

2016

INDBLIK I SUNDHEDSVÆSENETS RESULTATER



Indblik i sundhedsvæsenets resultater 2016

KL, Danske Regioner, Finansministeriet og Sundheds- og Ældreministeriet

Indblik i sundhedsvæsenets resultater 2016

Udarbejdet af: Sundhedsdatastyrelsen for KL, Danske Regioner, Finansministeriet og Sundheds- og Ældreministeriet

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

Udgivet af:

Sundheds- og Ældreministeriet

Holbergsgade 6

1057 København K.

Telefon: 72 26 90 00

Telefax: 72 26 90 01

E-post: sum@sum.dk

EAN – lokationsnummer: 5798000362055

Udgave: 1.0

Udgivelsesmåned: Maj 2016

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

Publikationen er tilgængelig på:

<http://www.sum.dk>

Indholdsfortegnelse

RESUMÉ	6
1 INDLEDNING	7
1.1 BAGGRUND OG FORMÅL	7
1.2 OM INDIKATORERNE	8
1.3 LÆSEVEJLEDNING.....	9
2 DET DANSKE SUNDHEDSVÆSEN I NØGLETAL	12
3 INDIKATORER OG RESULTATER I OVERBLIK	14
3.1 DEN SENESTE UDVIKLING PÅ LANDSPLAN	14
3.2 OVERBLIK OVER REGIONALE OG KOMMUNALE FORSKELLE	16
4 FORBEDRINGER I BEFOLKNINGENS SUNDHEDSTILSTAND	20
4.1 FOLKESUNDHED	21
4.2 FASTHOLDELSE AF SYGE PÅ ARBEJDSMARKEDET	34
4.3 FOREBYGGELSE AF UHENSIGTSMÆSSIGE INDLÆGGELSER	36
4.4 PATIENTSIKKERHED	59
4.5 KVALITET I SUNDHEDSVÆSENET	64
5 PATIENTINDDRAGELSE	77
5.1 PATIENTTILFREDSHED	78
5.2 VENTETIDER	83
6 EFFEKTIVITET OG UDGIFTER I SUNDHEDSVÆSENET	92
6.1 ET EFFEKTIVT SUNDHEDSVÆSEN	93
6.2 UDGIFTER I SUNDHEDSVÆSENET.....	100
7 REFERENCER	107
BILAG 1: METODE - INDIKATORER	110

RESUMÉ

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

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.

Følgende beskriver hovedtendenserne i årets rapport, der generelt dækker perioden 2009 til 2015:

- Færre færdigbehandlingsdage i forhold til 2014, hvilket primært kan henføres til et fald i Region Hovedstaden, hvor hovedparten af færdigbehandlingsdage forekommer.
- Generelt uændret niveau i øvrige indikatorer for uhensigtsmæssige indlæggelser (genindlæggelser, forebyggelige indlæggelser blandt ældre og akutte medicinske korttidsindlæggelser), som desuden er præget af regionale og kommunale forskelle.
- Niveaue for sygehusinfektioner (bakteriæmier og chlostridium difficile) er uændret.
- Stadigt stigende kræftoverlevelse (overlevelse 1 år efter kræftdiagnose), men overlevelsen i Danmark er fortsat den laveste i Norden.
- Hjertedødeligheden i Danmark fortsætter med at falde og er samtidigt den laveste i Norden og en af de laveste i Vesteuropa.
- Fortsat fald i ventetid til 1. psykiatriske sygehuskontakt.
- Forbedret produktivitet på sygehusene.

1 INDLEDNING

1.1 BAGGRUND OG FORMÅL

KL, Danske Regioner, Finansministeriet og Sundheds- og Ældreministeriet er enige om en række indikatorer, som har til formål at belyse sundhedsvæsenets resultater, bl.a. i forhold til kvalitet, effektivitet, patientinddragelse og ventetider. Derudover medvirker en række af indikatorerne til at belyse den sammenhængende indsats i sundhedsvæsenet.

Denne rapport beskriver resultaterne for de 46 af i alt 59 indikatorer, som aktuelt er udviklet. 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 kan være mulighed for forbedring, og kan medvirke til et øget ledelsesmæssigt fokus på indsatser, der kan forbedre resultaterne. Systematiske sammenligninger kan desuden bidrage til, at ledere, fagfolk og administratorer i regioner og kommuner kan identificere, hvem de kan hente inspiration hos for at blive bedre.

Rapporten giver desuden 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 sundhedsvæsenets resultater. Åbenhed om resultater kan desuden stimulere offentlige diskussioner og debatter om sundhedsvæsenet.

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.

1.2 OM INDIKATORERNE

De 59 indikatorer er udvalgt med udgangspunkt i målsætningerne om, at sundhedsvæsenet på en og samme tid skal forbedre befolkningens sundhedstilstand, sikre patientinddragelse og opnå lave udgifter pr. borger, jf. boks 1.

Boks 1. Oversigt over indikatorer.

FORBEDRINGER I BEFOLKNINGENS SUNDHED	PATIENTINDDRAGELSE
<p>Folkesundhed Middellevetid Borgere med en eller flere udvalgte kroniske sygdomme Rygere i befolkningen Borgere med højrisikoforbrug af alkohol Overvægtige i befolkningen Borgere med moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden</p> <p>Fastholdelse af syge på arbejdsmarkedet Fastholdelse af syge på arbejdsmarkedet ●</p> <p>Forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser på sygehuse Akutte somatiske genindlæggelser Akutte psykiatriske genindlæggelser* Forebyggelige indlæggelser blandt ældre Akutte medicinske korttidsindlæggelser Akutte psykiatriske korttidsindlæggelser* Dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt (somatik) Dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt (psykiatri) Akutte somatiske indlæggelser blandt borgere med KOL* Akutte somatiske genindlæggelser blandt borgere med KOL* Akutte somatiske indlæggelser blandt borgere med diabetes 2* Akutte somatiske genindlæggelser blandt borgere med diabetes 2*</p> <p>Patientsikkerhed Sygehusdødelighed Skader på patienter ● Sygehusinfektioner (bakteriæmi) Sygehusinfektioner (clostridium difficile)</p> <p>Kvalitet i sundhedsvæsenet Funktionsevne efter kommunal genoptræning ● Reoperation efter diskusprolaps i lænd Reoperation efter diskusprolaps i nakke Akutte genindlæggelser efter dagkirurgi Indlæggelsestid på sygehuse Brug og overholdelse af kliniske retningslinjer ● Dødelighed efter behandling for specifikke sygdomme ● 5-års overlevelse efter kræft Kræftdødelighed Hjertedødelighed</p>	<p>Patienttilfredshed Patienters samlede tilfredshed med indlæggelse (akut) Patienters samlede tilfredshed med indlæggelse (planlagt) Patienters samlede tilfredshed med besøg på sygehus Oplevelse af samarbejde ml. sygehus og kommunal pleje (akut) Oplevelse af samarbejde ml. sygehus og kommunal pleje (planlagt)</p> <p>Ventetider Ventetid til genoptræning i kommuner Ventetid for børn/unge i det psykiatriske sygehusvæsen Ventetid for voksne i det psykiatriske sygehusvæsen Ventetid til sygehusoperation Somatiske patienter udredt inden for 30 dage Udredningsplaner (somatik) udleveret inden for 30 dage</p> <p>Sammenhæng for patienten Rettidigt fremsendte epikriser/udskrivningsbreve ● Rettidigt fremsendte genoptræningsplaner* ● Afstemninger af medicinkort i Fælles Medicin Kort (FMK)* ●</p>
	EFFEKTIVITET OG UDGIFTER
	<p>Et effektivt sundhedsvæsen Antal sygehuskontakter pr. patient Behandlingsintensitet ● Produktivitet på sygehuse Effektiv ressourceanvendelse på sygehuse ● Effektiv ressourceanvendelse i kommuner¹ ● Henvisningsmønster i almen praksis ● Produktivitet i almen praksis ● Genoptræningsplaner for almen genoptræning*</p> <p>Udgifter Samlede sundhedsudgifter pr. borger Regionale sundhedsudgifter pr. borger Kommunale sundhedsudgifter pr. borger Sundhedsudgifter pr. ældre Sundhedsudgifter pr. borger med kronisk sygdom</p>
<p>● Indikatoren er under udvikling eller betingelserne for udvikling er aktuelt ikke opfyldt, herunder f.eks. eksistensen af relevante data. * Indikatoren indgår som en del af monitoreringen af den sammenhængende indsats i sundhedsvæsenet, herunder sundhedsaftalerne.</p> <p>¹ Mulighederne for at opføre 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.</p>	

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 være med til at 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"¹ udtryk for høj klinisk kvalitet samtidig med, at patienten kommer hurtigere hjem fra sygehuset og hurtigere tilbage i sine normale omgivelser, herunder arbejdsmarked mv. Indsatserne understøtter derved typisk mere end én målsætning.

De 46 udviklede indikatorer 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. For mere detaljeret beskrivelse af indikatorer og de bagvedliggende tal og tidsserier henvises til bilagsdelen og til www.eSundhed.dk. Der henvises derudover til *boks 2* for oversigt over de endnu ikke udviklede indikatorer.

Forskellige opdateringstidspunkter giver variation i hyppigheden for offentliggørelse af indikatorerne.

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

1.3 LÆSEVEJLEDNING

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

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 1*.

Endelig indeholder publikationen en bilagsdel, som bl.a. giver en grundig beskrivelse af de bagvedliggende metoder for opgørelse af indikatorer mv.

1.3.1 Præsentation og gennemgang af indikatorer

Indikatorerne under de tre målsætninger og 10 områder præsenteres på to sider. Den første side giver en kort introduktion til indikatoren, herunder definition, og kommenterer kort på udviklingen i indikatoren samt på forskelle i indikatoren mellem enheder (regioner, kommuner og lande).

¹ 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 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 hæfterne.

På den næste side præsenteres indikatorerne i figurer. Såfremt det er muligt og relevant præsenteres de på følgende vis:

- Hele landet, udvikling over tid
- Efter region, seneste år, rangordnet
- Efter kommune, seneste år, kommunekort
- Efter sygehus, seneste år, inddelt efter region og sorteret alfabetisk
- Efter land, seneste år, rangordnet ift. de øvrige lande i sammenligningen

Udviklingen i indikatorerne på landsplan vises som udgangspunkt for perioden 2009 til 2015. 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.

Rangordning af de regionale indikatorværdier indebærer, at en placering øverst i diagrammet som udgangspunkt er et bedre resultat end en lavere placering. Alle regionale værdier rangordnes uanset, om regionerne er myndighedsansvarlige for det område, indikatoren vedrører, eller ej.

I figurerne med regionale værdier vises tillige værdien for hele landet. Dette betyder imidlertid ikke, at hele landets værdi er udtryk for en norm eller en målsætning. Værdien for hele landet er som sådan udelukkende en statistisk værdi. Det er dog valgt at vise værdien for hele landet for at give et indtryk af, hvordan den enkelte region ligger i forhold til landet som helhed.

Formålet med den større detaljeringsgrad ved også at præsentere indikatorerne på sygehusniveau, hvor det er muligt og relevant, er dels at pege på den større variation, som synliggøres når resultaterne vises på sygehusniveau, dels at synliggøre, hvordan de enkelte sygehuse bidrager til regionsresultatet. Endelig kan dette bidrage til konkret videndeling mellem sygehuse og afdelinger.

Bl.a. kan forskelle i patientsammensætning mellem sygehuse have stor betydning for forskelle i resultater mellem sygehuse. Resultaterne på sygehusniveau vises ikke rangordnet og kommenteres ikke.

En række indikatorer præsenteres både med de faktiske værdier og med køns- og aldersstandardiserede værdier. Køns- og aldersstandardiseringen korrigerer for de effekter, som forskellig køns- og aldersstruktur har på indikatorværdierne, hvilket forbedrer sammenligningsgrundlaget.

Gennemgangen af de enkelte indikatorer har en beskrivende karakter. Gennemgangen indeholder ikke analyser af årsagerne til indbyrdes forskelle mellem regioner eller kommuner.

Det er fagfolkene 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 de skyldes andre forhold, f.eks. registreringspraksis eller sociale forskelle og forskelle i patienters sygelighed.

For at sikre udbredelse af bedste praksis, så forbedringspotentialer i forhold til kvalitet kan indfries, kan indikatorerne medvirke til en systematisk videndeling på tværs af kommuner og regioner og til en dialog mellem parterne om forskelle og udvikling i indikatorværdier.

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 del af den patientrettede forebyggelse, som foregår i tilknytning til patientbehandlingen i sygehusvæsenet og i almen praksis, hvor regionerne bl.a. skal samarbejde med kommunerne om indsatsen i forhold til kroniske og langvarigt syge.

Kommunerne har ansvaret for en lang række sundhedsydelser. Det drejer sig bl.a. om den borger- og patientrettede forebyggelse, den brede genoptrænings- og rehabiliteringsindsats, som løbende udvikles for at tage hånd om borgere, der udskrives hurtigere fra sygehusene. Det drejer sig om den specialiserede sygeplejefaglige opfølgning og at sikre en tidlig opsporing af borgere med kroniske sygdomme. Kommunerne har også ansvaret for behandling for alkoholmisbrug og den lægelige behandling for stofmisbrug. Desuden har kommunerne ansvaret for vederlagsfri fysioterapi.

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 bærer et afgørende ansvar for deres levevis og livstil.

2 DET DANSKE SUNDHEDSVÆSEN I NØGLETAL

Sundhedsområdet er det største velfærdsområde i Danmark målt i kroner og ører. I 2014 brugte det offentlige danske sundhedsvæsen næsten 160 mia. kr. på forebyggelse, behandling, medicin, pleje og omsorg, jf. tabel 1.

De fleste af disse, ca. 79 mia. kr., går til sygehusvæsenet, som regionerne har ansvaret for. Derudover går ca. 15 mia. kr. til praksisområdet og ca. 6 mia. kr. til medicintilskud, begge områder, som regionerne også har ansvaret for.

Tabel 1. Det danske sundhedsvæsen i nøgletal

Danske nøgletal	
Udgifter, 2014, mia. kr. (2016-pl)	
Samlet offentlig sundhed ¹	157
- Kommuner ¹	40
Regional sundhed ²	
- Sygehusvæsen	79
- Praksissektoren	15
- Medicintilskud på praksisområdet ³	6
Sundhedspersonale	
Antal fuldtidsbeskæftigede på offentlige sygehuse, 3. kv. 2015	107.074
- heraf læger	15.753
- heraf sygeplejersker	35.832
Antal fuldtidsbeskæftigede praktiserende læger, 2015	3.509
Antal fuldtidsbeskæftigede praktiserende speciallæger, 2015	897
Autoriserede sundhedspersoner i kommunerne ⁴ , 2014	41.842
Borgernes brug af sygehusvæsenet, praktiserende læger og speciallæger	
Borgere i kontakt med det somatiske sygehusvæsen, 2015 (1.000)	2.707
Borgere i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen, 2015 (1.000)	148
Kontakter med praktiserende læger pr. borger, 2015 ⁵	6,7
Kontakter med praktiserende speciallæger pr. borger, 2015	1,0

Kilde: Danmarks Statistik, Kommunernes og Regionernes Løndatakontor og Sundhedsdatastyrelsen.

¹ Er opgjort som det offentlige forbrug på sundhedsområdet og indeholder visse udgifter til kommunal omsorg og pleje, hvoraf en del afholdes på socialområdet.

² Er opgjort som de regionale nettodriftsudgifter til sundhed.

³ Årets priser.

⁴ Tallet omfatter følgende personalegrupper med sundhedsfaglig autorisation: ergo- og fysioterapeuter, sygeplejersker, sundhedsplejersker og sosu-assistenten.

⁵ Tallet omfatter både fysiske kontakter i dagtid (almindelige konsultationer, andet fysisk fremmøde i form af forebyggelse, svangerskab, børneundersøgelser, vaccination mv. og sygebesøg) samt email- og tlf.-konsultationer i dagtid.

Internationale nøgletal		
Udgifter, 2013	Danmark	OECD
Sundhedsudgifter, andel af BNP (pct.) ¹	10,4	8,9
Sundhedsudgifter pr. borger, (kr., købekraftsparitet) ¹	27.237	20.198
Sygehusudgifter pr. borger (kr., købekraftsparitet)	11.624	7.155
Sundhedspersonale, 2013²		
Læger pr. 1.000 borgere	3,6	3,3
Sygeplejersker pr. 1.000 borgere	16,3	9,1
Borgernes brug af praktiserende læger og sygehusvæsenet, 2013		
Årlige lægekonsultationer pr. borger ³	4,7	6,6
Sygehusindlæggelser pr. 1.000 borgere	172	155

Kilde: OECD (2015), Health at a Glance: Europe 2015 og OECD Health Statistics 2015.

¹ Opgørelsen af sundhedsudgifterne fra OECD skal tages med et generelt forbehold som følge af bl.a. indregningen af udgifter ved dr. 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?" [1].

² Tallene omfatter læger og sygeplejersker med patientkontakt. Forskellig organisering af sundhedsopgaver og arbejdsdeling mellem sundhedsfaglige kan påvirke sammenligneligheden af tallene mellem lande.

³ Tal for Danmark er baseret på praktiserende læger og speciallægers konsultationer (ekskl. email og tlf.) og hjemmebesøg.

Omkring 40 mia. kr. (i 2014) går til kommunernes forebyggelse, omsorg og pleje, genoptræning samt misbrugsbehandling. Kommunerne medfinansierer endvidere knapt 21 mia. kr. af det regionale sundhedsvæsen (i 2014).

Sygehusvæsenet er også den del af sundhedsvæsenet, som beskæftiger flest personer. I 2015 var der ca. 107.000 beskæftigede på de offentlige sygehuse til at tage sig af de ca. 2,7 mio. borgere, som årligt er i kontakt med sygehusvæsenet. Af de beskæftigede var ca. 16.000 læger og 36.000 sygeplejersker.

Der er i alt ca. 3.500 fuldtidsbeskæftigede alment praktiserende læger og 900 fuldtidsbeskæftigede 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.

Ca. 42.000 autoriserede sundhedspersoner arbejder i kommunerne. Det drejer sig om sundhedsplejersker, sygeplejersker, sosu-assistenten og ergo- og fysioterapeuter.

3 INDIKATORER OG RESULTATER I OVERBLIK

3.1 DEN SENESTE UDVIKLING PÅ LANDSPLAN

For størstedelen af de opgjorte indikatorer er resultatet enten forbedret eller uændret i forhold til sidste periode, jf. *boks 2*.

For 15 af de udvalgte indikatorer er resultatet på landsplan forbedret i forhold til sidste opgørelsesperiode (som udgangspunkt 2015 i forhold til 2014). Det gælder bl.a. i forhold til indikatorer, der belyser indsatsen mod kræft- og hjertesygdomme - overlevelse og dødelighed. Desuden gør det sig gældende det for de to indikatorer for ventetiderne i det psykiatriske sygehusvæsen. Endelig gælder det også for produktiviteten på sygehuse, som fortsætter med at stige.

For 22 af de udvalgte indikatorer er resultatet på landsplan uændret i forhold til sidste periode. Det gælder bl.a. for en række indikatorer for uhensigtsmæssige indlæggelser, sygehusinfektioner samt for ventetiden til sygehusoperation og til genoptræning i kommuner.

For to indikatorer, Reoperation efter operation for diskusprolaps i lænd samt ambulante patienters tilfredshed med besøg, ses en mindre stigning henholdsvis fald fra 2014 til 2015.

Den skønsmæssige angivelse af den senest observerede udvikling i indikatorerne skal dog betragtes med forbehold, jf. anmærkningerne til *boks 2*.

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

Boks 2. Udvikling på landsplan i indikatorer, 2014-2015

FORBEDRINGER I BEFOLKNINGENS SUNDHED	PATIENTINDDRAGELSE
Folkesundhed	Patienttilfredshed
Middellevetid ↑	Patienters samlede tilfredshed med indlæggelse (akut) ↔
Borgere med en eller flere udvalgte kroniske sygdomme ...	Patienters samlede tilfredshed med indlæggelse (planlagt) ↔
Rygere i befolkningen ¹ ↓	Patienters samlede tilfredshed med besøg på sygehus ↓
Borgere med højrisikoforbrug af alkohol ¹ ↓	Oplevelse af samarb. ml. sygeh. og kommunal pleje (akut) ↔
Overvægtige i befolkningen ¹ ↔	Oplevelse af samarb. ml. sygeh. og kommunal pleje (planlagt) ↔
Borgere med moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden ¹ ↔	
Fastholdelse af syge på arbejdsmarkedet	Ventetider
Fastholdelse af syge på arbejdsmarkedet ●	Ventetid til genoptræning i kommuner ↔
Forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser på sygehuse	Ventetid for børn/unge i det psykiatriske sygehusvæsen ↓
Akutte somatiske genindlæggelser ↔	Ventetid for voksne i det psykiatriske sygehusvæsen ↓
Akutte psykiatriske genindlæggelser* ↔	Ventetid til sygehusoperation ↔
Forebyggelige indlæggelser blandt ældre ↔	Somatiske patienter udredt inden for 30 dage ⁴ ↔
Akutte medicinske korttidsindlæggelser ↔	Udredningsplaner (somatik) udleveret inden for 30 dage ⁴ ↔
Akutte psykiatriske korttidsindlæggelser* ↔	
Dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt, somatik ↓	Sammenhæng for patienten
Dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt, psykiatri ↓	Rettidigt fremsendte epikriser/udskrivningsbreve ●
Akutte somatiske indlæggelser blandt borgere med KOL* ↔	Rettidigt fremsendte genoptræningsplaner* ●
Akutte somatiske genindlæggelser blandt borgere med KOL* ↔	Afstemninger af medicinkort i Fælles Medicin Kort (FMK)* ●
Akutte somatiske indl. blandt borgere med diabetes 2* ↔	
Akutte somatiske genindl. blandt borgere med diabetes 2* ↔	
Patientsikkerhed	EFFEKTIVITET OG UDGIFTER
Sygehusdødelighed ...	Et effektivt sundhedsvæsen
Skader på patienter ●	Antal sygehuskontakter pr. patient ↓
Sygehusinfektioner (bakteriæmier) ↔	Behandlingsintensitet ●
Sygehusinfektioner (clostridium difficile) ↔	Produktivitet på sygehuse ↑
Kvalitet i sundhedsvæsenet	Effektiv ressourceanvendelse på sygehuse ●
Funktionsevne efter kommunal genoptræning ●	Effektiv ressourceanvendelse i kommuner ⁵ ●
Reoperation efter operation for diskusprolaps i lænd ↑	Henvisningsmønster i almen praksis ●
Reoperation efter operation for diskusprolaps i nakke ↓	Produktivitet i almen praksis ●
Akutte genindlæggelser efter dagkirurgi ↔	Genoptræningsplaner for almen genoptræning* ...
Indlæggelsestid på sygehuse ↓	Udgifter pr. borger
Brug og overholdelse af kliniske retningslinjer ●	Samlede sundhedsudgifter pr. borger ...
Dødelighed efter behandling for specifikke sygdomme ●	Regionale sundhedsudgifter pr. borger ...
5-års overlevelse efter kræft ² ↑	Kommunale sundhedsudgifter pr. borger ...
Kræftdødelighed ³ ↓	Sundhedsudgifter pr. ældre ...
Hjertedødelighed ³ ↓	Sundhedsudgifter pr. borger med kronisk sygdom ...
↑↓ Forbedret resultat i forhold til sidste periode (stigning eller fald)	... Angivelse af forbedring eller forværring er ikke meningsfuld eller mulig
↑↓ Forværret resultat i forhold til sidste periode (stigning eller fald)	● Indikatoren er under udvikling eller betingelserne for udvikling er aktuelt ikke opfyldt, herunder f.eks. eksistensen af relevante data.
↔ Ingen ændring i forhold til sidste periode	
¹ 2010-2013 ² 2008-2010 til 2011-2013 ³ 2013-2014	
⁴ Indikatorer vedrørende overholdelse af udredningsretten bygger på en ny monitoringsmodel samt registreringspraksis i regionerne, som fortsat er under indfasning.	
⁵ 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.	
* Indikatoren indgår som en del af monitoreringen af den sammenhængende indsats i sundhedsvæsenet, herunder sundhedsaftalerne.	
Anm.: I forbindelse med måling af udviklingen over tid udgør den seneste udvikling, ændringen fra sidste måling til nyeste måling, alene en mindre del af det samlede billede. Den seneste udvikling afspejler ikke nødvendigvis den overordnede trend, dvs. om udviklingen over en række målinger har en tendens til at være stigende eller faldende. 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. For at tage højde herfor, er der for hver enkelt indikator skønsmæssigt fastlagt kriterier for, hvornår indikatoren tildes et af de anvendte symboler ↑↓, ↑↓, ↔, jf. bilag 1.	

3.2 OVERBLIK OVER REGIONALE OG KOMMUNALE FORSKELLE

De fem regioners og 98 kommunernes værdier for udvalgte indikatorer er sammenfattet i henholdsvis *tabel 2* og *tabel 3*. For regionerne er det angivet, hvordan den enkelte region ligger i forhold til hele landets værdi. Grøn angiver, at regionens værdi er bedre end hele landets værdi ud fra, om en høj eller lav værdi er hensigtsmæssig. Rød angiver, at regionens værdi er dårligere end hele landets værdi, mens grå angiver, at regionens værdi ikke adskiller sig fra hele landets.

For kommunerne er grøn, orange og rød angivet i forhold til, om den enkelte kommune ligger i den øvre del, den midterste del eller den nederste del ud fra, om en høj eller lav værdi på den enkelte indikator er hensigtsmæssig. Kommunerne er sorteret regionsvist og derefter alfabetisk.

Formålet med oversigterne er udelukkende på en simpel og overskuelig måde at præsentere de udvalgte indikatorer på regions- og kommuneniveau. Oversigterne er derfor ikke udtryk for en endelig resultatguide eller rangering af regioner og kommuner efter, hvem der klarer sig bedst, hverken samlet set eller i forhold til den enkelte indikator.

Det er op til den enkelte region eller kommune at vurdere, om de konkrete forskelle er udtryk for reelle forbedringspotentialer, eller om de skyldes andre forhold, f.eks. forskelle i registreringspraksis eller forskelle i borgere og patienters sociale status og sygelighed. Det bemærkes desuden, at statistisk usikkerhed, særligt for kommunerne, kan betyde, at forskelle i indikatorværdier mellem enheder ikke er statistisk signifikante.

Tabel 2. Oversigt over regionernes resultater for udvalgte indikatorer.

	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland	Hele landet
Forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser på sygehuse						
Akutte somatiske genindlæggelser, 2015, pct. af alle indlæggelser	5,5	6,6	5,9	6,3	9,1	6,7
Akutte psykiatriske genindlæggelser, 2015, pct. af alle indlæggelser	15,9	25,6	18,9	24,4	24,7	23,0
Forebyggelige indlæggelser blandt ældre, 2015, antal pr. 1.000 borgere	52,8	55,2	61,0	77,6	61,5	63,5
Akutte medicinske korttidsindlæggelser, 2015, antal pr. 1.000 borgere	11,6	32,4	20,4	42,7	21,9	29,0
Akutte psykiatriske korttidsindlæggelser, 2015, antal pr. 1.000 borgere	1,0	2,0	1,6	3,0	2,7	2,2
Akutte somatiske indlæggelser - KOL, 2015, antal pr. 1.000 borgere	499,4	533,9	485,0	714,5	613,1	582,8
Akutte somatiske genindlæggelser - KOL, 2015, pct. af indlæggelser	9,8	12,3	10,5	12,3	16,6	12,5
Akutte somatiske indlæggelser - diabetes 2, 2015, antal pr. 1.000 borgere	314,7	349,6	303,4	459,3	388,6	373,6
Akutte somatiske genindlæggelser - diabetes 2, 2015, pct. af indlæggelser	8,0	10,0	8,4	10,3	13,2	10,2
Patientikkerhed						
Sygehusinfektioner (bakteriæmier), 2015, antal pr. 10.000 risikodøgn	6,7	7,5	8,9	8,3	7,4	8,0
Sygehusinfektioner (clostridium difficile), 2015, antal pr. 100.000 borgere	61,2	46,9	58,6	88,5	63,3	66,2
Kvalitet i sundhedsvæsenet						
Reoperation efter opr. for diskusprolaps i lænd, 2015, pct. af opr.	3,4	2,3	3,2	3,1	1,3	2,9
Reoperation efter opr. for diskusprolaps i nakke, 2015, pct. af opr.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Akutte genindlæggelser efter dagkirurgi, 2015, andel af dagkirurg opr., pct.	1,7	1,4	1,5	1,5	2,4	1,6
Indlæggelsestid på sygehuse, 2015, dage i gns.	4,2	3,3	3,6	3,4	3,1	3,4
5-års overlevelse efter kræft, 2011-2013, pct. ¹	59	59	60	61	58	59
Patienttilfredshed						
Patients samlede tilfredshed (ambulante), 2015, pct. positive ²	87	87	86	85	85	86
Patients samlede tilfredshed (planlagt indlagte), 2015, pct. positive ²	85	85	83	82	78	82
Patients samlede tilfredshed (akut indlagte), 2015, pct. positive ²	77	77	75	69	68	72
Samarb. mellem sygehus og kom. pleje (planlagt indl.), 2015, pct. positive ²	68	65	67	63	62	64
Samarb. mellem sygehus og kom. pleje (akut indl.), 2015, pct. positive ²	63	62	65	55	57	60
Ventetider						
Ventetid for børn/unge i det psyk. sygehusvæsen, 2015, dage i gns.	33	19	19	26	23	22
Ventetid for voksne i det psyk. sygehusvæsen, 2015, dage i gns.	36	29	21	24	23	25
Ventetid til sygehusoperation, 2014, dage i gns.	66	39	43	52	46	48
Somatiske patienter udredt inden for 30 dage, 4. kv. 2015, pct.	59	72	69	55	73	65
Udredningsplaner (somatik) inden for 30 dage, 4. kv. 2015, pct.	86	91	59	81	91	79
Et effektivt sundhedsvæsen						
Udvikling i antal kontakter pr. sygehuspatient, 2015, ændring ift. 2014, pct.	-3,3	-0,5	-0,6	-2,1	1,8	-1,0
Produktivitetsniveau på sygehuse, 2014, indeks (hele landet=100)	92	100	101	102	98	100

■ Værdi bedre end hele landets værdi ■ Værdi dårligere end hele landets værdi ■ Værdi afviger ikke fra hele landets værdi

Kilde: Se under afsnittene om de enkelte indikatorer.

Anm.: For nærmere beskrivelse af de enkelte indikatorer, se tabel 2 og afsnittene om de enkelte indikatorer. Statistisk usikkerhed medfører, at forskelle mellem regioner i indikatorværdier kan ligge inden for den statistiske usikkerhed. Akutte genindlæggelser, forebyggelige indlæggelser, akutte medicinske korttidsindlæggelser, akutte indlæggelser blandt borgere med KOL/diabetes type 2, akutte genindlæggelser blandt borgere med KOL/diabetes type 2 samt akutte genindlæggelser efter dagkirurgi er køns- og aldersstandardiseret. Kræftoverlevelse er aldersstandardiseret.

1 Der er ved angivelse af placering taget hensyn til statistisk usikkerhed.

2 Der er ved angivelse af placering taget hensyn til statistisk usikkerhed. Placeringen er foretaget ud fra en gennemsnitsscore på svarkalaen og ikke ud fra andelen af positive.

