alt inklusive.

## **Kommune: Viborg**

### **Målgruppe**

Initiativet er rettet mod borgere i hjemmeplejen, som får hjemmepleje og/eller sygepleje og hvor en virtuel løsning kan erstatte det fysiske besøg. I 2013 har 18 borgere i distriktsgruppe Stoholm på forsøgsbasis været involveret og mere end 2000 besøg er leveret virtuelt.

### **Formål med projektet/tiltaget**

Formålet med projekt "Virtuel hjemmepleje" er at vurdere om kontakt via skærm kan erstatte de regulære hjemmebesøg, øge livskvalitet og sundhed, undgå uhensigtsmæssige indlæggelser, reduktion i arbejdstid og kørsel for kommunens ansatte. I 2014 åbnes der også op for, at borgeren får mulighed for selv at ringe til hjemme(syge)plejen, hvis vedkommende får det dårligt, eller har brug for råd eller vejledning.

### **Indhold**

Den virtuelle løsning i projektet består af, at borgeren får opsat en touch skærm, som har forbindelse til kommunen. Det kræver internetforbindelse og at borgeren kan betjene en simpel skærm. Kommunen er i gang med at etablere en mere fleksibel løsning, så borgeren kan få kontakt til SOSU-personalet, eller sygeplejersken ved behov ud over de aftalte besøg. Personalet har her en tablet, så de kan kontaktes uanset, hvor de er.

### **Effekt**

Resultaterne er gode. Ikke mindst på grund af det store engagement i personale gruppen og en bruger-dreven proces. Projektet er nu udvidet med endnu en gruppe og et fireårigt forsknings- og udviklingsprojekt er under udarbejdelse.

Resultaterne er bl.a.:

- Personalet bruger halvt så meget tid på det samme antal besøg
- Borgerne er tilfredse. De får kvalitet i ydelsen og oplever, at mødet er mere intenst
- Sundhedspersonalet oplever, at de får deres faglighed mere i spil
- Kommunen sparer penge.

### **Organisering**

Projektet er etableret og drevet af Teknologiteamet i Innovationscenter Sundhed og Omsorg som en del af den velfærdsteknologiske indsats. Der har været et tæt samspil mellem leder, personale i hjemmeplejen og sygeplejen og telesundhedsvirksomheden Viewcare A/S som har leveret den tekniske løsning

### **Finansiering**

Projektet er finansieret af midler afsat i kommunens budget til udvikling, afprøvning og implementering af velfærdsteknologiske løsninger.

## **Kommune: Silkeborg**

### **Målgruppe**

Borgere med behov for akut eller kompleks sygepleje samt borgere, der har brug for et midlertidigt døgnophold udenfor visitationens åbningstider.

### **Formål med projektet/tiltaget**

- At kunne tilbyde observation, pleje, behandling og praktisk hjælp i eget hjem i en kortere periode, mens sygdommen er akut
- At kunne pleje alvorligt syge og døende i eget hjem
- At reducere antallet af indlæggelser og genindlæggelser
- At sikre patientsikkerhed og kvalitet
- Sparring og støtte til pårørende og samarbejdspartnere omkring borgeren.

### **Indhold**

Siden 2008 har kommunen haft et Akutteam til varetagelse af akut sygepleje fra kl. 18-06. Fra 1. maj 2013 har Akutteamet været i funktion døgnet rundt alle ugens dage. Det består nu af elleve sygeplejersker med betydelig faglig og klinisk kompetence samt diplomuddannelse i akut og kompleks sygepleje. De har kompetencer og udstyr til at måle vitale værdier, tage blodprøver og efter ordination igangsætte forskellige former for behandling fx smertebehandling, iv-behandling, ernæringsbehandling og katerisationer. Akutteamet har opbygget et tæt samarbejde og koordinering med kommunens øvrige sygeplejersker og medarbejderne på kommunens midlertidige pladser.

### **Effekt**

Akutteamet registrerer, på baggrund af egne faglige vurderinger, hvor mange indlæggelser indsatsen forebygger. Vurderingen er, at Akutteamet i gennemsnit forebygger to indlæggelser om ugen. Der følges løbende op på Akutteamets resultater, og der arbejdes på at finde en permanent evalueringsform, som kan afrapporteres løbende.

### **Organisering**

Projektorganisationen er opløst; Akutteamet er organiseret under områdeledelsen i ét af tre områder og deres funktion dækker borgere i hele kommunen.

### **Finansiering**

Akutteamet er finansieret gennem interne omprioriteringer af midler. Midlerne til akutteamet er blevet hævet over de seneste år, så der pr. 1. maj 2013 har været døgndækning.

**Kommune: Aarhus**

### **Målgruppe**

Borgere der er i en akut situation i gråzonen mellem almindelige de almindelige kommunale tilbud og en hospitalsindlæggelse.. Her er tale f.eks. tale om borgere med kroniske sygdom, borgere med de såkaldte forebyggelige diagnoser og sårbare grupper (bl.a. den ældre medicinske patient).

### **Formål med projektet/tiltaget**

Formålet med tilbuddet er at have et alternativ til hospitalsindlæggelse ved at tilbyde en specialiseret sygepleje og overvågning eller at afkorte indlæggelsen ved at færdiggøre behandlingen i hjemmet. Tilbuddet kan også skabe et "sikkerhedsnet" i den akutte situation, så patienten i stedet kan komme til subakut behandling/udregning den følgende dag.

### **Indhold**

Med tilbuddet kan borgerne hurtigere vende tilbage til eget hjem, hvor behandlingen kan færdiggøres i eget hjem. Det kan f.eks. være borgere med behov for IV-behandling, som afsluttes i borgers hjem, hvor Geriatrik Afdeling har det lægefaglige ansvar.

Akutteamet kan bistå med udvidede observationer og kan tage blodprøver, give IV-medicin, hvor geriatrik læge er involveret og har det lægefaglige ansvar. Endvidere kan de behjælpelige med etablering af fast vagt hos borgeren og/eller midlertidig døgnophold i kommunalt regi.

Hjemmesygeplejerskerne i kommunen har mulighed for at kontakte akutteamet for en "second opinion" i særligt komplekse forløb eller der, hvor hjemmesygeplejerskens kompetencer ikke rækker til at kunne varetage opgaven. Hjemmesygeplejersken og Akutteamets sygeplejerske vil sammen aftale det videre forløb bl.a. i samarbejde med egen læge.

Akutteamets sygeplejersker har adgang til såvel hospitalets patientadministrative system (Elektroniske Patient Journal) og kommunernes omsorgsjournal.

### **Effekt**

Tilbuddet blev opstartet i efteråret 2013 og der er ikke foretaget en egentlig evaluering af effekten. De foreløbige erfaringer har været positive i den henseende, at der er skabt bedre forløb for borgerne og indlæggelser er forebygget..

### **Organisering**

Akutteamet består af 12 specialuddannede sygeplejersker indenfor akutområdet og Geriatri, med delt ansættelse i kommunen og hospitalet (Geriatrik afdeling, Aarhus Universitetshospital). Dvs. det er et fælles team mellem kommune og hospital

### **Finansiering**

Projektet er finansieret af de midler der blev afsat til kommunerne til det nære sundhedsvæsen i økonomiaftalen for 2013.



**Kommune: Varde**

### **Målgruppe**

Borgere i Varde Kommune med behov for IV-væske, IV-ernæring eller IV-behandling, som ikke kræver indlæggelse på sygehus. Det er primært borgere med behov for antibiotisk behandling og borgere i den terminale fase med behov for I.V.-ernæring og væske.

### **Formål med projektet/tiltaget**

Tiltaget er en del af etablering af en Akutfunktion, med hensigt at forebygge indlæggelser og genindlæggelser ved at opspore sygdomstegn, foretage ekstraordinære observationer, pleje og behandling hos borgere med tegn på udvikling af akut sygdom eller forværring af sygdom, der efter lægehenvi-ning kan behandles i kommunalt regi. Endvidere er hensigten at videreføre den påbegyndte sygehus-behandling i hjemmet.

### **Indhold**

Akutfunktionen er i stand til at yde en akut og intensiv indsats i borgernes eget hjem ved at varetage ekstraordinære observationer, pleje, og behandling samt medicinsk behandling som fx IV-antibiotika eller IV-væske. I relation til borgernes behandling er Akutfunktionen i tæt dialog med den ordinerende læge, dvs. enten den praktiserende læge eller sygehuslæge.

Sygeplejerskerne i Akutfunktionen har, modsat de øvrige hjemmesygeplejersker, særlige færdigheder med hensyn til at anlægge venflon samt varetage ekstraordinære observationer i forbindelse med administration af I.V.-væske, I.V.-ernæring og I.V.-behandling.

For at sikre generelt opkvalificering af hjemmesygepleje, giver sygeplejerskerne i akutfunktionen op-gaver videre til øvrige hjemmesygepleje.

### **Effekt**

I løbet af det første ½ år har 19 borgere fået IV-væske, ernæring eller behandling. Af disse er 4 ordi-neret af praktiserende læge hvorved det vurderes, at indlæggelse er forebygget, mens i alt 15 er på-begyndt af sygehus eller hospice, hvorved indlæggelser er forkortet.

Tiltaget er endnu ikke evalueret. Patienterne udtrykker tilfredshed for at blive i eget hjem, med bedre livskvalitet, mulighed for øget kontakt med pårørende, og opretholdelse af en form for normalt hver-dagsliv.

### **Finansiering**

Akutfunktionen finansieres af Varde Kommune med 2,2 mio. kr. som et led i at styrke sygepleje ind-satsen og kronikerindsatsen.

Regionen har ikke finansieret udgifter for Varde Kommune. Der pågår aktuelt et projekt i Varde Kom-mune med I.V.-behandling af patienter fra SVS, hvor præparater finansieres af Region Syddanmark.

**Kommune: Gladsaxe**

### **Målgruppe**

Borgere, der meldes færdigbehandlet fra hospitalet og skal hjemtages til pleje i kommunalt regi

### **Formål med projektet/tiltaget**

Indsatsen skete i forlængelse af et analysearbejde i 2009, der så på kommunens stigende medfinansieringsudgifter. Der fandtes markant stigning på betaling af ekstra liggedage efter endt færdigbehandling (en stigning på 117 % fra 2006-2008). Fokus var derfor at nedbringe denne kommunale udgift bl.a. gennem bedre og mere målrettet håndtering ved færdigmeldingerne

### **Indhold**

Indsatsen består af en række elementer:

Gladsaxe Kommunes Træningscenter Gladsaxe åbnede i 2010 med 80 midlertidige pladser, heraf 26 nye pladser. Træningscentret har siden arbejdet målrettet på at kunne modtage borgere fra hospitalet straks efter udskrivning. Dette har bl.a. krævet at gamle arbejdsgange, hvor borgere som hovedregel kun kunne modtages om formiddagen på hverdage måtte forlades, at de midlertidige boliger rengøres umiddelbart efter beboeren er flyttet hjem i egen bolig, således at der altid er ledige boliger klar til indflytning mv. Visitationen har myndigheden til at visitere til de midlertidige pladser.

I forlængelse af analysearbejdet blev visitationen re-organiseret, så der blev etableret en lille gruppe – Fokus-gruppen, der alene arbejdede med udskrivninger og samarbejde med hospitalet om forløbskoordinering af indlagte borgere. Denne lille tværfaglige fire-mandsgruppe tog kontakt til hospitalet allerede ved indlæggelsestidspunktet med henblik på bedre koordinering af udveksling af viden om borgernes funktionsniveau før, under og forventet efter udskrivning. Derigennem blev udskrivningen bedre planlagt – herunder de nødvendige kommunale tiltag efter indlæggelse. De nye MEDCOM standarder understøtter dette arbejde. I modsætning til mange andre kommuner arbejder FOKUS gruppen fra rådhuset, og der afholdes normalt ikke konferencer på hospitalet.

I forlængelse af analysearbejdet blev der desuden iværksat en ændret procedure i visitationen, der i højere grad forholdt sig kritisk til hospitalets oplysninger om ekstra liggedage. Visitationen gik i dialog med hospitalet hver gang, de fandt en uoverensstemmelse mellem egen opfattelse af forløbet og hospitalets. Dette bidrog dels til en reduktion af antal ekstra liggedage, da de ukorrekte blev fjernet igen og dels til en øget opmærksomhed fra hospitalets side om at skærpe opmærksomheden på de daværende varslingsregler.

### **Effekt**

Effekten af re-organisationen - og i særdeleshed åbningen af 80 midlertidige pladser – er, at Gladsaxe Kommune hjemtager alle borgere og således ikke har udgifter til færdigbehandlede dage.

### **Finansiering**

Omorganisering i visitationen er der ikke afsat ressourcer til. De 80/26 nyåbnede pladser er der naturligvis afsat budget til både anlæg og drift. Formålet med disse pladser var ikke primært at nedbringe liggedage på hospital, men snarere at kunne leve op til de nye krav til kommunerne på genoptræningsområdet i forlængelse af kommunalreformen.

## **Kommune: Aalborg**

### **Målgruppe**

Borgere med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)

### **Formål med projektet/tiltaget**

Færre indlæggelser og genindlæggelser samt mindre behov for kommunal pleje og omsorg. Dertil kommer en styrket egenomsorg og derved forbedret bevidsthed om beherskelse af egen situation.

### **Indhold**

- TeleCare Nord er et samarbejde med alle sundhedsfaglige aktører, som har kontakt med lunge-syge patienter eller borgere i Region Nordjylland, dvs.:
  - 4 somatiske sygehuse, specielt de internt medicinske og lungemedicinske afdelinger.
  - 180 lægepraksis med 337 praktiserende læger samt praksispersonale.
  - 11 kommunes ældreområder og tilbud om borgerrettet forebyggelse, eksempelvis sundhedscentre.
- Afprøvning af teknologisk understøttelse af behandling og omsorg over afstand under driftsvilkår i stor skala.
- Tidsbegrænset til tre år med start i 2012 og afslutning i 2014 med overvejelse om forlængelse med ½ år.

### **Effekt**

Tiltaget evalueres forskningsmæssigt og driftsmæssigt. Den driftsmæssige opfølgning har fokus på indlæggelser og plejetimeforbrug. Derudover indeholder den forskningsmæssige evaluering kliniske og organisatoriske elementer.

### **Organisering**

3 årlige møder i styregruppe med deltagelse af alle parter samt patientforeninger. Dertil kommer et forretningsudvalg med op til 6 årlige møder.

### **Finansiering**

Udgangspunktet var en samlet finansiering på 49,5 mio. kr. Finansieringskilder er såvel private fonde, vækstforum, samt region og de 11 kommuner i fællesskab.

## Eksempler på regionale indsatser

### Region: Hovedstaden

#### Målgruppe

Patienter med kontakt til Region Hovedstadens hospitaler

#### Formål med projektet/tiltaget

I Region Hovedstadens kvalitetshandlingsplan er opstillet den konkrete målsætning, at forekomsten af hospitalserhvervede infektioner skal reduceres til det halve inden udgangen af 2013.

#### Indhold

Region Hovedstaden har på tværs af hospitalerne i regionen indsamlet oplysninger om hvilke infektionsregistreringer, som aktuelt indsamles på de enkelte hospitaler. Der er etableret en faglig konsensus om, hvordan man mest hensigtsmæssigt registrerer, følger og nedsætter antallet af infektioner i fremtiden med henblik på fælles løsninger på tværs af Region Hovedstadens hospitaler. Der arbejdes konkret med følgende indsatsområder på tværs af Region Hovedstadens Hospitaler:

1. Bakteriæmi/sepsis
2. Respirator associerede pneumonier (VAP)
3. Infektioner relateret til centralt venekateter (CVK)
4. Postoperative sårinfektioner
5. Methicillin-resistente Staphylococcus Aureus (MRSA)
6. Clostridium difficile
7. Antibiotikaforbrug og resistensovervågning, herunder ESBL
8. Urinvejsinfektioner

Under hvert indsatsområde er der nedsat en gruppe med fagekspertise, som har ansvaret for at følge og implementere de specifikke indsatsområder.

#### Effekt

Hospitalserhvervede infektioner forårsager øget sygelighed, dødelighed og deraf afledte store sundhedsudgifter. Mange undersøgelser har vist, at 8 til 10 procent af patienter, der indlægges på et hospital, erhverver sig en infektion under deres indlæggelse, og at de i gennemsnit forlænger deres hospitalsoophold med 11 dage.

Der forventes ud fra et kvalitetshensyn at øge kvaliteten i behandlingen på baggrund af indsatsen. Det anslås herudover, at hospitalserhvervede infektioner medfører en ekstra udgift på 2 milliarder kr. årligt på landets hospitaler. Dette svarer til ca. 600-700 millioner kr. på Region Hovedstadens hospitaler. Såfremt målet med at halvere antallet af infektioner til det halve nås, vil der kunne opnås betydelige besparelser.

#### Organisering

Der er nedsat en "Task force" som fortløbende følger udviklingen på de enkelte indsatsområder og dermed have et kvalificeret beslutningsgrundlag, som der kan handles ud fra på tværs af Region Hovedstaden

#### Finansiering

Der er tilført området ekstra tre til fire årsværk svarende til 2 millioner kroner pr. år.

## **Region: Sjælland**

### **Målgruppe**

Alle patienter der indlægges på sygehuset - så vel akutte som planlagte.

### **Formål med projektet/tiltaget**

Fokus i Projekt Patientsikkert Sygehus har været at forbedre den faglige kvalitet ved at reducere antallet af dødsfald og utilsigtede skader, ved eksempelvis at reducere antallet af hjertestop, eliminere en række hospitalsinfektioner, reducere forekomsten af tryksår og forebygge medicineringsfejl med mere.