Tabel 3 – del I. Oversigt over kommunernes resultater for udvalgte indikatorer, Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark

	Akutte somatiske genindlæggelser, andel af alle indlæggelser, pct.	Akutte psykiatriske genindlæggelser, andel af alle indlæggelser, pct.	Forebyggelige indlæggelser blandt ældre, antal pr. 1.000 ældre	Akutte medicinske korttidsindlæggelser, antal pr. 1.000 borgere	Akutte psykiatriske korttidsindlæggelser, antal pr. 1.000 borgere	Somatiske færdigbehandlings-dage, antal pr. 1.000 borgere	Psykiatriske færdigbehandlings-dage, antal pr. 1.000 borgere	Akutte indlæggelser - KOL, antal pr. 1.000 borgere med KOL	Akutte genindlæggelser - KOL, andel af indlæggelser - KOL, pct.	Akutte indlæggelser - Diabetes type 2, antal pr. 1.000 borgere med Diabetes type 2	Akutte genindlæggelser - Diabetes type 2, andel af indlæggelser - Diabetes type 2, pct.	Ventetid til genoptræning i kommuner, median, dage
Region Nordjylland												
Brønderslev	3,7	21,7	55,1	11,2	1,0	0,7	3,3	437	4,7	263	4,2	14
Frederikshavn	1,8	17,8	57,2	10,5	1,2	1,7	3,0	470	1,8	299	2,3	11
Hjørring	2,6	17,5	63,3	12,1	0,9	0,9	4,5	521	1,9	316	2,4	-
Jammerbugt	5,4	12,4	63,7	12,2	0,9	3,8	3,2	525	10,6	340	8,7	18
Mariagerfjord	7,7	11,9	32,7	14,2	0,9	2,3	2,6	491	14,6	320	13,4	19
Morsø	8,3	14,8	72,6	10,5	1,0	0,2	0,6	637	13,2	445	12,0	15
Rebild	6,6	11,8	36,2	11,5	1,0	1,3	2,9	502	15,6	334	9,2	8
Thisted	8,1	9,3	85,5	8,6	0,8	0,3	2,1	705	17,9	423	11,7	13
Vesthimmerlands	6,2	16,7	30,9	11,9	1,1	1,4	0,1	433	10,8	300	10,9	12
Aalborg	5,8	16,6	45,4	12,2	1,0	7,1	8,3	458	10,2	284	8,1	18
Region Midtjylland												
Favrskov	8,7	28,3	50,5	46,0	1,5	0,1	0,0	518	16,7	371	14,0	9
Hedensted	7,0	39,4	65,5	39,9	2,5	0,6	0,0	541	18,3	324	11,1	11
Herring	4,0	22,4	43,3	17,9	1,0	1,3	0,8	462	4,7	312	3,8	12
Holstebro	4,8	11,8	67,3	27,3	0,6	0,5	0,3	589	9,6	382	7,5	16
Horsens	8,0	33,0	73,8	50,1	3,3	0,8	0,4	565	16,3	391	11,6	14
Ikast-Brande	4,2	18,1	51,4	18,7	0,8	0,4	0,1	490	5,5	303	2,7	14
Lemvig	5,3	30,8	56,2	24,8	1,3	1,6	14,9	570	8,6	375	8,8	4
Norddjurs	8,6	26,3	47,5	53,7	2,1	0,2	0,3	499	13,8	354	12,6	13
Odder	7,3	24,8	64,9	36,0	1,5	2,1	1,6	530	11,5	297	8,7	20
Randers	10,2	23,1	53,3	58,7	2,0	0,2	5,0	599	17,6	398	18,1	13
Ringkøbing-Skjern	4,1	19,2	49,0	16,9	0,7	0,5	0,5	513	6,0	312	5,0	11
Silkeborg	7,6	20,5	59,0	34,1	1,3	0,4	2,1	574	15,1	393	11,1	13
Skanderborg	6,2	33,1	57,2	35,5	1,9	0,1	0,0	492	12,3	323	10,8	12
Skive	7,4	14,8	44,2	17,6	1,3	0,3	1,6	543	11,5	369	9,6	14
Struer	5,1	17,8	54,4	27,1	0,4	0,7	2,2	540	8,4	311	6,7	11
Syddjurs	8,8	16,7	49,9	45,5	1,1	0,7	0,9	532	16,4	376	11,8	11
Viborg	8,2	19,2	40,8	18,4	2,2	0,3	3,7	622	14,7	372	10,7	15
Aarhus	5,2	30,8	60,5	29,3	3,0	5,3	6,5	490	9,8	324	9,0	16
Region Syddanmark												
Assens	6,9	13,3	51,0	11,5	1,1	2,6	0,0	397	12,3	268	11,7	15
Billund	7,3	16,1	72,6	32,1	1,5	0,2	3,5	470	11,7	279	9,3	19
Esbjerg	9,3	16,7	84,0	36,8	2,5	1,3	3,1	593	15,5	353	12,4	15
Fredericia	2,7	17,0	70,5	28,8	1,0	1,1	0,1	495	5,8	325	3,9	28
Faaborg-Midtfyn	6,9	19,8	43,7	10,6	1,5	0,8	0,0	384	12,4	262	10,1	19
Haderslev	2,2	21,3	49,1	9,0	1,7	3,7	4,8	552	1,7	319	1,2	9
Kerteminde	7,5	30,7	55,2	9,5	2,7	4,1	0,0	465	13,8	306	11,0	-
Kolding	1,7	16,0	76,3	26,5	1,1	0,9	0,3	522	2,4	317	1,8	28
Langeland	6,8	14,8	55,5	10,0	0,9	0,8	0,0	473	13,7	308	11,4	16
Middelfart	3,6	24,0	67,3	23,8	1,7	0,5	4,8	474	5,7	291	3,4	21
Nordfyns	7,3	18,1	54,6	11,6	1,6	9,2	0,0	419	15,6	279	12,3	18
Nyborg	6,8	17,5	47,4	12,0	1,4	3,6	0,8	437	12,6	284	9,6	17
Odense	7,6	19,7	60,0	13,1	1,9	1,5	1,3	433	16,8	273	12,3	18
Svendborg	6,8	28,0	49,1	11,2	2,2	1,1	2,5	418	12,6	273	10,5	19
Sønderborg	6,2	19,3	58,7	34,8	1,2	0,7	1,9	510	12,1	340	11,0	9
Tønder	2,9	14,0	48,3	8,9	1,1	3,5	4,8	480	2,4	283	2,9	27
Varde	8,9	11,5	63,8	27,4	1,1	1,0	0,0	517	14,9	308	12,0	9
Vejen	5,4	15,3	63,5	27,0	1,0	0,2	0,0	463	10,0	332	8,2	13
Vejle	3,9	18,9	67,5	26,1	1,3	0,8	0,3	515	6,4	313	5,7	14
Aabenraa	2,3	13,7	51,2	8,7	0,9	4,0	2,7	565	1,2	330	1,0	16

■ Placering i øvre del
 ■ Placering i midterste del
 ■ Placering i nedre del

Kilde: Se under afsnittene om de enkelte indikatorer.

Anm.: For nærmere beskrivelse af de enkelte indikatorer, se tabel 2 og afsnittene om de enkelte indikatorer. Statistisk usikkerhed medfører, at forskelle mellem kommuner i indikatorværdier kan ligge inden for den statistiske usikkerhed. Akutte genindlæggelser, forebyggelige indlæggelser og akutte medicinske korttidsindlæggelser er køns- og aldersstandardiseret. "-" = Færre end 20 genoptræningsforløb.

Tabel 3 – del II. Oversigt over kommunernes resultater for udvalgte indikatorer, Region Hovedstaden, Region Sjælland og fire ø-kommuner

	Akutte somatiske genindlæggelser, andel af alle indlæggelser, pct.	Akutte psykiatriske genindlæggelser, andel af alle indlæggelser, pct.	Forebyggelige indlæggelser blandt ældre, antal pr. 1.000 ældre	Akutte medicinske korttidsindlæggelser, antal pr. 1.000 borgere	Akutte psykiatriske korttidsindlæggelser, antal pr. 1.000 borgere	Somatiske færdigbehandlings-dage, antal pr. 1.000 borgere	Psykiatriske færdigbehandlings-dage, antal pr. 1.000 borgere	Akutte indlæggelser - KOL, antal pr. 1.000 borgere med KOL	Akutte genindlæggelser - KOL, andel af indlæggelser - KOL, pct.	Akutte indlæggelser - Diabetes type 2, antal pr. 1.000 borgere med Diabetes type 2	Akutte genindlæggelser - Diabetes type 2, andel af indlæggelser - Diabetes type 2, pct.	Ventetid til genoptræning i kommuner, median, dage
Region Hovedstaden												
Albertslund	7,7	23,3	89,4	62,7	4,1	5,8	9,3	762	14,5	518	12,7	15
Allerød	6,7	26,0	57,4	41,5	1,7	4,4	0,9	582	15,9	390	12,5	11
Ballerup	4,9	35,9	72,9	46,9	6,0	13,2	4,5	673	7,7	431	7,3	15
Bornholm	6,5	12,6	69,3	43,7	0,9	1,5	0,1	690	13,6	436	9,8	19
Brøndby	6,4	27,8	96,3	63,9	5,0	42,9	5,9	832	12,3	498	10,0	21
Dragør	4,5	13,7	67,9	21,4	0,6	7,8	6,3	593	9,3	407	6,5	15
Egedal	4,7	31,2	56,7	37,5	1,6	30,8	1,7	610	6,4	402	7,9	-
Fredensborg	9,3	30,7	74,9	51,4	3,3	10,3	7,4	667	16,3	459	17,3	14
Frederiksberg	6,8	22,0	88,5	41,2	1,3	0,3	1,8	777	12,9	445	9,9	21
Frederikssund	10,1	22,8	85,6	64,2	2,6	7,2	5,3	757	20,1	502	15,2	13
Furesø	2,9	18,8	54,8	30,8	2,0	32,2	3,4	561	3,3	349	2,8	9
Gentofte	2,5	21,8	69,6	26,7	2,2	21,1	2,2	592	2,3	392	2,7	11
Gladsaxe	4,9	23,0	74,6	44,6	3,8	7,9	0,9	662	8,4	454	6,9	36
Glostrup	7,6	28,8	84,2	65,9	5,3	4,5	0,0	811	11,7	517	11,6	11
Gribskov	9,6	20,1	74,4	55,2	2,2	10,2	1,1	737	19,4	514	15,7	-
Halsnæs	10,2	18,6	87,5	63,4	2,9	8,7	2,5	839	21,1	553	16,5	14
Helsingør	9,7	35,1	74,2	51,1	4,6	9,6	4,0	684	17,0	454	13,4	16
Herlev	4,8	23,0	83,0	48,9	3,8	28,0	2,0	710	9,5	463	6,4	37
Hillerød	10,1	26,3	72,5	57,6	3,4	13,0	6,7	773	16,3	480	16,4	20
Hvidovre	6,1	16,3	89,8	55,6	1,8	39,4	4,5	666	11,1	475	10,5	17
Høje-Taastrup	6,8	31,6	87,1	62,1	4,1	3,9	1,4	828	12,9	494	10,6	-
Hørsholm	7,1	19,1	59,3	44,2	1,8	2,5	0,0	611	12,0	389	10,9	12
Ishøj	7,3	27,0	105,7	66,1	2,5	1,0	8,3	890	15,6	601	11,8	14
København	6,6	24,1	87,9	38,1	3,2	12,9	11,4	755	13,4	467	10,8	15
Lyngby-Taarbæk	2,6	26,9	63,5	29,6	2,9	25,0	0,6	577	2,0	410	1,8	12
Rudersdal	3,0	23,5	58,5	28,1	2,0	19,5	0,9	503	2,2	380	1,7	14
Rødovre	4,3	20,6	75,2	46,1	3,1	30,2	5,5	621	6,8	433	5,8	15
Tårnby	5,6	18,4	89,6	23,3	1,3	51,8	7,1	704	10,2	513	9,4	14
Vallensbæk	6,2	31,0	68,8	53,9	2,7	21,8	0,3	802	13,9	466	9,4	13
Region Sjælland												
Faxe	8,5	29,7	63,4	19,4	1,6	0,4	2,1	558	16,0	376	13,8	6
Greve	8,4	23,7	64,7	18,3	1,1	1,9	0,0	541	13,4	344	11,7	11
Guldborgsund	9,3	25,9	56,0	10,0	3,6	1,1	0,8	646	18,2	401	11,8	15
Holbæk	7,8	23,0	75,1	20,0	2,0	6,3	1,8	670	14,6	408	10,9	15
Kalundborg	7,9	23,7	61,1	18,1	2,1	1,1	0,9	583	14,9	384	12,1	16
Køge	9,3	25,4	66,3	12,6	1,8	7,4	2,4	577	15,7	373	12,2	10
Lejre	7,3	23,1	58,9	27,1	2,4	2,5	0,4	603	10,6	384	14,2	-
Lolland	9,3	19,8	54,6	9,3	2,7	1,5	3,0	636	15,1	400	14,9	13
Næstved	9,5	33,1	66,2	44,1	3,6	1,3	0,9	692	19,4	465	14,4	13
Odsherred	7,5	16,5	64,2	19,4	2,7	1,7	1,4	615	12,1	378	11,3	14
Ringsted	8,5	8,8	57,7	15,0	1,5	1,2	1,3	529	13,7	353	12,2	12
Roskilde	8,2	25,7	68,2	39,5	2,2	0,1	9,3	675	14,2	415	10,1	-
Slagelse	10,7	19,0	62,7	14,9	3,4	0,5	0,2	660	20,2	401	14,7	17
Solrød	7,9	15,5	54,6	13,1	0,8	2,5	0,0	487	12,7	311	13,4	6
Sorø	8,4	14,4	58,3	15,5	2,7	0,5	0,0	591	15,8	340	11,0	11
Stevns	8,6	15,1	52,6	10,7	0,9	1,4	0,7	518	15,2	354	13,5	-
Vordingborg	8,0	30,9	46,1	35,5	4,1	1,3	9,8	521	11,6	365	11,5	10
Fire ø-kommuner												
Læsø	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8
Samsø	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fanø	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ærø	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14

■ Placering i øvre del ■ Placering i midterste del ■ Placering i nedre del

Kilde: Se under afsnittene om de enkelte indikatorer.

Anm.: For nærmere beskrivelse af de enkelte indikatorer, se tabel 2 og afsnittene om de enkelte indikatorer. Statistisk usikkerhed medfører, at forskelle mellem kommuner i indikatorværdier kan ligge inden for den statistiske usikkerhed. Akutte genindlæggelser, forebyggelige indlæggelser og akutte medicinske korttidsindlæggelser er køns- og aldersstandardiseret. "-" = kommuner med færre end 10.000 indbyggere eller færre end 20 genoptræningsforløb.

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 – f.eks. 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.

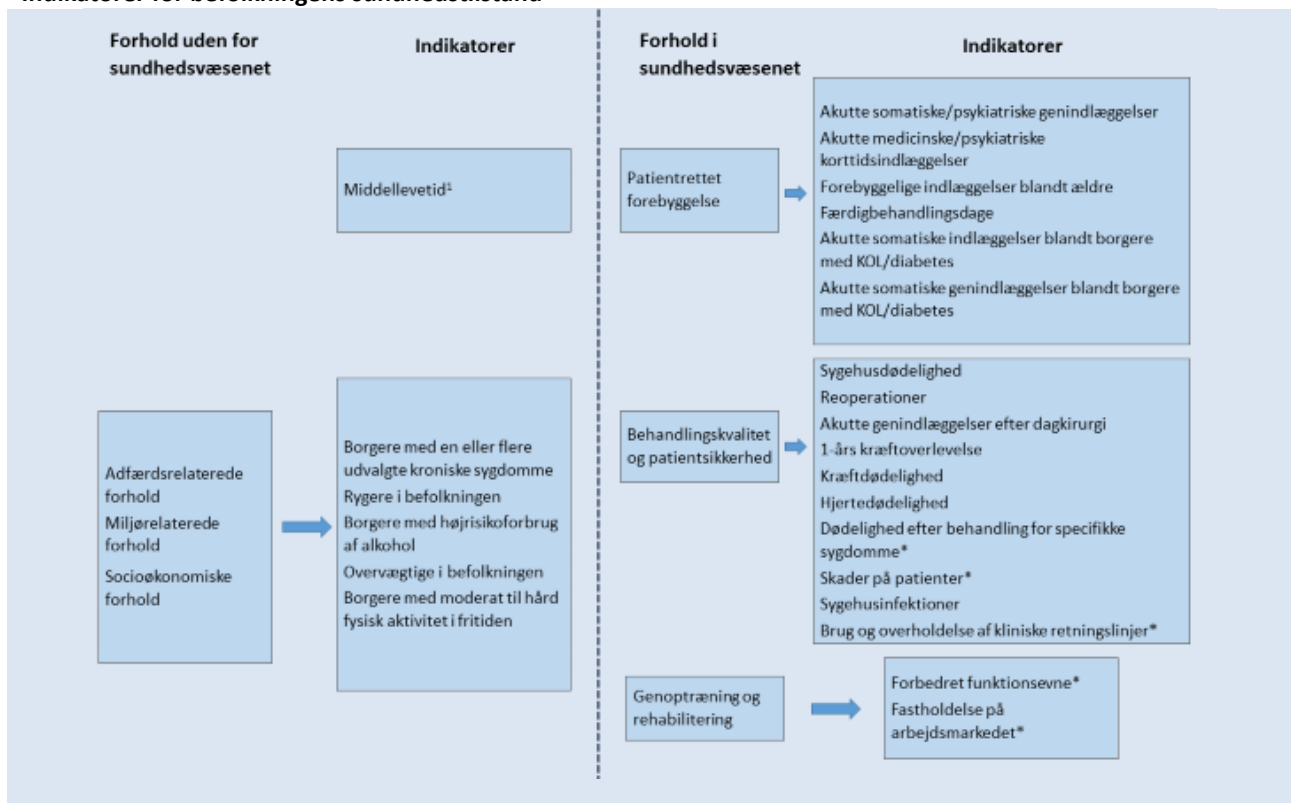
Befolkningens sundhedstilstand påvirkes således af forhold uden for sundhedsvæsenet og af den forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsats i sundhedsvæsenet.

Sundhedsvæsenet kan forbedre befolkningens sundhedstilstand ved brug af tidlige indsatser for at forebygge sygdom samt effektive behandlingsmetoder, ny teknologi og medicin.

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 uhensigtsmæssige indlæggelser på sygehusene, gennem fastholdelse af syge på arbejdsmarkedet eller via genoptræning efter sygdomsforløb.

Indikatorer for befolkningens sundhedstilstand



Anm.: Det bemærkes, at visse af indikatorerne endnu ikke er udviklet.

¹ Middellevetiden afhænger af en lang række faktorer, herunder livsstil, indsatsen i sundhedsvæsenet, miljømæssige forhold samt generelle levevilkår i form af arbejde, arbejdsmiljø, bolig mv.

* Indikatoren er under udvikling.

4.1 FOLKESUNDHED

Danskere lever ikke så længe som borgere i de lande, vi normalt sammenligner os med. Det er dokumenteret, at danskernes livsstil og sundhedsadfærd er en væsentlig årsag til dette [2, 3].

Nogle af de centrale livsstilsrelaterede risikofaktorer, som har stor betydning for middellevetiden og udvikling af langvarig og kronisk sygdom er overvægt, fysisk inaktivitet samt særligt rygning og et højt alkoholforbrug.

INDIKATORER

- Middellevetid
- Borgere med udvalgte kroniske somatiske sygdomme
- Daglige rygere i befolkningen
- Borgere med højrisikoforbrug af alkohol
- Overvægtige i befolkningen
- Borgere med moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden



4.1.1 Middellevetid

Middellevetiden – det gennemsnitlige antal år en nyfødt kan forventes at leve - er et mål for en befolknings generelle sundhedstilstand og anvendes ofte i internationale sammenligninger.

Middellevetiden i Danmark er fra 2005 til 2015 steget fra 77,9 år til 80,6 år, *jf. figur 1*.

Det betyder, at en nyfødt dansker i 2015 i gennemsnit kan forvente at leve 80,6 år, hvis dødeligheden antages at forblive på det aktuelle niveau.

Middellevetiden i 2015 er uændret i forhold til 2014. Dette skal ses i lyset af, at stigningen fra 2013 til 2014, var den største år til år-stigning i perioden 2005 til 2014.

Mellem regioner varierer middellevetiden i 2015 med godt et år, fra 79,9 år i Region Sjælland til 81,1 år i Region Midtjylland, *jf. figur 2*.

Der er derudover store forskelle i middellevetiden på tværs af kommuner. I visse kommuner er middellevetiden over 81 år, mens den i andre er under 79 år, *jf. figur 3*. Middellevetiden er højest i kommunerne nord for København.

Internationalt set er den danske middellevetid lav. Blandt 20 vesteuropæiske lande har Danmark den laveste middellevetid i 2013, *jf. figur 4*. I forhold til de øvrige nordiske lande, Sverige, Island, Norge og Finland, er den danske middellevetid mellem 0,7 år og 1,7 år lavere.

Middellevetid

Mål

Gennemsnitligt antal år en nyfødt kan forventes at leve.

Beskrivelse

Middellevetiden for nyfødte (0-årige) er det gennemsnitlige antal år, som nyfødte har udsigt til at leve i, hvis deres dødelighed fremover svarer til det niveau, som er konstateret i den aktuelle opgørelsesperiode.

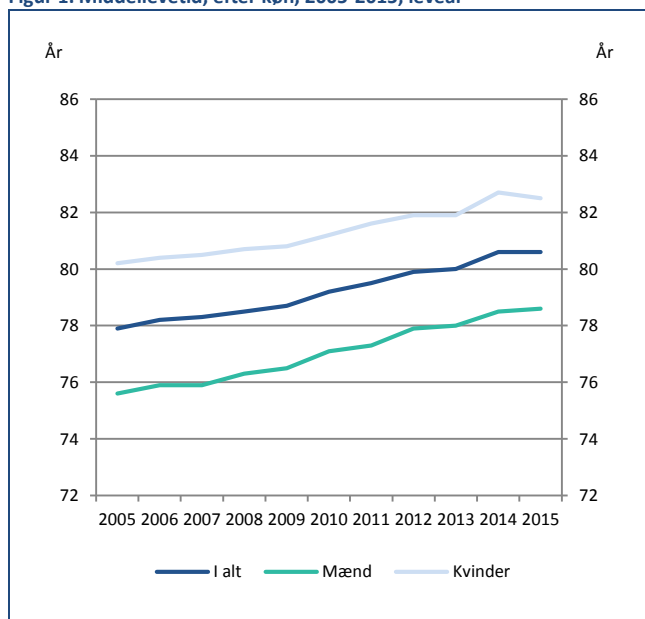
Middellevetiden kan med andre ord opfattes som et indeks for de aktuelle dødeligheder.

Udviklingen i middellevetiden afspejler udviklingen i de underliggende dødsårsager, herunder udviklingen i de sygdomme, der har størst betydning for befolkningens sundhedstilstand.

For en detaljeret beskrivelse af beregningsmetoden bag middellevetiden henvises til Danmarks Statistik.

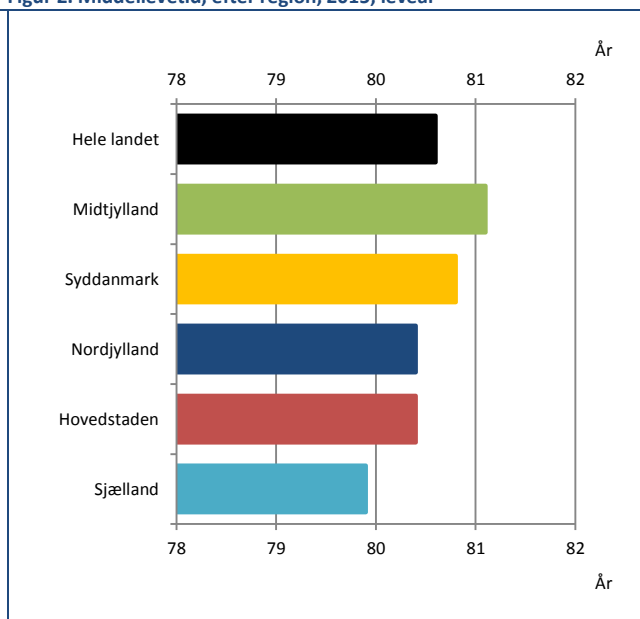
Kilde: Medicinsk fødsels- og dødsfaldsstatistik, Danmarks Statistik.

Figur 1. Middellevetid, efter køn, 2005-2015, leveår



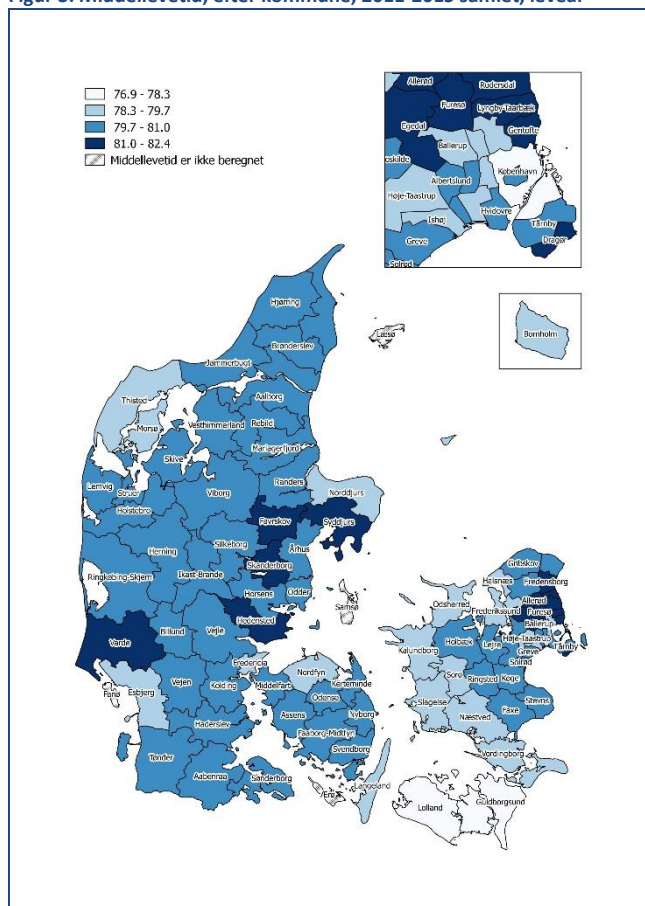
Kilde: Medicinsk fødsels- og dødsfaldsstatistik, Danmarks Statistik.

Figur 2. Middellevetid, efter region, 2015, leveår



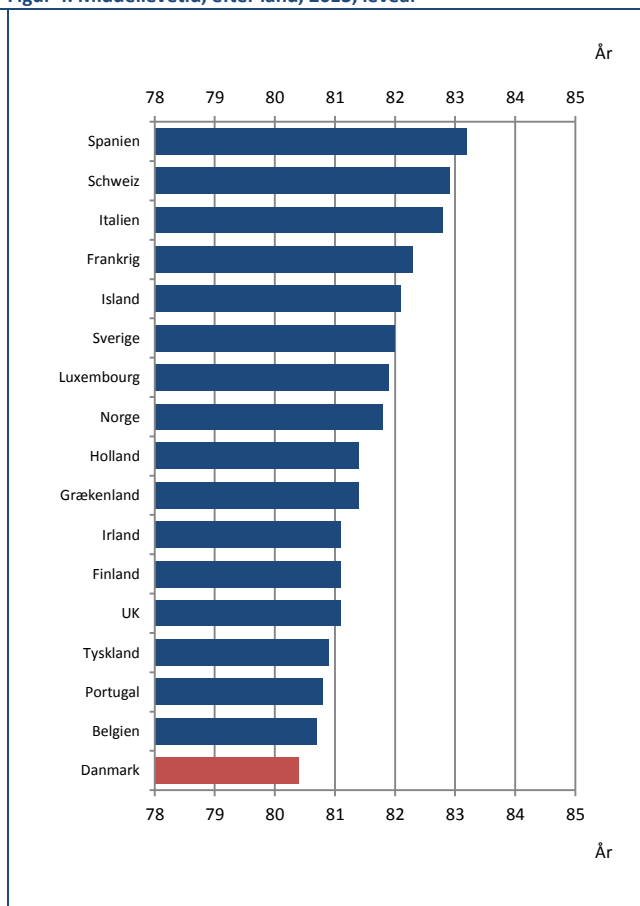
Kilde: Medicinsk fødsels- og dødsfaldsstatistik, Danmarks Statistik.

Figur 3. Middellevetid, efter kommune, 2011-2015 samlet, leveår



Kilde: Medicinsk fødsels- og dødsfaldsstatistik, Danmarks Statistik.
Anm.: Der er ikke beregnet middellevetid for Læsø, Samsø, Fanø og Ærø.

Figur 4. Middellevetid, efter land, 2013, leveår



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

4.1.2 Borgere med udvalgte kroniske somatiske sygdomme

Flere og flere danskere har gennem de seneste år fået diagnosticeret én eller flere kroniske sygdomme som f.eks. diabetes eller KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom).

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 dels betyder, at flere diagnosticeres, dels, at flere lever længere og bedre med deres kroniske sygdom.

Udviklingen medfører et stigende ressourcepres 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).

Fra 2009 til 2015 er antallet af borgere med én eller flere af syv udvalgte kroniske somatiske sygdomme steget fra ca. 183 pr. 1.000 borgere til ca. 201 pr. 1.000 borgere (køns- og aldersstandardiseret), *jf. figur 5*². Det svarer til en stigning på 9,7 pct.

Region Nordjylland har relativt færrest borgere med kroniske sygdomme, i 2015 ca. 196 pr. 1.000 borgere, *jf. figur 6*. I de øvrige regioner lå antallet på ca. 199 til 205 pr. 1.000 borgere.

Bl.a. en række nordsjællandske kommuner, Hørsholm, Rudersdal, Allerød, Gentofte og Furesø, har en lav forekomst af borgere med kroniske sygdomme, *jf. figur 7*. Omvendt er forekomsten høj i mange af kommunerne på den københavnske vestegn.

Internationalt set har Danmark, hvad angår diabetes, en relativt høj forekomst, særligt set i forhold til tre af de andre nordiske lande, *jf. figur 8*.

Borgere med udvalgte kroniske somatiske sygdomme

Mål

Borgere med en eller flere af udvalgte kroniske somatiske sygdomme pr. 1.000 borgere

Beskrivelse

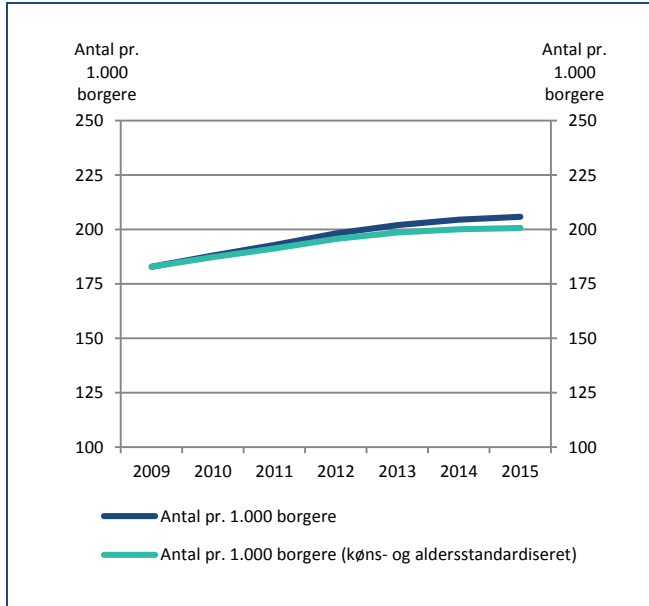
Følgende syv udvalgte kroniske somatiske sygdomme indgår i opgørelsen:

- Astma
- Type 1 - diabetes
- Type 2 - diabetes
- KOL
- Leddegigt
- Osteoporose
- Hjerteinsufficiens (hjertesvigt)

Kilde: De reviderede (marts 2015) algoritmer til brug for dannelsen af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), Sundhedsdatastyrelsen.

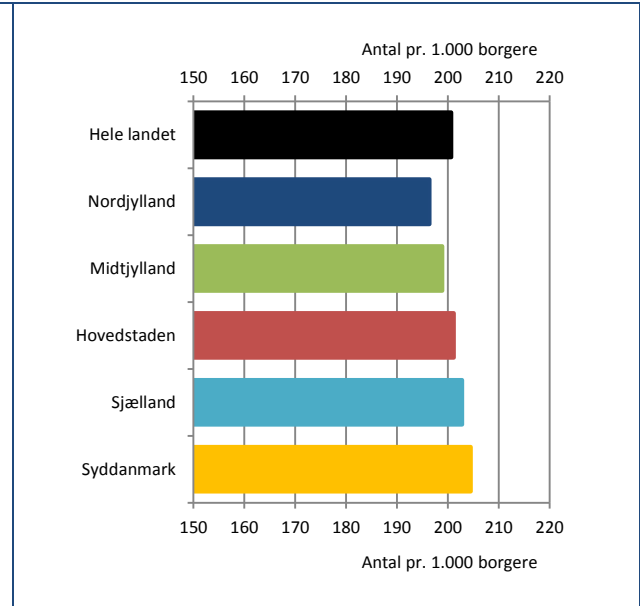
² Da opgørelsen er baseret på tilgængelige registeroplysninger om kroniske sygdomme, omfatter den ikke borgere med kronisk sygdom, som enten ikke er diagnosticeret eller, hvor der ikke er registeroplysninger om borgernes kroniske sygdom.

Figur 5. Borgere med udvalgte kroniske sygdomme, 2009-2015, antal pr. 1.000 borgere



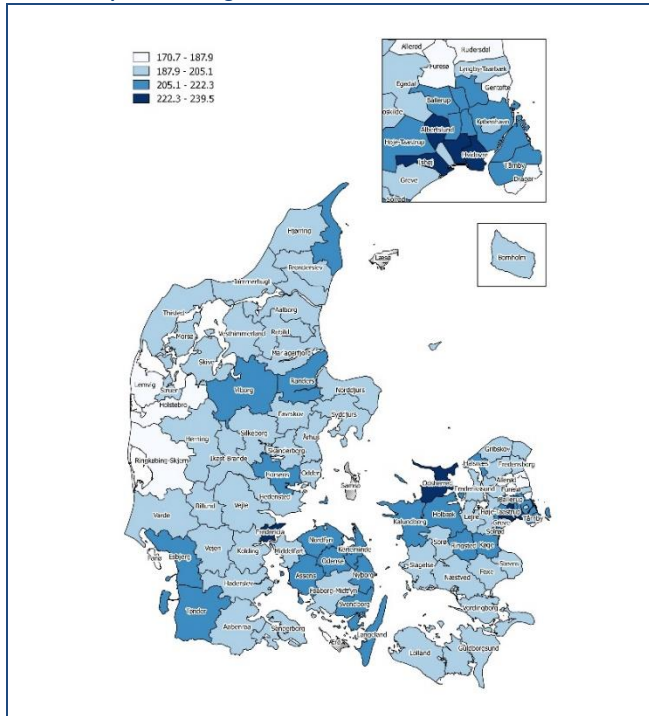
Kilde: Reviderede (marts 2015) algoritmer til brug for dannelsen af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.
Anm.: RUKS er et dynamisk register. Dvs. opgjorte tal pba. RUKS ændrer sig løbende med de informationer som er tilgængelige ved opdateringstidspunktet.

Figur 6. Borgere med udvalgte kroniske sygdomme, efter region, 2015, antal pr. 1.000 borgere



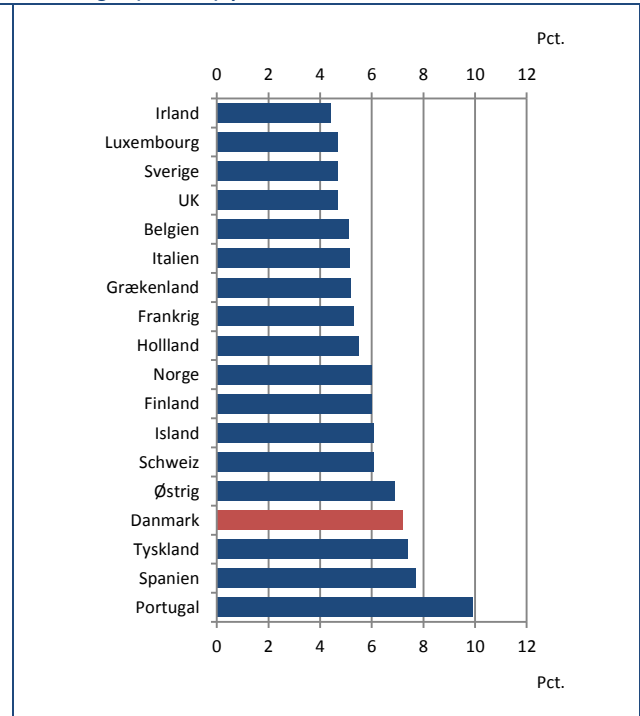
Kilde: Reviderede (marts 2015) algoritmer til brug for dannelsen af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.
Anm.: RUKS er et dynamisk register. Dvs. opgjorte tal pba. RUKS ændrer sig løbende med de informationer som er tilgængelige ved opdateringstidspunktet. Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

Figur 7. Borgere med udvalgte kroniske sygdomme, efter kommune, 2015, antal pr. 1.000 borgere



Kilde: Reviderede (marts 2015) algoritmer til brug for dannelsen af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.
Anm.: RUKS er et dynamisk register. Dvs. opgjorte tal pba. RUKS ændrer sig løbende med de informationer som er tilgængelige ved opdateringstidspunktet. Kommuner med færre end 10.000 indbyggere er ikke medtaget (Læsø, Samsø, Fanø og Ærø). Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

Figur 8. Borgere (20-79 år) med diabetes, efter land, 2015, andel af befolkningen (20-79 år), pct.



Kilde: International Diabetes Federation (IDF), Diabetes Atlas, 7th edition.
Anm.: Der er tale om estimeret forekomst (prævalens) på baggrund af en af IDF udviklet metodologi. Tallene er aldersstandardiserede.

4.1.3 Daglige rygere i befolkningen

Rygere har en øget risiko for udvikling af en lang række sygdomme – både dødelige og ikke-dødelige. Rygning er bl.a. en af de vigtigste medvirkende årsager til hjerte-kar-sygdomme, kræft og alvorlige lunge- og luftvejssygdomme.

Rygning er skyld i ca. 14.000 dødsfald i Danmark i 2010, hvilket svarer til ca. hvert fjerde dødsfald [4].

I 2013 udgjorde andelen af daglige rygere i befolkningen 17 pct., *jf. figur 9*. Det er et fald på ca. 4 pct.point i forhold til 2010.

Region Syddanmark og Region Sjælland har den højeste andel af daglige rygere, henholdsvis ca. 19 pct. og 18 pct., *jf. figur 10*. Andelen er lavest i Region Hovedstaden, hvor den er på 15 pct.

På kommunalt plan varierer andelen fra knapt 9 pct. til ca. 25 pct., *jf. figur 11*. Andelen er lavest i en række af kommunerne nord for København.

Blandt 18 vesteuropæiske lande spænder andelen af daglige rygere fra 10,7 pct. i Sverige til 38,9 pct. i Grækenland, *jf. figur 12*. Danmark har den sjettelaveste andel af rygere, men samtidigt en højere andel end i de øvrige nordiske lande.

Daglige rygere i befolkningen

Mål

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

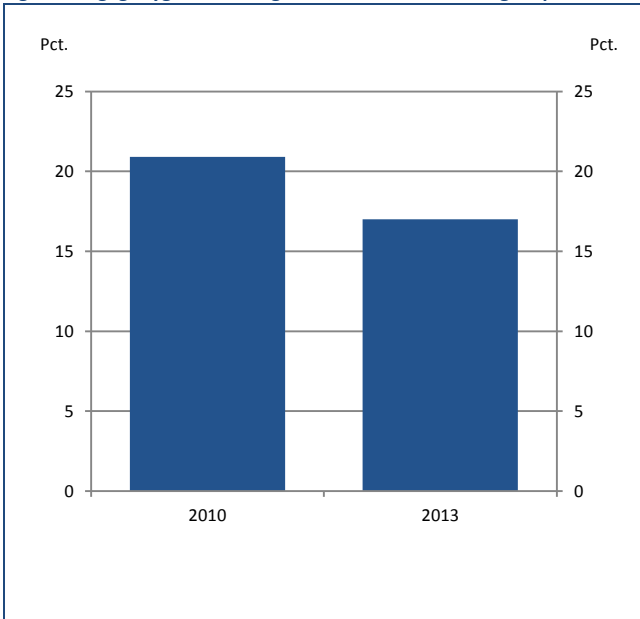
Beskrivelse

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 blive gennemført hver 4. år.

Tallene er ikke køns- og aldersstandardiserede.

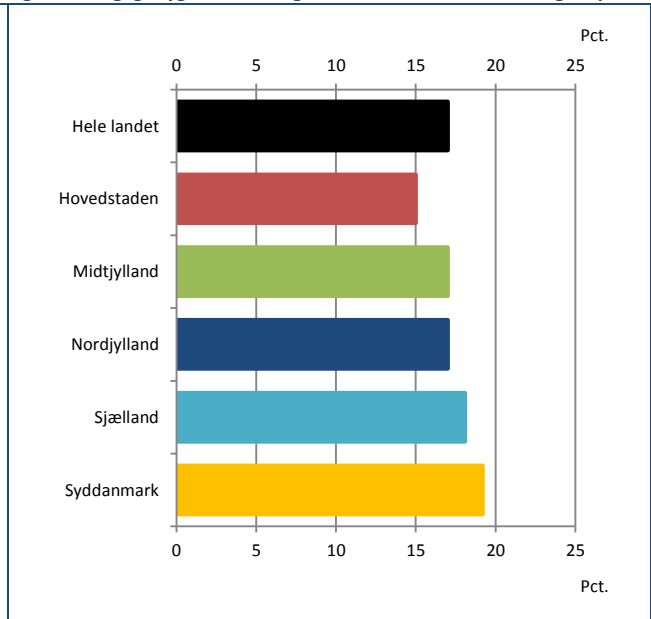
Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen.

Figur 9. Daglige rygere, 2010 og 2013, andel af befolkningen, pct.



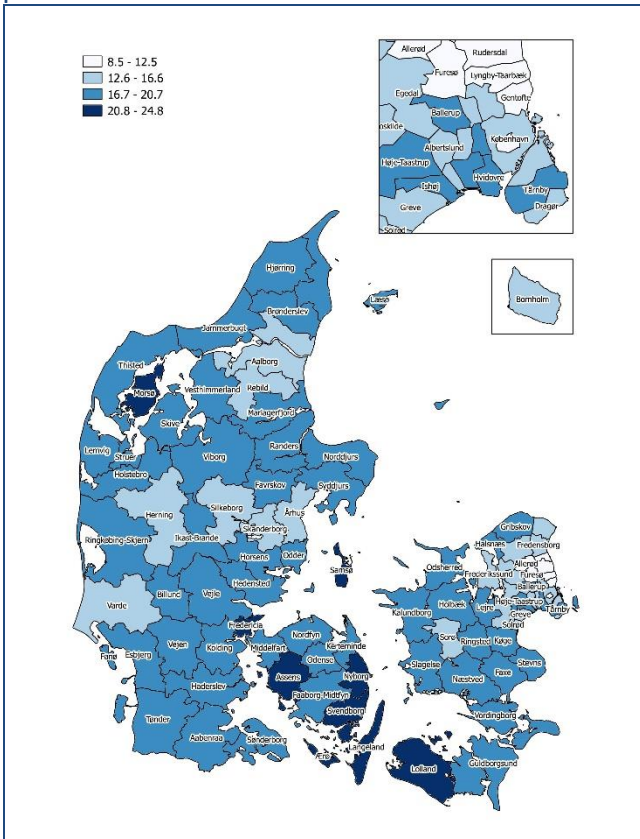
Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen.

Figur 10. Daglige rygere, efter region, 2013, andel af befolkningen, pct.



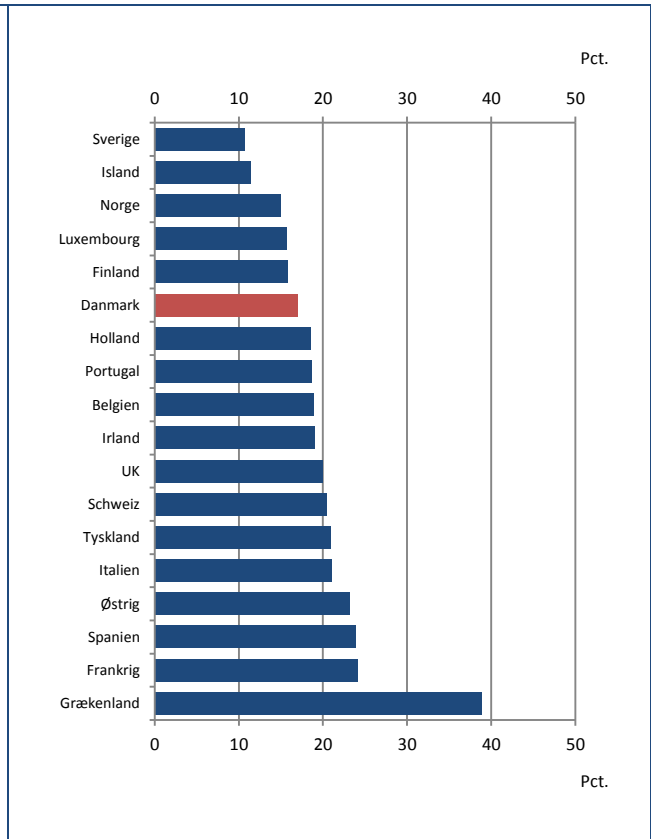
Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen.

Figur 11. Daglige rygere, efter kommune, 2013, andel af befolkningen, pct.



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen.

Figur 12. Daglige rygere, efter land, 2013, andel af befolkningen, pct.



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

4.1.4 Borgere med højrisikoforbrug af alkohol

Alkohol er en af de enkeltfaktorer, der har størst indflydelse på folkesundheden i Danmark [5, 6].

Et stort alkoholforbrug øger risikoen for en lang række lidelser, herunder kræftsygdomme og hjerte-kar-sygdomme [7].

En nyligt offentliggjort undersøgelse har vist, at knapt 4.000 dødsfald i Danmark i 2010 skyldtes alkohol [8]. Det svarer til ca. 7 pct. af alle dødsfald i 2010.

I 2013 udgjorde andelen af borgere med højrisikoforbrug af alkohol 8,5 pct. af den voksne befolkning, *jf. figur 13*. Det er et fald på ca. 2 pct.point i forhold til 2010.

Region Hovedstaden har med 9,9 pct. den højeste andel borgere med højrisikoforbrug i 2013, mens Region Nordjylland har den laveste, 6,8 pct., *jf. figur 14*.

Mellem kommuner varierer andelen fra 4,6 pct. til 14,3 pct., *jf. figur 15*. Vejen, Brønderslev, Jammerbugt og Viborg har de laveste andele, mens Fanø, Ærø, Dragør og København har de højeste andele.

Internationalt set ligger Danmark over OECD-gennemsnittet, hvad angår alkoholforbrug. Alkoholforbruget i Danmark var i 2013 på 9,5 liter pr. borger om året, *jf. figur 16*. Til sammenligning var alkoholforbruget i de øvrige skandinaviske lande, Norge og Sverige, på henholdsvis 6,2 liter og 7,4 liter pr. borger om året.

Borgere med højrisikoforbrug af alkohol

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.

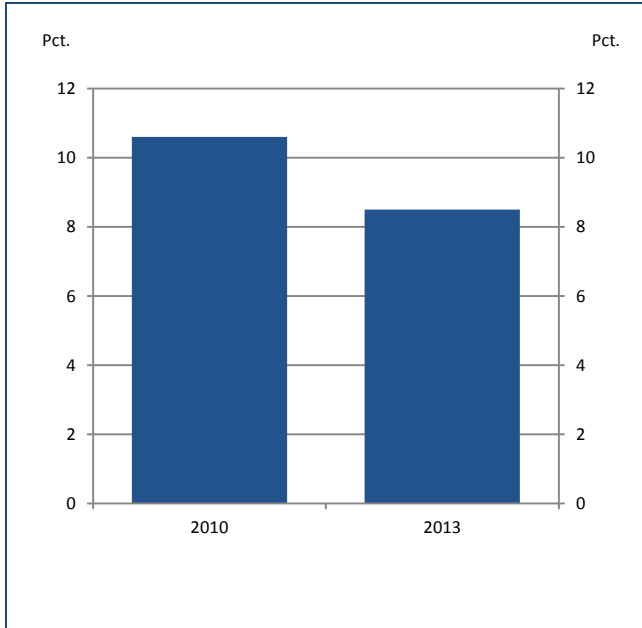
Beskrivelse

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 fra Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse.

Tallene er ikke køns- og aldersstandardiserede.

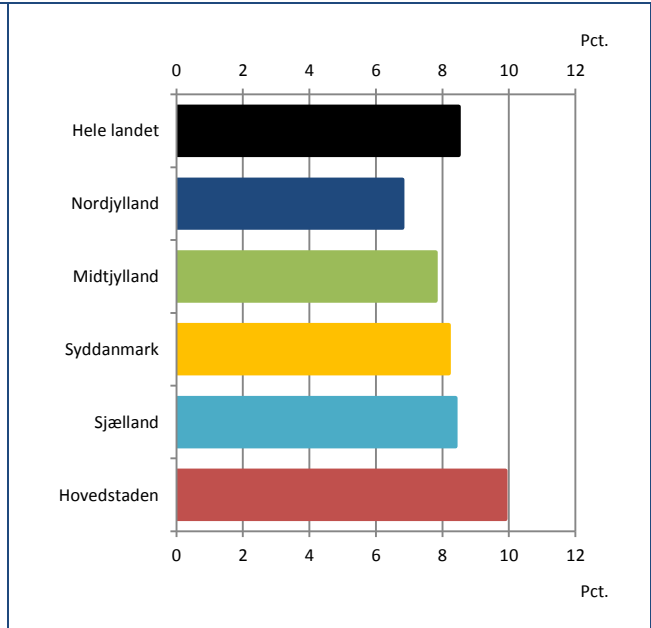
Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen.

Figur 13. Borgere med højriskforbrug af alkohol, 2010 og 2013, andel af befolkningen, pct.



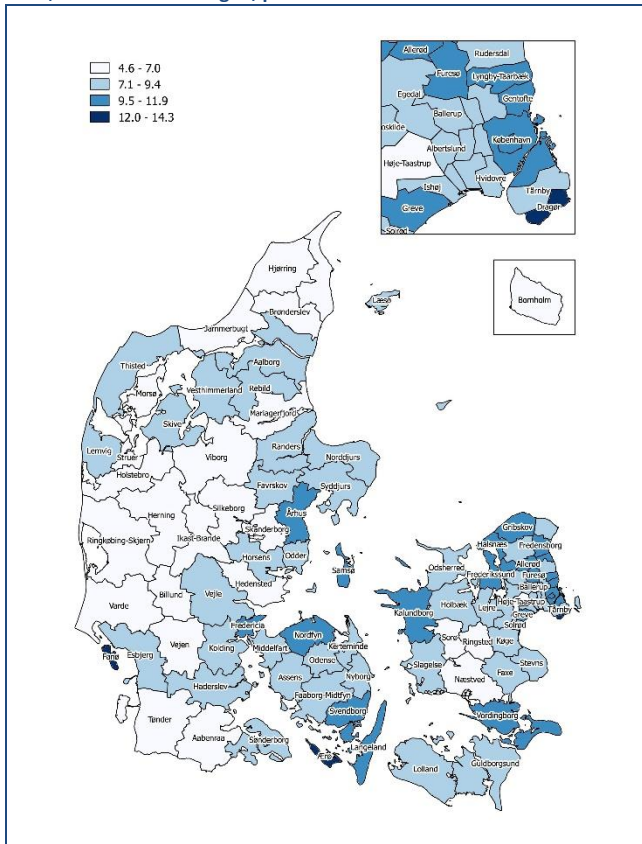
Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen.

Figur 14. Borgere med højriskforbrug af alkohol, efter region, 2013, andel af befolkningen, pct.



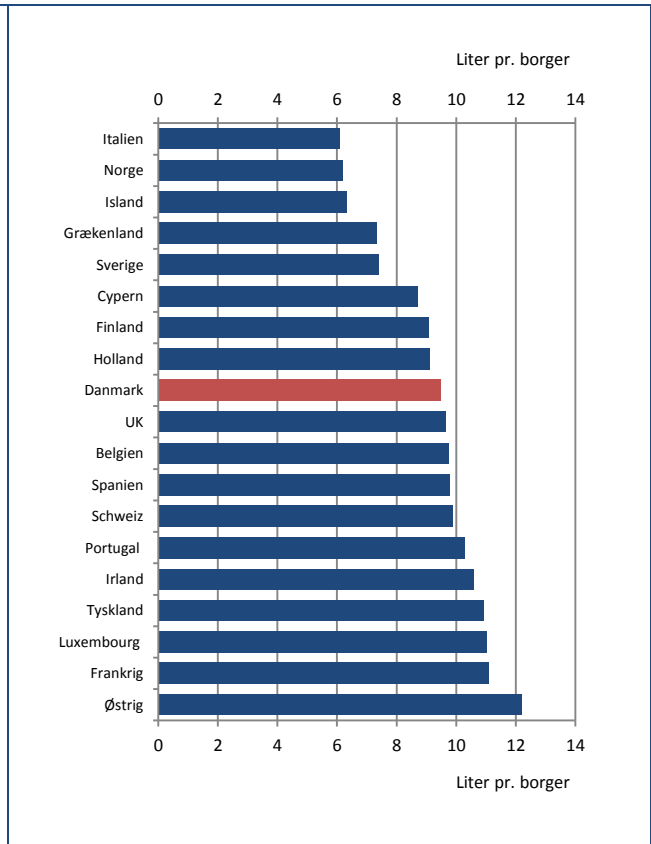
Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen.

Figur 15. Borgere med højriskforbrug af alkohol, efter kommune, 2013, andel af befolkningen, pct.



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen.

Figur 16. Alkoholforbrug, efter land, 2013, liter pr. borger



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

4.1.5 Overvægtige i befolkningen

Overvægt udgør et stort og stigende folkesundhedsproblem i hele den vestlige verden. Risikoen for udvikling af alvorlige komplikationer, bl.a. type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdomme samt visse kræftsygdomme, øges med graden af overvægt [9, 10].

Svær overvægt har desuden både personlige og samfundsmæssige omkostninger. På det samfundsmæssige plan har en analyse vist, at svær overvægt hvert år koster det danske samfund op til 14,4 mia. kr. [11].

Andelen af moderat eller svært overvægtige i befolkningen er uændret fra 2010 til 2013. I begge år lå andelen på ca. 47 pct., *jf. figur 17*.

Region Hovedstaden har relativt færrest overvægtige borgere, 41,4 pct., mens Region Sjælland og Region Nordjylland har flest, henholdsvis 52,6 pct. og 51,8 pct., *jf. figur 18*.

Kommunalt set spænder andelen af overvægtige fra 57-60 pct. i Læsø, Tønder og Lolland kommuner til 32-35 pct. i Gentofte, København og Frederiksberg kommuner, *jf. figur 19*.

Danmark hører med 14,2 pct. svært overvægtige til blandt de vesteuropæiske lande med færrest svært overvægtige, *jf. figur 20*. Danmark har flere svært overvægtige end de to andre skandinaviske lande, Sverige og Norge, men færre end Island og Finland.

Overvægtige i befolkningen

Mål

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

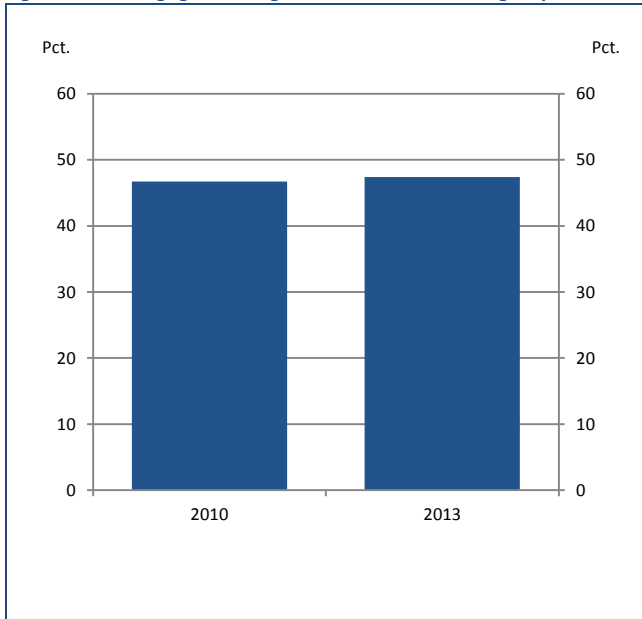
Beskrivelse

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

Tallene er ikke køns- og aldersstandardiserede.

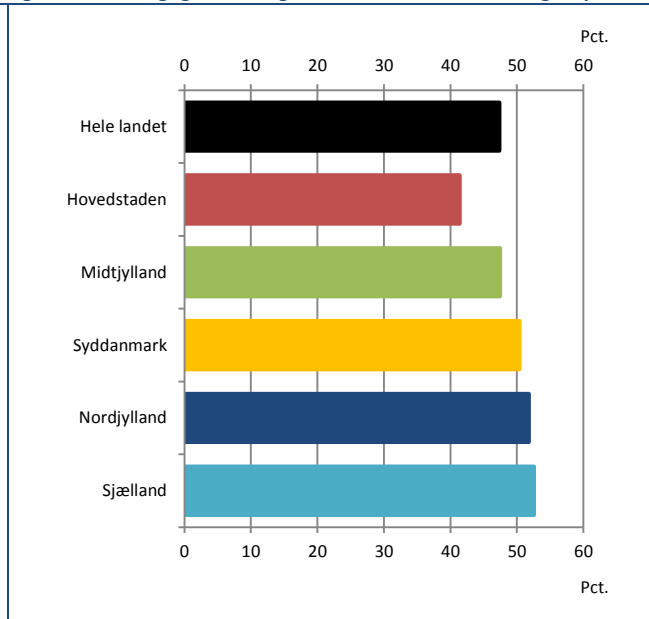
Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen.

Figur 17. Overvægtige, 2010 og 2013, andel af befolkningen, pct.



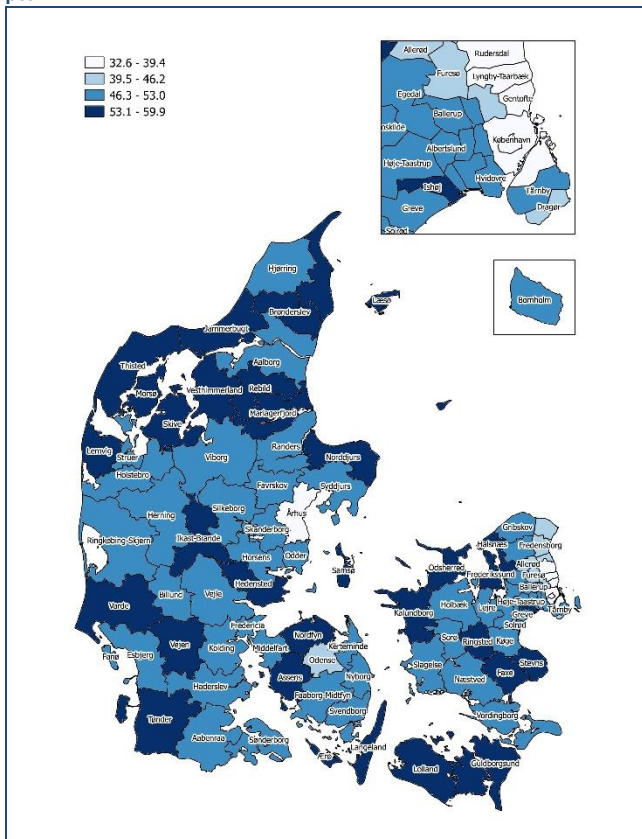
Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen.

Figur 18. Overvægtige, efter region, 2013, andel af befolkningen, pct.



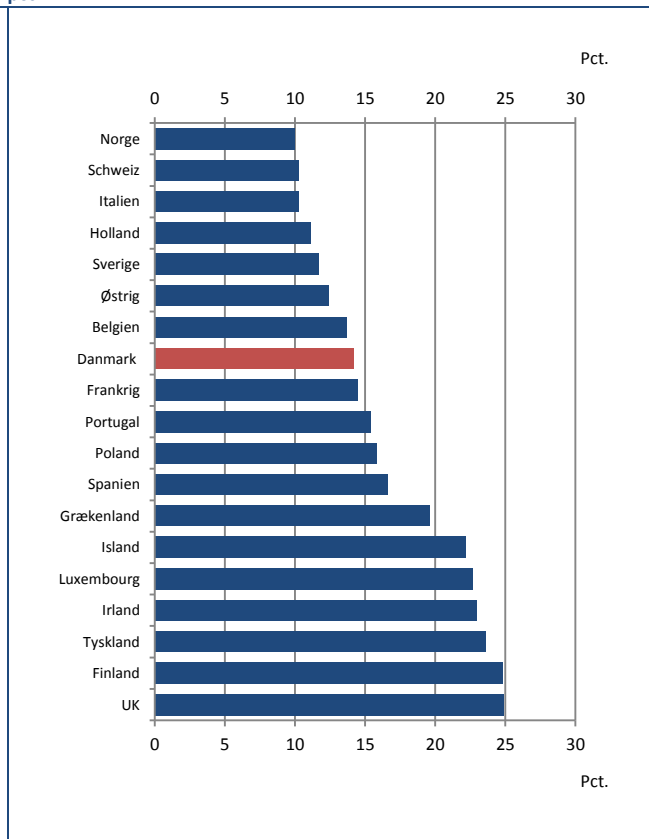
Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen.

Figur 19. Overvægtige, efter kommune, 2013, andel af befolkningen, pct.



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen.

Figur 20. Svært overvægtige, efter land, 2013, andel af befolkningen, pct.



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

4.1.6 Borgere med moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden

Fysisk aktivitet omfatter al bevægelse, der øger energiomsætningen, fra idræt, sport og hård motion til hverdagsaktiviteter som leg, havearbejde, en gåtur, cykling som transport eller at tage trappen.

Fysisk aktivitet har en forebyggende effekt på en række sygdomme, bl.a. hjerte-kar-sygdomme, type 2-diabetes og tyktarmskræft, samt på for tidlig død [12, 13].

Der er også betydelige gevinster ved, at fysisk inaktive personer bliver fysisk aktive. Det gælder både for den enkelte, men også for samfundet, hvor man kan reducere udgifter til behandling og andre offentlige ydelser. Fysisk inaktivitet er beregnet til at koste sundhedsvæsenet ca. 3,1 mia. kr. om året. De samfundsøkonomiske omkostninger ved fysisk inaktivitet i form af midlertidigt og permanent fravær fra arbejdsmarkedet er beregnet til at koste op til 7,5 mia. kr. [12].

Andelen af borgere, som var moderat til hårdt fysisk aktive i fritiden, var i 2013 på 29,2 pct., mens den i 2010 var på 28,3 pct., *jf. figur 21*.

Blandt regionerne er andelen højest i Region Hovedstaden, hvor den i 2013 var på 31,9 pct., *jf. figur 22*. Andelen er lavest i Region Sjælland og Region Nordjylland, henholdsvis 26,8 pct. og 26,9 pct.

Kommunalt set varierer andelen fra ca. 18 pct. til ca. 37 pct., *jf. figur 23*. Læsø, Ærø og Langeland kommuner har de laveste andele, mens København, Frederiksberg og Aarhus kommuner har de højeste.

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.

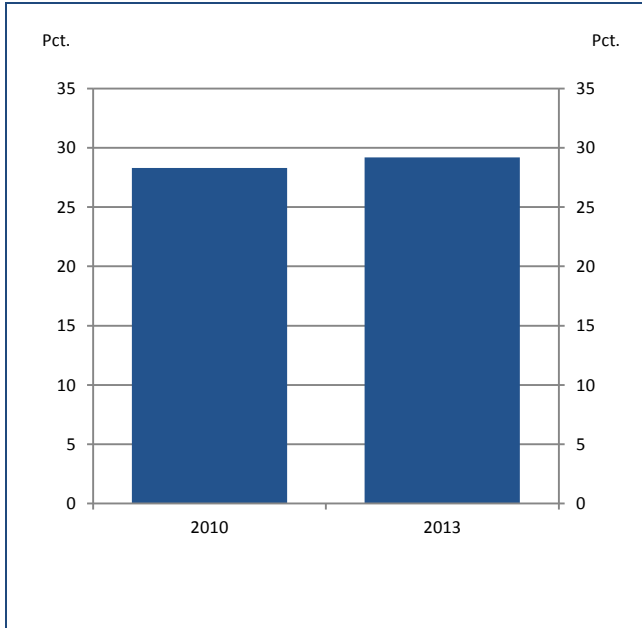
Beskrivelse

Andelen der dyrker moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden 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.

Tallene er ikke køns- og aldersstandardiserede.

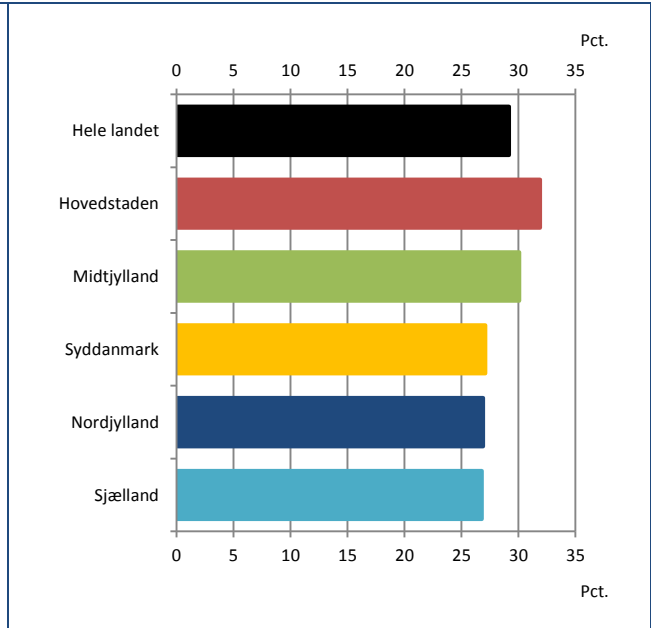
Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen.

Figur 21. Borgere, der dyrker moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden, 2010 og 2013, andel af befolkningen, pct.



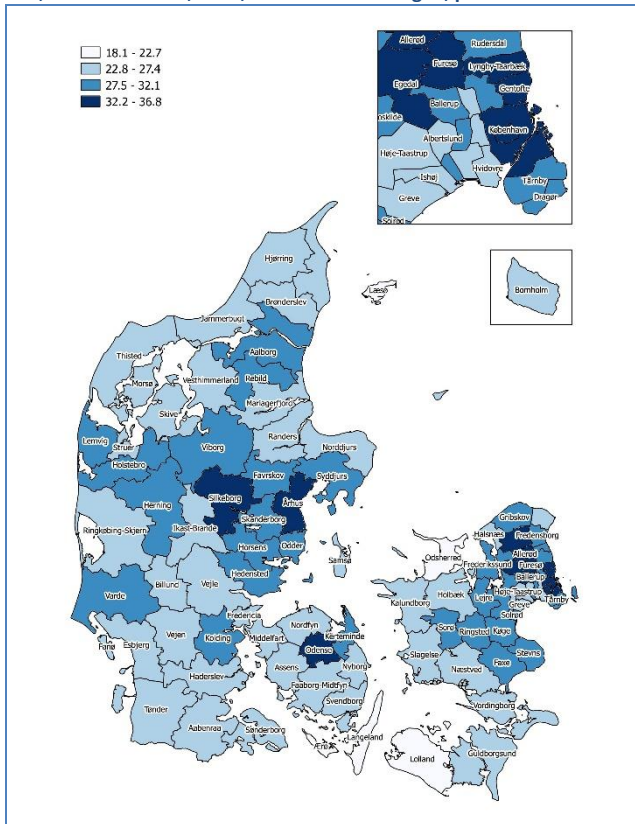
Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen.