### **Indhold**

Næstved sygehus har været et af fem sygehuse i det samlede nationale projekt. Projektet har involveret ledelse og alle sundhedsfaglige medarbejdere på sygehuset.

Der er taget udgangspunkt i eksisterende viden om god praksis inden for 12 indsatsområder.

Projektet har været ledelsesforankret, og en væsentlig drivkraft har været, at sygehuset og de enkelte afdelinger har sat konkrete og ambitiøse mål, som der målt på og stræbt efter i hele projektet. Eksempelvis konkrete mål for reduktion af hjertestop, sygehusinfektioner og tryksår.

Forbedringerne er styret med tæt ledelsesfokus, og medarbejderne har anvendt forbedringsmodellen, der bl.a. består af

- løbende monitorering i forhold til mål, der sikrer, at forandringerne skaber ønskede forbedringer
- test af forandringer i lille skala, der skal sikre at hensigtsmæssige arbejdsprocesser bliver spredt i hele organisationen.

Projektet har løbet fra 2010 til 2013.

### **Effekt**

I august 2013 fejrede Næstved Sygehus, at de overordnede mål i Patientsikkert Sygehus var nået. Dødeligheden er reduceret med 15 % og patientskader med 30 %. Eksempelvis er tryksår reduceret med 80% på 18 måneder. Svær sepsis og septisk chok er reduceret med 40 %, og genindlæggelser inden for 30 dage efter operation er reduceret med 15 %. De gode resultater medfører, at alle 12 områder spredtes til regionens øvrige sygehuse i løbet af de næste 2 år. På Næstved sygehus er der en fastholdelsesstrategi for at sikre de gode arbejdsgange.

### **Organisering**

Projektet er gennemført i samarbejde med TrygFonden, Danske Regioner og Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Med ekspertbistand fra det amerikanske Institute for Healthcare Improvement (IHI).

Lokalt på sygehuset har der i projektperioden været etableret en styregruppe/ledelsesteam, og afdelingsledelser har været udpeget til at være ansvarlig for implementering af de enkelte indsatsområder på hele sygehuset.

### **Finansiering**

Projektet har været finansieret af TrygFonden, med i alt ca. 55 mio. kr. til det samlede projekt, der omfattede 5 sygehuse i Danmark i 3 år. Midlerne har primært været anvendt til læringsaktiviteter (7 læringsseminarer, forandringsagentuddannelse, IHI konsulenter) men også til etablering af monitoringsystem, sitevisits, kommunikation og fejring af opnåede resultater. Sygehuset har selv stået for finansiering af lønomkostninger.

## **Region: Midtjylland**

### **Målgruppe**

Alle indlagte og ambulante patienter på Horsens Hospital.

### **Formål med projektet/tiltaget**

Formålet med kvalitets- og patientsikkerhedsrunder som led i Patientsikkert sygehus er at optimere patientsikkerheden og reducere antallet af dødsfald, skader og infektioner.

### **Indhold**

Patientsikkert Sygehus er et samarbejde mellem TrygFonden, Danske Regioner og Dansk Selskab for Patientsikkerhed, og det udføres med ekspertbistand fra det amerikanske Institute for Healthcare Improvement,

Patientsikkert Sygehus arbejder med Forbedringsmodellen, der har vist sig velegnet til at accelerere forandringer i klinisk praksis. Indholdet i Patientsikkert Sygehus er afstemt med Den Danske Kvalitetsmodel, så der er synergi med det øvrige kvalitetsarbejde på sygehusene.

I Patient Sikkert Sygehus findes i alt 12 kliniske pakker, fx sepsispakke, tryksårspakke, kirurgipakke mv. samt en ledelsespakke. Hver pakke har en række elementer, der hver især er udtryk for best practice i forhold til et afgrænset område.

I forbindelse med projekt Patientsikkert Sygehus har Horsens hospital indført tre kvalitets- og patientsikkerhedsrunder per måned, en per medlem af direktionen. På runden deltager desuden medarbejderne fra kvalitets- og patientsikkerhedsteamet. Umiddelbart op til runden besluttet fokus for runden i samarbejde med Hospitalsledelsen. Fokus for runden kan enten være kvalitet/patientsikkerhed generelt, eller runden kan være tematiseret - eksempelvis på medicin, TOKS eller lignende.

Runderne er med til at sikre, at de ting, der skal udføres, også udføres - hver gang. Der måles i forbindelse med pakkerne på en lang række indikatorer i forhold til, om der er gjort det, der skal – eksempelvis tryksårsscreenet, målt vitale parametre, medicinafstemt mm.

Kvalitets- og patientsikkerhedsrunderne er dermed understøttende i forhold til at komme i mål på disse områder. Hvis vi hver gang får gjort det vi skal – eksempelvis tryksårsscreenet, kan vi nedbringe antallet af skader og fejl, hvorved vi kan forkorte indlæggelsestiden og generne for patienter og pårørende.

Runderne tjener flere formål – blandt andet:

- Synlig ledelse – når Hospitalsledelsen sidder sammen med frontpersonalet og eksempelvis spørger ind til, om der er gennemført medicinafstemning på en konkret patient, så sender det et tydeligt signal om, at dette er et prioriteret område.
- Runderne giver et fingerpeg om, hvordan det går med implementeringen af det pågældende område, og det giver input til det videre arbejde

### **Effekt**

For Hospitalsledelsen har det været et paradigmeskifte over imod mere 'klinisk nær ledelse'. Ud af de 72 oprindelige indikatorer, som der er målt på i Patientsikkert Sygehus er man på Horsens Hospital i mål på 66 stk. Dette havde ikke været muligt uden tæt ledelsesopfølgning – kvalitets- og patientsikkerhedsrunderne er en nøglekomponent i dette.

### **Organisering**

Organiseringen omkring kvalitets- og patientsikkerhedsrunder er bevidst holdt på et minimum. Runderne er uformelle og bredt accepterede i organisationen, og derfor adviseres og deltager afdelings- og afsnitsledelserne ikke nødvendigvis på runderne – ”det er bare noget, vi gør”, og det opleves som understøttende for implementeringen lokalt. Booking af Hospitalsledelsen forud for runden, er således den væsentligste forberedelse. Denne meget uformelle tilgang til runderne har dog krævet, at organisationen har været ”klar” til at modtage uformelle og ikke-adviserede runder – denne parathed er kommet i løbet af projektet.

Kvalitet- og patientsikkerhedsrunderne opererer inden for den generelle Patientsikkert Sygehus organisering på Hospitalsenheden Horsens, og består af en ledelsesgruppe med repræsentation fra alle kliniske afdelinger samt hospitalsledelsen. Gruppen er en hurtigt arbejde arbejdsgruppe under afdelingsledelseskredsen/kvalitetsrådet og mødes 1 gang pr. måned af 1 times varighed. Under ledelsesgruppen er et ’netværk for afdelingssygeplejersker’ samt et større antal pakkespecifikke kliniske netværk, der arbejder på tværs af afdelinger og faggrupper.

### **Finansiering**

Initiativet er omkostningsneutralt, når man fraregner den brugte tid på runderne. Typisk bruges der pr. runde 1 hospitalsledelsestime, 1 projektledertime og 5-10 minutter på booking af runden. Udbyttet af runden vurderes langt at overstige omkostningen.

## **Region: Nordjylland**

### **Målgruppe**

Patienter med Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL), Medicinsk Center Dronninglund Afdeling - Aalborg Universitetshospital

### **Formål med projektet/tiltaget**

Fokus har været både at forbedre kvaliteten i behandlingen og skabe et ensartet og sammenhængende patientforløb herunder:

- Løfte kvaliteten i behandling af patienter med KOL
- Sikre ensartet evidensbaserede tilbud på Aalborg Universitetshospital til patienter med KOL
- Optimere samarbejdet med primærsektor omkring patienter med KOL

### **Indhold**

Medicinsk afdeling M2 i Dronninglund er et sengeafsnit som bl.a. modtager KOL-patienter. Afdelingen har ca. 1.200 til 1.400 patientforløb årligt. Afdelingen er organiseret i to teams, som hver har ansvaret for 9 patienter.

Der har været en bred repræsentation af fagpersoner involveret i projektet; Læger, sygeplejersker, SOSU'er og fysioterapeuter

Som led i projektet er der indført nyt udstyr og nye procedurer for behandling af patienter med KOL. Projektet har ændret samarbejdet og flyttet kompetencer fra læger og fysioterapeuter til sygeplejerskerne, som nu kan ordinere begrænsede mængder af Duovent, ilt og brug af AIRVO, samt instruere patienten i brug af PEP-fløjte. De nye procedurer er bundet til en checkliste for KOL-patienter, som anviser, hvordan der skal måles og gøres. Den øgede kompetence medfører, at sygeplejerskerne umiddelbart kan følge checklisten og igangsætte behandling.

Der er i projektet gennemført en række aktiviteter med det formål at træne personalet i brug af udstyr, samt øge medarbejdernes viden om KOL. Yderligere er der arbejdet på at øge samarbejdet mellem lungemedicinsk afdeling i Dronninglund og på Aalborg Universitetshospital.

Projektet blev igangsat juni 2012.

### **Effekt**

KOL-projektet har tydeliggjort læger, sygeplejerskers, SOSU's og fysioterapeuters rolle omkring KOL-patienter. Dette er fastholdt af checklisten, som angiver hvilken procedure, der skal følges.

Patienterne behandles nu væsentligt hurtigere, hvilket er vigtigt for den oplevede behandlingskvalitet, hvor en patient med vejrtrækningsbesvær ankommer og ønsker hurtig behandling.

Projektet er evalueret af Seniorforsker Kasper Edwards fra DTU.

### **Organisering**

Projektet er ét af i alt 11 delprojekter under projekt Relationel Koordinering – et samarbejde mellem Aalborg Universitetshospital, Glostrup Hospital, Region Nordjylland og Videns center for Velfærdsløse.

Under den overordnede projektledelse er der for hvert delprojekt nedsat en styregruppe, der som udgangspunkt består af:

- Den relevante viceklinikchef med forløbsansvar
- Ledende overlæge og/eller afsnitsledende sygeplejerske
- Nøgelpersoner / projektassistent
- Projektledelsen forankres i specialet



Styregruppen mødes en gang om måneden, mens projektet gennemføres.

### **Finansiering**

Projektet har været støttet af midler fra Videnscenter for Velfærdsledelse.

## **Region: Nordjylland**

### **Målgruppe**

Fødende kvinder på gynækologisk-obstetrisk Afsnit, Sygehus Vendsyssel

### **Formål med projektet/tiltaget**

Det overordnede formål med projektet har været at reducere antallet af skader hos patienterne og øge patienternes tilfredshed med fødselsforløbet.

Helt konkret har projekts formål været at reducere i antallet af sphincterskader (skader i mellemkødet) hos den fødende.

### **Indhold**

Projektet foregår på Gynækologisk – Obstetrisk afsnit Sygehus Vendsyssel, og ved projektets start blev der indhentet uddannelsesressourcer fra Finland, herunder en jordemoder samt obstetriker, som arbejder i afdelingen i 7 uger i ultimo 2012. De har stået for uddannelse af et antal ekspert-jordemødre, der så har ansvaret for at uddanne de resterende jordemødre på afsnittet. Derudover er der indført følgende fokuspunkter og handlinger i forbindelse med fødsler:

- Fokus på kontakt med den fødende, fødestilling og støtte af mellemkødet.
- Lægerne har fokus på perineumstøtte ved kopanlæggelse.

Projektet startede i januar 7/1 2013 og forventes afsluttet i januar 2016

### **Effekt**

I perioden 7/1 2012 til 25/3 2012 er der opgjort i alt 17 kvinder, der fik skade på ringmusklen i forbindelse med fødsel. Det svarer til 8 % af de fødende kvinder i den periode.

Efter projektopstarten er der i perioden 7/1 2013 til 25/3 2013 kun været registreret en patient med skader på ringmusklen, hvilket svarer til 1 % af de fødende i den periode.

Antallet af sphincterskader registreret hos patienter er blevet målt i januar 2014, og der skal måles igen i januar 2016 – dvs. 3 år efter interventionen.

### **Organisering**

Projektet er placeret i Gynækologisk – Obstetrisk Afsnit, Sygehus Vendsyssel og følges af de førnævnte finske eksperter på området.

### **Finansiering**

Projektet gennemføres inden for de eksisterende økonomiske rammer.

## **Region: Nordjylland**

### **Målgruppe**

Patienterne med infektionssygdomme er den primære målgruppe. Patienterne er ofte svært syge med f.eks. meningitis, tropesygdomme, HIV og AIDS.

### **Formål med projektet/tiltaget**

Det overordnede formål med projektet har været at reducere indlæggelsestiderne for patienterne samt sikre en bedre udskrivningsproces..

### **Indhold**

Infektionsmedicinsk afdeling oplevede før projektet at patienter som medicinsk var færdigbehandlet, måtte vente på at blive udskrevet på grund af manglende papirarbejde og/eller varsling til kommune.

Udskrivningsprocessen er kompleks i den for stand at det kræver information fra og til mange parter før patienten endeligt kan udskrives. Parterne i udskrivning er pårørende, kommunen, herunder hjemmepleje og hjemmesygepleje, læger og andre faggrupper på hospitalet. Patienter som udskrives er lægeligt færdigbehandlet men oftest ikke 100 % rehabiliteret og vil kræve pleje og behandling i hjemmet. Det er derfor tvingende nødvendigt at parterne som overtager patienten er varslet, har korrekt information og instruktioner.

Udskrivningsprocessen er en tung og ressourcekrævende opgave som før indførelse af nyt IT var ringe understøttet. Dette var medvirkende til at øge mængden af telefonkommunikation, som vanskeliggøres af forskellige telefontider, optagede telefoner og fravær af kontaktperson.

I projektet har flere fagpersoner været involveret fra Infektionsmedicinsk Afdeling Aalborg UH, sygeplejersker og læger, samarbejdsrelationer til de kommunale systemer.

Infektionsmedicinsk afdeling har gennemført et projekt som har sat udskrivningsprocessen i system ved først at kortlægge alle aktiviteter som sygeplejerskerne udfører eller koordinerer. Problemer i udskrivningsprocessen er blevet dokumenteret, synliggjort og en procedure for udskrivningsprocessen blev udarbejdet, hvilket resulterede i en pjece.

Projektet har særligt fokuseret på at inddrage lægerne i udskrivningsprocessen. Dette er sket gennem information, fokus på udskrivelse og ændret morgenkonference.

Projekt igangsat juni 2012.

### **Effekt**

Den nye strukturerede udskrivningsproces, støttet af TSM og FMK, har medført at afdelingen nu bruger færre ressourcer på udskrivning og dermed har kunnet fastholde antal udskrivinger på trods af personalereduktion og højere belægningsprocent.

Projektet er evalueret af Seniorforsker Kasper Edwards fra DTU.

### **Organisering**

Projektet er ét af i alt 11 delprojekter under projekt Relationel Koordinering – et samarbejde mellem Aalborg Universitetshospital, Glostrup Hospital, Region Nordjylland og Videnscenter for Velfærdsløsning.

Under den overordnede projektledelse er der for hvert delprojekt nedsat en styregruppe, der som udgangspunkt består af:

- Den relevante viceklinikchef med forløbsansvar
- Ledende overlæge og/eller afsnitsledende sygeplejerske

- Nøglepersoner / projektassistent

Projektledelsen forankres i specialet.

Styregruppen mødes en gang om måneden, mens projektet gennemføres.

### **Finansiering**

Projektet har været støttet af midler fra Videnscenter for Velfærdsledelse.

## **Region: Hovedstaden**

### **Målgruppe**

Målgruppen for indsatsen er indlagte patienter, som får stærk smertestillende medicin (opioider). Behandling med opioider indebærer en risiko for, at patienten får forstoppelse på grund af medicinen (hospitalsinduceret obstipation). Derfor forebygger man forstoppelse ved, at patienter, som får opioider, samtidig får et afførende middel (laksantia). Hvis ikke man forebygger med laksantia, vil ca. halvdelen af patienterne få forstoppelse, som medfører en række alvorlige gener og smerter. Patienter vil ofte få forlænget deres indlæggelse, eller de bliver genindlagt. Der kan være en række årsager til, at patienter får forstoppelse, men det er en kendt komplikation ved behandling med opioider. En komplikation kan altså udvikle sig til en skade, hvis ikke den bliver forebygget.

### **Formål med projektet/tiltaget**

I regi af projekt Patientsikkert Sygehus arbejdede Nordsjællands Hospital med metoden Global Trigger Tool (GTT) til at analysere og se på omfanget af skader på patienter. Data herfra viste, at obstipation udegjorde hovedparten af patientskaderne. Nordsjællands Hospital brugte derefter data for genindlæggelser til at supplere dette billede, og det viste sig, at obstipation i 2010 var blandt de 10 hyppigste årsager til genindlæggelser. I alt 145 patienter blev i 2010 genindlagt med diagnosen obstipation. Det blev vurderet, at de fleste af genindlæggelserne kunne have været forebygget, hvis man, når man havde ordineret opioider, samtidig havde ordineret laksantia.

Nordsjællands Hospital iværksat derfor et projekt, som havde til formål:

- At forebygge hospitalsinduceret obstipation som følge af behandling af opioider.
- At forebygge forlænget indlæggelse
- At forebygge genindlæggelse som følge af hospitalsinduceret obstipation.

### **Indhold**

Nordsjællands Hospital har udviklet et screeningsredskab, som kan bruges til at identificere patienter i behandling med opioider og til at afklare behovet for laksantia (afførende medicin). Alle standard medicin pakker på hospitalet er gennemgået i dialog mellem klinikere og farmaceuter, og kun hvor der er en faglig begrundelse indgår laksantia ikke samtidig med ordination af opioider.