Figur 22. Borgere, der dyrker moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden, efter region, 2013, andel af befolkningen, pct.



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen.

Figur 23. Borgere, der dyrker moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden, efter kommune, 2013, andel af befolkningen, pct.



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen.

4.2 FASTHOLDELSE AF SYGE PÅ ARBEJDSMARKEDET

Borgere, som midlertidigt rammes af sygdom eller som lever med en kronisk sygdom, skal så vidt muligt fastholdes på arbejdsmarkedet. Hvis borgere i den erhvervsaktive alder mister deres tilknytning til arbejdsmarkedet på grund af sygdom, kan det både have menneskelige omkostninger for den enkelte og omkostninger for samfundet i form af tabt arbejdskraft og udgifter til offentlig forsørgelse.

Indikatorer vedrørende fastholdelse af syge på arbejdsmarkedet er under udvikling. Det gælder bl.a. i forhold til registermæssige definitioner af de sygdomsgrupper, der skal indgå. Der henvises dog til *boks 3* for en analyse af arbejdsmarkedstilknytningen for borgere med psykiske lidelser og udvalgte kroniske sygdomme.

INDIKATORER

- Under udvikling

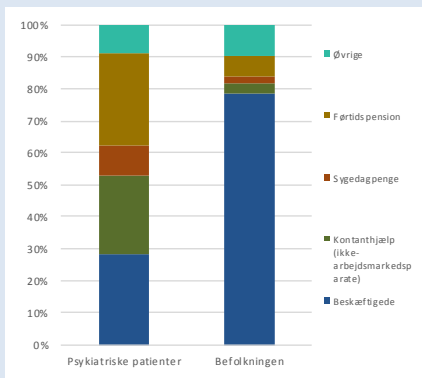


Boks 3. Arbejdsmarkedstilknytning for personer med forbrug af udvalgte sundhedsydelser.

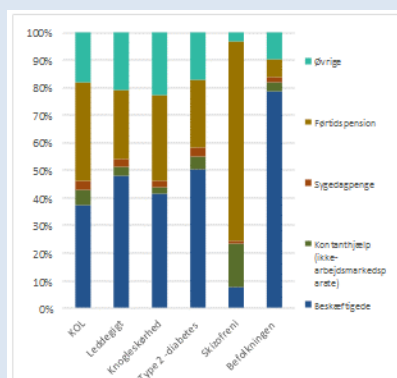
Personer med psykiske lidelser og udvalgte kroniske sygdomme står i langt højere grad midlertidigt eller varigt uden for arbejdsmarkedet i form af førtidspension, kontanthjælp og sygedagpenge end resten af befolkningen, jf. analysen *Sammenhæng mellem udvalgte sundhedsydelser og arbejdsmarkedstilknytning* [41]. Hovedkonklusionerne i analysen er bl.a.:

- Psykiatriske patienter er i langt mindre grad tilknyttet arbejdsmarkedet end resten af befolkningen. Blot tre ud af ti psykiatriske patienter er beskæftigede mod otte ud af ti af befolkningen samlet set, jf. figur a.
- Tilsvarende gælder for personer med udvalgte kroniske sygdomme og skizofreni. Kun for hver anden person i alderen 18-64 år med type 2-diabetes eller leddegigt er i beskæftigelse. Andelen er endnu lavere for de øvrige sygdomsgrupper – omkring 40 pct. for personer med KOL og knogleskørhed og kun under hver tiende med skizofreni, jf. figur b. Mere end 70 pct. af personer med skizofreni er på førtidspension. Tilsvarende er hver fjerde person med leddegigt og diabetes samt over en tredjedel af personer med KOL på førtidspension.
- Relativt store andele af visse arbejdsmarkedsgrupper har indløst en recept på udvalgte lægemiddelgrupper som primært anvendes inden for det psykiske område bl.a. til depression, angst, ADHD og skizofreni. Mellem 40 pct. og 45 pct. af ikke-arbejdsmarkedsparate kontanthjælpsmodtagere, sygedagpengemodtagere, førtidspensionister og personer på ledighedsydelse behandles med antidepressiv medicin, antipsykotisk medicin, ADHD-medicin eller medicin mod søvnbesvær og akutte angsttilfælde. Til sammenligning er alene ca. 7 pct. af de beskæftigede i behandling med lægemidler fra en af de fire lægemiddelgrupper, jf. figur c.
- Der er en betydelig geografisk variation i andelen af ikke-arbejdsmarkedsparate kontanthjælpsmodtagere, der anvender antidepressiv medicin. Fx er over en tredjedel af de ikke-arbejdsmarkedsparate kontanthjælpsmodtagere i behandling med antidepressiva i Sønderborg og Tønder kommuner, jf. figur d. Til sammenligning er det hver femte i Hvidovre, København og Brøndby kommune.

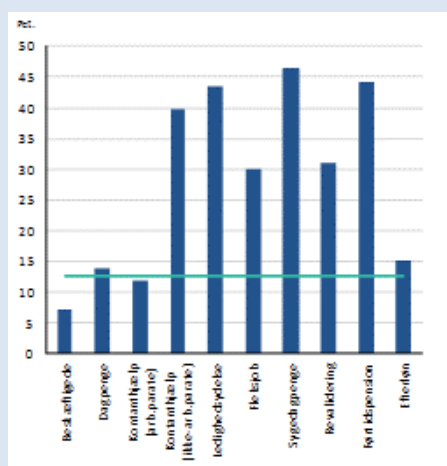
Figur a. Arbejdsmarkedstilknytning, psykiatriske patienter og befolkningen (18-64 år), 2013, pct.



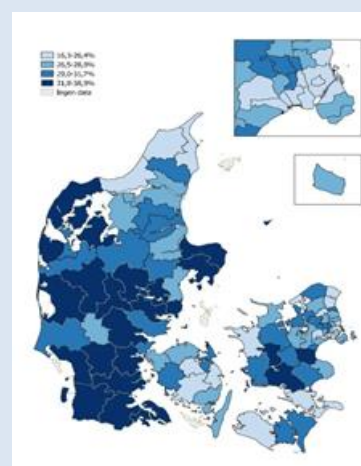
Figur b. Arbejdsmarkedstilknytning, personer med udvalgte kroniske sygdomme og skizofreni (18-64 år), 2013, pct.



Figur c. Arbejdsmarkedstilknytning blandt personer, som har indløst recept på fire udvalgte lægemiddelgrupper som primært anvendes mod psykiske lidelser, 2013, pct.



Figur d. Ikke-arbejdsmarkedsparate kontanthjælpsmodtagere, som har indløst recept (pct.) på antidepressiv medicin, 2013, andel af alle ikke-arbejdsmarkedsparate kontanthjælpsmodtagere, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM og foreløbige udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS), Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: En psykiatrisk patient er i figur a defineret som en person, der har været i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen enten i form af skadestuebesøg, ambulant besøg eller indlæggelse.

4.3 FOREBYGGELSE AF UHENSIGTSMÆSSIGE INDLÆGGELSER

Borgere kan opleve uhensigtsmæssige indlæggelser på sygehuse. Det er indlæggelser, som af forskellige grunde kunne have været undgået.

Grundlæggende dækker begrebet "uhensigtsmæssige" indlæggelser over tre typer af indlæggelser [14]:

Forebyggelige indlæggelser er indlæggelser, som det i vid udstrækning er muligt at forebygge ved at ændre eller forbedre indsatsen i kommuner og/eller regioner. Denne type 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 klinisk 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 patienten, idet kommunen ikke kan modtage patienten med så kort frist.

11 indikatorer belyser uhensigtsmæssige indlæggelser. Det skal i den forbindelse bemærkes, at ikke alle indlæggelser og indlæggelsesdage indeholdt i disse indikatorer er uhensigtsmæssige og kan forebygges. Indikatorerne vurderes dog samlet set at være velegnede til at belyse regionernes og kommunernes resultater i forhold til forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser.

INDIKATORER

- Akutte somatiske genindlæggelser
- Akutte psykiatriske genindlæggelser
- Forebyggelige indlæggelser blandt ældre
- Akutte medicinske korttidsindlæggelser
- Akutte psykiatriske korttidsindlæggelser
- Dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt (somatik)
- Dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt (psykiatri)
- Akutte somatiske indlæggelser blandt borgere med KOL
- Akutte somatiske genindlæggelser blandt borgere med KOL
- Akutte somatiske indlæggelser blandt borgere med diabetes type 2
- Akutte somatiske genindlæggelser blandt borgere med diabetes type 2

4.3.1 Akutte somatiske genindlæggelser

Akutte somatiske genindlæggelser kan være udtryk for et uhensigtsmæssigt forløb og kan skyldes kvalitetsproblemer ved den ydede behandling og pleje under og efter indlæggelse.

Genindlæggelser er dog ikke i alle tilfælde undgåelige eller uhensigtsmæssige. Nogle genindlæggelser kan f.eks. være nødvendige som led i et patientforløb i eget hjem eller som led i den sidste livsfase for uhelbredeligt syge patienter [15].

Akutte genindlæggelser, som finder sted tidligst fire timer og inden 30 dage efter udskrivning fra sygehus, udgjorde 6,7 pct. af de samlede indlæggelser i 2015 (køns- og aldersstandardiseret), *jf. figur 24*. I 2014 var andelen på 6,8 pct. I hele perioden 2009 til 2015 har andelen ligget på ca. 7 pct.

På regionalt plan varierer andelen af genindlæggelser i 2015 fra 9,1 pct. i Region Sjælland til 5,5 pct. i Region Nordjylland, *jf. figur 25*, mens den varierer fra under 3 pct. til over 10 pct. mellem kommuner, *jf. figur 26*.

Kommunerne med relativt færrest akutte genindlæggelser i 2015, 2,5 pct. eller derunder, er Kolding, Frederikshavn, Haderslev, Aabenraa og Gentofte kommuner.

Kommunerne med flest genindlæggelser, 10 pct. eller derover, er Hillerød, Frederikssund, Halsnæs, Randers og Slagelse.

Akutte somatiske genindlæggelser

Mål

Antal somatiske genindlæggelser som andel af samlet antal somatiske indlæggelser, pct.

Beskrivelse

En genindlæggelse er defineret ud fra følgende kriterier:

- Indlæggelsen finder sted tidligst fire timer og inden 30 dage efter forrige indlæggelse.
- 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.

Der er dermed tale om *uspecifik* genindlæggelse, idet der ikke stilles krav om sammenfald mellem lokalitet (sygehus eller region) eller diagnose for første indlæggelse (primær-indlæggelsen) og genindlæggelse.

Det sygehus, patienten har den første indlæggelse på, tilskrives genindlæggelsen, uafhængigt af om genindlæggelsen finder sted på et andet sygehus.

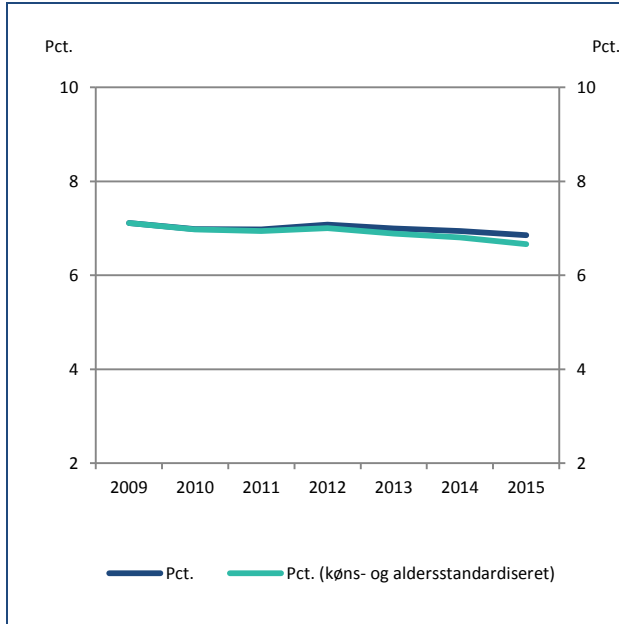
En indlæggelse er i denne sammenhæng et forløb af tidssammenhængende indlæggelser på afdelinger inden for et sygehus, hvor der er mindre end fire timer mellem afslutningen af en indlæggelse og starten af den næste indlæggelse.

For anvendte diagnosekoder i forbindelse med afgrænsning af kræft- og ulykkesdiagnoser, se bilagsdelen.

Det bemærkes, at indikatoren er følsom overfor variationer og ændringer i registreringspraksis, hvad angår henvisningsmåde på indlæggelser. Sammenligninger over tid og mellem regioner/kommuner skal derfor tages med forbehold.

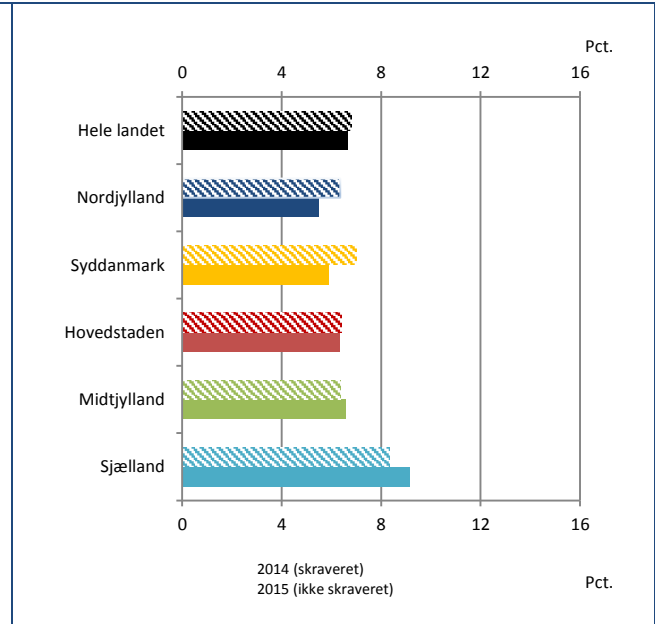
Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 24. Akutte somatiske genindlæggelser, 2009-2015, andel af alle indlæggelser, pct.



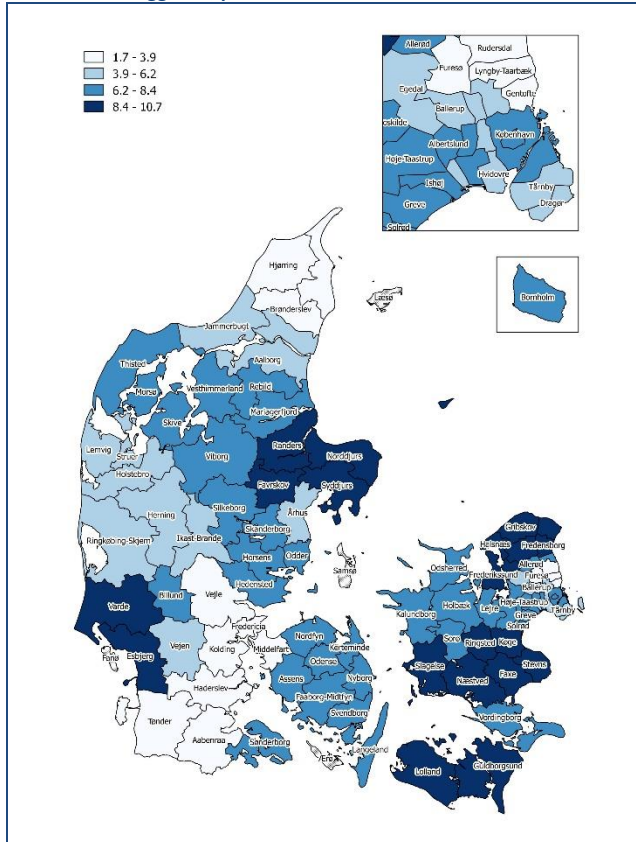
Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 25. Akutte somatiske genindlæggelser, efter region, 2014-2015, andel af alle indlæggelser, pct.



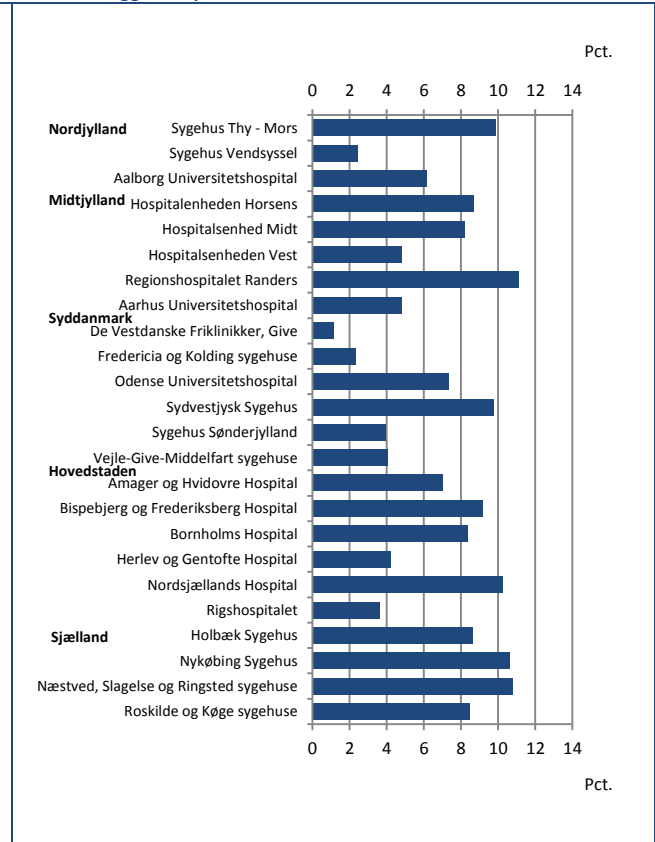
Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.
Anm.: Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

Figur 26. Akutte somatiske genindlæggelser, efter kommune, 2015, andel af alle indlæggelser, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.
Anm.: Kommuner med færre end 10.000 indbyggere er ikke medtaget (Læsø, Samsø, Fanø og Ærø). Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

Figur 27. Akutte somatiske genindlæggelser, efter sygehus, 2015, andel af alle indlæggelser, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

4.3.1 Akutte psykiatriske genindlæggelser

Akutte psykiatriske genindlæggelser kan på samme vis som i somatikken være udtryk for et uhensigtsmæssigt forløb, herunder utilstrækkelig behandling under den primære indlæggelse eller manglende opfølgning fra den regionale og kommunale psykiatri efter udskrivning. Genindlæggelser er dog ikke i alle tilfælde undgåelige. Nogle genindlæggelser i psykiatrien kan således være nødvendige som led i et patientforløb.

Akutte psykiatriske genindlæggelser, som finder sted tidligst fire timer og inden 30 dage efter udskrivning fra sygehus, udgør 23,0 pct. af de samlede psykiatriske indlæggelser i 2015 (køns- og aldersstandardiseret), *jf. figur 28*. I 2014 er andelen på 22,4 pct. Over hele perioden 2009 til 2015 ses en svagt stigende tendens i andelen.

På regionalt plan varierer andelen af genindlæggelser fra ca. 16 pct. til knapt 26 pct. i 2015, *jf. figur 29*, mens den varierer fra ca. 9 pct. til knap 40 pct. mellem kommuner, *jf. figur 30*.

Kommunerne med relativt færrest genindlæggelser i 2015, under 12 pct., er Thisted, Ringsted, Varde, Holstebro, Rebild og Mariagerfjord. Blandt kommunerne med relativt flest genindlæggelser, over 32 pct., finder man Horsens, Næstved, Skanderborg, Helsingør, Ballerup og Hedensted.

Akutte psykiatriske genindlæggelser

Mål

Antal psykiatriske genindlæggelser som andel af samlet antal psykiatriske indlæggelser, pct.

Beskrivelse

En genindlæggelse er defineret ud fra følgende kriterier:

- Indlæggelsen finder sted tidligst fire timer og inden 30 dage efter forrige indlæggelse.
- Indlæggelsen starter akut

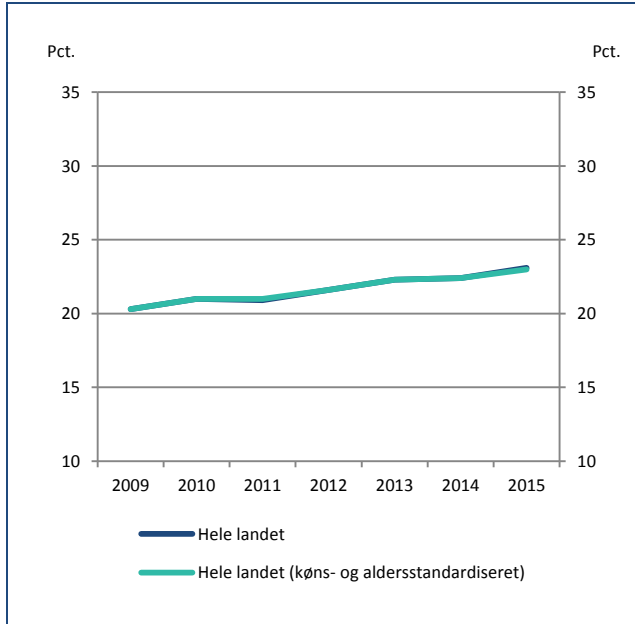
Der er dermed tale om *uspecifik* genindlæggelse, idet der ikke stilles krav om sammenfald mellem lokalitet (sygehus eller region) eller diagnose for første indlæggelse (primær-indlæggelsen) og genindlæggelse.

Det sygehus, patienten har den første indlæggelse på, tilskrives genindlæggelsen, uafhængigt af om genindlæggelsen finder sted på et andet sygehus.

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

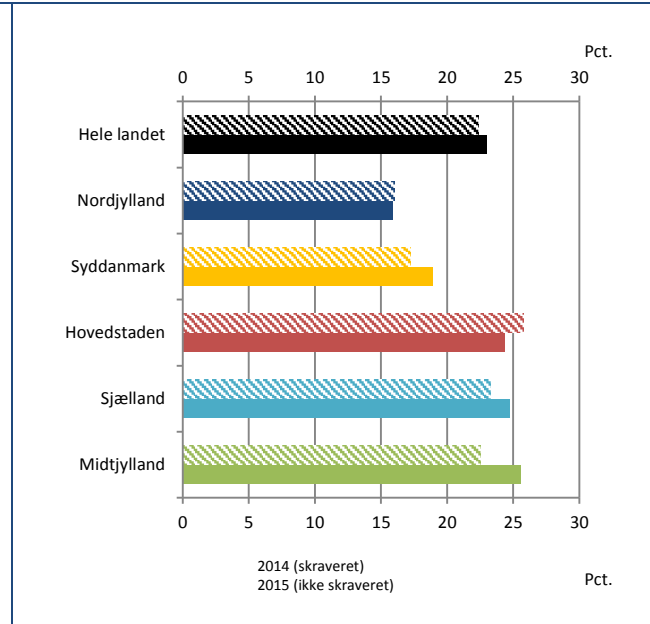
Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 28. Akutte psykiatriske genindlæggelser, 2009-2015, andel af alle indlæggelser, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

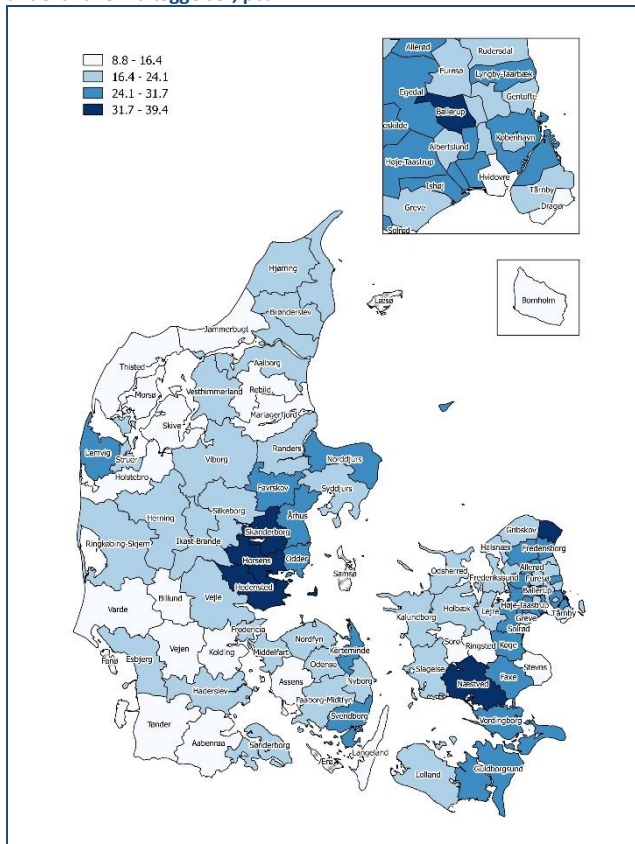
Figur 29. Akutte psykiatriske genindlæggelser, efter region, 2014-2015, andel af alle indlæggelser, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

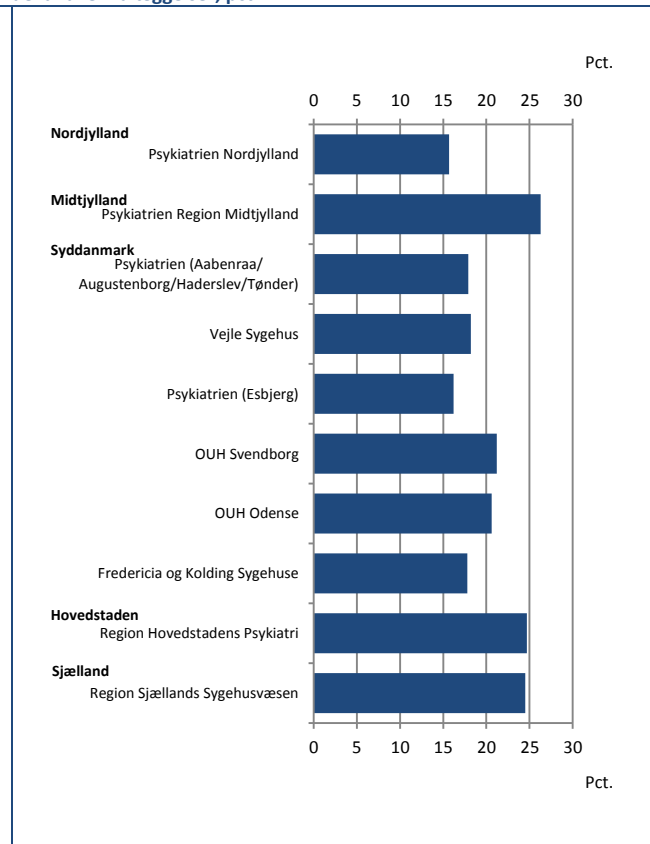
Figur 30. Akutte psykiatriske genindlæggelser, efter kommune, 2015, andel af alle indlæggelser, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: Kommuner med færre end 10.000 indbyggere er ikke medtaget (Læsø, Samsø, Fanø og Ærø). Tallene er ikke køns- og aldersstandardiserede som følge af utilstrækkeligt antal observationer.

Figur 31. Akutte psykiatriske genindlæggelser, efter sygehus, 2014, andel af alle indlæggelser, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

4.3.2 Forebyggelige indlæggelser blandt ældre

Indikatoren for forebyggelige indlæggelser dækker over indlæggelser for visse akutte sygdomme og tilstande blandt ældre, som kommunerne – sammen med regionerne – ofte har muligheder for at forebygge.

Det drejer sig bl.a. om indlæggelser som følge af dehydrering, blærebetændelse, brud, ernæringsbetinget blodmangel og tryksår.

Antallet af forebyggelige indlæggelser har siden 2010 været svagt faldende. Fra 2014 til 2015 er antallet dog steget marginalt, fra 62 indlæggelser pr. 1.000 ældre til 64 indlæggelser pr. 1.000 ældre (køns- og aldersstandardiseret), *jf. figur 32*.

Det laveste antal forebyggelige indlæggelser i 2015 findes i Region Nordjylland med ca. 53 indlæggelser pr. 1.000 ældre, mens det højeste antal findes i Region Hovedstaden, 78 indlæggelser pr. 1.000 ældre, *jf. figur 33*. I fire ud af fem regioner er antallet kun marginalt ændret i forhold til 2014. I Region Hovedstaden er antallet af indlæggelser pr. 1000 ældre steget fra 73 til 78.

På kommuneniveau varierer antallet af forebyggelige indlæggelser fra under 40 indlæggelser til over 80 indlæggelser pr. 1.000 ældre, *jf. figur 34*.

Antallet af forebyggelige indlæggelser er lavest i Vesthimmerlands, Mariagerfjord, Rebild, Viborg og Herning kommuner, under 44 indlæggelser pr. 1.000 ældre.

I Frederiksberg, Albertslund, Hvidovre, København, Tårnby, Brøndby og Ishøj kommuner ligger antallet af forebyggelige indlæggelser på 89 indlæggelser pr. 1.000 ældre eller derover.

Forebyggelige indlæggelser blandt ældre

Mål

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

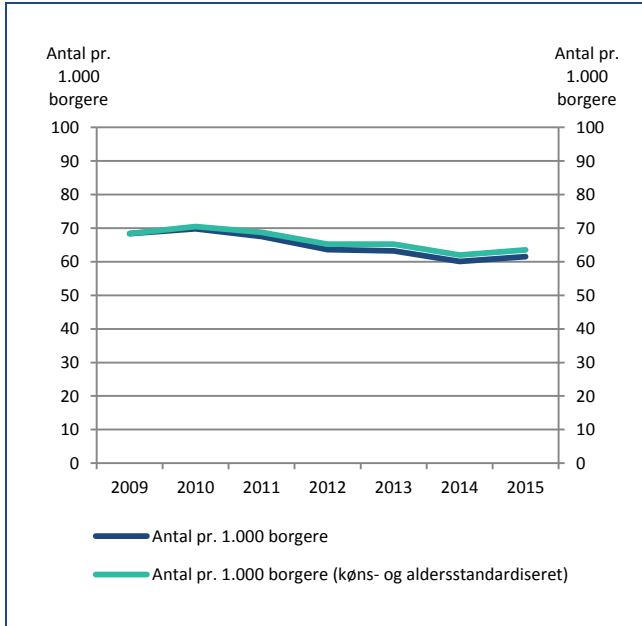
Beskrivelse

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.

For anvendte diagnosekoder, se bilagsdelen.

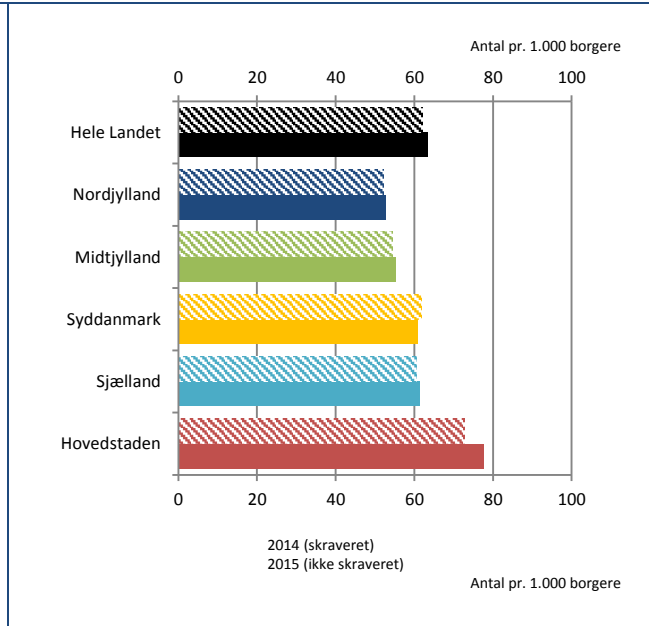
Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 32. Forebyggelige indlæggelser blandt ældre, 2009-2015, antal pr. 1.000 ældre (65+ år)



Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.

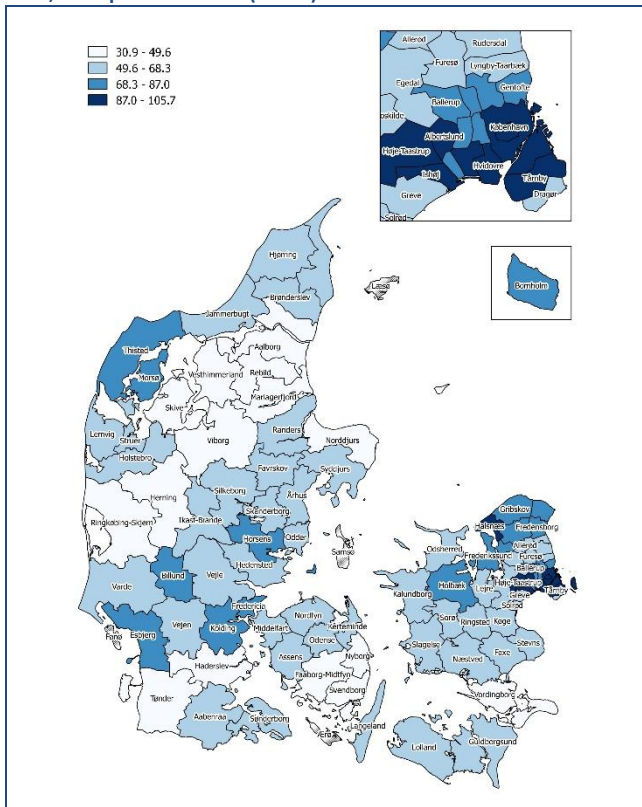
Figur 33. Forebyggelige indlæggelser blandt ældre, efter region, 2014-2015, antal pr. 1.000 ældre (65+ år)



Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

Figur 34. Forebyggelige indlæggelser blandt ældre, efter kommune, 2015, antal pr. 1.000 ældre (65+ år)



Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: Kommuner med færre end 10.000 indbyggere er ikke medtaget (Læsø, Samsø, Fanø og Ærø). Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

4.3.3 Akutte medicinske korttidsindlæggelser

Akutte medicinske korttidsindlæggelser er uplanlagte og øjeblikkelige indlæggelser på medicinske afdelinger, hvor patienten udskrives samme dag eller dagen efter indlæggelse.

Analyser har tidligere vist, at disse indlæggelser er særligt udbredte blandt ældre og borgere med kronisk sygdom, samt at ældre borgere ofte har kontakt til kommunen gennem pleje eller praktisk bistand eller kontakt til praktiserende læge kort forud for indlæggelsen [15, 16].

Akutte korttidsindlæggelser på medicinske afdelinger er faldet marginalt fra 2014 til 2015 og udgør 29 indlæggelser pr. 1.000 borgere (køns- og alderstandardiseret) i 2015, *jf. figur 35*.

Region Syddanmark og Region Nordjylland har færrest akutte medicinske korttidsindlæggelser i 2015, henholdsvis 20 og 12 indlæggelser pr. 1.000 borgere, mens Region Midtjylland og Region Hovedstaden med henholdsvis 32 og 43 indlæggelser pr. 1.000 borgere har flest, *jf. figur 36*.

Thisted, Aabenraa, Tønder, Haderslev, Lolland, Kerteminde kommuner har alle under 10 indlæggelser pr. 1.000 borgere i 2015, *jf. figur 37*. Blandt de 10 kommuner med flest korttidsindlæggelser i 2015, ca. 55 indlæggelser pr. 1.000 borgere eller derover, finder man bl.a. seks kommuner på den københavnske vestegn: Vallensbæk, Hvidovre, Glostrup, Albertslund, Ishøj, Brøndby og Høje-Taastrup. Øvrige kommuner i denne gruppe af kommuner er Hillerød, Randers, Halsnæs og Frederikssund.

Akutte medicinske korttidsindlæggelser

Mål

Antal akutte medicinske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere

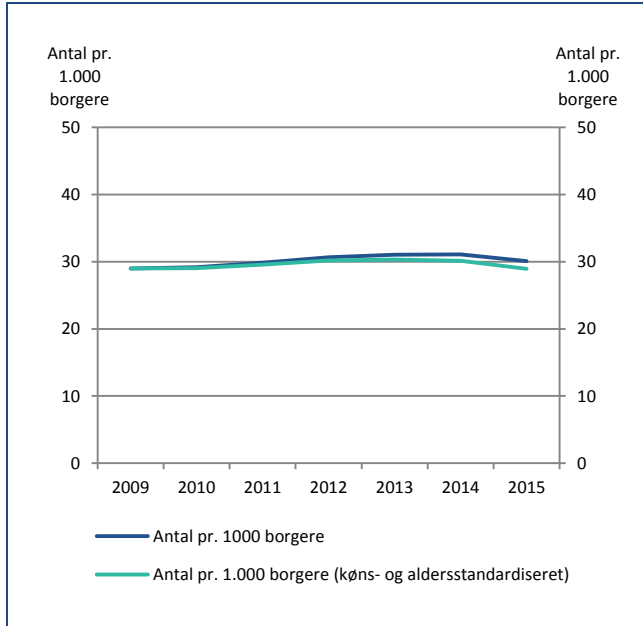
Beskrivelse

En korttidsindlæggelse defineres som en akut, indlæggelse på en afdeling inden for de medicinske specialer, hvor udskrivning enten finder sted på samme dag som indlæggelse eller dagen efter indlæggelse (én overnatning).

Afdelinger, som er betegnet med speciale 15 'Akut medicin' behandler både medicinske og ikke-medicinske patienter, hvorfor indlæggelser med specialekode 15 ikke indgår i opgørelsen af akutte medicinske korttidsindlæggelser. Regionernes brug af specialekode 15 er forskellig, hvorfor der er forbehold for sammenligning af indikatoren på tværs af kommunerne og regioner. Oprettelsen af akutmodtagelser har medført en ændring i praksis, hvor nogle korttidsindlæggelser bliver registreret som en ambulans kontakt fremfor at blive registreret som indlagt, hvilket har betydning for udviklingen over tid.

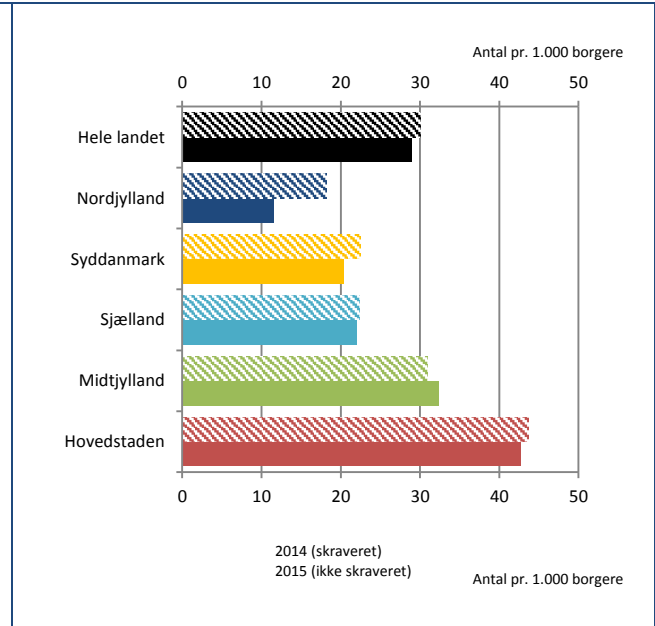
Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 35. Akutte medicinske korttidsindlæggelser, 2009-2015, antal pr. 1.000 borgere



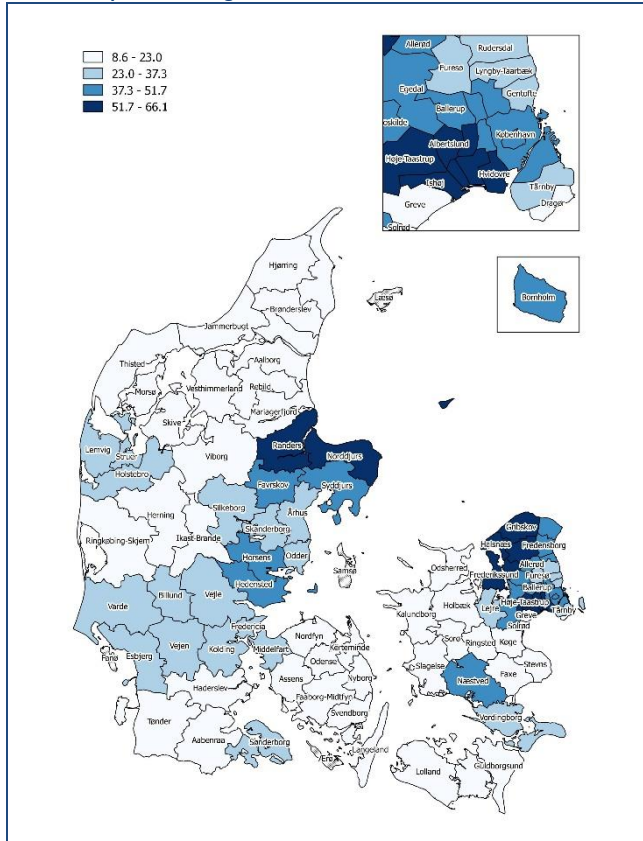
Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.
Anm.: Se boks på forrige side for forbehold for sammenligning over tid.

Figur 36. Akutte medicinske korttidsindlæggelser, efter region, 2014-2015, antal pr. 1.000 borgere



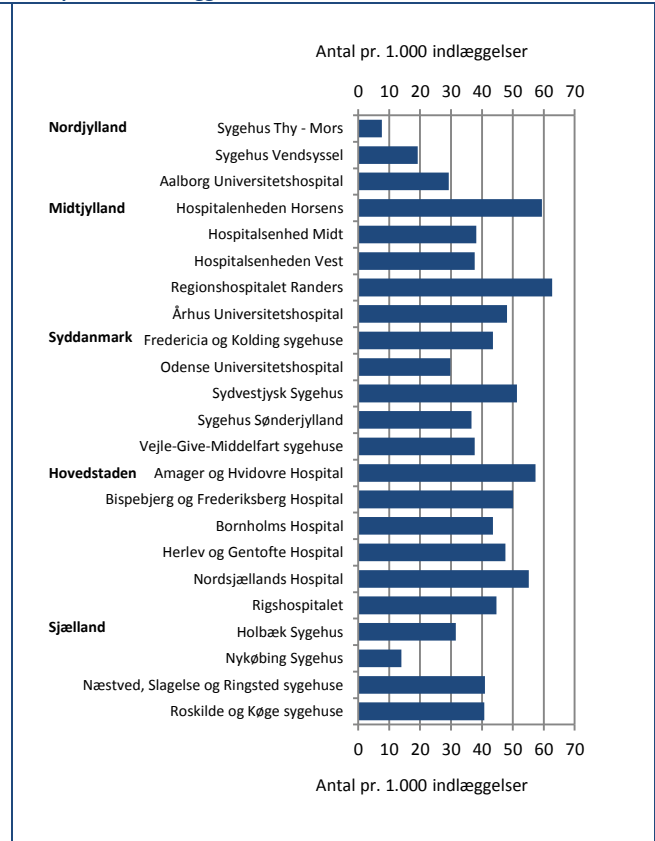
Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.
Anm.: Se boks på forrige side for forbehold for sammenligning over tid og mellem regioner. Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

Figur 37. Akutte medicinske korttidsindlæggelser, efter kommune, 2015, antal pr. 1.000 borgere



Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.
Anm.: Se boks på forrige side for forbehold for sammenligning mellem kommuner. Kommuner med færre end 10.000 indbyggere er ikke medtaget (Læsø, Samsø, Fanø og Ærø). Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

Figur 38. Akutte medicinske korttidsindlæggelser, efter sygehus, 2015, antal pr. 1.000 indlæggelser



Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.

4.3.4 Akutte psykiatriske korttidsindlæggelser

Akutte psykiatriske korttidsindlæggelser er uplanlagte og øjeblikkelige indlæggelser på psykiatriske afdelinger, hvor patienten udskrives samme dag eller dagen efter indlæggelse. Den korte indlæggelsestid kan indikere, at indlæggelserne i mange tilfælde kunne være undgået ved de rette regionale og kommunale indsatser og alternativer til indlæggelse.

Antallet af akutte psykiatriske korttidsindlæggelser er i 2015 på 2,2 indlæggelser pr. 1.000 borgere (køns- og alderstandardiseret). Det er en marginal stigning i forhold til de seneste år (2012-2014), *jf. figur 39*.

Region Nordjylland og Region Syddanmark havde færrest akutte psykiatriske korttidsindlæggelser i 2015, henholdsvis 1,0 og 1,6 indlæggelser pr. 1.000 borgere, mens Region Hovedstaden og Region Sjælland med henholdsvis 3,0 og 2,7 indlæggelser pr. 1.000 borgere havde flest, *jf. figur 40*.

Struer, Dragør, Holstebro og Ringkøbing-Skjern havde færrest korttidsindlæggelser i 2015, under 0,7 indlæggelser pr. 1.000 borgere, mens Helsingør, Brøndby, Glostrup og Ballerup havde flest, over 4,6 indlæggelser pr. 1.000 borgere.

Akutte psykiatriske korttidsindlæggelser

Mål

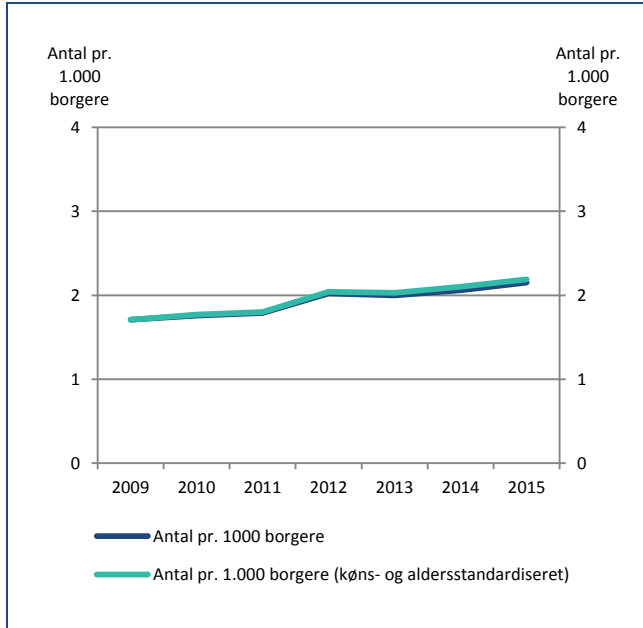
Antal akutte psykiatriske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere

Beskrivelse

En korttidsindlæggelse defineres som en akut psykiatrisk indlæggelse, hvor udskrivning enten finder sted på samme dag som indlæggelse eller dagen efter indlæggelse (én overnatning).

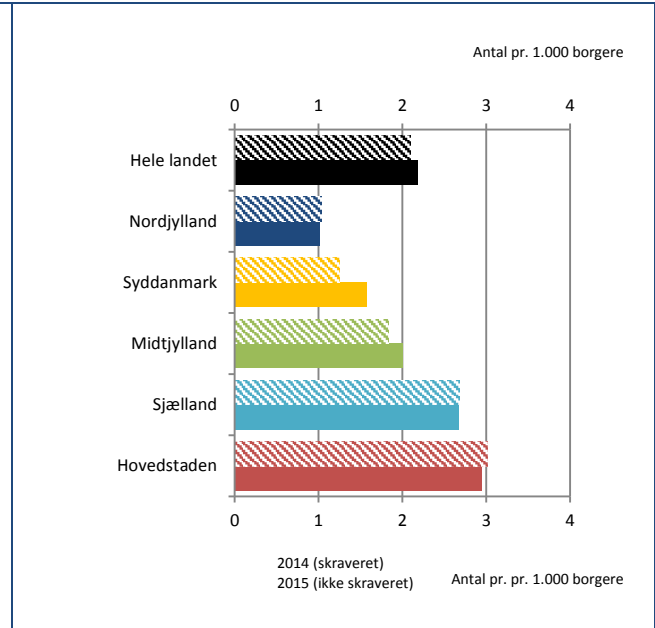
Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 39. Akutte psykiatriske korttidsindlæggelser, 2009-2015, antal pr. 1.000 borgere



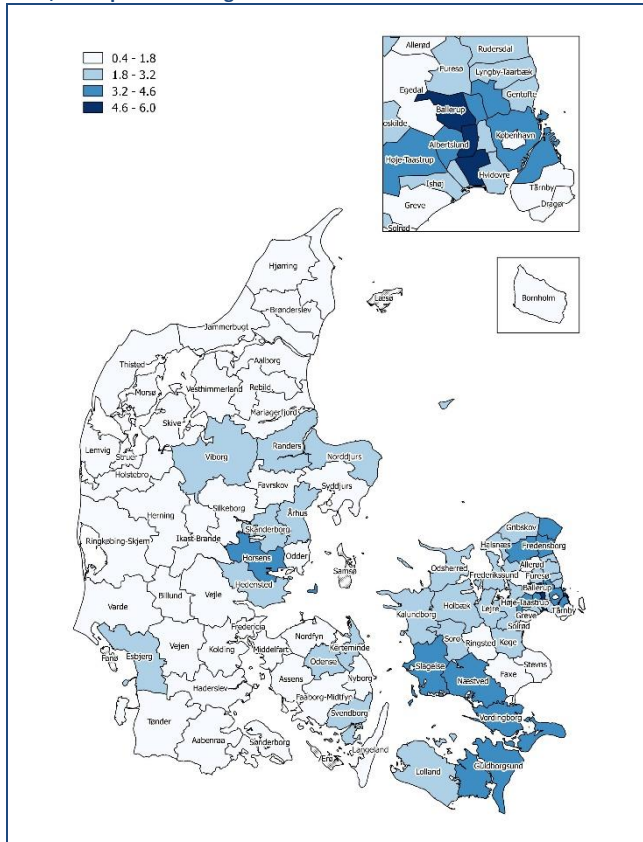
Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 40. Akutte psykiatriske korttidsindlæggelser, efter region, 2014-2015, antal pr. 1.000 borgere



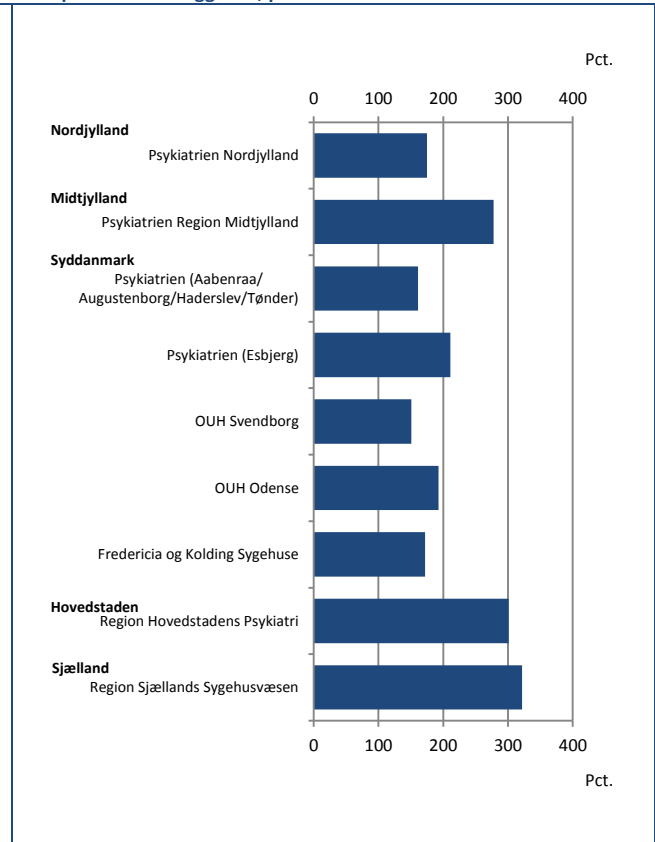
Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.
Anm.: Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

Figur 41. Akutte psykiatriske korttidsindlæggelser, efter kommune, 2015, antal pr. 1.000 borgere



Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.
Anm.: Kommuner med færre end 10.000 indbyggere er ikke medtaget (Læsø, Samsø, Fanø og Ærø). Tallene er ikke køns- og aldersstandardiserede som følge af utilstrækkeligt antal observationer.

Figur 42. Akutte psykiatriske korttidsindlæggelser, efter sygehus, 2015, antal pr. 1.000 indlæggelser, pct.



Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.

4.3.5 Dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt (somatik)

Når en borger er færdigbehandlet på sygehuset, men ikke kan udskrives til eget hjem, er det kommunens opgave at give borgeren et relevant tilbud, f.eks. en akutplads, rehabiliterings- eller plejeplads.

Kan kommunen ikke umiddelbart give borgeren et tilbud på grund af ventetid eller andre forhold forlænges indlæggelsen unødigt.

Udviklingen i antallet af dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt på somatiske sygehuse, har siden kommunalreformen i 2007 været nedadgående. I perioden 2011 til 2014 har antallet dog været stort set uændret, ca. 7 dage pr. 1.000 borgere. I 2015 er antallet imidlertid faldet til ca. 6 dage pr. 1.000 borgere, *jf. figur 43*.

Somatiske færdigbehandlede, der optager en seng på sygehusene, er fortsat et fænomen, der primært gør sig gældende i Region Hovedstaden og særligt i en række kommuner i og omkring Hovedstadsområdet.

I Region Hovedstaden udgjorde antallet af somatiske færdigbehandlingsdage i 2015 15 dage pr. 1.000 borgere, mens det i de øvrige regioner udgjorde 2 til 3 dage pr. 1.000 borgere, *jf. figur 44*. I Region Hovedstaden er antallet dog samtidigt faldet med ca. 4 dage pr. borgere fra 2014 til 2015.

Egedal, Tårnby, Hvidovre, Brøndby og Furesø har flest færdigbehandlingsdage i 2015, *jf. figur 45*. De fire førstnævnte kommuner er ligeledes blandt de fem kommuner med flest færdigbehandlingsdage i 2014.

Dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt (somatik)

Mål

Antal færdigbehandlingsdage på somatiske sygehuse pr. 1.000 borgere.

Beskrivelse

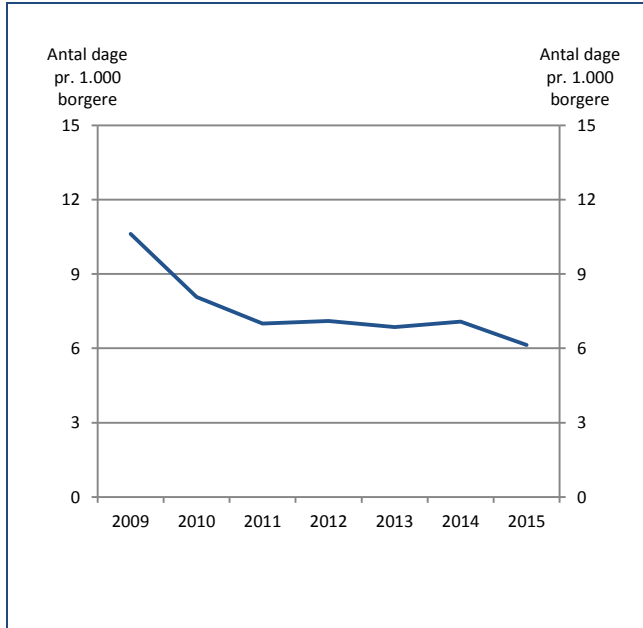
Antallet af dage beregnes som antal kalenderdage mellem to datoer (hvis dato for registrering af færdigbehandling er den samme som udskrivningsdato er antallet 0).

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.

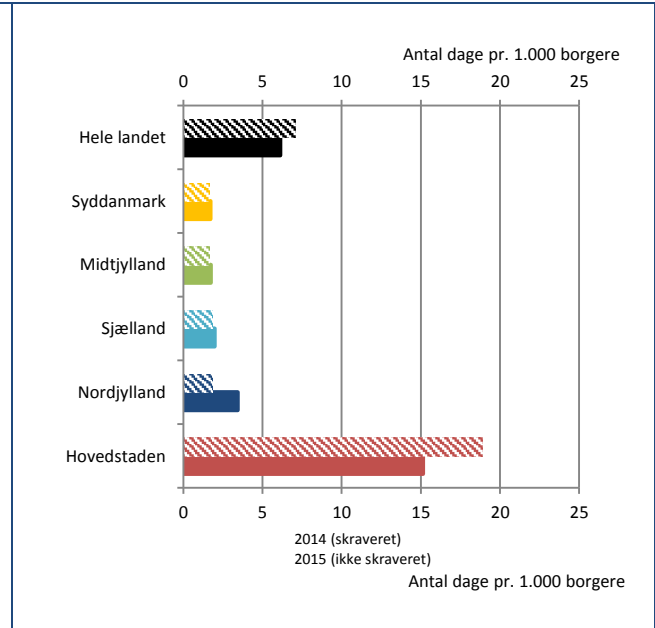
Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 43. Somatiske færdigbehandlingsdage på sygehus, 2009-2015, antal dage pr. 1.000 borgere



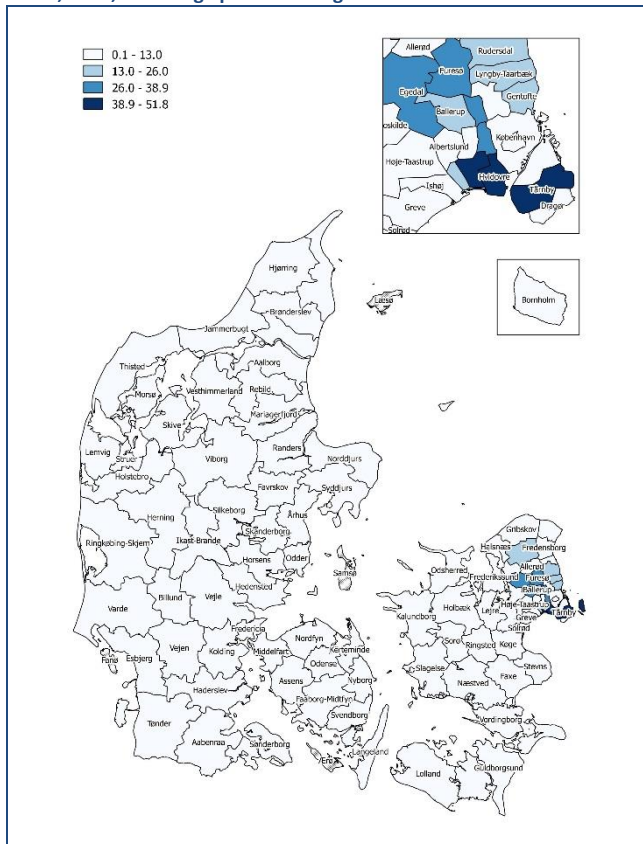
Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 44. Somatiske færdigbehandlingsdage på sygehus, efter region, 2014-2015, antal dage pr. 1.000 borgere



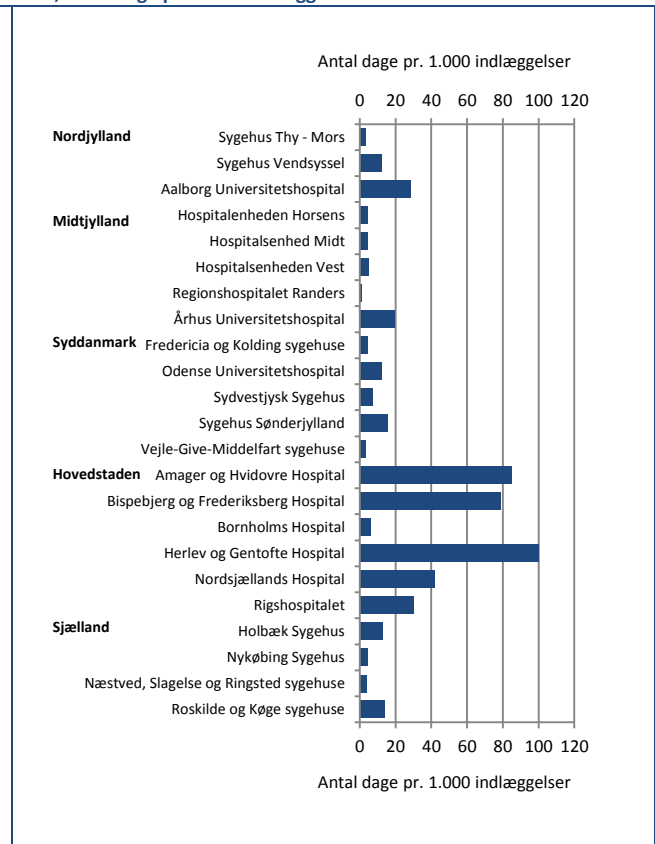
Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 45. Somatiske færdigbehandlingsdage på sygehus, efter kommune, 2015, antal dage pr. 1.000 borgere



Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.
Anm.: Kommuner med færre end 10.000 indbyggere er ikke medtaget (Læsø, Samsø, Fanø og Ærø).

Figur 46. Somatiske færdigbehandlingsdage på sygehus, efter sygehus, 2015, antal dage pr. 1.000 indlæggelser



Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.

4.3.6 Dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt (psykiatri)

Når en borger er færdigbehandlet på sygehuset, men ikke kan udskrives til eget hjem, er det kommunens opgave af give borgeren et relevant tilbud, f.eks. en plads i et botilbud.

Kan kommunen ikke umiddelbart give borgeren et tilbud på grund af ventetid eller andre forhold forlænges indlæggelsen unødigt.

Antallet af færdigbehandlingsdage i psykiatrien har fulgt udviklingen i somatiske færdigbehandlingsdage, *jf. afsnit 4.3.5.*

Efter et fald fra 2009 til 2011 har antallet af færdigbehandlingsdage været stort set uændret, dog med et lille fald fra 2013 til 2014, *jf. figur 47.* Fra 2014 til 2015 er antallet imidlertid faldet yderligere, så det i 2015 udgør 3,7 dage pr. 1.000 borgere.

Også inden for psykiatrien er færdigbehandlede, der optager en seng på sygehusene, et fænomen, der primært gør sig gældende i Region Hovedstaden og særligt i en række kommuner i og omkring Hovedstadsområdet.

I 2015 lå antallet af færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere på 5,9 dage i Region Hovedstaden, *jf. figur 48.* I de øvrige regioner lå antallet af dage på mellem 1,6 og 4,7 dage. Det bemærkes samtidigt, at antallet af færdigbehandlingsdage pr. 1.000 borgere i Region Hovedstaden er reduceret med knapt 40 pct. fra 2014 til 2015.

Albertslund, Roskilde, Vordingborg, København og Lemvig har flest psykiatriske færdigbehandlingsdage i 2015, 9 dage pr. 1.000 borgere eller derover, *jf. figur 49.*

Dage, hvor færdigbehandlede fortsat er indlagt (psykiatri)

Mål

Antal færdigbehandlingsdage på psykiatriske sygehusafdelinger pr. 1.000 borgere.

Beskrivelse

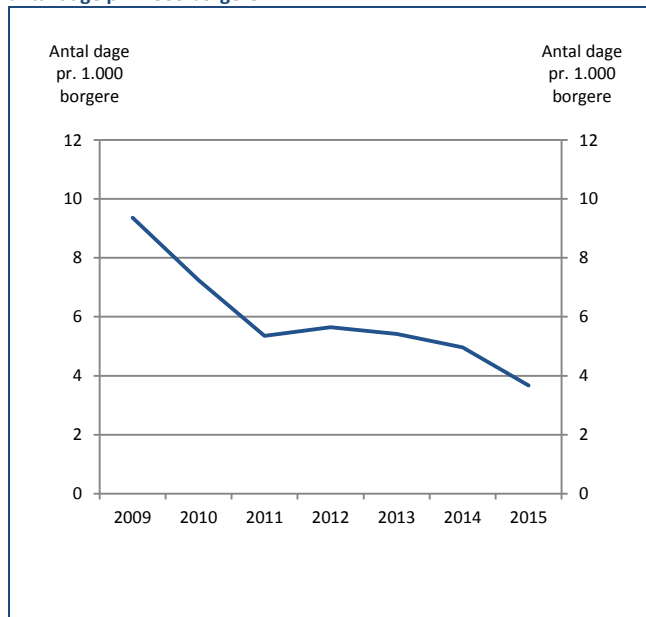
Antallet af dage beregnes som antal kalenderdage mellem to datoer (hvis dato for registrering af færdigbehandling er den samme som udskrivningsdato er antallet 0).

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.