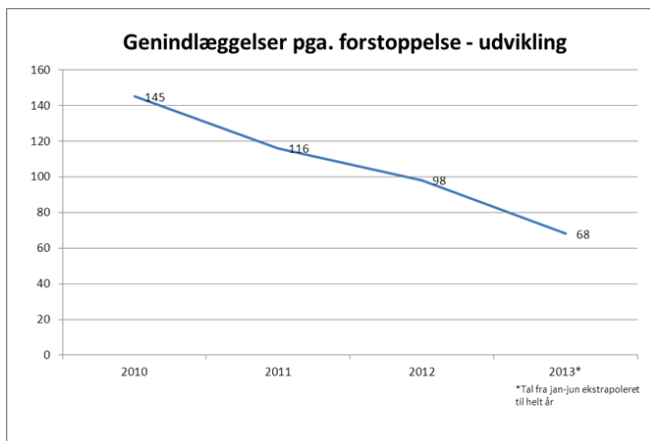
Indsatsen involverer også patienterne. Gennem information målrettet patienter får patienter kendskab til symptomer (udseende af afføring), og hvornår de skal reagere over for personalet.

Alle indsatser og redskaber er testet ved brug af forbedringsmodellen, herunder PDSA metoden – det vil sige test af ændringer i lille skala, indtil der er sikkerhed for at forandringen, også er en forbedring.

### **Effekt**

Der har været en erkendelse på hospitalet af en kvalitetsbrist på et område, som normalt ikke er i fokus, men som har stor betydning for vores patienter og deres resultat af behandlingen.

Konkret er antallet af genindlæggelser på grund af forstoppelse faldet til omkring det halve siden 2010, hvor der blev opmærksomhed på problemet og indsatsen igangsat. Andre forhold kan spille ind på faldet, men indsatsen vurderes at have været medvirkende til faldet.



Grafen viser udviklingen i genindlæggelser i perioden 2010-2013, hvor aktionsdiagnosen er obstipation. Genindlæggelse defineres her som en ny indlæggelse inden for 30 dage. Da der kun foreligger data for halvdelen af 2013 er tallet for hele 2013 fremkommet ved en ekstrapolering af antallet af genindlæggelser i perioden jan-juni.

### Organisering

Arbejdet er udgået fra "Medicinsporet", en del af det daværende Patientsikkert Sygehus. I Medicinsporet er der blandt andet en "højrisikopakke", som beskriver tre højrisikoområder for medicinering, hvor opioder er et af dem.

Indsatsen til forebyggelse af obstipation er udviklet og gennemført i et samarbejde mellem farmaceuter fra Apoteket på hospitalet og klinisk personale fra de enkelte afsnit. Indsatsen har udviklet sig over tid i form af forskellige modeller for samarbejde med hvert afsnit.

Indsatsen følges fortsat af afdelingsledelser og direktion på Nordsjællands Hospital.

### Finansiering

Indsatsen er finansieret som en del af driften.

## Bilag 5: Resultater efter region

	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland
<b>Forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser på sygehuse</b>					
Akutte genindlæggelser, 2013	7,4	6,3	7,7	6,5	8,0
Akutte medicinske korttidsindlæggelser, 2013	23	32	23	41	26
<b>Kvalitet i sundhedsvæsenet</b>					
Reoperation efter operation for diskusprolaps i lænd, 2013	4,4	2	1,7	2,8	1,1
Reoperation efter operation for diskusprolaps i nakke, 2013	1,9	0,0	0,7	1,1	-
Indlæggelsestid på sygehuse, 2013	4,2	3,5	3,7	3,6	3,4
1-års overlevelse efter kræft, mænd, 2009-2011	68	68	67	68	65
1-års overlevelse efter kræft, kvinder, 2009-2011	68	70	70	71	68
<b>Patienttilfredshed</b>					
Patients samlede indtryk af indlæggelse, 2013	94	94	94	90	91
Patients samlede indtryk af besøg i ambulatorie, 2013	97	97	97	96	96
<b>Ventetider</b>					
Ventetid for børn/unge i det psykiatriske sygehusvæsen, 2013	97	47	31	47	37
Ventetid for voksne i det psykiatriske sygehusvæsen, 2013	38	51	32	53	29
Ventetid til sygehusoperation, 2013	57	50	45	53	53
<b>Sammenhæng for patienten</b>					
Tilfredshed med afdelings orientering af egen læge, 2013	88	89	87	85	85
Tilfredshed med ambulatories orientering af egen læge, 2013	89	87	88	81	87
Samarbejde mellem afdeling og hjemmeplejen, 2013	88	88	88	85	85
Samarbejde mellem ambulatorie og hjemmeplejen, 2013	93	92	92	88	89
<b>Et effektivt sundhedsvæsen</b>					
Udvikling i antal kontakter pr. sygehuspatient, 2012	-1	-1,5	0	3,3	1,3
Produktivitet på sygehuse, 2012	96	99	102	101	98

Kilde: Se bilag 2.  
Anm.: Region med bedste resultat er markeret med grøn. Opnår to eller flere regioner identisk resultat, er alle markeret med grøn. Der er ikke taget hensyn til statistisk usikkerhed.

## Bilag 6: Resultater efter kommune

I dette bilag vises figurer med alle 98 kommuners resultater for de tre udvalgte indikatorer (seks indikatorer i alt for kommunerne).

For hver kommune er for hver indikator beregnet afvigelsen i forhold til landsgennemsnittet. Afvigelsen er beregnet i pct., undtaget for akutte genindlæggelser, hvor afvigelsen er beregnet i procentpoint.

Såfremt indikatorværdien for en kommune er 0, vil afvigelsen i forhold til landsgennemsnittet blive beregnet som -100 pct., for de indikatorer, hvor afvigelsen er beregnet i pct.

Kommunerne er sorteret faldene efter, hvor mange resultater, der er bedre end resultatet for hele landet. For alle seks indikatorer gælder at en lav værdi er ønskværdig, dvs. en indikatorværdi *under* landsgennemsnittet betragtes som et bedre resultat.

Der er ikke taget hensyn til statistisk usikkerhed eller forskellig befolkningssammensætning mv. i beregningen.

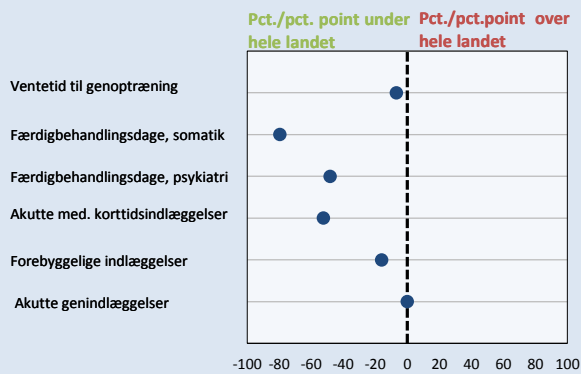


## Kommuner med 5-6 resultater bedre end landsresultatet



### Kommunale resultater, 2013

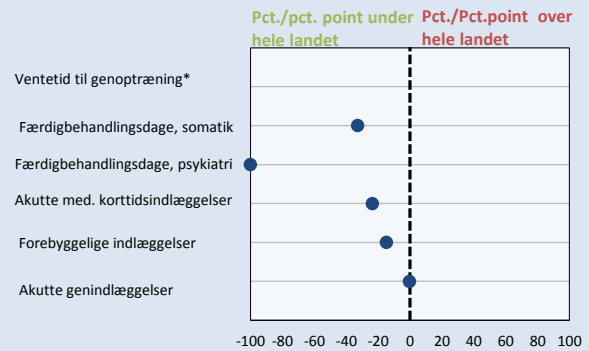
● Sorø



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

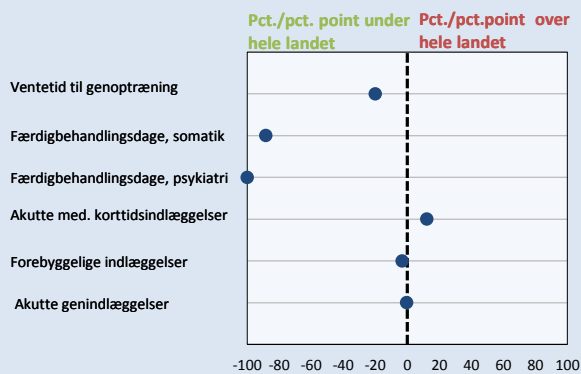
● Fanø



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.  
\* Data er ikke vist, da der er mindre end 10 obs.