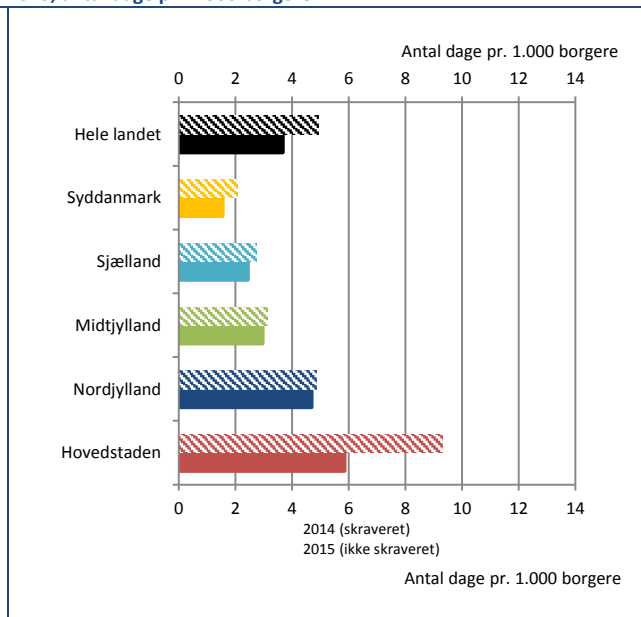
Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 47. Psykiatriske færdigbehandlingsdage på sygehus, 2009-2015, antal dage pr. 1.000 borgere



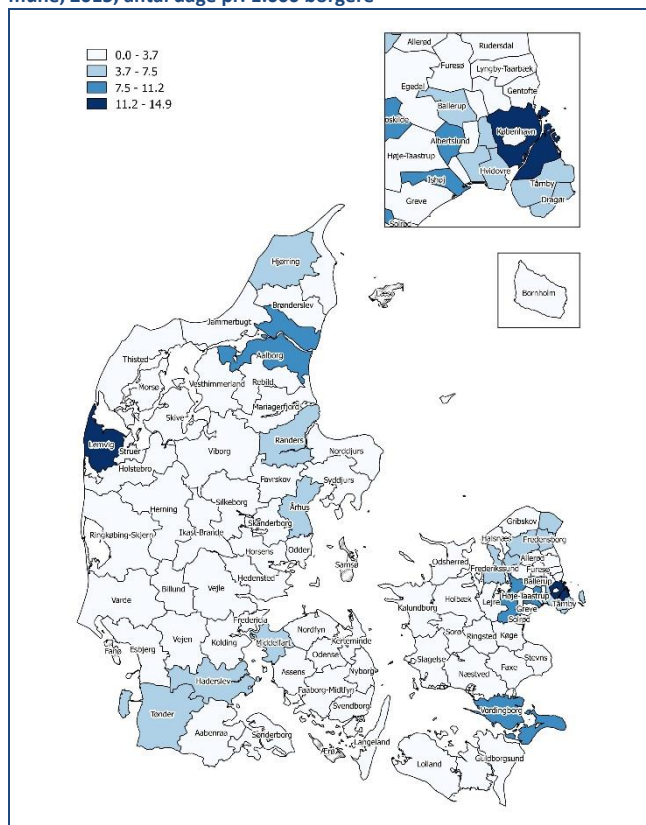
Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 48. Psykiatriske færdigbehandlingsdage på sygehus, efter region, 2015, antal dage pr. 1.000 borgere



Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 49. Psykiatriske færdigbehandlingsdage på sygehus, efter kommune, 2015, antal dage pr. 1.000 borgere



Kilde: Landspatientregisteret og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: Kommuner med færre end 10.000 indbyggere er ikke medtaget (Læsø, Samsø, Fanø og Ærø).

4.3.7 Akutte somatiske indlæggelser blandt borgere med KOL

KOL (Kronisk Obstruktiv Lungesygdom) er en udbredt kronisk og potentielt livstruende sygdom, som fører til åndenød, hoste og slim på grund af vedvarende nedsættelse af lungefunktionen. Ifølge en registerbaseret opgørelse fra Sundhedsdatastyrelsen havde ca. 176.000 danskere KOL i 2015³. Hertil kommer bl.a. et formentligt mindst lige så stort antal, som lever med KOL uden at vide det [17]. Akutte somatiske indlæggelser kan give en indikation af regioner og kommuners patientrettede forebyggelsesindsats for borgere med KOL.

I 2015 var antallet af akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 borgere (18+ årige) med KOL på 583 indlæggelser, mens det i 2014 var på 575 indlæggelser (køns- og aldersstandardiseret), *jf. figur 50*. I perioden 2009 til 2015 har antallet været stigende.

Antallet af akutte indlæggelser pr. 1.000 borgere med KOL var højest i Region Hovedstaden i 2015, 714 indlæggelser, mens det var lavest i Region Syddanmark, 485 indlæggelser, *jf. figur 51*.

På kommuneplan varierer antallet af akutte indlæggelser pr. 1.000 borgere med KOL fra under 420 i de fire fynske kommuner, Faaborg-Midtfyn, Assens, Svendborg og Nordfyns, til over 820 i Høje-Taastrup, Brøndby, Halsnæs og Ishøj kommuner.

Akutte somatiske indlæggelser blandt borgere med KOL

Mål

Antal indlæggelser pr. 1.000 borgere (18+ årige) med KOL

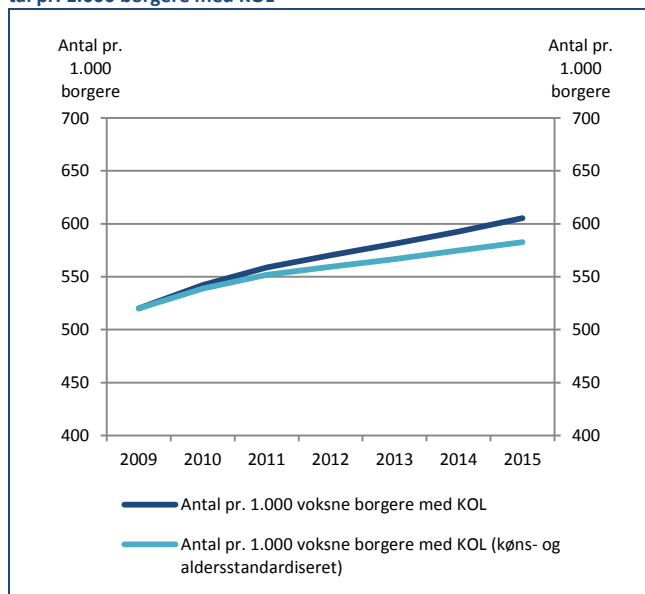
Beskrivelse

En akut indlæggelse er, i modsætning til en planlagt indlæggelse, en øjeblikkelig indlæggelse, som typisk sker via egen læge, vagtlæge/akuttefonen (1813) eller akutafdelinger. Ved alle indlæggelser på sygehuse registreres, hvorvidt der er tale om en akut eller planlagt indlæggelse.

Kilde: Landspatientregisteret, de reviderede (marts 2015) algoritmer til brug for dannelsen af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) og CPR.

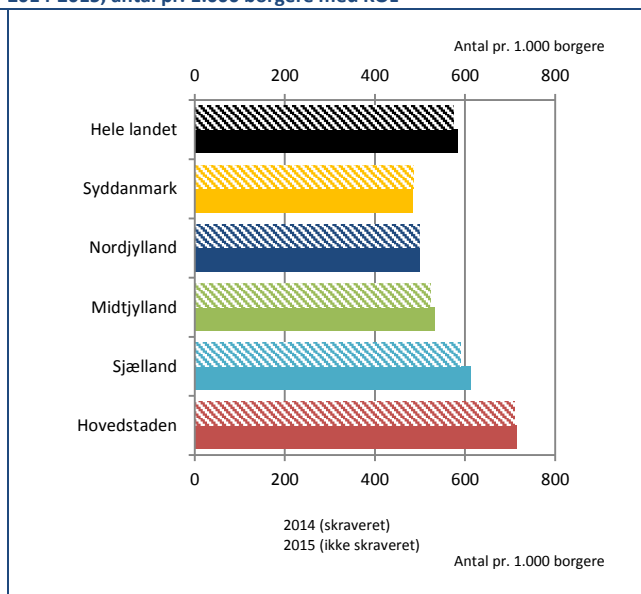
³ Kilden til opgørelsen er de reviderede algoritmer til brug for dannelsen af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 50. Akutte indlæggelser blandt borgere med KOL, 2009-2015, antal pr. 1.000 borgere med KOL



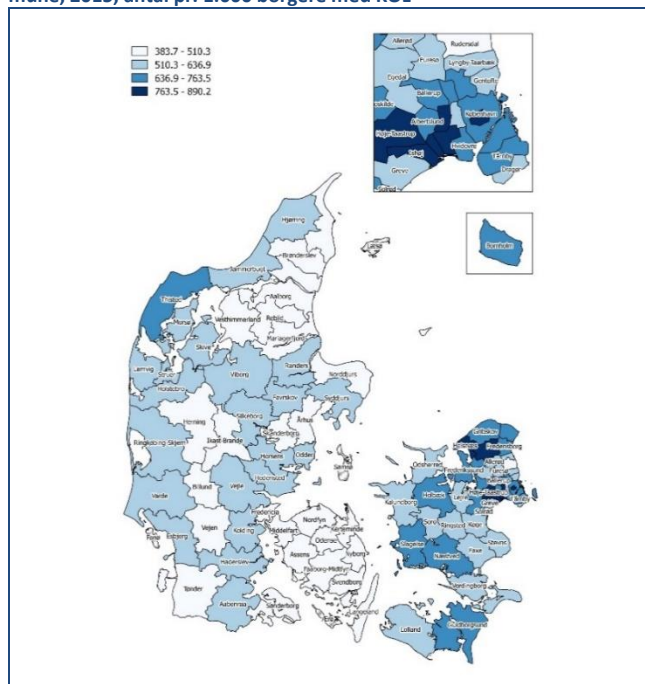
Kilde: Landspatientregisteret, de reviderede (marts 2015) algoritmer til brug for dannelsen af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.
Anm.: RUKS er et dynamisk register. Dvs. opgjorte tal pba. RUKS ændrer sig løbende med de informationer som er tilgængelige ved opdateringstidspunktet.

Figur 51. Akutte indlæggelser blandt borgere med KOL, efter region, 2014-2015, antal pr. 1.000 borgere med KOL



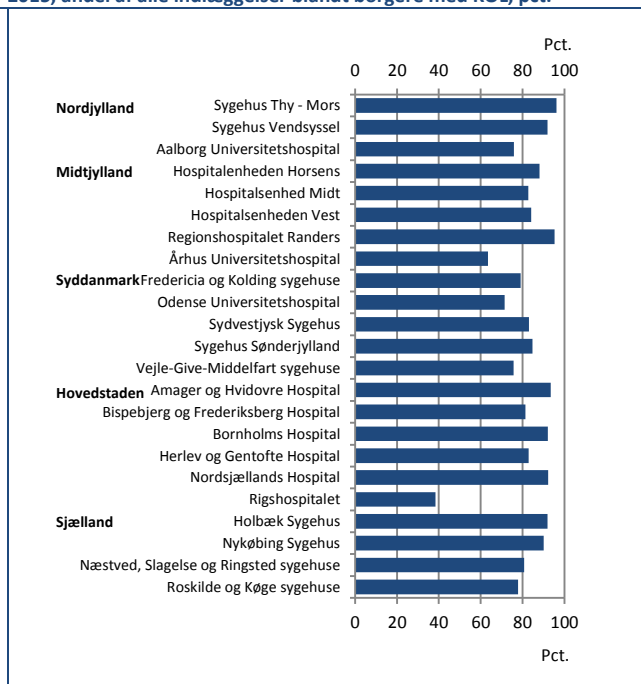
Kilde: Landspatientregisteret, de reviderede (marts 2015) algoritmer til brug for dannelsen af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.
Anm.: RUKS er et dynamisk register. Dvs. opgjorte tal pba. RUKS ændrer sig løbende med de informationer som er tilgængelige ved opdateringstidspunktet. Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

Figur 52. Akutte indlæggelser blandt borgere med KOL, efter kommune, 2015, antal pr. 1.000 borgere med KOL



Kilde: Landspatientregisteret, de reviderede (marts 2015) algoritmer til brug for dannelsen af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.
Anm.: RUKS er et dynamisk register. Dvs. opgjorte tal pba. RUKS ændrer sig løbende med de informationer som er tilgængelige ved opdateringstidspunktet. Kommuner med færre end 10.000 indbyggere er ikke medtaget (Læsø, Samsø, Fanø og Ærø). Tallene er aldersstandardiserede.

Figur 53. Akutte indlæggelser blandt borgere med KOL, efter sygehus, 2015, andel af alle indlæggelser blandt borgere med KOL, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, de reviderede (marts 2015) algoritmer til brug for dannelsen af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.
Anm.: RUKS er et dynamisk register. Dvs. opgjorte tal pba. RUKS ændrer sig løbende med de informationer som er tilgængelige ved opdateringstidspunktet.

4.3.8 Akutte somatiske genindlæggelser blandt borgere med KOL

KOL er en af de mest almindelige årsager til indlæggelse på sygehus, og indlagte borgere med KOL har desuden en høj risiko for at blive akut genindlagt inden for 30 dage [18, 19, 20]. Det kan derfor være særligt relevant at belyse den regionale og kommunale indsats for nedbringelse af akutte genindlæggelser blandt denne gruppe af borgere.

Genindlæggelsesfrekvensen for borgere (18+ årige) med KOL var i på 12,5 pct. i 2015 (køns- og aldersstandardiseret), hvilket er samme niveau som i 2014, *jf. figur 54*. Siden 2011 har frekvensen været let stigende.

Region Nordjylland havde med 9,8 pct. den laveste genindlæggelsesfrekvens for borgere med KOL i 2015, mens Region Sjælland havde den højeste med 16,6 pct., *jf. figur 55*.

Blandt kommuner varierer genindlæggelsesfrekvensen i 2015 fra 2 pct. eller derunder i Aabenraa, Haderslev, Frederikshavn, Hjørring og Lyngby-Taarbæk kommuner til over 19 pct. i Næstved, Gribskov, Frederiksund, Slagelse og Halsnæs kommuner, *jf. figur 56*.

Akutte somatiske genindlæggelser blandt borgere med KOL

Mål

Antal somatiske genindlæggelser som andel af samlet antal somatiske indlæggelser blandt borgere (18+ årige) med KOL, pct.

Beskrivelse

En genindlæggelse er defineret ud fra følgende kriterier:

- Indlæggelsen finder sted tidligst fire timer og inden 30 dage efter forrige indlæggelse.
- 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.

Der er dermed tale om *uspecifik* genindlæggelse, idet der ikke stilles krav om sammenfald mellem lokalitet (sygehus eller region) eller diagnose for første indlæggelse (primær-indlæggelsen) og genindlæggelse.

Det sygehus, patienten har den første indlæggelse på, tilskrives genindlæggelsen, uafhængigt af om genindlæggelsen finder sted på et andet sygehus.

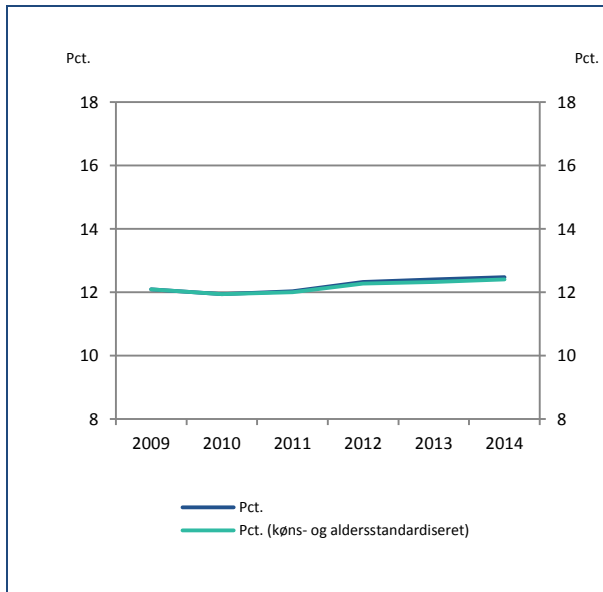
En indlæggelse er i denne sammenhæng et forløb af tidssammenhængende indlæggelser på afdelinger inden for et sygehus, hvor der er mindre end fire timer mellem afslutningen af en indlæggelse og starten af den næste indlæggelse.

For anvendte diagnosekoder i forbindelse med afgrænsning af kræft- og ulykkesdiagnoser, se bilagsdelen.

Det bemærkes, at indikatoren er følsom overfor variationer og ændringer i registreringspraksis, hvad angår henvisningsmåde på indlæggelser. Sammenligninger over tid og mellem regioner/kommuner skal derfor tages med forbehold.

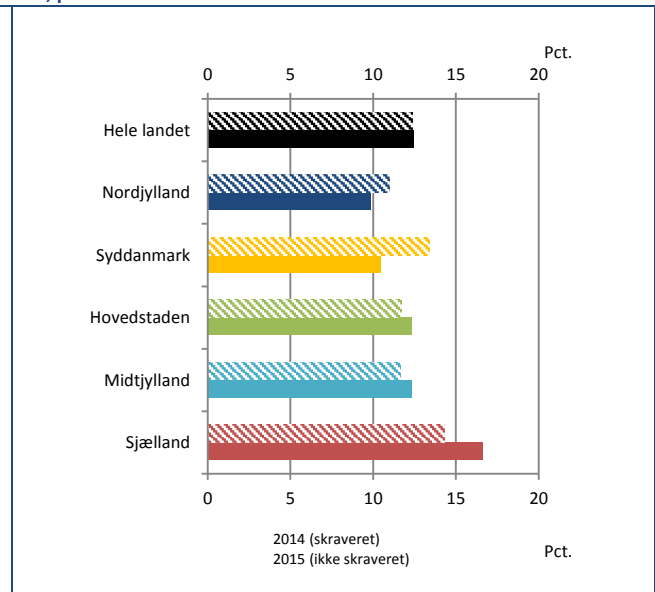
Kilde: Landspatientregisteret, de reviderede algoritmer (marts 2015) til brug for dannelsen af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) og CPR.

Figur 54. Akutte somatiske genindlæggelser blandt borgere med KOL, 2009-2015, andel af alle indlæggelser blandt borgere med KOL, pct.



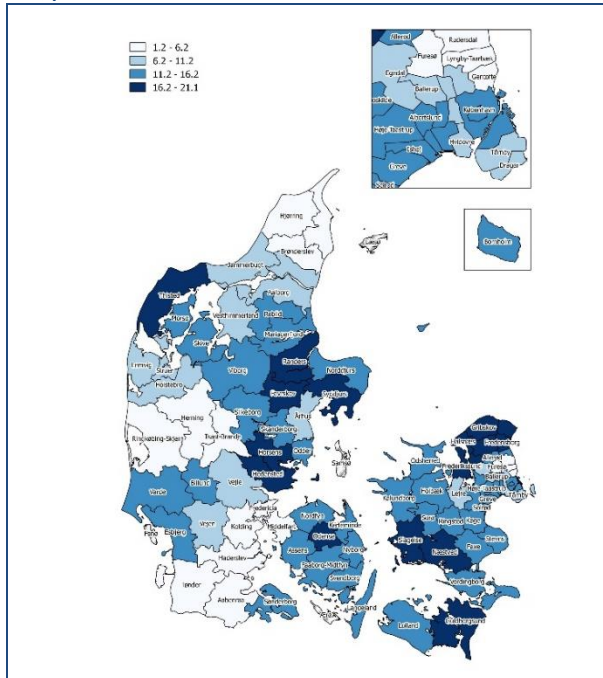
Kilde: Landspatientregisteret, de reviderede algoritmer (marts 2015) til brug for dannelsen af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.
Anm.: RUKS er et dynamisk register. Dvs. opgjorte tal pba. RUKS ændrer sig løbende med de informationer som er tilgængelige ved opdateringstidspunktet.

Figur 55. Akutte somatiske genindlæggelser blandt borgere med KOL, efter region, 2014-2015, andel af alle indlæggelser blandt borgere med KOL, pct.



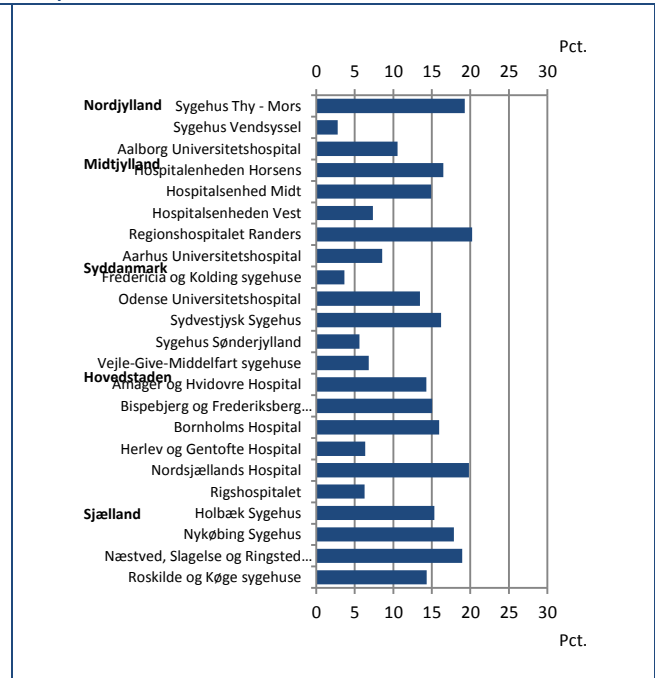
Kilde: Landspatientregisteret, de reviderede algoritmer (marts 2015) til brug for dannelsen af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.
Anm.: RUKS er et dynamisk register. Dvs. opgjorte tal pba. RUKS ændrer sig løbende med de informationer som er tilgængelige ved opdateringstidspunktet. Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

Figur 56. Akutte somatiske genindlæggelser blandt borgere med KOL, 2015, efter kommune, andel af alle indlæggelser blandt borgere med KOL, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, de reviderede algoritmer (marts 2015) til brug for dannelsen af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.
Anm.: RUKS er et dynamisk register. Dvs. opgjorte tal pba. RUKS ændrer sig løbende med de informationer, som er tilgængelige ved opdateringstidspunktet. Kommuner med færre end 10.000 indbyggere er ikke medtaget (Læsø, Samsø, Fanø og Ærø). Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

Figur 57. Akutte somatiske genindlæggelser blandt borgere med KOL, 2015, efter sygehus, andel af alle indlæggelser blandt borgere med KOL, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, de reviderede algoritmer (marts 2015) til brug for dannelsen af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.
Anm.: RUKS er et dynamisk register. Dvs. opgjorte tal pba. RUKS ændrer sig løbende med de informationer som er tilgængelige ved opdateringstidspunktet.

4.3.9 Akutte somatiske indlæggelser blandt borgere med diabetes type 2

Diabetes type 2 er en kronisk sygdom, der er karakteriseret ved et forhøjet blodsukkerniveau i kroppen. Diabetes optræder ofte sammen med andre livsstilssygdomme som f.eks. forhøjet blodtryk og fedme. Diabetes 2 kan på sigt give en række alvorlige følgesygdomme i form af skader på fødder, øjne, nyrer, nerver, hjerne og hjerte.

Akutte indlæggelser blandt borgere med diabetes type 2 kan give en indikation af regioner og kommuners indsats for denne gruppe af borgere, herunder i forhold til at forebygge og behandle disse følgesygdomme.

Antallet af akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 borgere (18+ årige) med diabetes type 2 er i 2015 på 374 indlæggelser (køns- og aldersstandardiseret), *jf. figur 58*. Det er samme niveau som i 2014. Fra 2010 har der dog været en svagt faldende tendens.

Blandt regioner varierer antallet i 2015 fra 459 indlæggelser pr. 1.000 borgere i Region Hovedstaden til 303 indlæggelser pr. 1.000 borgere i Region Syddanmark, *jf. figur 59*.

Faaborg-Midtfyn, Brønderslev, Assens, Svendborg og Odense kommuner har alle et indlæggelsestal på under 275 akutte indlæggelser pr. 1.000 borgere i 2015, mens Tårnby, Gribskov, Glostrup, Albertslund, Halsnæs og Ishøj kommuner har et indlæggelsestal på over 510 indlæggelser pr. 1.000 borger, *jf. figur 60*.

Akutte indlæggelser blandt borgere med diabetes type 2

Mål

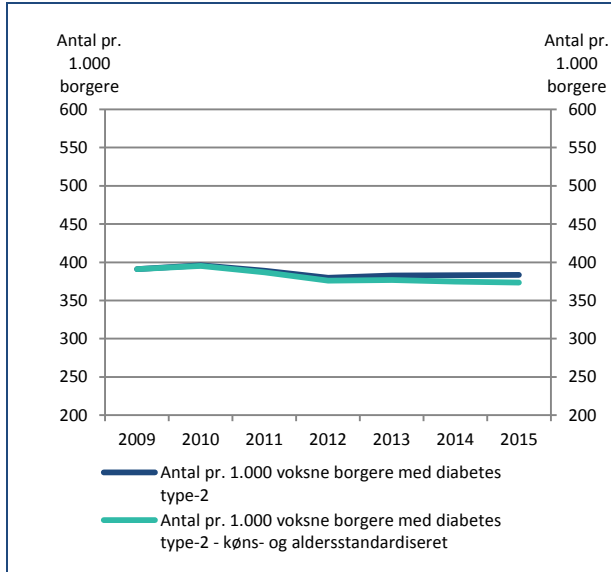
Antal indlæggelser pr. 1.000 borgere (18+ årige) med diabetes type 2

Beskrivelse

En akut indlæggelse er, i modsætning til en planlagt indlæggelse, en øjeblikkelig indlæggelse, som typisk sker via egen læge, vagtlæge/akuttelefonen (1813) eller akutafdelinger. Ved alle indlæggelser på sygehuse registreres, hvorvidt der er tale om en akut eller en planlagt indlæggelse.

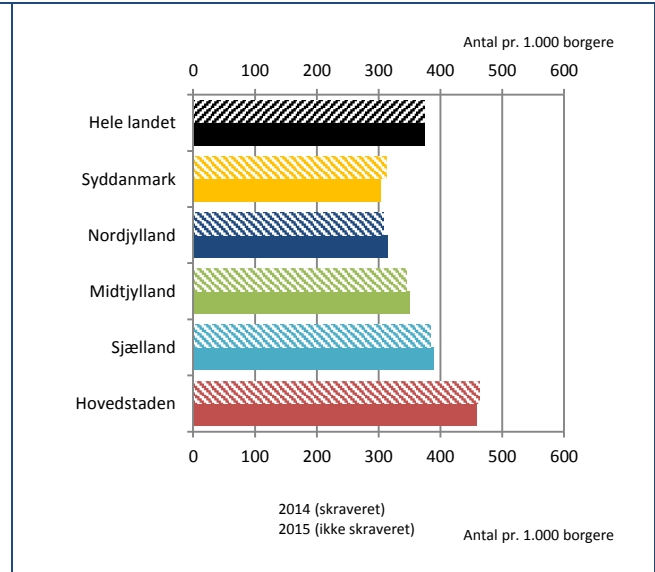
Kilde: Landspatientregisteret, de reviderede algoritmer til brug for dannelsen af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) og CPR.

Figur 58. Akutte indlæggelser blandt borgere med diabetes type 2, 2009-2015, antal pr. 1.000 borgere med diabetes type 2



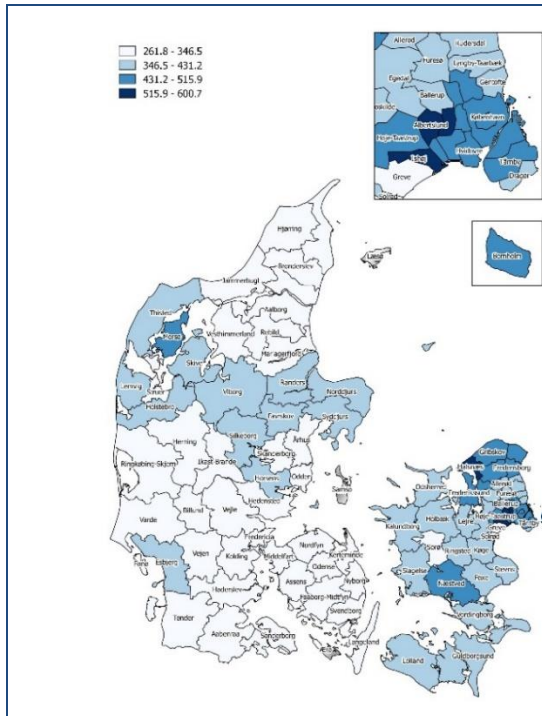
Kilde: Landspatientregisteret, de reviderede algoritmer til brug for dannelsen af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.
Anm.: RUKS er et dynamisk register. Dvs. opgjorte tal pba. RUKS ændrer sig løbende med de informationer som er tilgængelige ved opdateringstidspunktet.

Figur 59. Akutte indlæggelser blandt borgere med diabetes type 2, 2014-2015, efter region, antal pr. 1.000 borgere med diabetes type 2



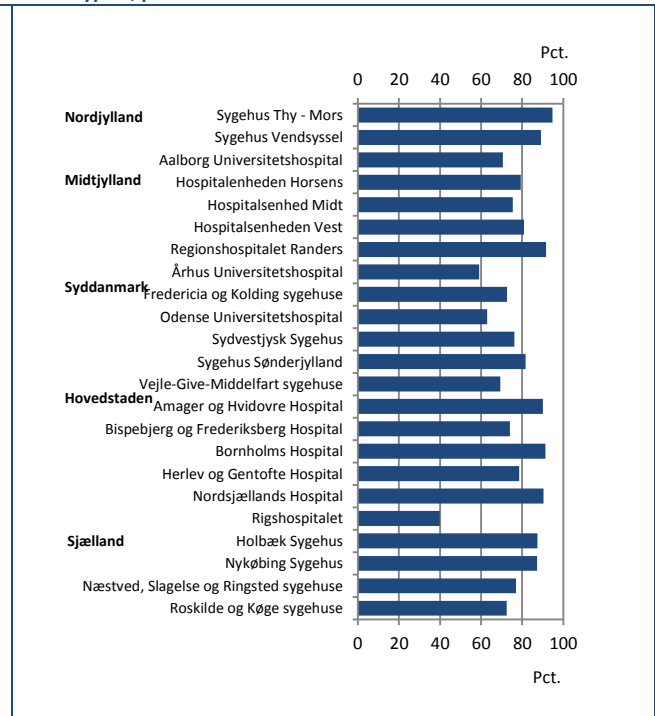
Kilde: Landspatientregisteret, de reviderede algoritmer til brug for dannelsen af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.
Anm.: RUKS er et dynamisk register. Dvs. opgjorte tal pba. RUKS ændrer sig løbende med de informationer som er tilgængelige ved opdateringstidspunktet. Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

Figur 60. Akutte indlæggelser blandt borgere med diabetes type 2, 2015, efter kommune, antal pr. 1.000 borgere med diabetes type 2



Kilde: Landspatientregisteret, de reviderede algoritmer til brug for dannelsen af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.
Anm.: RUKS er et dynamisk register. Dvs. opgjorte tal pba. RUKS ændrer sig løbende med de informationer, som er tilgængelige ved opdateringstidspunktet. Kommuner med færre end 10.000 indbyggere er ikke medtaget (Læsø, Samsø, Fanø og Ærø). Tallene er aldersstandardiserede.

Figur 61. Akutte indlæggelser blandt borgere med diabetes type 2, 2015, efter sygehus, andel af alle indlæggelser blandt borgere med diabetes type 2, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, de reviderede algoritmer til brug for dannelsen af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.
Anm.: RUKS er et dynamisk register. Dvs. opgjorte tal pba. RUKS ændrer sig løbende med de informationer, som er tilgængelige ved opdateringstidspunktet.

4.3.10 Akutte somatiske genindlæggelser blandt borgere med diabetes type 2

I 2015 udgjorde andelen af akutte genindlæggelser (genindlæggelsesfrekvensen) 10,2 pct. af alle indlæggelser (køns- og aldersstandardiseret) blandt borgere (18+ årige) med diabetes type 2, *jf. figur 62*. Det er en marginal stigning i forhold til 2014. Siden 2011 har andelen ligget på ca. 10 pct.

Regionalt varierer andelen af genindlæggelser i 2015 fra godt 13 pct. i Region Sjælland til 8 pct. i Region Nordjylland, *jf. figur 63*.

På kommuneniveau har Aabenraa, Haderslev, Rudersdal, Lyngby-Taarbæk og Kolding kommuner en andel på under 2 pct. i 2015, mens Frederikssund, Gribskov, Hillerød, Halsnæs, Fredensborg og Randers har en andel på over 15 pct., *jf. figur 64*.

Akutte genindlæggelser blandt borgere med diabetes type 2

Mål

Antal somatiske genindlæggelser (akut indlæggelse - minimum fire timer og senest 30 dage efter seneste udskrivning) som andel af samlet antal somatiske indlæggelser blandt borgere (18+ årige) med diabetes type 2, pct.

Beskrivelse

En genindlæggelse er defineret ud fra følgende kriterier:

- Indlæggelsen finder sted tidligst fire timer og inden 30 dage efter forrige indlæggelse.
- 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.

Der er dermed tale om *uspecifik* genindlæggelse, idet der ikke stilles krav om sammenfald mellem lokalitet (sygehus eller region) eller diagnose for første indlæggelse (primær-indlæggelsen) og genindlæggelse.

Det sygehus, patienten har den første indlæggelse på, tilskrives genindlæggelsen, uafhængigt af om genindlæggelsen finder sted på et andet sygehus.

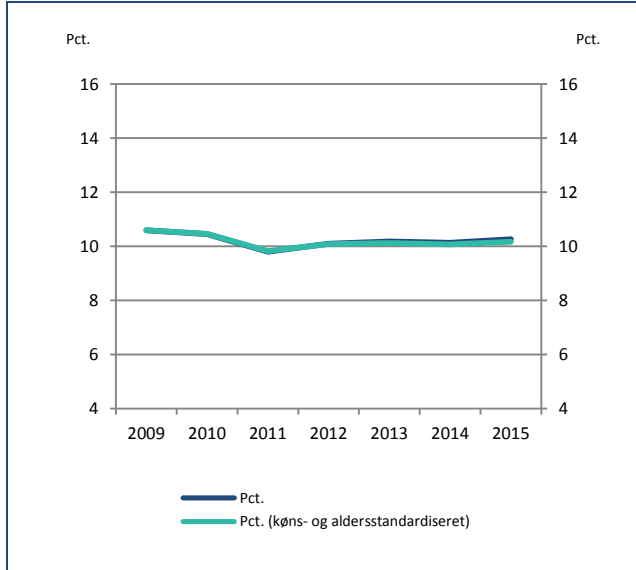
En indlæggelse er i denne sammenhæng et forløb af tidssammenhængende indlæggelser på afdelinger inden for et sygehus, hvor der er mindre end fire timer mellem afslutningen af en indlæggelse og starten af den næste indlæggelse.

For anvendte diagnosekoder i forbindelse med afgrænsning af kræft- og ulykkesdiagnoser, se bilagsdelen.

Det bemærkes, at indikatoren er følsom overfor variationer og ændringer i registreringspraksis, hvad angår henvisningsmåde på indlæggelser. Sammenligninger over tid og mellem regioner/kommuner skal derfor tages med forbehold.

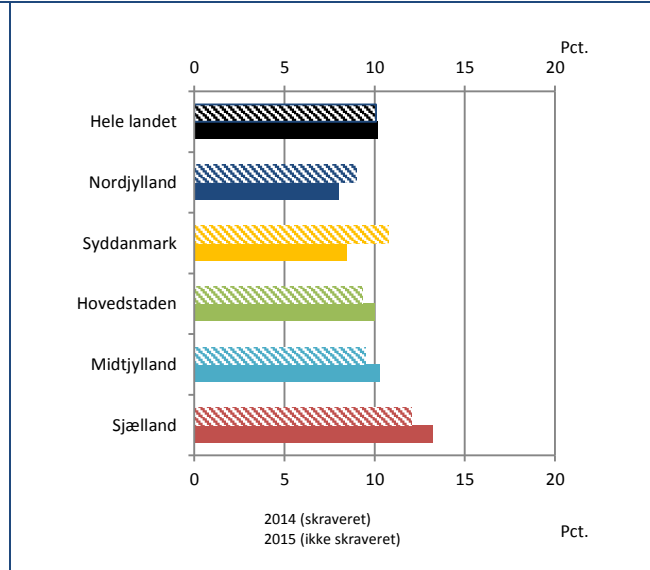
Kilde: Landspatientregisteret, de reviderede algoritmer (marts 2015) til brug for dannelsen af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) og CPR.

Figur 62. Akutte somatiske genindlæggelser blandt borgere med diabetes type 2, 2009-2015, andel af alle indlæggelser blandt borgere med diabetes type 2, pct.



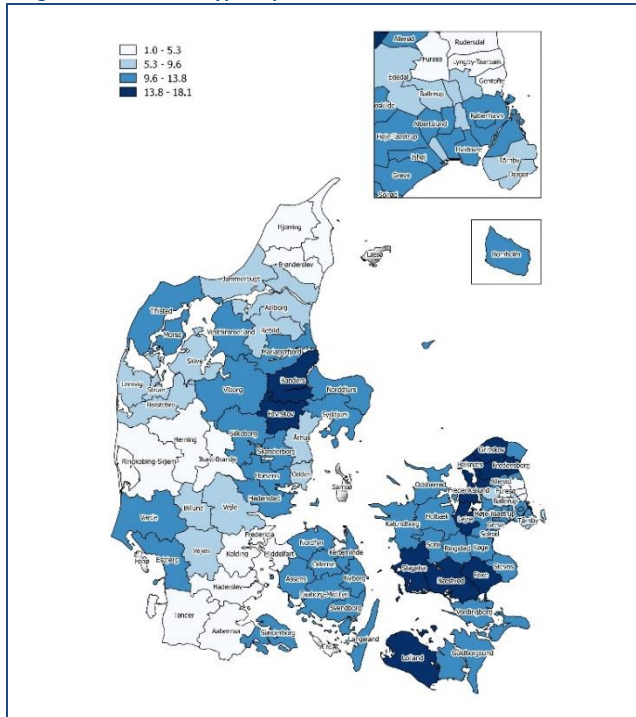
Kilde: Landspatientregisteret, de reviderede algoritmer (marts 2015) til brug for dannelsen af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.
 Anm.: RUKS er et dynamisk register. Dvs. opgjorte tal pba. RUKS ændrer sig løbende med de informationer, som er tilgængelige ved opdateringstidspunktet.

Figur 63. Akutte somatiske genindlæggelser blandt borgere med diabetes type 2, 2014-2015, efter region, andel af alle indlæggelser blandt borgere med diabetes type 2, pct.



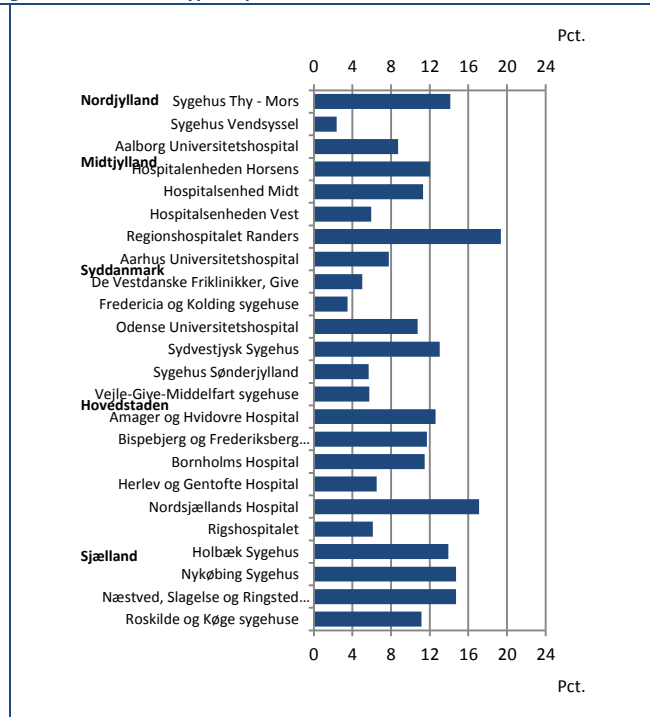
Kilde: Landspatientregisteret, de reviderede algoritmer (marts 2015) til brug for dannelsen af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.
 Anm.: RUKS er et dynamisk register. Dvs. opgjorte tal pba. RUKS ændrer sig løbende med de informationer, som er tilgængelige ved opdateringstidspunktet. Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

Figur 64. Akutte somatiske genindlæggelser blandt borgere med diabetes type 2, 2015, efter kommune, andel af alle indlæggelser blandt borgere med diabetes type 2, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, de reviderede algoritmer (marts 2015) til brug for dannelsen af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.
 Anm.: RUKS er et dynamisk register. Dvs. opgjorte tal pba. RUKS ændrer sig løbende med de informationer som er tilgængelige ved opdateringstidspunktet. Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

Figur 65. Akutte somatiske genindlæggelser blandt borgere med diabetes type 2, 2015, efter sygehus, andel af alle indlæggelser blandt borgere med diabetes type 2, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, de reviderede algoritmer (marts 2015) til brug for dannelsen af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.
 Anm.: RUKS er et dynamisk register. Dvs. opgjorte tal pba. RUKS ændrer sig løbende med de informationer, som er tilgængelige ved opdateringstidspunktet.

4.4 PATIENTSIKKERHED

Patientsikkerhed er sikkerheden for patienter mod skade og risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets indsats og ydelser eller mangel på samme [21].

I 2015 blev der rapporteret ca. 175.000 *utilsigtede hændelser*, dvs. hændelser og fejl, som ikke skyldtes patientens sygdom, og som enten forvolder skade eller kunne have forvoldt skade. [22].

INDIKATORER

- Sygehusdødelighed
- Sygehusinfektioner



4.4.1 Sygehusdødelighed

Sygehusdødeligheden, de såkaldte hospitalsstandardiserede mortalitetsrater (HSMR), anvendtes til og med december 2015 som en overordnet indikator for patientsikkerheden på hospitalerne.

HSMR på landsplan er fra 2011 til 2015 faldet fra 109 pct. til 98 pct. af den forventede dødelighed (beregnet ud fra dødeligheden i referenceåret 2014), *jf. figur 66*.

En HSMR på 100 pct. betyder, at det faktiske antal dødsfald svarer til det forventede. En HSMR på over/under 100 pct. betyder, at det faktiske antal dødsfald er højere/lavere end det forventede antal.

På regionalt plan er HSMR generelt også faldet, *jf. figur 67a-e*.

Det er som følge af opgørelsesmetoden ikke muligt direkte at sammenligne HSMR på tværs af regioner eller sygehuse.

Sygehusdødelighed (HSMR)

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 2013 var der fx i Danmark i alt 78 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.

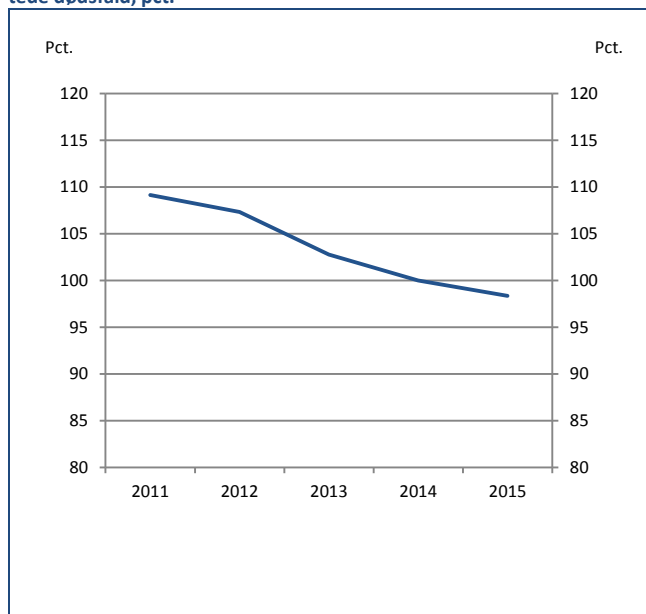
Det faktiske antal dødsfald findes som det antal patienter, der dør inden for 30 dage efter indlæggelsen. Det forventede antal dødsfald beregnes ud fra 30-dages dødeligheden blandt alle danske patienter, der blev indlagt med disse 78 diagnoser i et givet år (aktuelt 2014).

I beregningen af det forventede antal dødsfald tages højde for indlæggelseskvartal, alder, køn, indlæggelsesmåde (akut/elektiv), komorbiditet, ægteskabelig status, overflytning mellem to regioner, samt hvilken af de udvalgte diagnoser patienterne indlægges med.

En sygehusdødelighed på 100 pct. betyder, at det faktiske antal dødsfald svarer til det forventede.

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

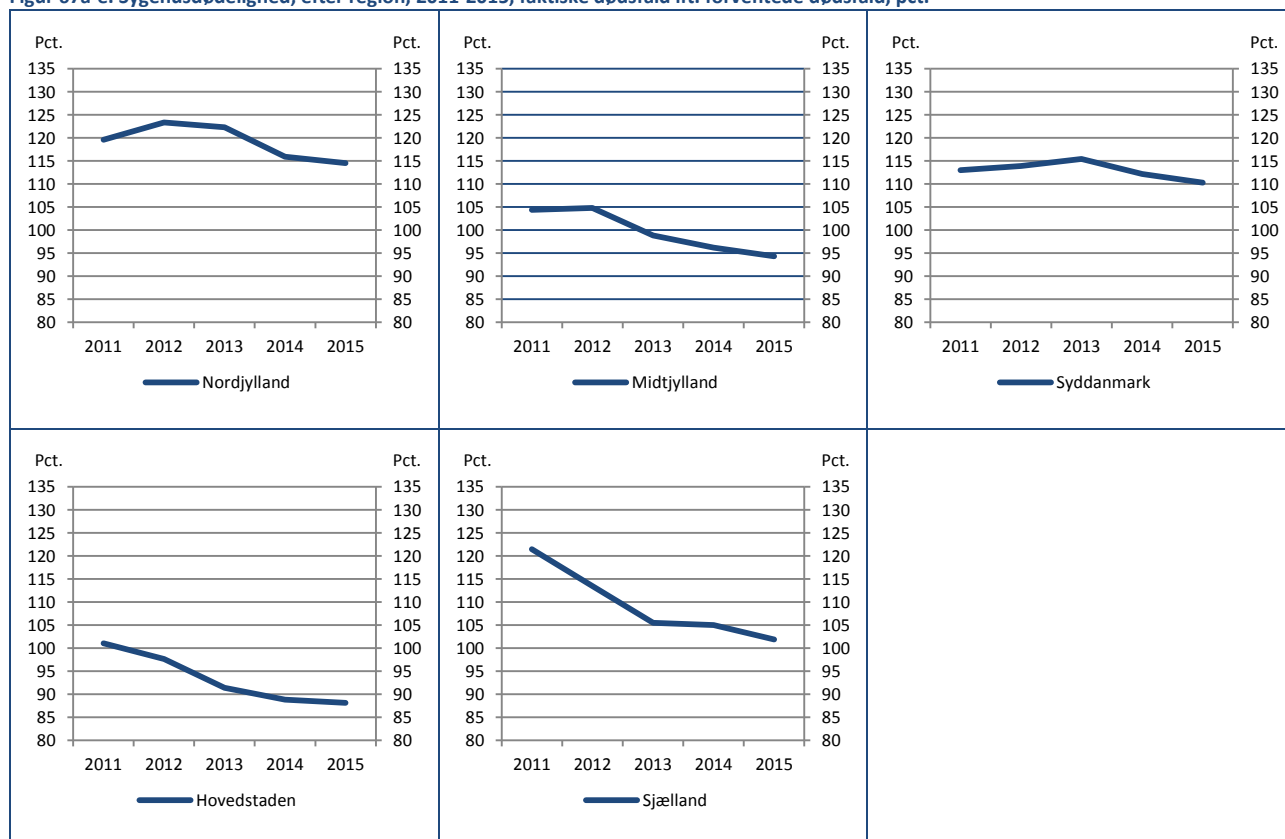
Figur 66. Sygehusdødelighed, 2011-2015, faktiske dødsfald ift. forventede dødsfald, pct.



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

Anm.: Det forventede antal dødsfald i hvert kvartal er beregnet på baggrund af det faktiske antal dødsfald i forbindelse med indlæggelse i hele landet i 2014. Der er i beregningen korrigeret for patientsammensætningens betydning for antallet af dødsfald.

Figur 67a-e. Sygehusdødelighed, efter region, 2011-2015, faktiske dødsfald ift. forventede dødsfald, pct.



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

Anm.: Det forventede antal dødsfald i hvert kvartal er beregnet på baggrund af det faktiske antal dødsfald i forbindelse med indlæggelse i hele landet i 2014. Der er i beregningen korrigeret for patientsammensætningens betydning for antallet af dødsfald.

4.4.2 Sygehusinfektioner

Det anslås, at op mod 60.000 patienter årligt får en infektion, mens de er indlagt på sygehuset⁴. Det er først og fremmest et problem for den enkelte patient, som kan få kompliceret og forlænget sit behandlingsforløb. Men det er også et problem for samfundet, fordi det fører til større udgifter for sygehusvæsenet. En engelsk undersøgelse har vist, at sygehusinfektioner øger behandlingsudgifterne med en faktor tre [23]. I forlængelse heraf fører sygehusinfektioner også til øget forbrug af antibiotika til at behandle infektionerne. Dette kan på længere sigt medføre, at bakterier bliver resistente og dermed sværere at behandle.

Der er udvalgt indikatorer for to typer af infektion, henholdsvis bakteræmi (bakterier i blodet) og infektion med bakterien *clostridium difficile*. Bakteriæmi er i reglen udtryk for blodforgiftning, hvilket er en af de mest alvorlige infektionstyper. På sygehuse kan bakteriæmi bl.a. optræde ved bakteriers spredning fra inficerede sår og ved kirurgiske indgreb. Infektion med *clostridium difficile* (CDI) kan medføre diarré og betændelse i tyk- og endetarmen og ses især hos ældre og kronisk syge patienter, som behandles med antibiotika. CDI er den mest almindelige årsag til alvorlig diarré hos indlagte patienter.

Siden 2010 har der været en svagt stigende tendens i antallet af bakteriæmier pr. 10.000 risikodøgn, jf. figur 68. Aktuelt ses dog et mindre fald fra 2014 til 2015. I 2015 udgør antallet 8,0 infektioner pr. 10.000 risikodøgn. CDI'er erhvervet på sygehuse har efter en stigning fra 2010 til 2011 ligget på mellem ca. 66 og 73 infektioner pr. 100.000 borgere i perioden 2011 til 2015, jf. figur 69. I 2015 er antallet på ca. 66 infektioner pr. 100.000 borgere.

Der er regionale variationer i forekomsten af de to infektionstyper i 2015. Forekomsten af bakteriæmier er højest i Region Syddanmark og Region Hovedstaden, henholdsvis 8,9 og 8,3 infektioner pr. 10.000 risikodøgn, jf. figur 70. I de øvrige regioner lå forekomsten på mellem 7,5 og 6,7 infektioner pr. 10.000 risikodøgn.

Forekomsten af CDI'er var højest i Region Hovedstaden i 2015, hvor den lå på ca. 88 infektioner pr. 100.000 borgere, jf. figur 71. I de øvrige regioner lå forekomsten på mellem ca. 47 og 63 infektioner pr. 100.000 borgere, lavest i Region Midtjylland. I Region Hovedstaden er antallet dog faldet fra 2014 til 2015, med ca. 15 pct.

Sygehusinfektioner

Mål

Antal bakteriæmier pr. 10.000 risikodøgn, Antal infektioner med *clostridium difficile* pr. 100.000 borgere

Beskrivelse

Der er afgrænset til infektioner på offentlige sygehuse.

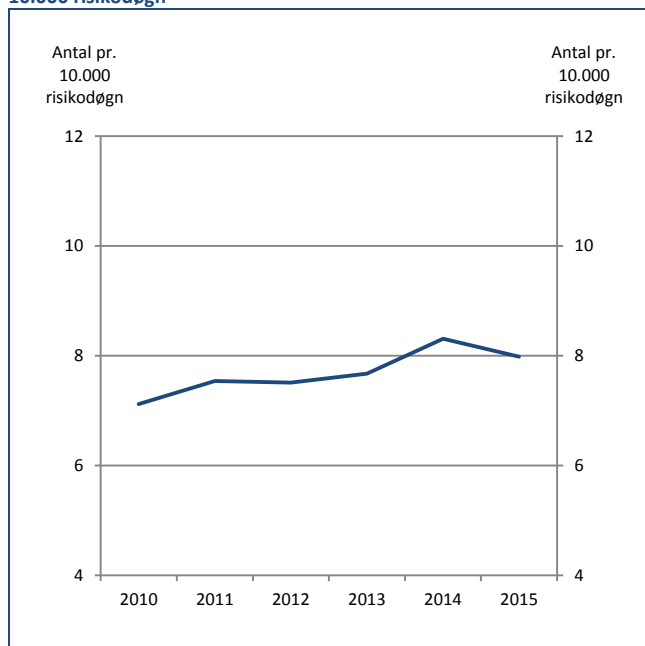
En sygehus erhvervet bakteriæmi er defineret som mindst én positiv bloddyrkning taget mere end 48 timer efter indlæggelsen, men ikke senere end 48 timer efter udskrivelsen. Kun bloddyrkninger, der viste en sygdomsfremkaldende mikroorganisme, er inkluderet i denne definition. Antal risikodøgn tælles fra 48 timer efter indlæggelse indtil 48 timer efter udskrivelse, eller indtil der opstår en bakteriæmi. Dvs. risikodøgn er et mål for summen af patienternes samlede indlæggelsestid (risikotiden), idet der dog kun medtages den del af et indlæggelsesforløb, hvor en infektion vil blive klassificeret som erhvervet på sygehus.

Sygehus erhvervet infektion med *clostridium difficile* (CDI) bliver defineret som en patient med CDI, hvor den positive prøve blev taget 48 timer eller derover efter indlæggelse og mindre end 48 timer efter udskrivelse. Desuden inkluderes CDI, hvor den positive prøve blev taget mellem 48 timer og 4 uger efter kontakt til sygehus (ambulant eller indlæggelse). Endelig inkluderes CDI, hvor en positiv prøve blev taget inden for de første 48 timer af en indlæggelse, og hvor patienten har haft én eller flere kontakter til sygehus i en fire ugers periode inden indlæggelsen. Indikatoren er normeret i forhold til antal borgere, da det ikke er muligt at opgøre et samlet mål for risikotiden. Befolkningstal er opgjort pr. 1. juli i året.

Kilde: HAIBA (Hospital-Acquired Infections database), Statens Serum Institut.

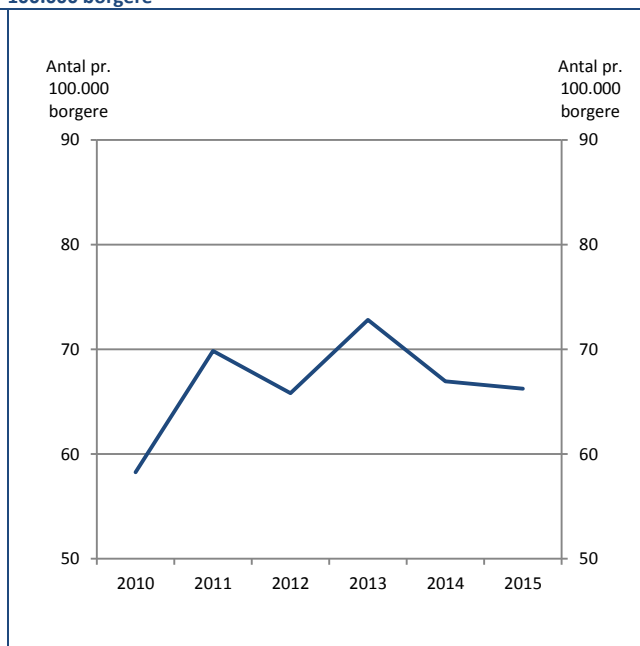
⁴ Dette skøn er foretaget med udgangspunkt i Statens Serum Instituts halvårslige prævalensundersøgelser. I undersøgelsen registreres for indlagte patienter på en given dag, om patienten har en infektion, der er opstået i forbindelse med indlæggelsen. På forhånd er udvalgt hvilke afdelinger, der gennemgås. Der anvendes fastlagte definitioner på hver enkelt infektionstype. I alt fire hyppige/alvorlige former for sygehusinfektioner registreres.

Figur 68. Sygehusinfektioner (bakteriæmier), 2010-2015, antal pr. 10.000 risikodøgn



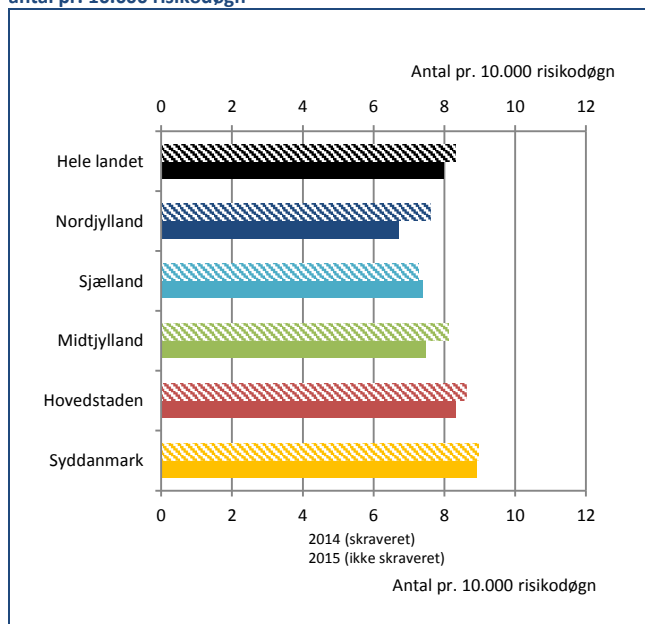
Kilde: Hospital-Acquired Infection DataBasen (HAIBA) pr. 30. marts 2016, Statens Serum Institut.

Figur 69. Sygehusinfektioner (clostridium difficile), 2010-2015, antal pr. 100.000 borgere



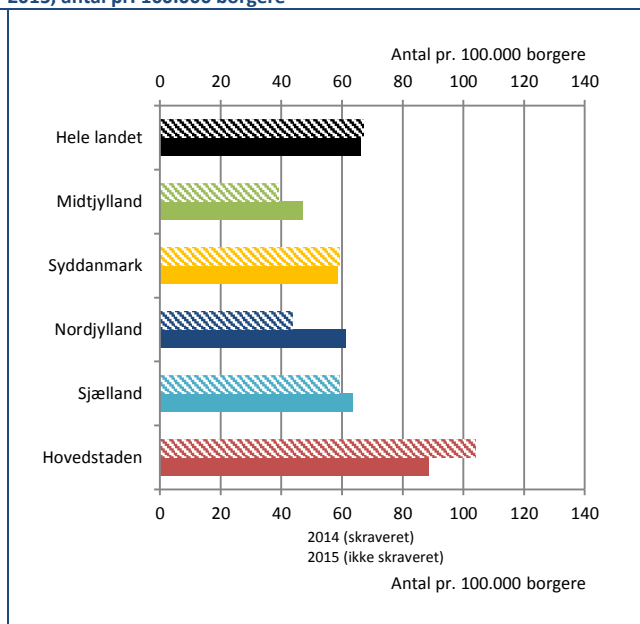
Kilde: Hospital-Acquired Infection DataBasen (HAIBA) pr. 30. marts 2016 og CPR, Statens Serum Institut.

Figur 70. Sygehusinfektioner (bakteriæmier), efter region, 2014-2015, antal pr. 10.000 risikodøgn



Kilde: Hospital-Acquired Infection DataBasen (HAIBA) pr. 30. marts 2016, Statens Serum Institut.

Figur 71. Sygehusinfektioner (clostridium difficile), efter region, 2014-2015, antal pr. 100.000 borgere



Kilde: Hospital-Acquired Infection DataBasen (HAIBA) pr. 30. marts 2016 og CPR, Statens Serum Institut.

4.5 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.

Samtidigt koster dårlig kvalitet. For den enkelte borger, som må døje med komplikationer, skader, genindlæggelse eller indgreb, der ikke er nødvendige. Og for samfundet, som betaler for aktiviteter i sundhedsvæsenet, som ikke skaber sundhed.

INDIKATORER

- Reoperation efter operation for diskusprolaps
- Akutte genindlæggelser efter dagkirurgi
- Indlæggelsestid på sygehuse
- 5-års overlevelse efter kræft
- Kræftdødelighed
- Hjertedødelighed



4.5.1 Reoperation efter operation for diskusprolaps

Reoperation er en traditionel indikator for den kirurgiske behandlingskvalitet. En høj forekomst af patienter, som skal opereres igen, kan være et tegn på, at kvaliteten i forbindelse med den første primære operation kan forbedres. Kvalitetsbrist kan f.eks. være fejl i form af skader på organer, mangelfuld operationsteknik eller mangelfuld hygiejne [24].

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 operation for diskusprolaps i lænd ligget på ca. 2 pct. til 2,9 pct. i perioden 2009 til 2015, *jf. figur 72*. For operation for diskusprolaps i nakke har andelen af reoperationer indtil 2014 ligget på mellem 0,2 pct. og 0,8 pct. I 2015 er der ikke foretaget reoperationer for diskusprolaps i nakke.

Regionalt varierer andelen af reoperationer for diskusprolaps i lænd mellem 1,3 og 3,4 pct., *jf. figur 73*.

Reoperation efter operation for diskusprolaps

Mål

Andelen af operationer for diskusprolaps i lænd (nakke), der efterfølges af en beslægtet operation inden for 30 (14) dage, pct.

Beskrivelse

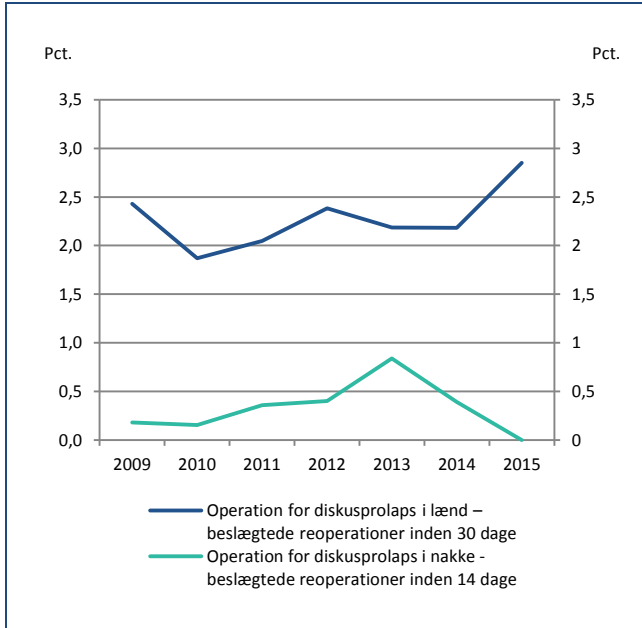
Beslægtede operationer i forhold til lænd omfatter samtlige typer af reoperationer på rygmarv og nerverødder.

Beslægtede operationer i forhold til nakke omfatter samtlige typer af reoperationer på ryg og hals.

For anvendte diagnose- og operationskoder, se bilagsdelen.

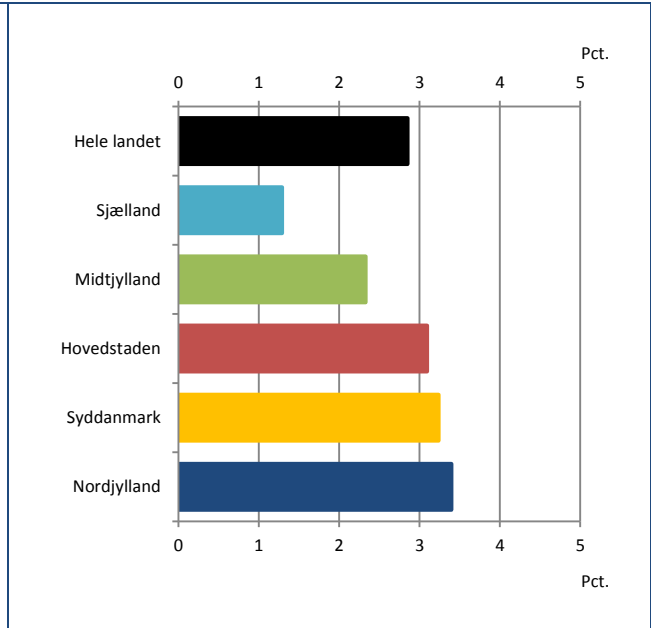
Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 72. Reoperationer efter operation for diskusprolaps, 2009-2015, andel af operationer, pct.



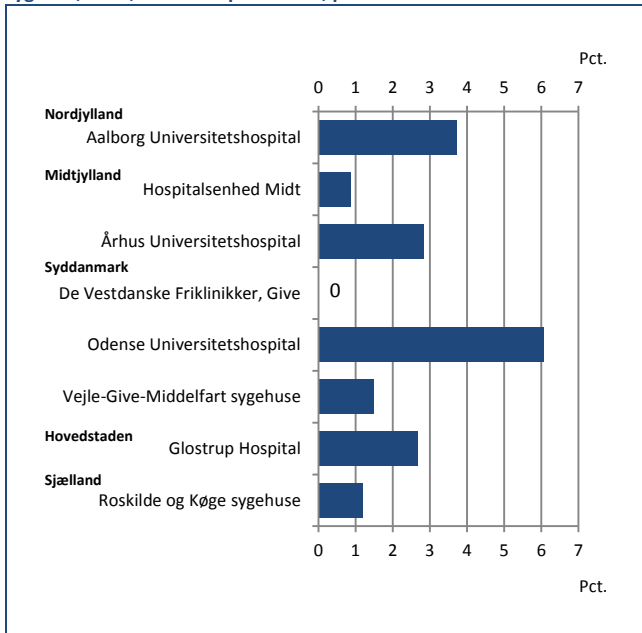
Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 73. Reoperationer efter operation for diskusprolaps i lænd, efter region, 2015, andel af operationer, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 74. Reoperationer efter operation for diskusprolaps i lænd, efter sygehus, 2015, andel af operationer, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

4.5.2 Akutte genindlæggelser efter dagkirurgi

Dagkirurgi er planlagte operationer, som kan udføres, uden at patienten behøver at overnatte på sygehuset. Både i Danmark og internationalt bruges dagkirurgi – i takt med den medicinske og teknologiske udvikling – i stigende grad [25].

Dagkirurgi vil som oftest indebære en række fordele for både patienter og sundhedsvæsenet. For patienterne betyder dagkirurgi, at de hurtigere kan komme hjem og genoptage en hverdag med arbejde og socialt netværk. For sundhedsvæsenet vil det i de fleste tilfælde være billigere at tilbyde en planlagt operation som dagkirurgi frem for som operation med overnatning.

Den løbende omlægning til dagkirurgi medfører et behov for at kunne belyse kvaliteten af og sikkerheden ved den dagkirurgiske behandling. Akutte genindlæggelser, som er sket efter 4 timer og inden for 30 dage efter dagkirurgi, kan give en indikation heraf. En akut genindlæggelse efter operation kan skyldes uhensigtsmæssige følger af operationen såsom blødninger, sårinfektioner eller andre komplikationer.