### Kommunale resultater, 2013

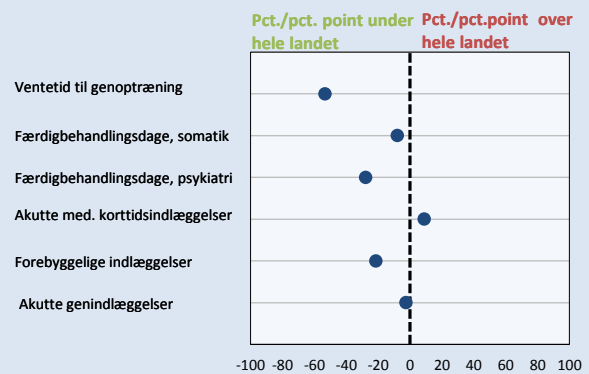
● Favrskov



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

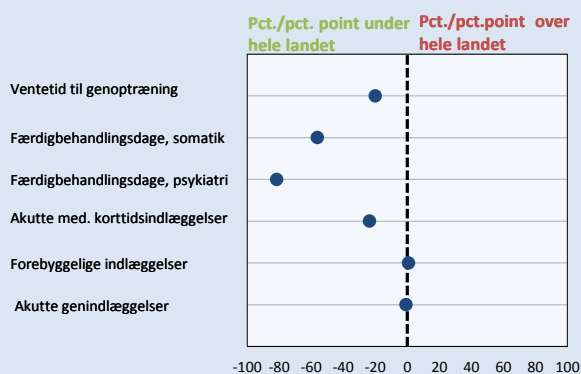
● Furesø



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

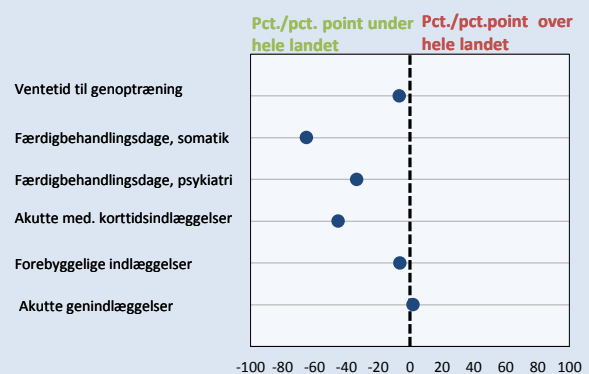
● Greve



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

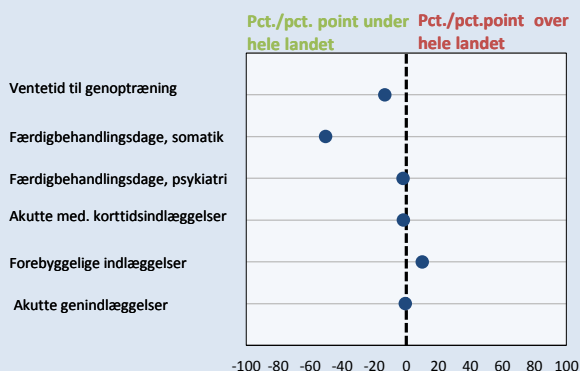
● Guldborgsund



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

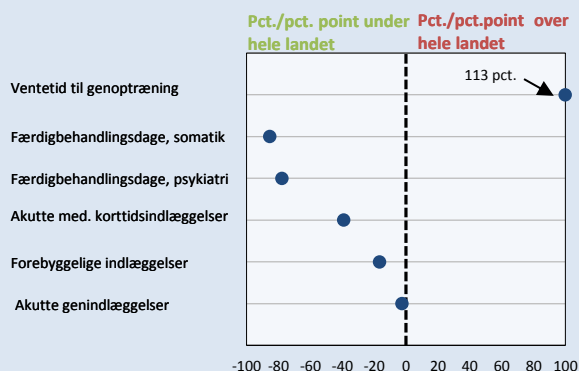
#### ● Haderslev



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

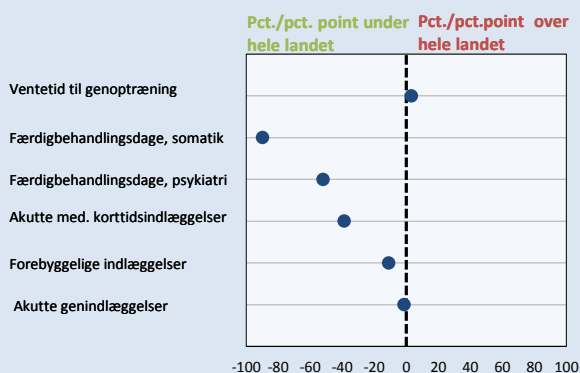
#### ● Herning



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

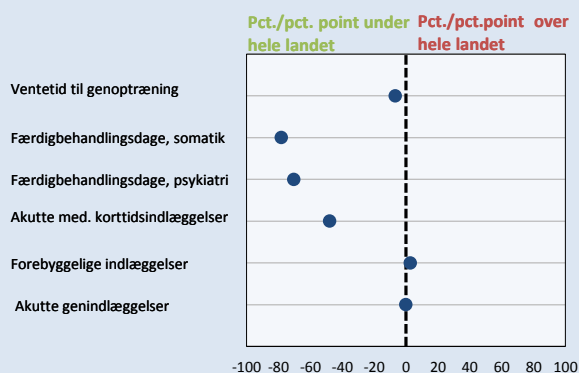
#### ● Jammerbugt



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

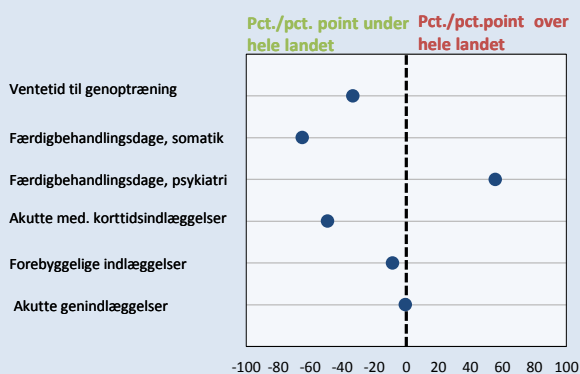
#### ● Kalundborg



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

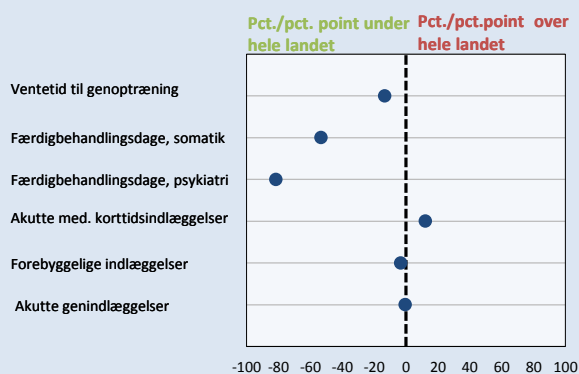
#### ● Køge



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

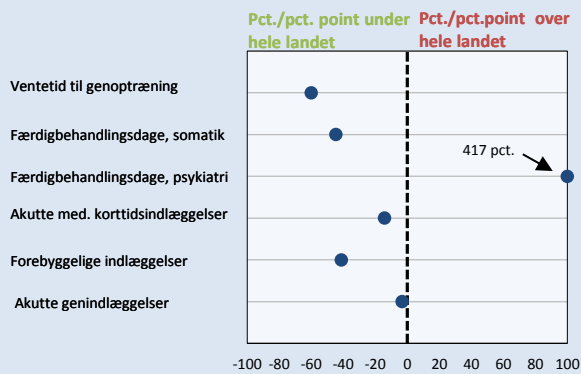
#### ● Lejre



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

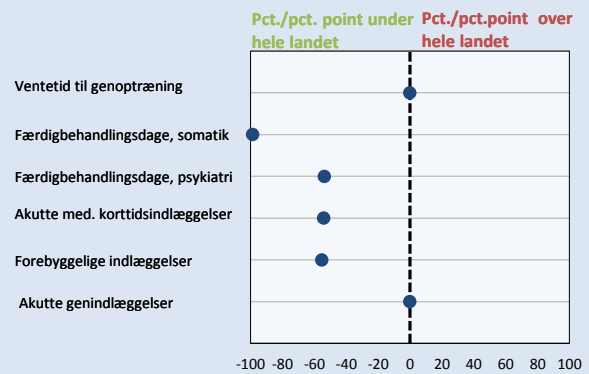
#### ● Læsø



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

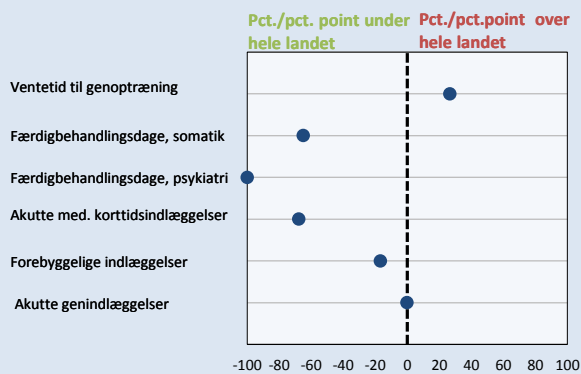
#### ● Morsø



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

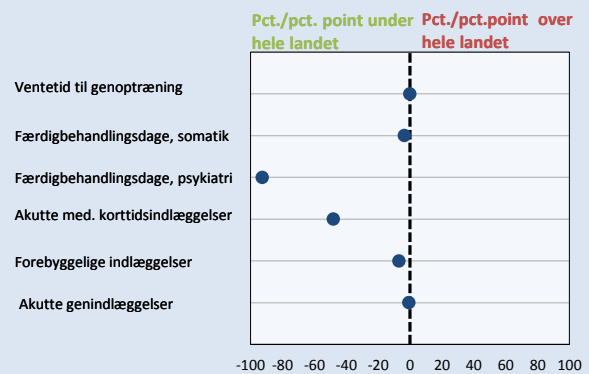
#### ● Nordfyns



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

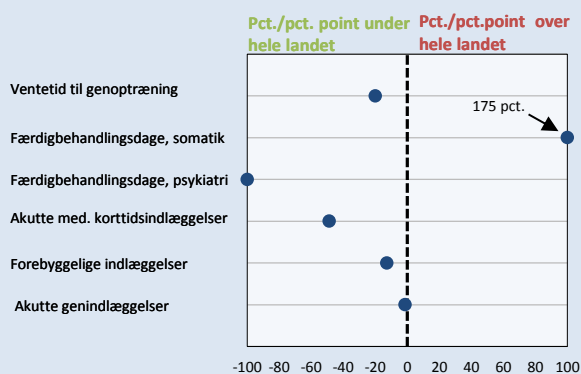
#### ● Solrød



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

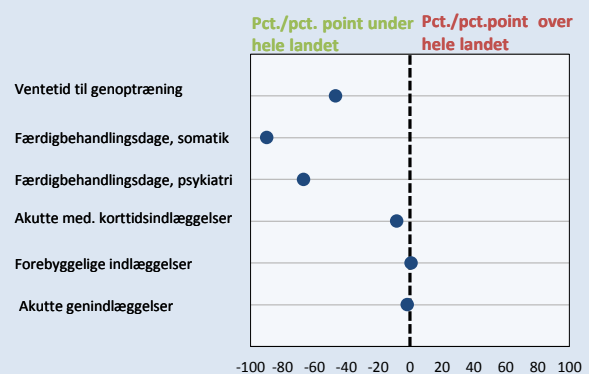
#### ● Stevns



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

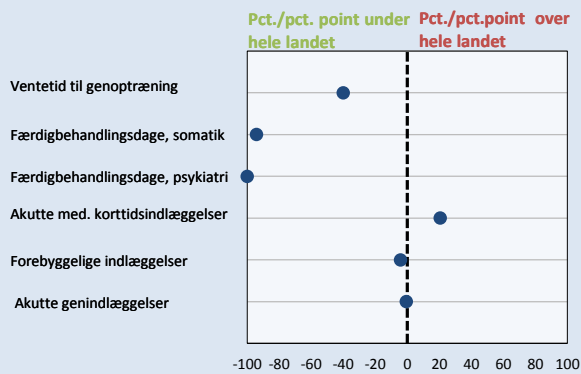
#### ● Struer



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

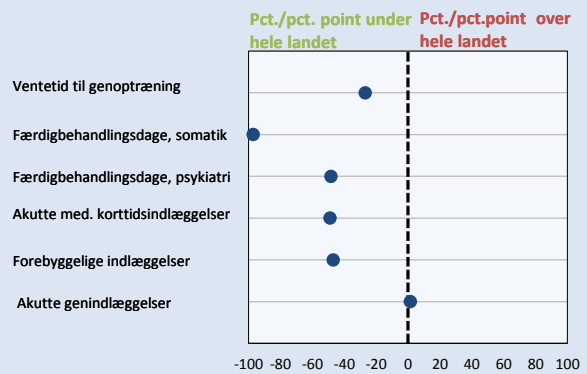
#### ● Syddjurs



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

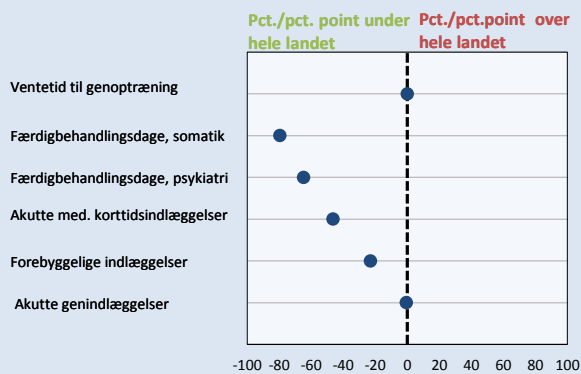
#### ● Thisted



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

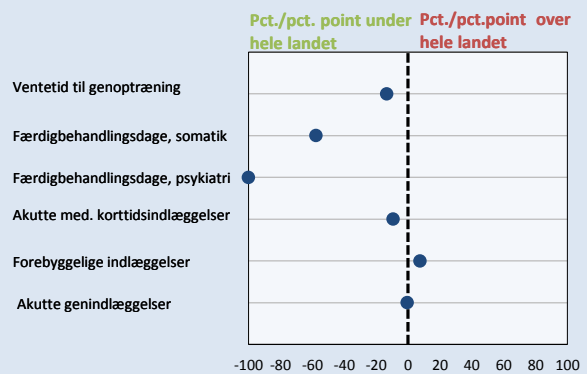
#### ● Tønder



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

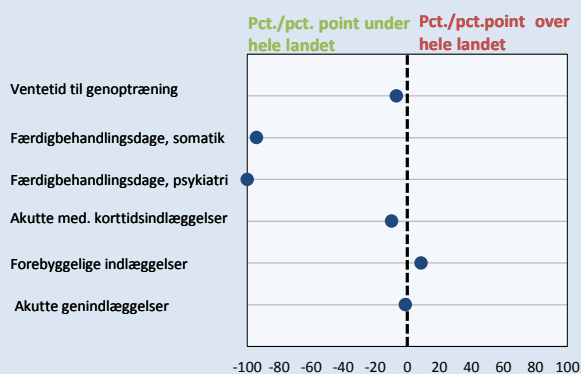
#### ● Varde



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

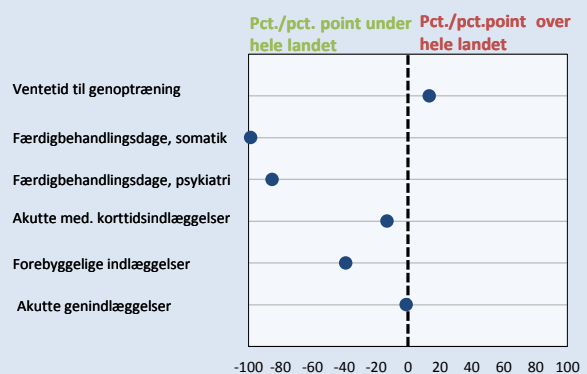
#### ● Vejen



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

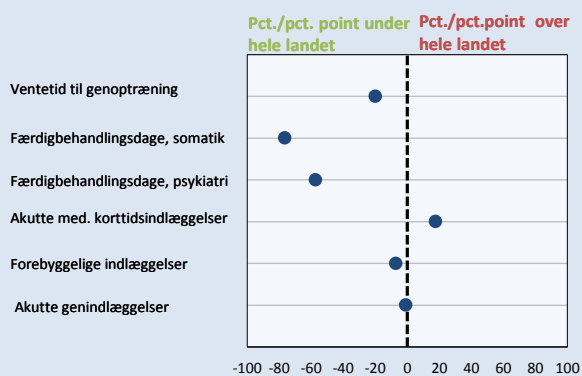
#### ● Vesthimmerlands



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

#### ● Vordingborg

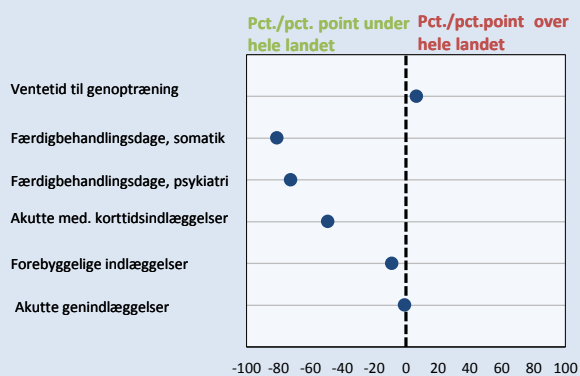


Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.

Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

#### ● Aabenraa

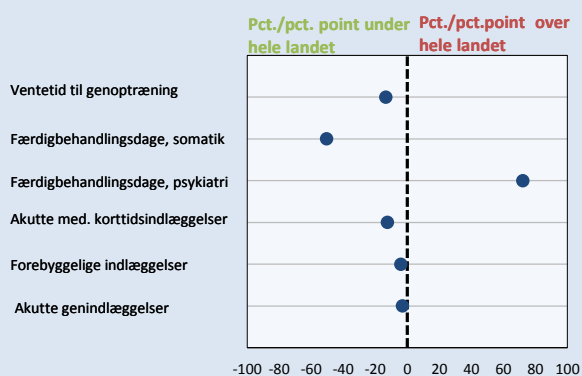


Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.

Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

#### ● Aarhus



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.

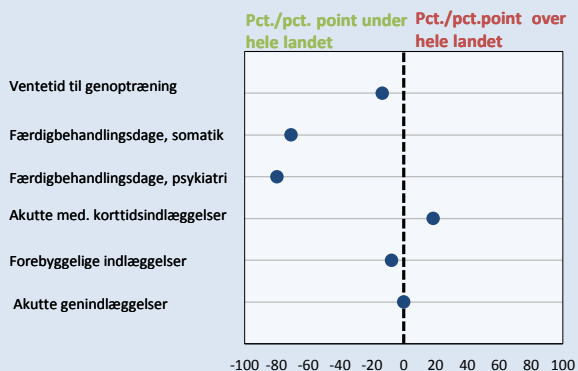
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

## Kommuner med 3-4 resultater bedre end landsresultatet



### Kommunale resultater, 2013

● Allerød

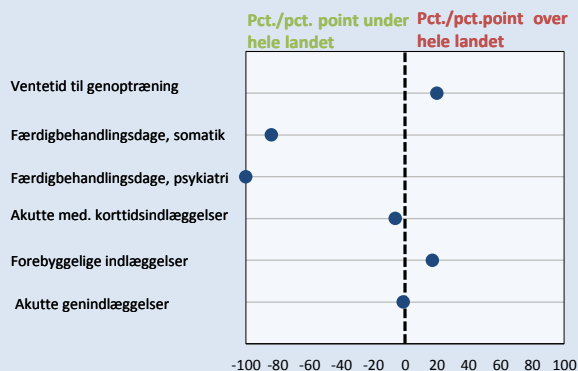


Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.

Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

● Billund

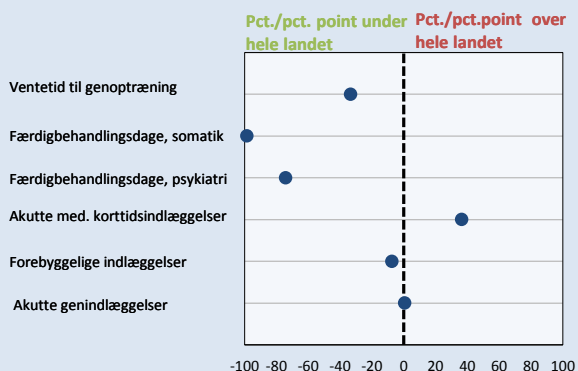


Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.

Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

● Bornholm

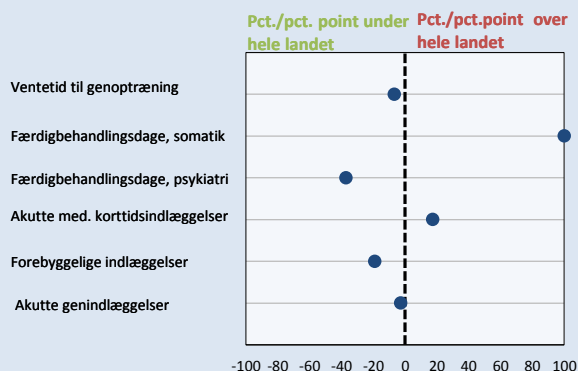


Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.

Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

● Egedal

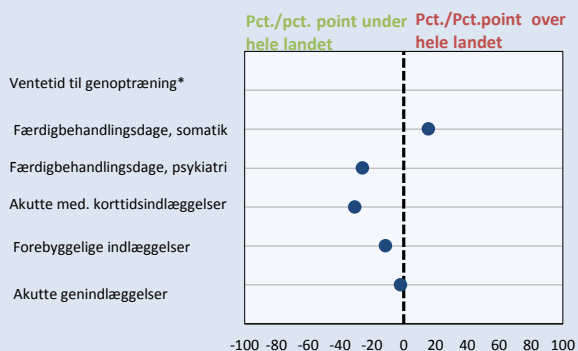


Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.

Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

● Faxe



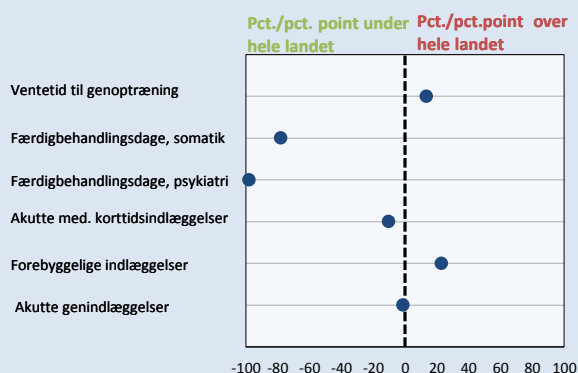
Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.

Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

\* Data er ikke vist, da der er mindre end 10 obs.

### Kommunale resultater, 2013

● Fredericia

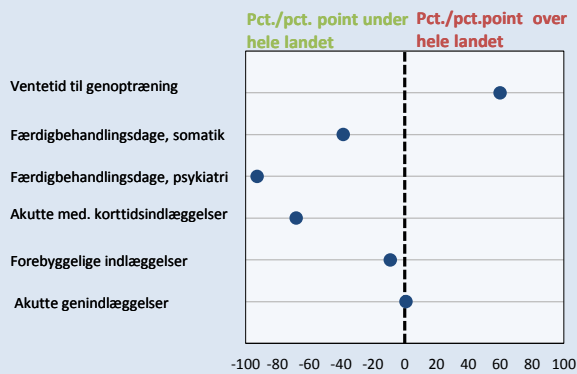


Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.

Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

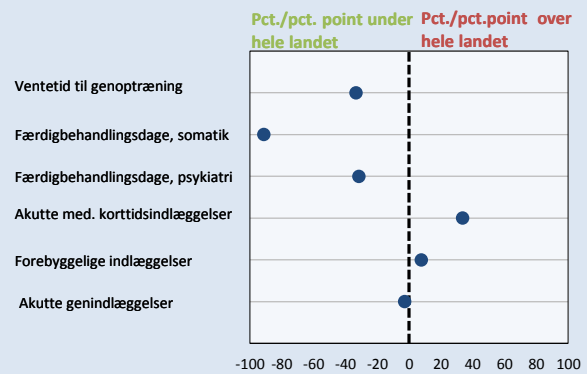
#### ● Faaborg-Midtfyn



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

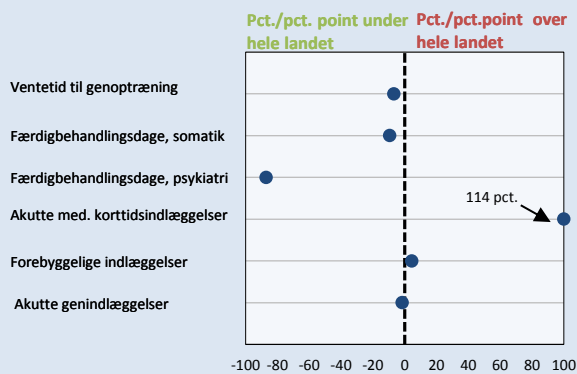
#### ● Gladsaxe



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

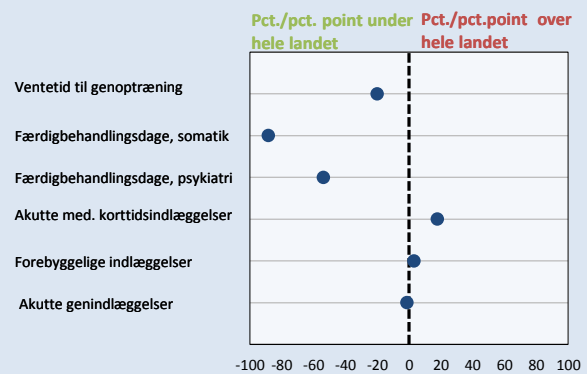
#### ● Glostrup



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

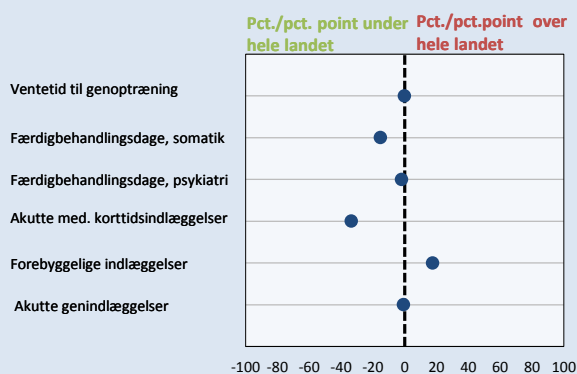
#### ● Hedensted



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

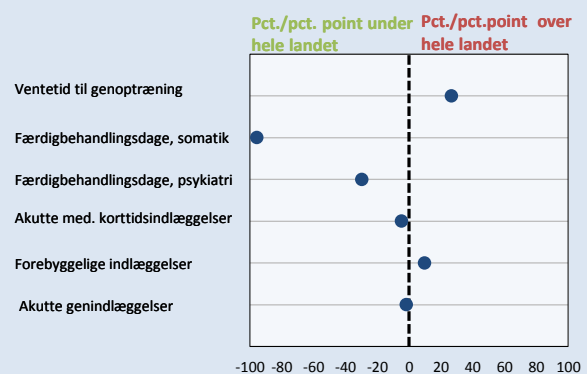
#### ● Holbæk



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

#### ● Holstebro

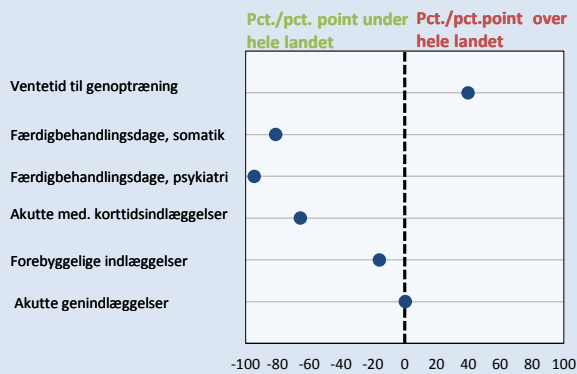


Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.



### Kommunale resultater, 2013

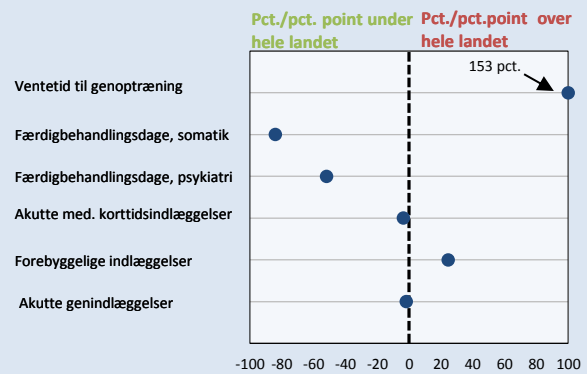
#### ● Kerteminde



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

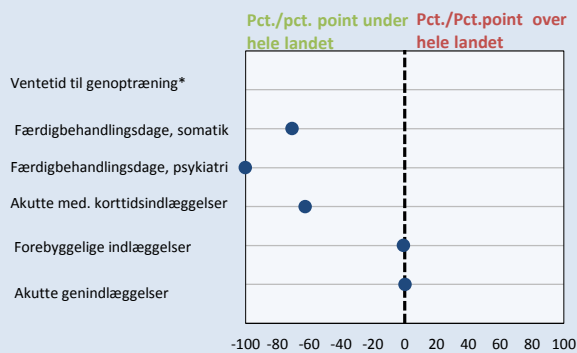
#### ● Kolding



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

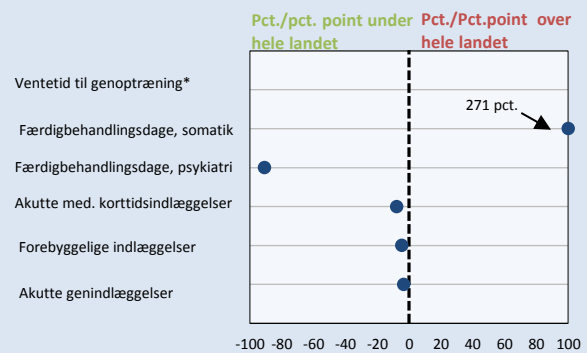
#### ● Langeland



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.  
\* Data er ikke vist, da der er mindre end 10 obs.

### Kommunale resultater, 2013

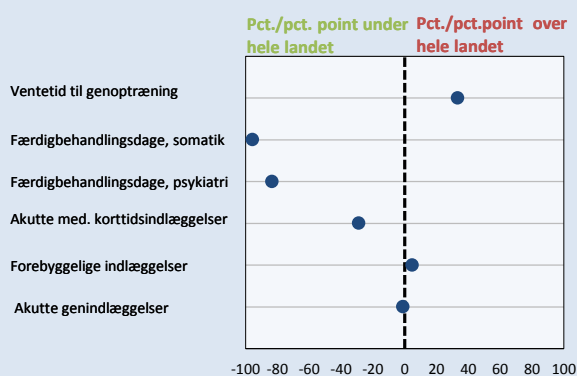
#### ● Lyngby-Taarbæk



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.  
\* Data er ikke vist, da der er mindre end 10 obs.

### Kommunale resultater, 2013

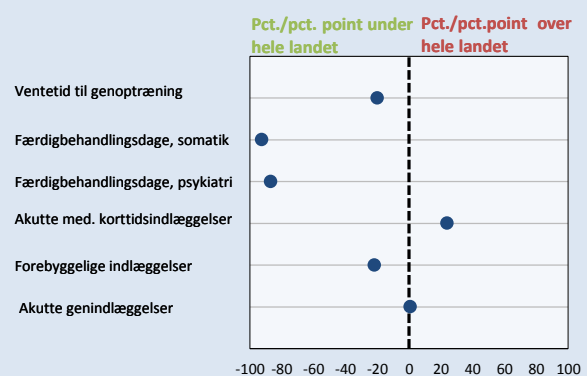
#### ● Middelfart



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

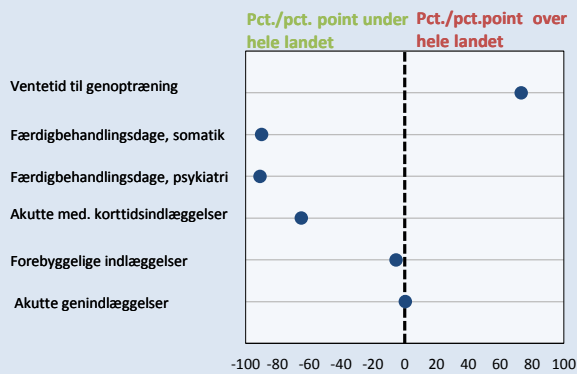
#### ● Norddjurs



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

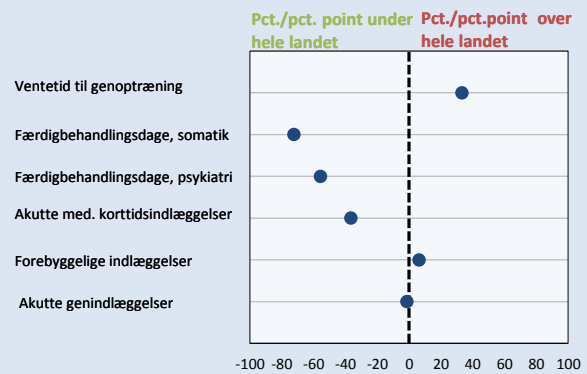
#### ● Odense



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

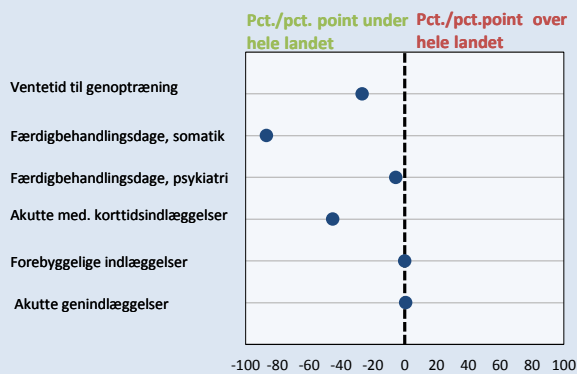
#### ● Odsherred



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

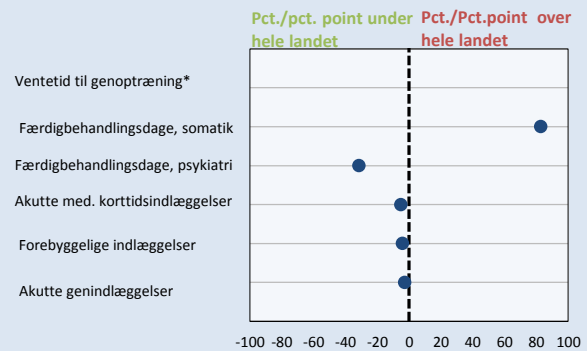
#### ● Ringsted



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

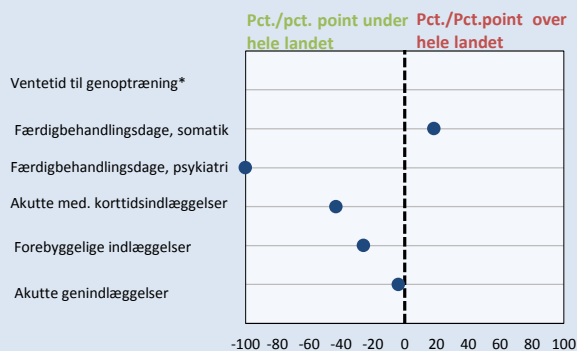
#### ● Rudersdal



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.  
\* Data er ikke vist, da der er mindre end 10 obs.

### Kommunale resultater, 2013

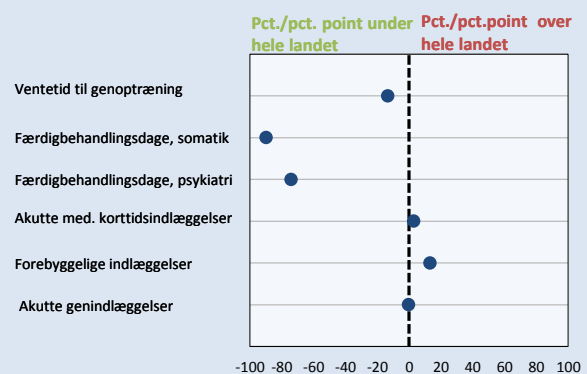
#### ● Samsø



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.  
\* Data er ikke vist, da der er mindre end 10 obs.

### Kommunale resultater, 2013

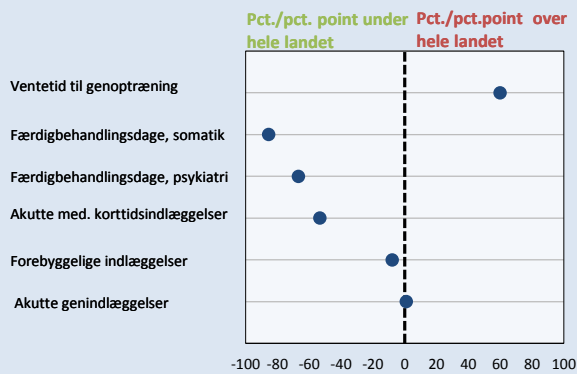
#### ● Silkeborg



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

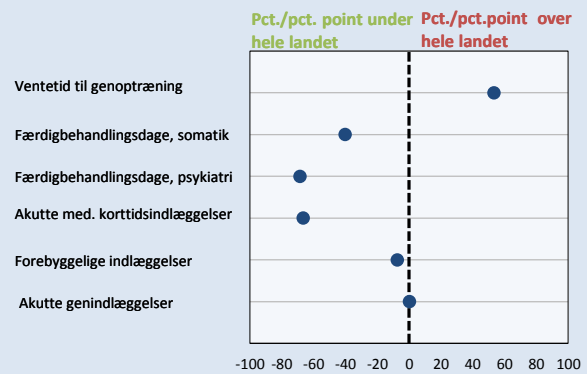
#### ● Slagelse



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

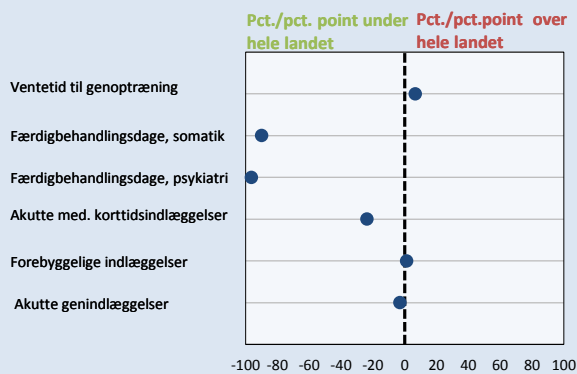
#### ● Svendborg



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

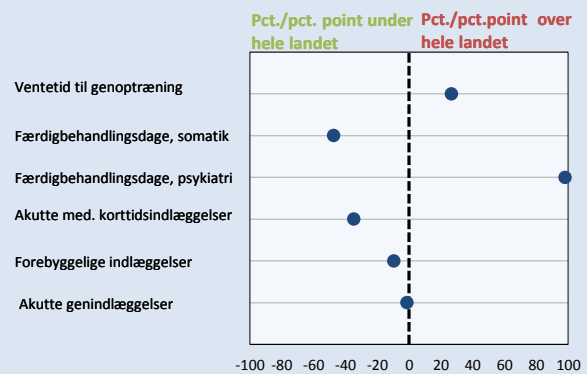
#### ● Vejle



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

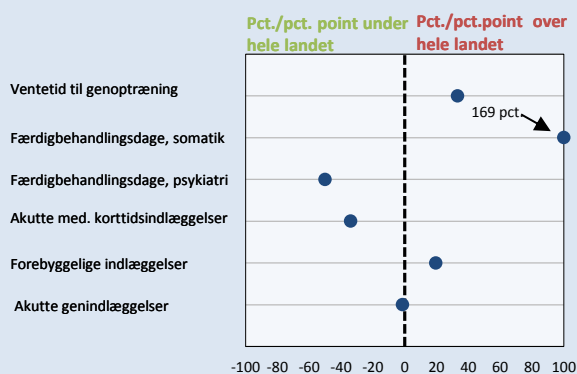
#### ● Aalborg



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

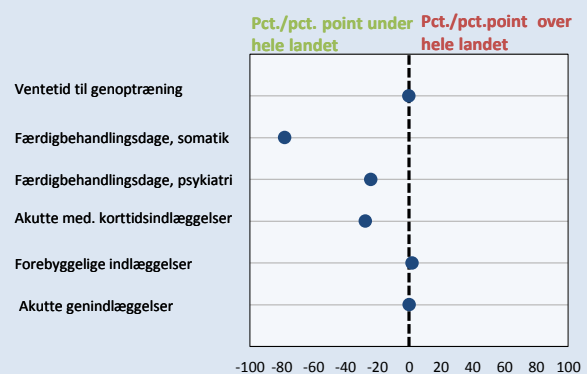
#### ● Dragør



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

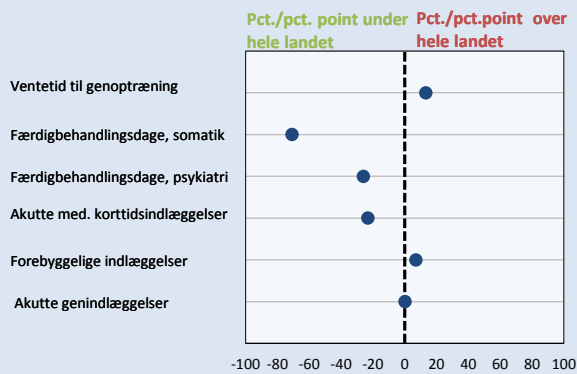
#### ● Frederikshavn



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

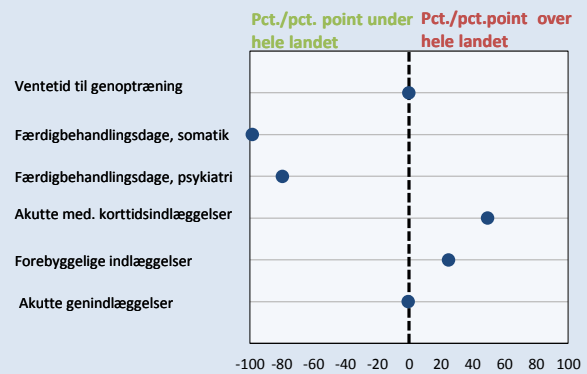
#### ● Hjørring



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

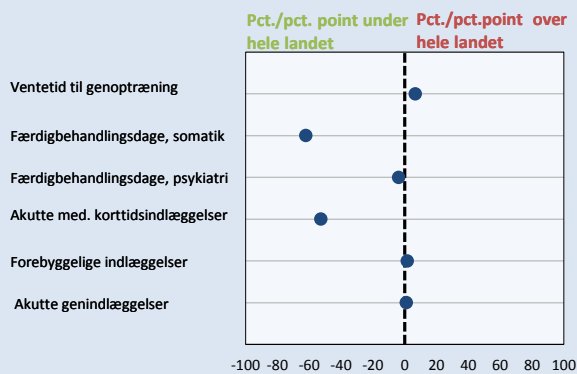
#### ● Horsens



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

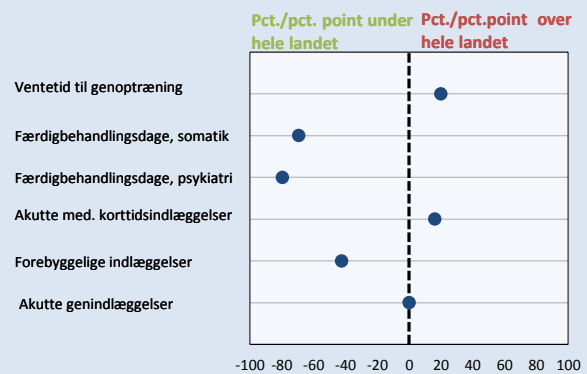
#### ● Lolland



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

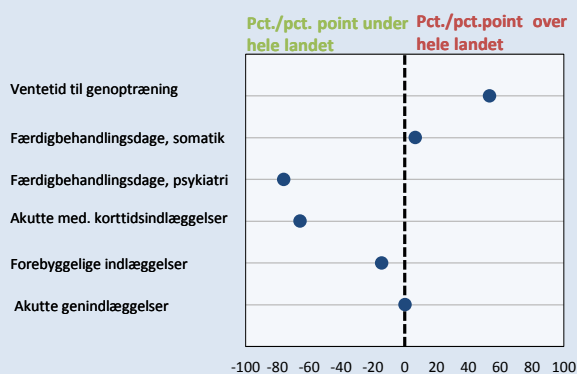
#### ● Mariagerfjord



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

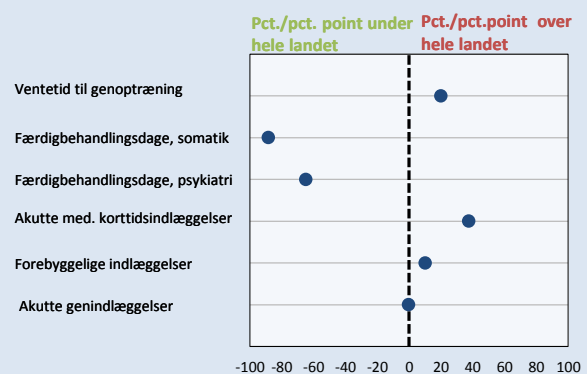
#### ● Nyborg



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

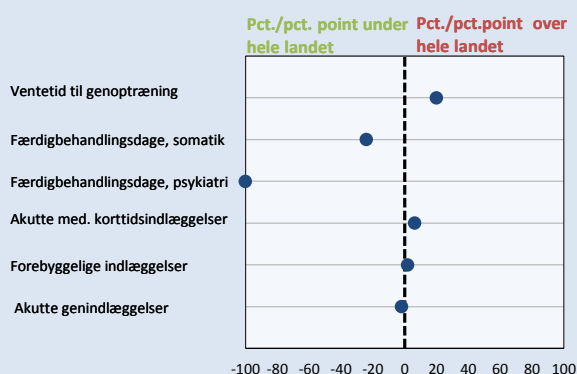
#### ● Næstved



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

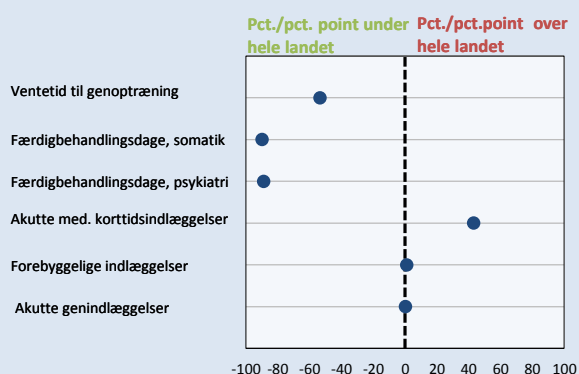
#### ● Odder



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

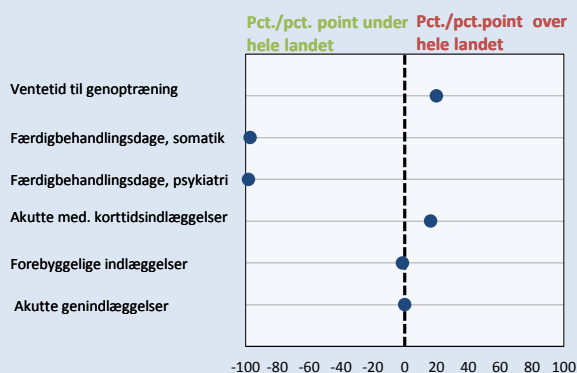
#### ● Randers



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

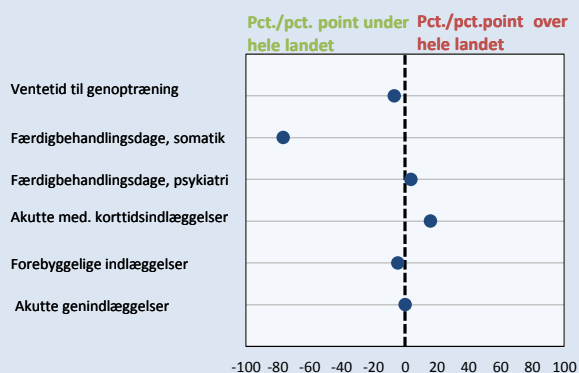
#### ● Skive



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

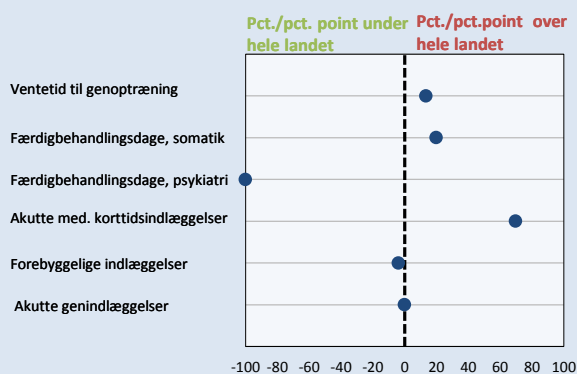
#### ● Sønderborg



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

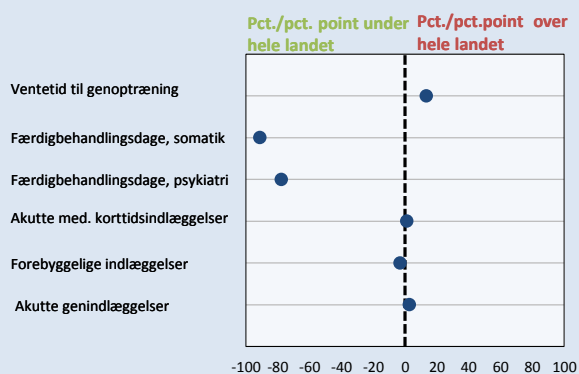
#### ● Vallensbæk



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

#### ● Ærø



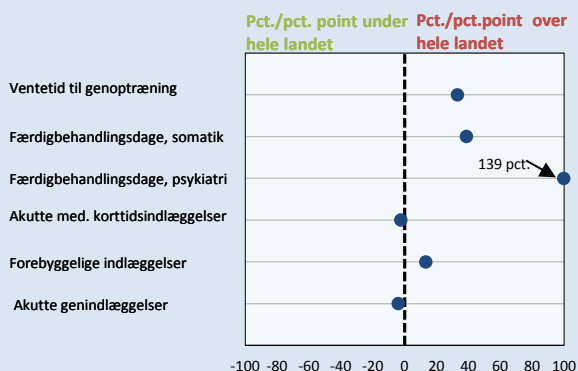
Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.  
Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

## Kommuner med 0-2 resultater bedre end landsresultatet



### Kommunale resultater, 2013

#### ● Gentofte

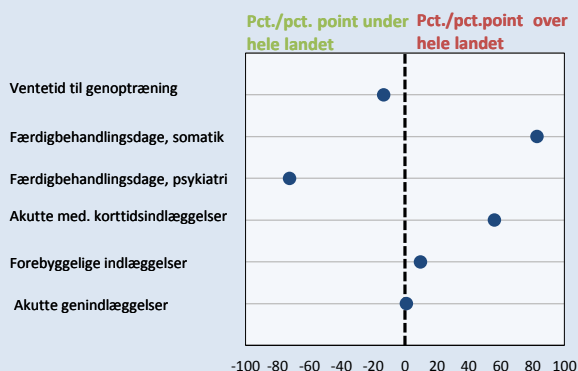


Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.

Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

#### ● Gribskov

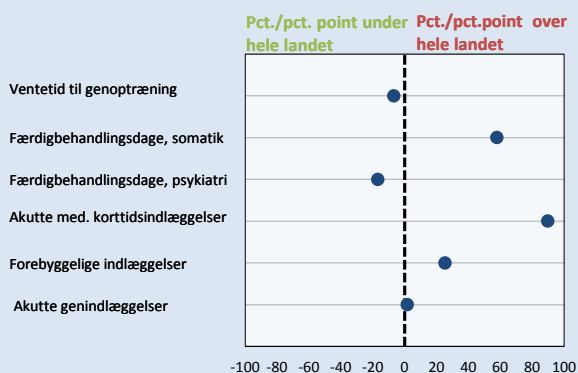


Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.

Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

#### ● Halsnæs

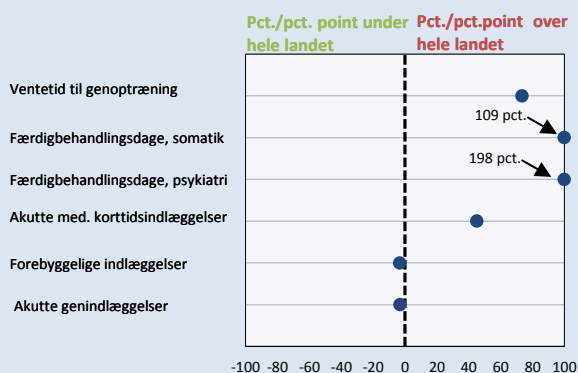


Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.

Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

#### ● Herlev

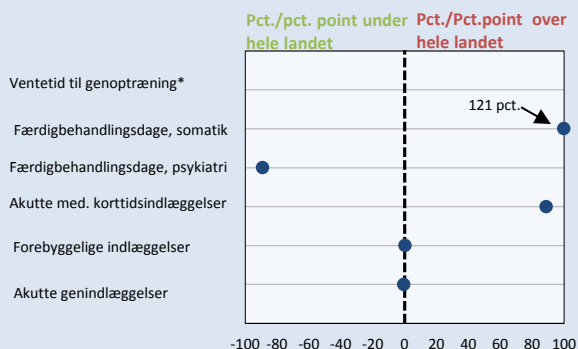


Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.

Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

#### ● Høje-Taastrup



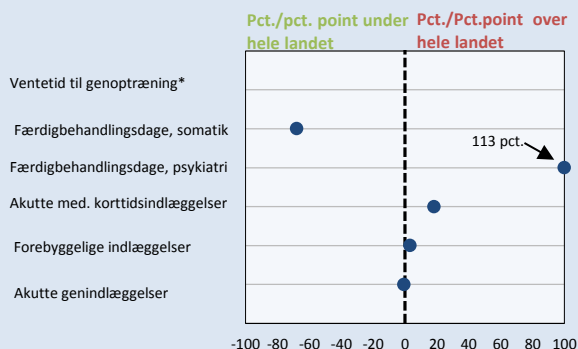
Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.

Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

\* Data er ikke vist, da der er mindre end 10 obs.

### Kommunale resultater, 2013

#### ● Hørsholm



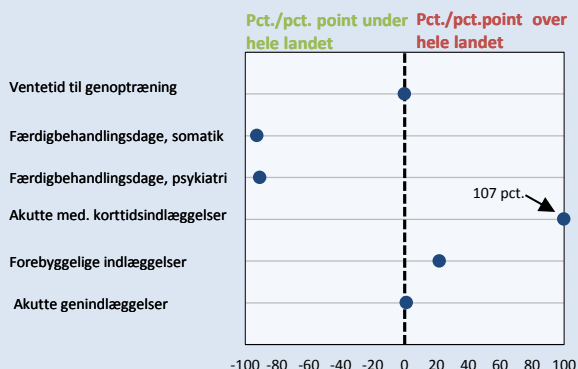
Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.

Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

\* Data er ikke vist, da der er mindre end 10 obs.

### Kommunale resultater, 2013

#### ● Ishøj

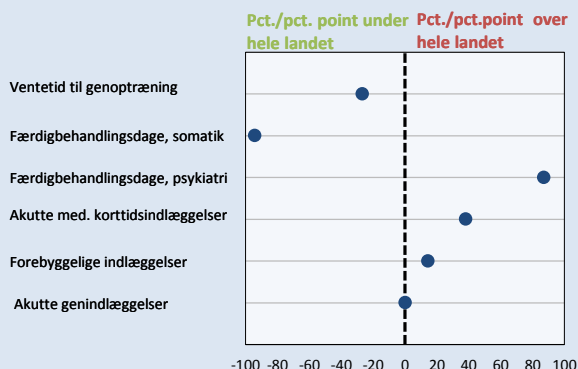


Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.

Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

#### ● Roskilde

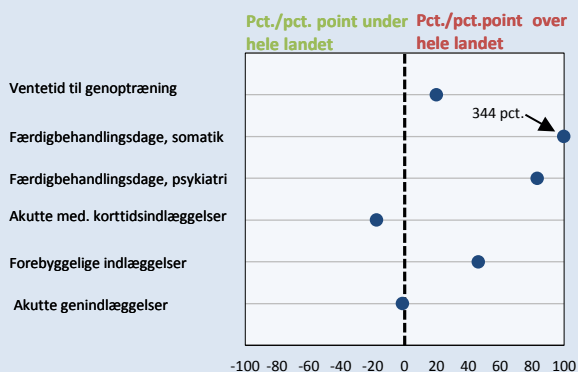


Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.

Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

#### ● Tårnby

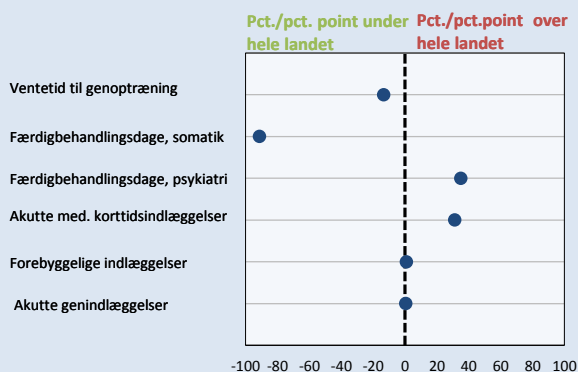


Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.

Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

#### ● Viborg

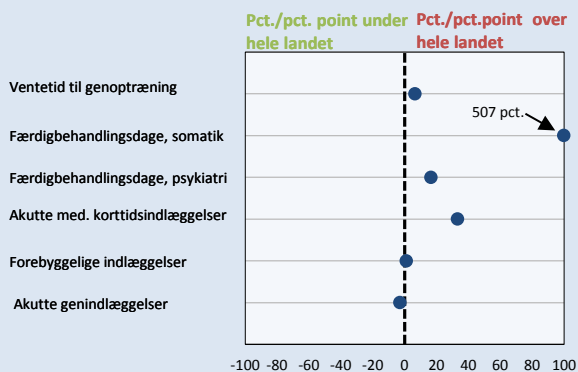


Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.

Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

#### ● Ballerup

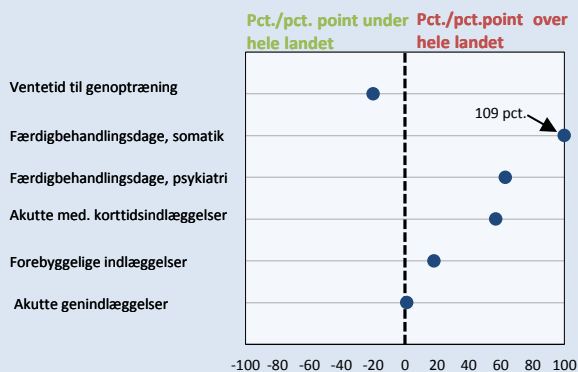


Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.

Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

#### ● Hillerød



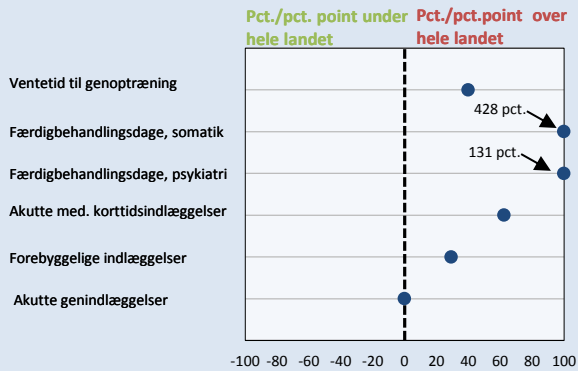
Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.

Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.



### Kommunale resultater, 2013

#### ● Hvidovre

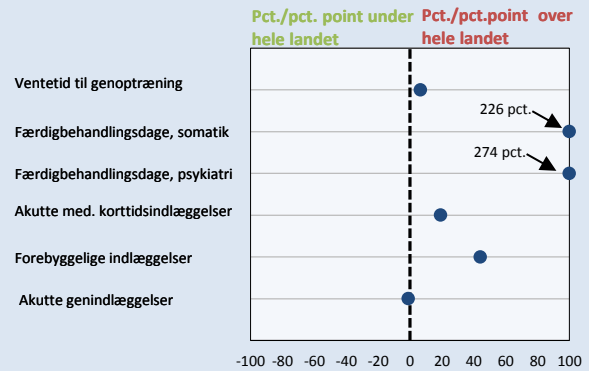


Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.

Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

#### ● København

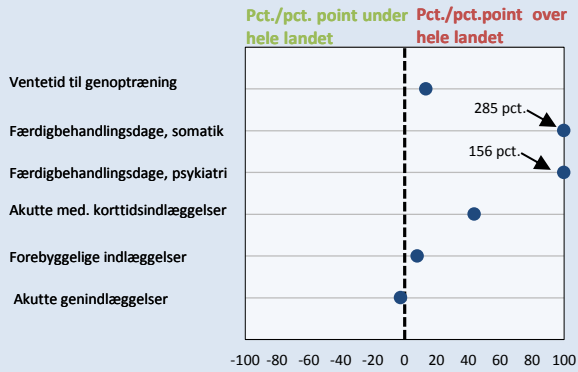


Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.

Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

#### ● Rødovre

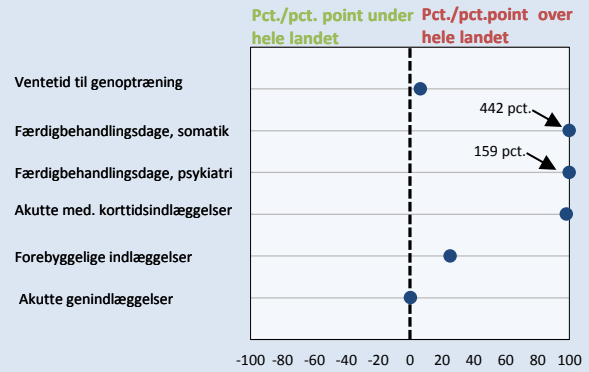


Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.

Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

#### ● Brøndby

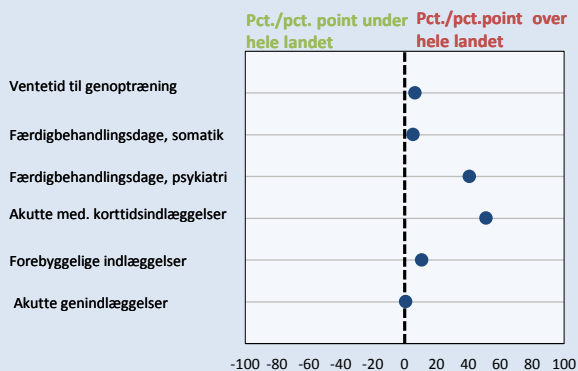


Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.

Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

### Kommunale resultater, 2013

#### ● Helsingør



Kilder: Se indikatorbeskrivelserne i bilagsdelen.

Anm: For akutte genindlæggelser er afvigelsen i forhold til hele landet i pct.point. For øvrige indikatorer er vist afvigelsen i pct.

## Bilag 7: Resultater fra temakapitel om borgere med de kroniske sygdomme leddegigt, KOL og osteoporose

**Tabel 4. Nøgletal beregnet for borgere med leddegigt fordelt efter region, 2013**

Nøgletal	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Gns. for borgere med leddegigt	Gns. for samlet befolkning
Forekomst, antal borgere med udvalgte kroniske sygdomme pr. 1.000 borgere	7,4	7,1	8,1	6,2	9,6	7,4	-
Kontakter til almen praksis, antal pr. 1.000 borgere i den relevante population	14.459	14.832	15.038	12.739	14.303	14.204	6.646
Kontakter til speciallægepraksis, antal pr. 1.000 borgere i den relevante population	1.344	1.768	2.005	2.701	2.106	2.084	981
Ambulante besøg og ydelser på sygehus, antal pr. 1.000 borgere i den relevante population	9.588	9.693	10.628	10.622	8.749	9.963	2.378
Sygehusindlæggelser, antal pr. 1.000 borgere i den relevante population	445	443	435	603	529	499	199
Indlæggelsestid på sygehus, gennemsnit i dage pr. sygehusindlæggelse i den relevante population	5,8	4,5	5,4	4,8	4,8	5,0	3,7
Samlet medicinforbrug købt på recept, Defineret DøgnDosis pr. 1.000 borgere pr. døgn i den relevante population	4.454	4.238	4.226	4.031	4.274	4.179	1.290
Regionale udgifter til medicin købt på recept, kr. pr. borger i den relevante population	3.102	3.190	2.963	3.093	3.266	3.107	976
Akutte genindlæggelser, andel af samlet antal indlæggelser i den relevante population, pct.	9,4	8,4	9,1	8,7	10,3	9,0	7,0
Akutte medicinske korttidsindlæggelser, antal pr.1.000 borgere i den relevante population	51,4	81,5	51,8	115,6	60,2	76,3	31,0
Regionale udgifter til praksissektoren (regionalt tilskud ved behandling), kr. pr. borger i den relevante population	5.324	5.554	5.493	5.918	5.168	5.537	2.109
Regionale udgifter i sygehusvæsenet (produktionsværdi ved behandling, somatik og psykiatri), kr. pr. borger i den relevante population	59.495	50.678	49.785	55.149	51.603	52.697	13.234
Samlede regionale udgifter i praksissektoren, sygehusvæsenet og medicin på recept, kr. pr. borger i den relevante population	67.921	59.422	58.242	64.160	60.037	61.341	16.319
Arbejdsmarkedstilknytning, andel borgere i arbejde i aldersgr. 30-64 år i den relevante population, pct.	51,2	54,4	52,3	52,1	47,2	51,5	71,3

Kilde: Se de enkelte figurer i kapitlet.

**Tabel 5. Nøgletal beregnet for borgere med KOL fordelt efter region, 2013**

Nøgletal	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Gns. for borgere med KOL	Gns. for samlet befolkning
Forekomst, antal borgere med udvalgte kroniske sygdomme pr. 1.000 borgere	29,2	24,9	28,6	24,1	29,9	26,6	-
Kontakter til almen praksis, antal pr. 1.000 borgere i den relevante population	17.041	17.807	18.025	15.849	17.275	17.134	6.646
Kontakter til speciallægepraksis, antal pr. 1.000 borgere i den relevante population	1.181	1.338	1.279	2.246	1.468	1.583	981
Ambulante besøg og ydelser på sygehus, antal pr. 1.000 borgere i den relevante population	5.372	6.818	8.275	7.228	6.387	7.034	2.378
Sygehusindlæggelser, antal pr. 1.000 borgere i den relevante population	714	760	715	908	809	794	199
Indlæggelsestid på sygehus, gennemsnit i dage pr. sygehusindlæggelse i den relevante population	5,6	4,7	5,0	5,1	5,2	5,1	3,7
Samlet medicinforbrug købt på recept, Defineret DøgnDosis pr. 1.000 borgere pr. døgn i den relevante population	6.386	6.261	6.046	5.515	5.827	5.814	1.290
Regionale udgifter til medicin købt på recept, kr. pr. borger i den relevante population	7.683	7.788	7.635	6.659	7.196	7.174	976
Akutte genindlæggelser, andel af samlet antal indlæggelser i den relevante population, pct.	12,8	11,8	14,7	11,7	13,3	12,7	7,0
Akutte medicinske korttidsindlæggelser, antal pr.1.000 borgere i den relevante population	99,3	160,3	103,2	204,9	106,2	143,9	31,0
Regionale udgifter til praksissektoren (regionalt tilskud ved behandling), kr. pr. borger i den relevante population	4.116	4.469	4.291	4.685	4.115	4.391	2.109
Regionale udgifter i sygehusvæsenet (produktionsværdi ved behandling, somatik og psykiatri), kr. pr. borger i den relevante population	41.406	44.463	45.030	52.312	45.853	46.677	13.234
Samlede regionale udgifter i praksissektoren, sygehusvæsenet og medicin på recept, kr. pr. borger i den relevante population	53.205	56.719	56.956	63.656	57.164	58.241	16.319
Arbejdsmarkedstilknytning, andel borgere i arbejde i aldersgruppen 30-64 år i den relevante population, pct.	33,3	36,0	34,1	36,1	34,2	34,9	71,3
Kilde: Se de enkelte figurer i kapitlet.							

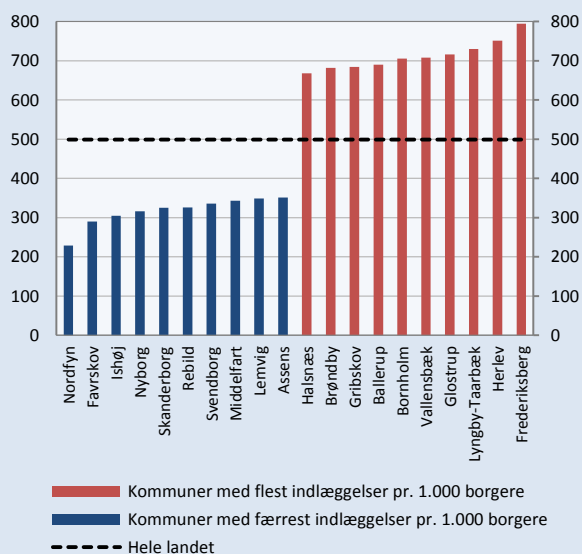
**Tabel 6. Nøgletal beregnet for borgere med osteoporose fordelt efter region, 2013**

Nøgletal	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Gns. for borgere med osteoporose	Gns. for samlet befolkning
Forekomst, antal borgere med udvalgte kroniske sygdomme pr. 1.000 borgere	24,5	24,0	25,4	19,5	17,7	22,0	-
Kontakter til almen praksis, antal pr. 1.000 borgere i den relevante population	15.556	16.029	16.415	14.388	16.139	15.633,0	6.646,0
Kontakter til speciallægepraksis, antal pr. 1.000 borgere i den relevante population	1.262	1.416	1.431	2.490	1.640	1.722,5	980,6
Ambulante besøg og ydelser på sygehus, antal pr. 1.000 borgere i den relevante population	4.981	6.073	7.518	6.615	6.188	6.467	2.378
Sygehusindlæggelser, antal pr. 1.000 borgere i den relevante population	510	537	519	657	650	576	199
Indlæggelsestid på sygehus, gennemsnit i dage pr. sygehusindlæggelse i den relevante population	5,8	4,8	5,3	5,3	5,9	5,3	3,7
Samlet medicinforbrug købt på recept, Defineret DøgnDosis pr. 1.000 borgere pr. døgn i den relevante population	5.150	4.968	4.860	4.349	4.829	4.696	1.290
Regionale udgifter til medicin købt på recept, kr. pr. borger i den relevante population	4.200	4.197	4.272	3.805	4.505	4.094	976
Akutte genindlæggelser, andel af samlet antal indlæggelser i den relevante population	10,1	9,6	12,0	9,6	12,1	10,5	7,0
Akutte medicinske korttidsindlæggelser, antal pr. 1.000 borgere i den relevante population	63,3	104,5	62,9	131,7	73,4	93,3	31,0
Regionale udgifter til praksissektoren (regionalt tilskud ved behandling), kr. pr. borger i den relevante population	4.216	4.622	4.296	5.023	4.404	4.579	2.109
Regionale udgifter i sygehusvæsenet (produktionsværdi ved behandling, somatik og psykiatri), kr. pr. borger i den relevante population	34.013	35.427	38.791	42.303	42.735	38.835	13.234
Samlede regionale udgifter i praksissektoren, sygehusvæsen og medicin på recept, kr. pr. borger i den relevante population	42.428	44.246	47.359	51.131	51.643	47.508	16.319
Arbejdsmarkedstilknytning, andel borgere i arbejde i aldersgruppen 30-64 år i den relevante population, pct.	42,9	44,6	40,7	47,6	39,6	43,7	71,3

Kilde: Se de enkelte figurer i kapitlet.

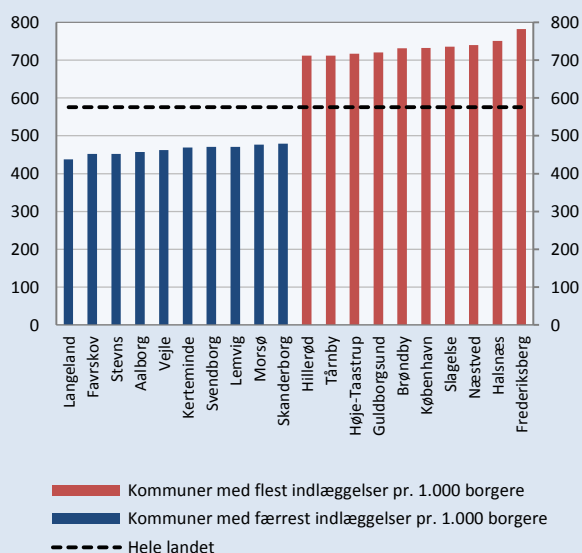
Figur 129

Sygehusindlæggelser for borgere med leddegigt efter lavest og højst placerede kommuner, 2013, antal sygehusindlæggelser pr. 1.000 borgere med leddegigt



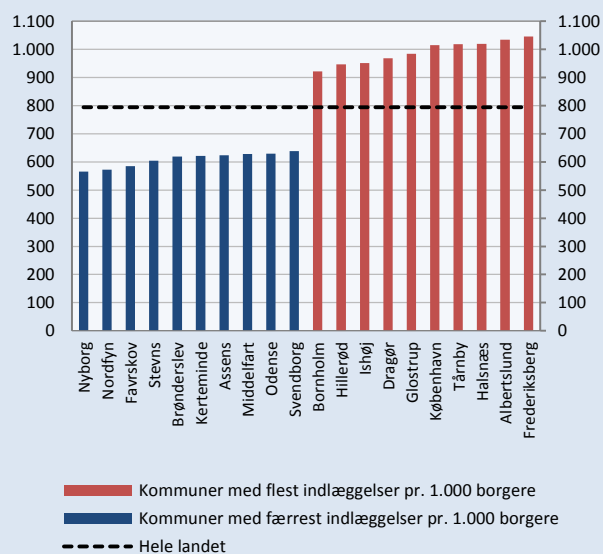
Figur 131

Sygehusindlæggelser for borgere med osteoporose efter lavest og højst placerede kommuner, 2013, antal sygehusindlæggelser pr. 1.000 borgere med osteoporose



Figur 130

Sygehusindlæggelser for borgere med KOL efter lavest og højst placerede kommuner, 2013, antal sygehusindlæggelser pr. 1.000 borgere med KOL

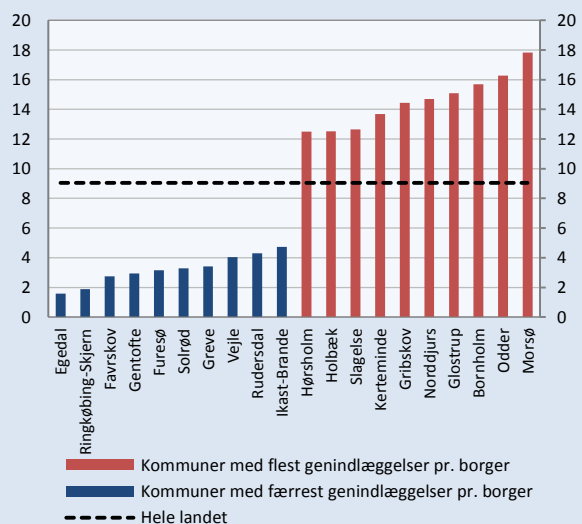


Kilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningsstatistik, Danmarks Statistik.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret. Der vises data for kommuner med over 10.000 indbyggere i 2013.

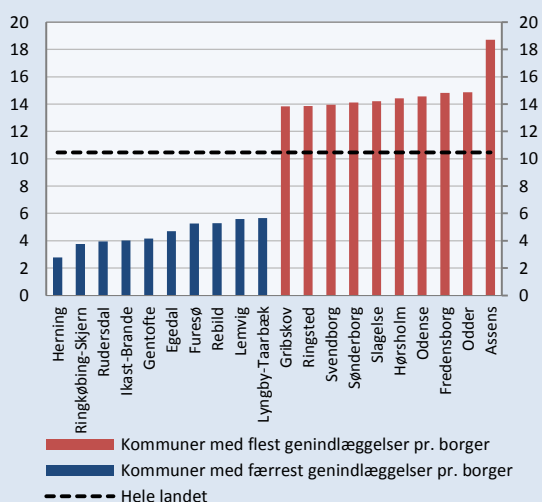
Figur 132

Akutte genindlæggelser for borgere med leddegigt efter lavest og højest placerede kommuner, 2013, andel akutte genindlæggelser i pct. af samlet antal indlæggelser blandt borgere med leddegigt



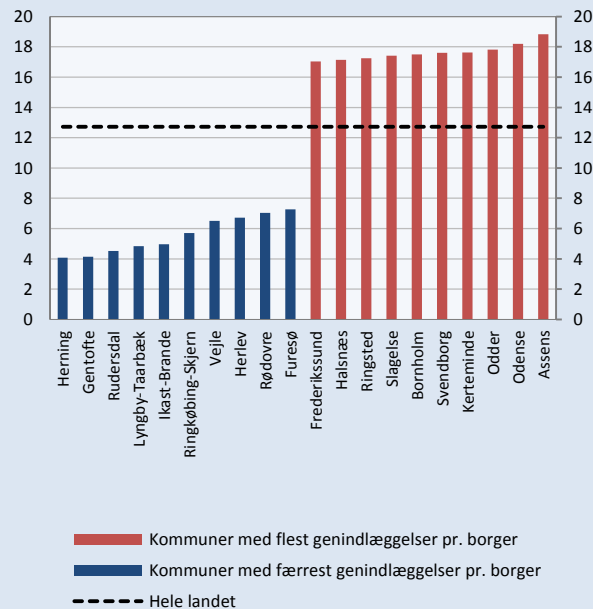
Figur 134

Akutte genindlæggelser for borgere med osteoporose efter lavest og højest placerede kommuner, 2013, andel akutte genindlæggelser i pct. af samlet antal indlæggelser blandt borgere med osteoporose



Figur 133

Akutte genindlæggelser for borgere med KOL efter lavest og højest placerede kommuner, 2013, andel akutte genindlæggelser i pct. af samlet antal indlæggelser blandt borgere med KOL

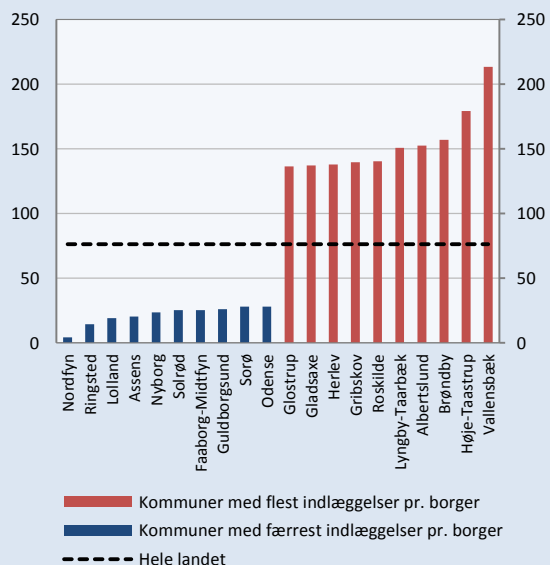


Kilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningsstatistik, Danmarks Statistik.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret. Der vises data for kommuner med over 10.000 indbyggere i 2013.

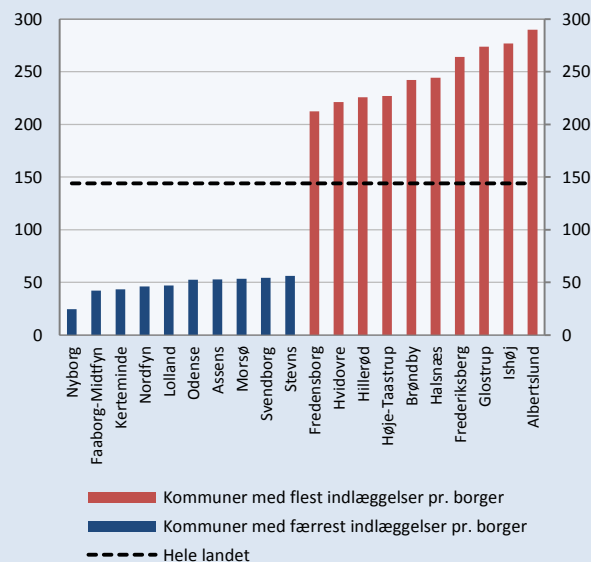
Figur 135

Akutte medicinske korttidsindlæggelser for borgere med leddegigt efter lavest og højest placerede kommuner, 2013, antal akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere med leddegigt



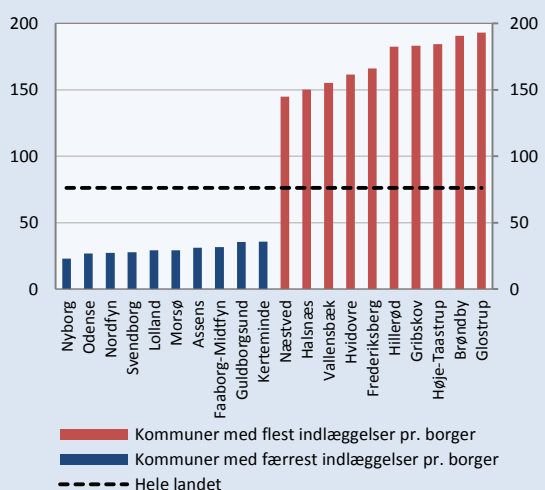
Figur 136

Akutte medicinske korttidsindlæggelser for borgere med KOL efter lavest og højest placerede kommuner, 2013, antal akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere med KOL



Figur 137

Akutte medicinske korttidsindlæggelser for borgere med osteoporose efter lavest og højest placerede kommuner, 2013, antal akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere med leddegigt

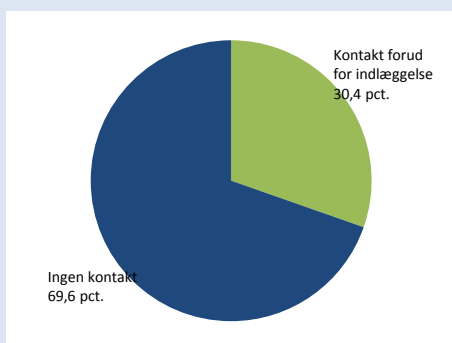


Kilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningstal, Danmarks Statistik.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret. Der vises data for kommuner med over 10.000 indbyggere i 2013.

Figur 138

Sygehusindlæggelser fordelt efter modtagelse af kommunale pleje- og omsorgsydelser op til 10 dage forud for indlæggelsen for borgere med leddegigt, 2013, andel sygehusindlæggelser, pct. af samlet antal sygehusindlæggelser i denne population

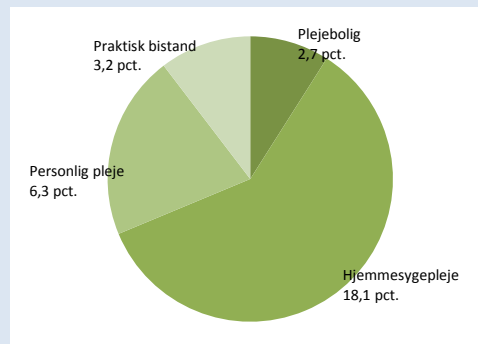


Kilde: Kilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt kommunernes EOJ-data.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret. Der vises data for kommuner med over 10.000 indbyggere i 2013. Gribskov og Kerteminde har mangelfuld registrering, og indgår derfor ikke i opgørelsen.

Figur 139

Fordeling på kommunale kontakttyper op til 10 dage forud for sygehusindlæggelsen for borgere med leddegigt, som har haft kontakt med kommunen, 2013, andel sygehusindlæggelser, pct. af samlet antal sygehusindlæggelser i denne population

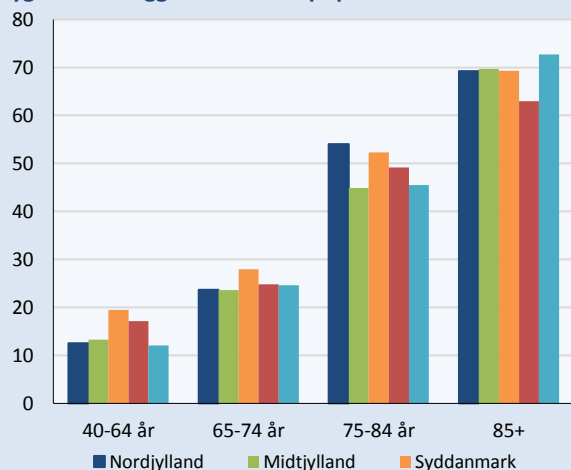


Kilde: Kilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt kommunernes EOJ-data.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret. Der vises data for kommuner med over 10.000 indbyggere i 2013. Gribskov og Kerteminde har mangelfuld registrering, og indgår derfor ikke i opgørelsen. Summen af kontakttyper afviger fra 30,4 pct. grundet afrunding.

Figur 140

Sygehusindlæggelser efter modtagelse af kommunale pleje- og omsorgsydelser op til 10 dage forud for indlæggelsen efter aldersgrupper og region for borgere med leddegigt, som har haft kontakt med kommunen, 2013, andel sygehusindlæggelser, pct. af samlet antal sygehusindlæggelser i denne population

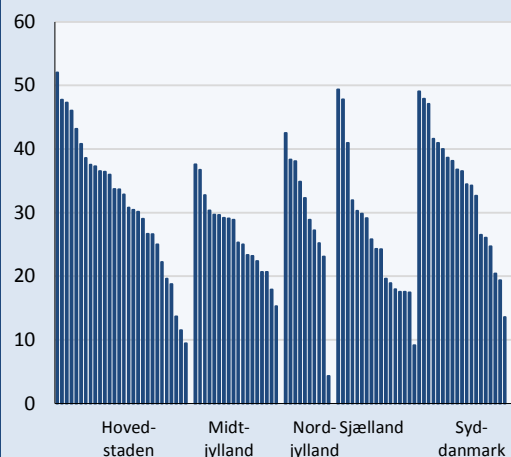


Kilde: Kilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt kommunernes EOJ-data.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret. Der vises data for kommuner med over 10.000 indbyggere i 2013. Gribskov og Kerteminde har mangelfuld registrering, og indgår derfor ikke i opgørelsen.

Figur 141

Sygehusindlæggelser efter modtagelse af kommunale pleje- og omsorgsydelser op til 10 dage forud for indlæggelsen fordelt efter kommune og region for borgere med leddegigt, som har haft kontakt med kommunen, 2013, andel sygehusindlæggelser, pct. af samlet antal sygehusindlæggelser i denne population



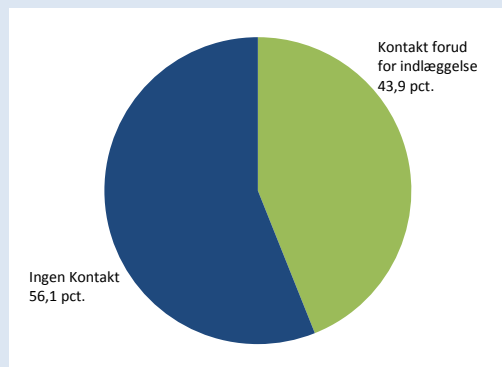
Kilde: Kilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt kommunernes EOJ-data.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret. Der vises data for kommuner med over 10.000 indbyggere i 2013. Gribskov og Kerteminde har mangelfuld registrering, og indgår derfor ikke i opgørelsen.



Figur 142

Sygehusindlæggelser fordelt efter modtagelse af kommunale pleje- og omsorgsydelser op til 10 dage forud for indlæggelsen for borgere med osteoporose, 2013, andel sygehusindlæggelser, pct. af samlet antal sygehusindlæggelser i denne population

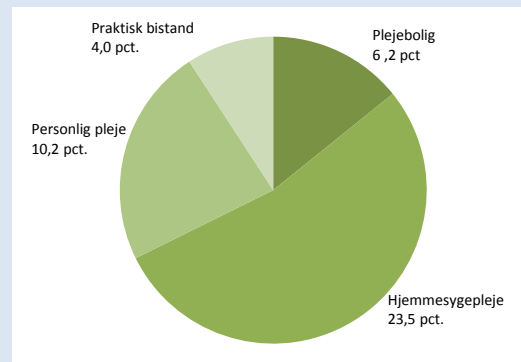


Kilde: Kilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt kommunernes EOJ-data.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret. Der vises data for kommuner med over 10.000 indbyggere i 2013. Gribskov og Kerteminde har mangelfuld registrering, og indgår derfor ikke i opgørelsen.

Figur 143

Fordeling på kommunale kontakttyper op til 10 dage forud for sygehusindlæggelsen for borgere med osteoporose, som har haft kontakt med kommunen, 2013, andel sygehusindlæggelser, pct. af samlet antal sygehusindlæggelser i denne population

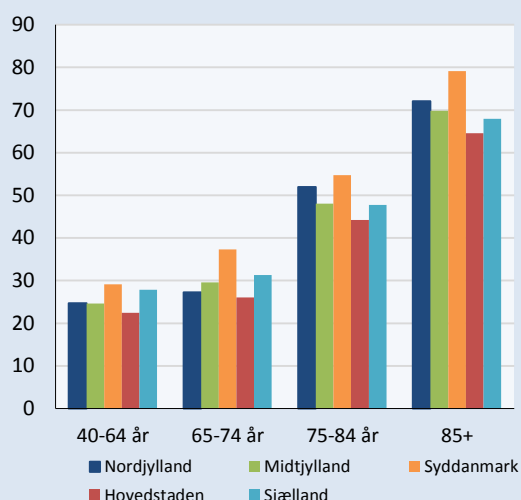


Kilde: Kilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt kommunernes EOJ-data.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret. Der vises data for kommuner med over 10.000 indbyggere i 2013. Gribskov og Kerteminde har mangelfuld registrering, og indgår derfor ikke i opgørelsen.

Figur 144

Sygehusindlæggelser efter modtagelse af kommunale pleje- og omsorgsydelser op til 10 dage forud for indlæggelsen efter aldersgrupper og region for borgere med osteoporose, som har haft kontakt med kommunen, 2013, andel sygehusindlæggelser, pct. af samlet antal sygehusindlæggelser i denne population

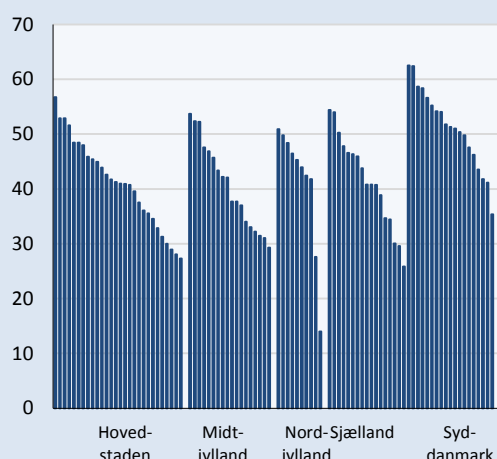


Kilde: Kilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt kommunernes EOJ-data.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret. Der vises data for kommuner med over 10.000 indbyggere i 2013. Gribskov og Kerteminde har mangelfuld registrering, og indgår derfor ikke i opgørelsen.

Figur 145

Sygehusindlæggelser efter modtagelse af kommunale pleje- og omsorgsydelser op til 10 dage forud for indlæggelsen fordelt efter kommune og region for borgere med osteoporose, som har haft kontakt med kommunen, 2013, andel sygehusindlæggelser, pct. af samlet antal sygehusindlæggelser i denne population

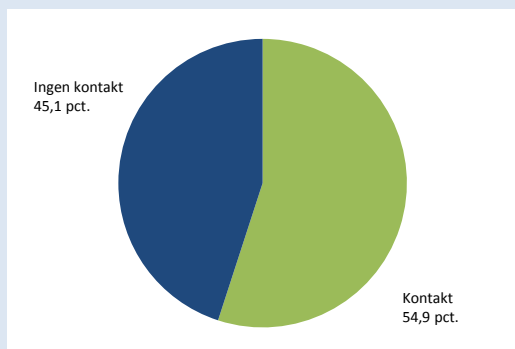


Kilde: Kilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt kommunernes EOJ-data.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret. Der vises data for kommuner med over 10.000 indbyggere i 2013. Gribskov og Kerteminde har mangelfuld registrering, og indgår derfor ikke i opgørelsen.

Figur 146

Akutte medicinske korttidsindlæggelser fordelt efter kontakt til almen praksis inden for to uger forud for korttidsindlæggelsen for borgere med leddegigt, 2013, andel af samlet antal akutte medicinske korttidsindlæggelser i denne population

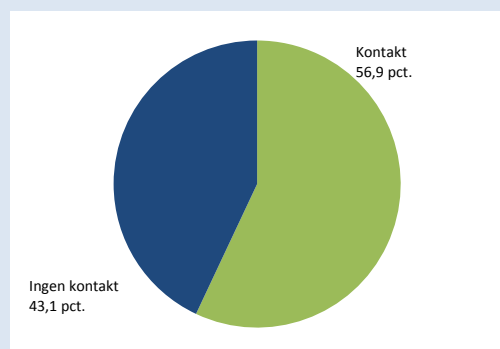


Kilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningstal, Danmarks Statistik.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret. Data vedrører kontakter i dagtid for sygesikringsgruppe 1. For Region Midtjylland er data for 2013 foreløbige grundet en indberetningsfejl.

Figur 148

Akutte medicinske korttidsindlæggelser fordelt efter kontakt til almen praksis inden for to uger forud for korttidsindlæggelsen for borgere med osteoporose, 2013, andel af samlet antal akutte medicinske korttidsindlæggelser i denne population

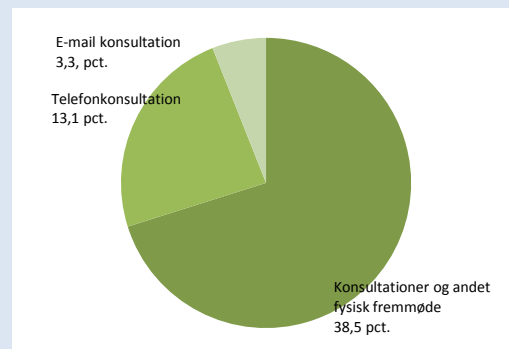


Kilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningstal, Danmarks Statistik.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret. Data vedrører kontakter i dagtid for sygesikringsgruppe 1. For Region Midtjylland er data for 2013 foreløbige grundet en indberetningsfejl.

Figur 147

Akutte medicinske korttidsindlæggelser med kontakt til almen praksis inden for to uger forud for korttidsindlæggelsen for borgere med leddegigt, 2013, andel af samlet antal akutte medicinske korttidsindlæggelser i denne population

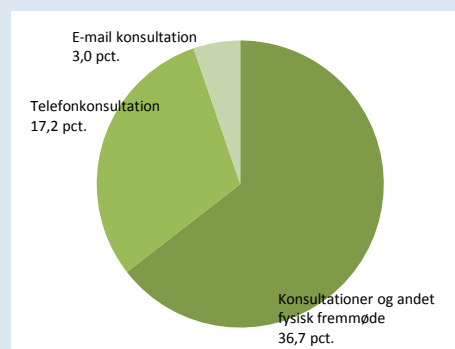


Kilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningstal, Danmarks Statistik.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret. Data vedrører kontakter i dagtid for sygesikringsgruppe 1. For Region Midtjylland er data for 2013 foreløbige grundet en indberetningsfejl.

Figur 149

Akutte medicinske korttidsindlæggelser med kontakt til almen praksis inden for to uger forud for korttidsindlæggelsen for borgere med osteoporose, 2013, andel af samlet antal akutte medicinske korttidsindlæggelser i denne population



Kilde: Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Centrale Personregister, Statens Serum Institut samt befolkningstal, Danmarks Statistik.

Anm.: Data er ikke køns- og aldersstandardiseret. Data vedrører kontakter i dagtid for sygesikringsgruppe 1. For Region Midtjylland er data for 2013 foreløbige grundet en indberetningsfejl.