Der skal dog tages forbehold for, at ikke alle genindlæggelser er relateret til den dagkirurgiske behandling. Der er derfor behov for mere detaljerede opgørelser, såfremt udvikling og forskelle i genindlæggelsesfrekvenser skal underbygges nærmere [26].

I perioden 2009 til 2015 har andelen af dagkirurgiske behandlinger som efterfølges af en akut genindlæggelse efter 4 timer og inden 30 dage (genindlæggelsesfrekvensen) ligget på 1,6 til 1,8 pct., *jf. figur 75*.

Regionalt varierer genindlæggelsesfrekvensen i 2015 fra 1,4 pct. i Region Nordjylland til 2,4 pct. i Region Sjælland, *jf. figur 76*.

Akutte genindlæggelser efter dagkirurgi

Mål

Andelen af dagkirurgiske behandlinger, som efterfølges af en akut genindlæggelse inden 30 dage, ud af alle dagkirurgiske behandlinger, pct.

Beskrivelse

Dagkirurgiske behandlinger afgrænses til planlagte ambulante operationer og sygehusudskrivninger med planlagte operationer, hvor indlæggelsestiden er under 24 timer. Operationerne er afgrænset til hovedkapitlerne A-Q, "egentlige operationer", som defineret i den fællesnordiske klassifikation for operationer, *NOMESCO Classification of Surgical Procedures*.

En genindlæggelse er defineret ud fra følgende kriterier:

- Indlæggelsen finder sted tidligst fire timer og inden 30 dage efter operations-indlæggelsen eller inden for 30 dage efter operationsdatoen (ambulante operationer).
- Indlæggelsen starter akut
- Indlæggelsen må ikke være som følge af en henvisning fra et andet sygehus eller sygehusafsnit
- Patienten må ved indlæggelsen ikke have en kræft- eller ulykkesdiagnose.

Der er dermed tale om *uspecifik* genindlæggelse, idet der ikke stilles krav om sammenfald mellem lokalitet (sygehus eller region) eller krav om bestemte relationer mellem den dagkirurgiske behandling og genindlæggelsen i forhold til diagnoser mv.

Det sygehus, hvor patienten opereres, tilskrives genindlæggelsen, uafhængigt af om genindlæggelsen finder sted på et andet sygehus.

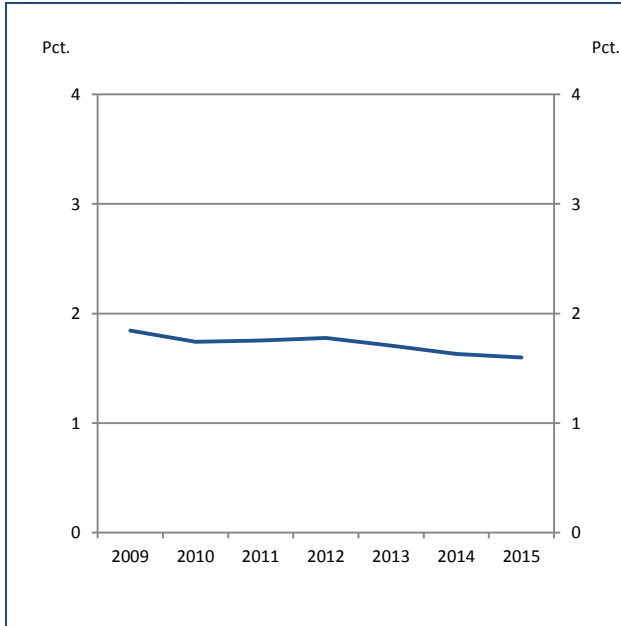
En indlæggelse er i denne sammenhæng et forløb af tidssammenhængende indlæggelser på afdelinger inden for et sygehus, hvor der er mindre end fire timer mellem afslutningen af en indlæggelse og starten af den næste indlæggelse.

For anvendte diagnosekoder i forbindelse med afgrænsning af kræft- og ulykkesdiagnoser, se bilagsdelen.

Det bemærkes, at indikatoren er følsom overfor variationer og ændringer i registreringspraksis, hvad angår henvisningsmåde på indlæggelser. Sammenligninger over tid og mellem regioner skal derfor tages med forbehold.

Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

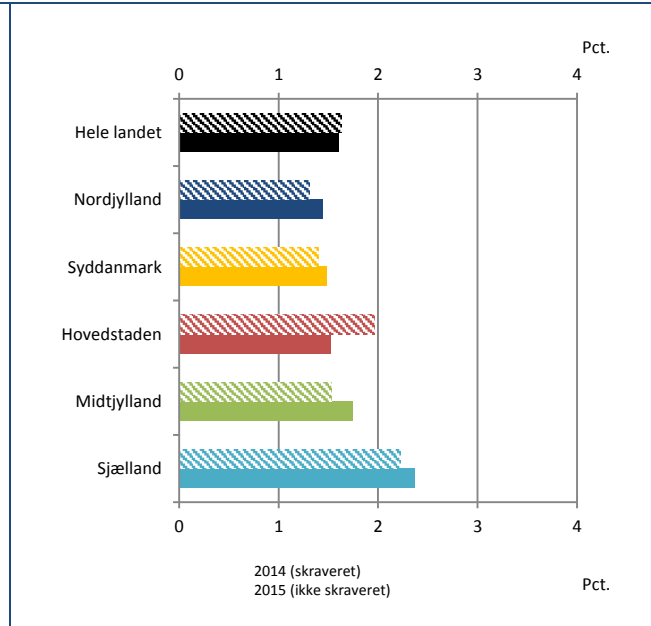
Figur 75. Akutte genindlæggelser efter dagkirurgi, 2009-2015, genindlæggelsesfrekvens, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: Genindlæggelsesfrekvensen er opgjort som andelen af dagkirurgiske behandlinger, som efterfølges af en akut genindlæggelse inden for 30 dage, ud af alle dagkirurgiske behandlinger. Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

Figur 76. Akutte genindlæggelser efter dagkirurgi, efter region, 2014-2015, genindlæggelsesfrekvens, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: Genindlæggelsesfrekvensen er opgjort som andelen af dagkirurgiske behandlinger, som efterfølges af en akut genindlæggelse inden for 30 dage, ud af alle dagkirurgiske behandlinger. Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

4.5.3 Indlæggelsestid på sygehuse

Indlæggelsestiden på sygehuse har i mange år været faldende. Denne udvikling afspejler både ændringer i tilrettelæggelsen af sundhedsvæsenets samlede behandlingstilbud samt den teknologiske og medicinske udvikling.

For det første er en del af behandlingen, rehabiliteringen og plejen flyttet fra sygehusene til kommunerne, hvor den varetages af bl.a. hjemmesygeplejen, plejecentre, akutteams og sundhedscentre .

For det andet har den løbende udvikling af mere skånsomme behandlingsformer og behandlingskoncepter medført, at mange patienter bliver udskrevet langt hurtigere end tidligere. Af specifikke eksempler herpå kan nævnes kikkertoperationer, brug af ballonudvidelser ved blodprop i hjertet i stedet for den mere omfattende bypass-operation samt ”accelererede patientforløb”⁵.

Fra 2009 til 2015 er den gennemsnitlige indlæggelsestid på sygehusene faldet fra 4,1 dage til 3,4 dage, *jf. figur 77*.

Regionalt spænder indlæggelsestiden i 2015 fra 4,2 dage i Region Nordjylland til 3,1 dage i Region Sjælland, *jf. figur 78*.

De regionale variationer skal ses i lyset af, at internationalt set er Danmark det vesteuropæiske land, der har den korteste gennemsnitlige indlæggelsestid, *jf. figur 81*.

Indlæggelsestid på sygehuse

Mål

Gennemsnitlig indlæggelsestid på sygehuse, dage.

Beskrivelse

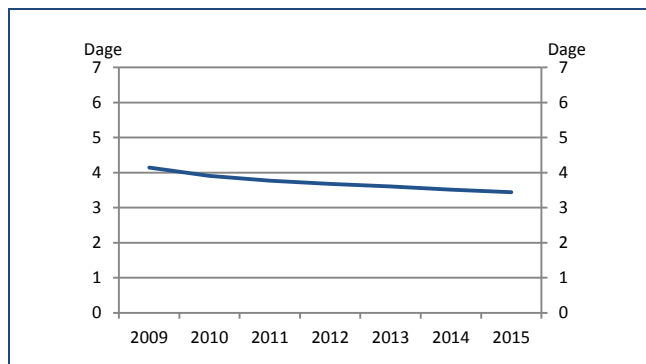
Indlæggelsestid på sygehuse beregnes som det gennemsnitlige antal indlæggelsesdage for alle somatiske sygehusudskrivinger.

En 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, Sundhedsdatastyrelsen.

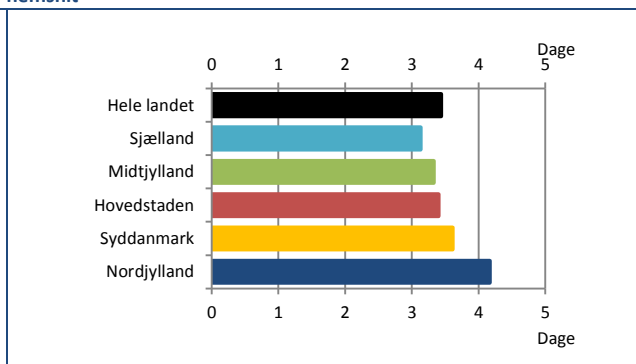
⁵ Accelererede patientforløb er et skånsomt behandlingskoncept, der går ud på at tilrettelægge patientforløb gennem viden om, hvad der virker bedst, så bl.a. behovet for indlæggelse reduceres. Hovedprincippet i accelererede patient-forløb er at optimere de forskellige dele af patientbehandlingen både før, under og efter en operation. På den måde mindskes belastningen af patienterne, og det forkorter den tid, de er om at komme til hæfterne.

Figur 77. Indlæggelsestid på sygehuse, 2009-2015, dage i gennemsnit



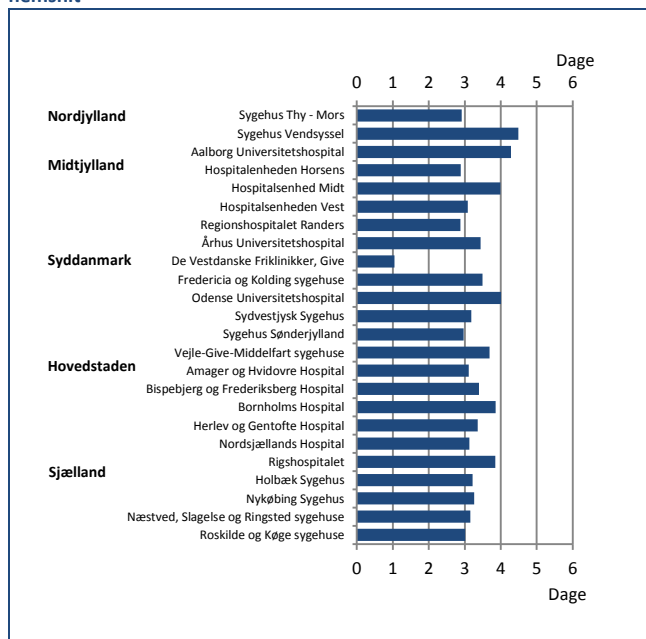
Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 78. Indlæggelsestid på sygehuse, efter region, 2015, dage i gennemsnit



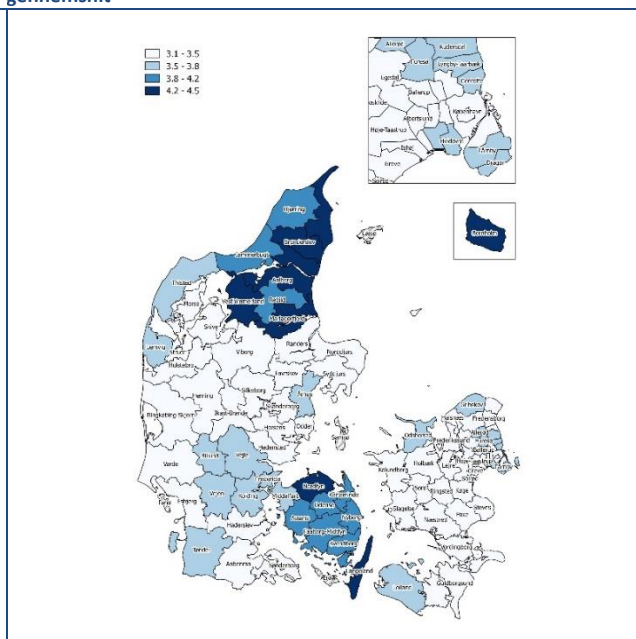
Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 79. Indlæggelsestid på sygehuse, efter sygehus, 2015, dage i gennemsnit



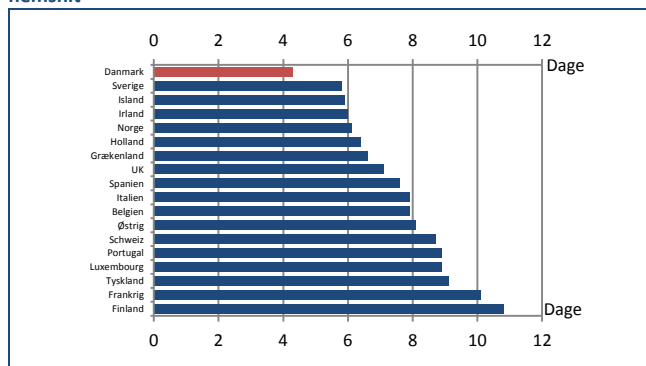
Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 80. Indlæggelsestid på sygehuse, efter kommune, 2015, dage i gennemsnit



Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.
Kommuner med færre end 10.000 indbyggere er ikke medtaget (Læsø, Samsø, Fanø og Ærø).

Figur 81. Indlæggelsestid på sygehuse, efter land, 2013, dage i gennemsnit



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

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

4.5.4 5-års overlevelse efter kræft

I Danmark er antallet af nye kræfttilfælde om året steget fra ca. 22.000-24.000 tilfælde i 1980'erne til i de seneste år at ligge på ca. 37.000 tilfælde.

Korttidsoverlevelsen i form af 5-års overlevelsen efter kræft (overlevelsen fem år efter diagnose) er et overordnet mål for effekten af den samlede indsats i forhold til tidlig opsporing og hurtig behandling af høj kvalitet.

Den 5-årige kræftoverlevelse i Danmark har siden slutningen af 1990'erne været stigende. I 2011-2013 er overlevelsen på 59 pct., *jf. figur 82*.

Der er mindre regionale forskelle i den samlede 5-års overlevelse i perioden 2011-2013. I Region Sjælland ligger 5-års overlevelsen på 58 pct., mens den i Region Hovedstaden ligger på 61 pct., *jf. figur 83*.

Det bemærkes, at regionale forskelle bl.a. kan afspejle forskelle i livsstil og sygelighed. F.eks. kan tilstedeværelsen af andre sygdomme (komorbiditet) påvirke kræftoverlevelsen negativt [27].

Kræftoverlevelsen i Danmark har igennem mange år været lavere end i de øvrige nordiske lande. Som i Danmark har kræftoverlevelsen i de øvrige nordiske lande også været stigende, hvorfor forskellen i overlevelse mellem Danmark og de øvrige nordiske lande ikke er udlignet. I perioden 2009-2013 er 5-års overlevelsen for danske kvinder på 50 pct., mens den for kvinder i de øvrige nordiske lande er på 53 til 58 pct., *jf. figur 84*. For mænd er 5-års overlevelsen på 47 pct. i Danmark og Finland, mens den i de øvrige lande er på 52 til 53 pct.⁶

5-års overlevelse efter kræft

Mål

Relativ 5-års overlevelse, aldersstandardiseret, pct.

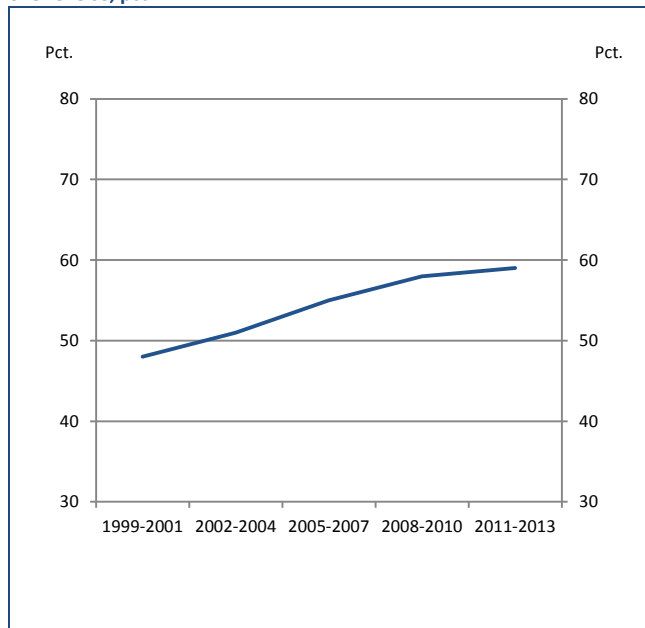
Beskrivelse

Relativ 5-års overlevelse beskriver sandsynligheden for at overleve fem år efter en kræftdiagnose, når der er korrigeret for andre dødsårsager. Personer med en anden hudkræft end modermærkekræft er på standard vis ekskluderet, da denne kræftform sjældent er dødelig.

Kilde: Cancerregisteret og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.

⁶ De nordiske tal i figur 84, inkl. de danske, er opgjort ekskl. anden hudkræft end modermærkekræft, prostatakæft samt brystkræft (kvinder), hvorimod de nationale danske tal i de øvrige figurer er opgjort ekskl. anden hudkræft end modermærkekræft, *jf. anmærkninger til figurerne*.

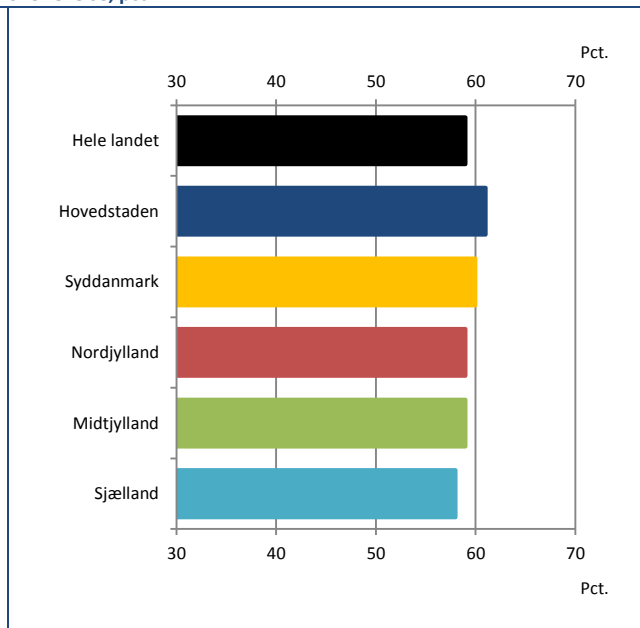
Figur 82. 5-års overlevelse efter kræft, 1999-2001 til 2011-2013, relativ overlevelse, pct.



Kilde: Cancerregisteret og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: Tallene er opgjort ekskl. anden hudkræft end modermærkekræft. Forskelle i brug af PSA-test ved prostatakræft i opgørelsesperioden samt indførelse af landsdækkende mammografiscreening for kvinder fra 2008 kan påvirke tallene (såkaldt "lead time" og "length time" bias), hvorfor sammenligninger over tid skal gøres med forbehold. Tallene er aldersstandardiserede.

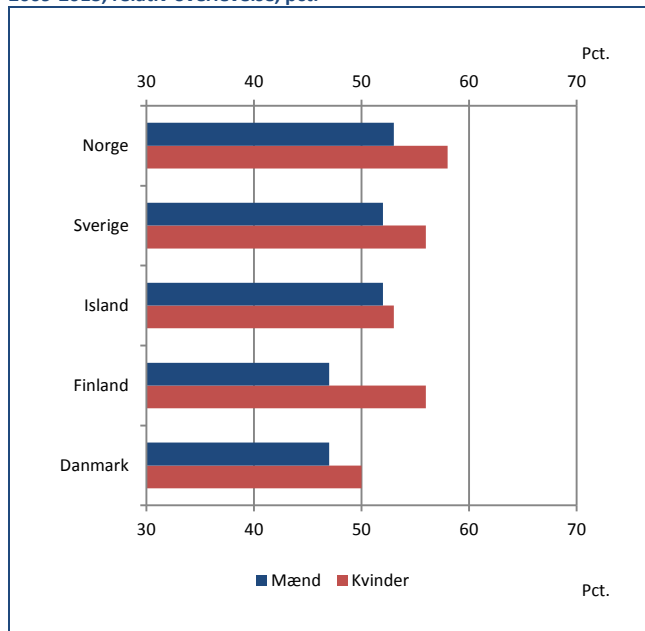
Figur 83. 5-års overlevelse efter kræft, efter region, 2011-2013, relativ overlevelse, pct.



Kilde: Cancerregisteret og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: Tallene er opgjort ekskl. anden hudkræft end modermærkekræft. Tallene er aldersstandardiserede.

Figur 84. 5-års overlevelse efter kræft, efter køn og land, perioden 2009-2013, relativ overlevelse, pct.



Kilde: NORDCAN databasen.

Anm.: Tallene er opgjort ekskl. anden hudkræft end modermærkekræft, prostatakræft samt brystkræft (kvinder). Prostatakræft er ekskluderet, da forskelle i landenes brug af PSA-test ved prostatakræft kan give forskelle i tallene som ikke afspejler reelle forskelle i overlevelse (såkaldt "lead time" og "length time" bias). Af samme årsag er brystkræft (kvinder) ekskluderet, da mammografiscreening blev indført på forskellige tidspunkter i landene. Tallene er aldersstandardiserede..

4.5.5 Kræftdødelighed

Udviklingen i kræftdødelighed, dvs. antallet af dødsfald med kræft som tilgrundliggende årsag, hænger både sammen med udviklingen i nye tilfælde af kræft og overlevelsen efter kræftsygdom.

Udviklingen i kræftdødelighed afspejler derfor bla. alderssammensætningen i befolkningen, idet ældre oftere rammes af kræft. Desuden afspejler den ændringer i livsstil, ikke mindst ændringer i ryge- og alkoholvaner. Og endelig afspejler den effekten af indsatsen i sundhedsvæsenet i forhold til forebyggelse, tidlig opsporing, behandling og rehabilitering [28].

På kræftområdet arbejder kommunerne dels med forebyggende indsatser, eksempelvis alkohol- og tobaksforebyggelse. Desuden tilbyder kommunerne rehabiliteringstilbud til kræfttramte for at støtte borgere til på bedste vis at komme tilbage til dagligdagen og arbejdslivet – både under og efter behandlingen af deres kræftsygdom.

I perioden 2008 til 2014 faldt kræftdødeligheden fra 266 dødsfald pr. 100.000 borgere til 245 dødsfald (alderstandardiseret) pr. 100.000 borgere, *jf. figur 85*. Fra 2013 til 2014 faldt antallet med 5 dødsfald pr. 100.000 borgere.

Kræft er dog fortsat den hyppigste dødsårsag i Danmark og var i 2014 årsag til 31 pct. af alle dødsfald.

Region Sjælland har den højeste dødelighed af kræft med 265 dødsfald pr. 100.000 borgere, mens Region Nordjylland har den laveste med 239 dødsfald pr. 100.000 borgere, *jf. figur 86*. Det bemærkes, at regionale forskelle, *jf. ovenstående*, bl.a. kan afspejle forskelle i livsstil foruden indsatsen i det regionale og kommunale sundhedsvæsen.

Internationalt set er Danmark det vesteuropæiske land, der har den højeste kræftdødelighed, *jf. figur 87*. Sverige og Finland er blandt de fire lande med den laveste kræftdødelighed.

Kræftdødelighed

Mål

Antal kræftdødsfald pr. 100.000 indbyggere, alderstandardiseret

Beskrivelse

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

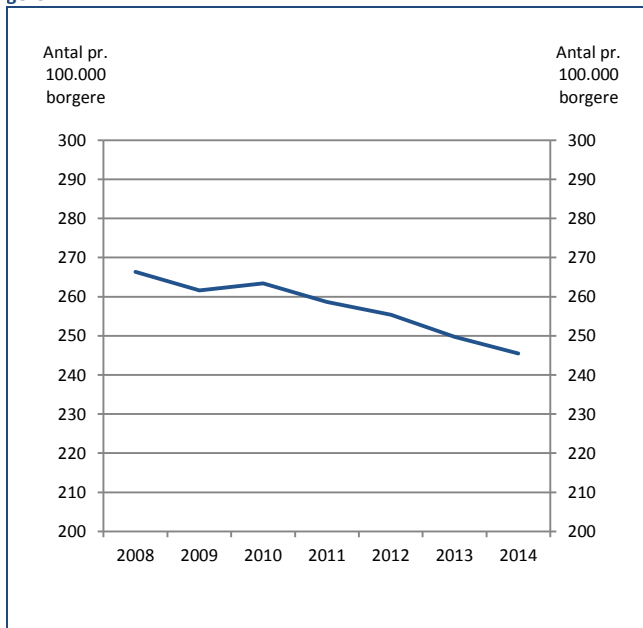
Det er kravet til den læge, der udfylder en dødsattest, at foretage en prioritering af den klinisk set vigtigste eller mest sandsynlige dødsårsag.

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.

For at tage højde for manglende indberetning af dødsattester er der på baggrund af CPR-data for det reelle antal dødsfald i årene foretaget en opskrivning af tallene.

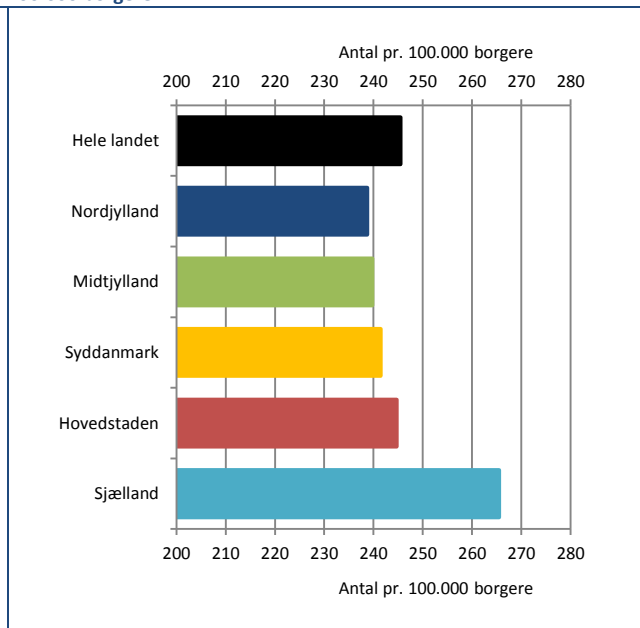
Kilde: Dødsårsagsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 85. Kræftdødelighed, 2008-2014, antal dødsfald pr. 100.000 borgere



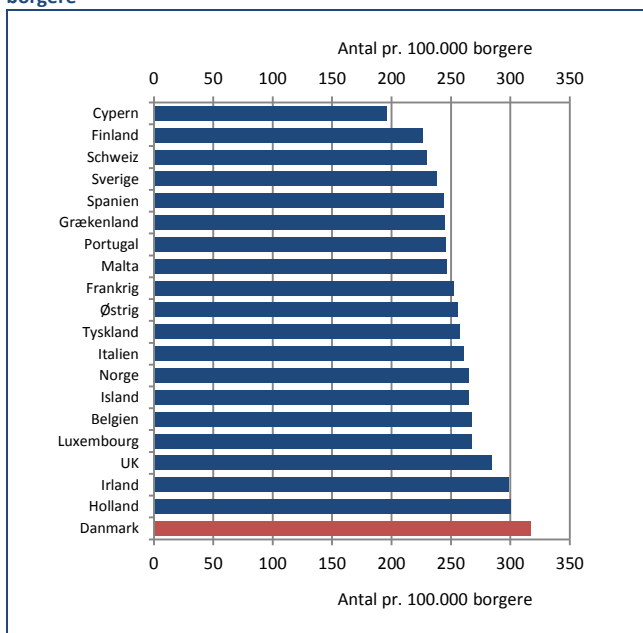
Kilde: Dødsårsagsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.
Anm.: Tallene er aldersstandardiserede.

Figur 86. Kræftdødelighed, efter region, 2014, antal dødsfald pr. 100.000 borgere



Kilde: Dødsårsagsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.
Anm.: Tallene er aldersstandardiserede.

Figur 87. Kræftdødelighed, efter land, 2013, antal dødsfald pr. 100.000 borgere



Kilde: OECD (2015), Health at a Glance: Europe 2015.
Anm.: Tallene er aldersstandardiserede.

4.5.6 Hjertedødelighed

Dødeligheden som følge af hjertesygdomme er faldet markant i Danmark gennem 1990'erne og 00'erne. Hjertesygdomme omfatter bl.a. blodprop i hjertet, hjertekrampe og hjertesvigt.

Den faldende dødelighed dækker både over et fald i antallet af borgere, der rammes af hjertesygdomme og en stigende overlevelse blandt hjertesygge [29].

I perioden 2008 til 2014 faldt hjertedødeligheden fra 175 dødsfald pr. 100.000 borgere til 127 dødsfald pr. 100.000 borgere (aldersstandardiseret), *jf. figur 88*. Fra 2013 til 2014 faldt antallet af dødsfald pr. 100.000 borgere med 9 dødsfald, fra 136 til 127 dødsfald pr. 100.000 borgere.

Regionalt varierer hjertedødeligheden fra 122 og 126 dødsfald pr. 100.000 borgere i Region Midtjylland og Region Hovedstaden til 131 og 132 dødsfald pr. 100.000 borgere i Region Nordjylland og Region Sjælland, *jf. figur 89*.

Det markante fald i hjertedødeligheden i Danmark har samtidigt betydet, at Danmark er et af de vesteuropæiske lande med den laveste dødelighed (omfatter kun iskæmisk hjertesygdom), *jf. figur 90*. Blandt de nordiske lande har Danmark den laveste dødelighed.

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.

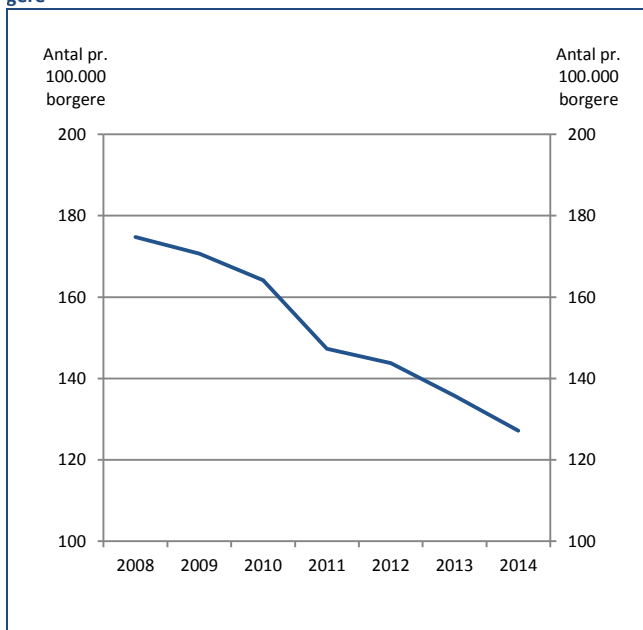
Det er kravet til den læge, der udfylder en dødsattest, at foretage en prioritering af den klinisk set vigtigste eller mest sandsynlige dødsårsag.

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.

For at tage højde for manglende indberetning af dødsattester er der på baggrund af CPR-data for det reelle antal dødsfald i årene foretaget en opskrivning af tallene.

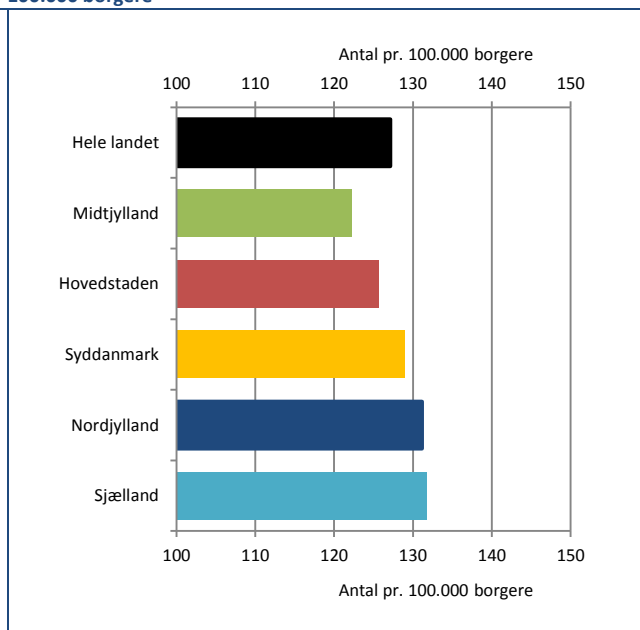
Kilde: Dødsårsagsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 88. Hjertedødelighed, 2008-2014, antal dødsfald pr. 100.000 borgere



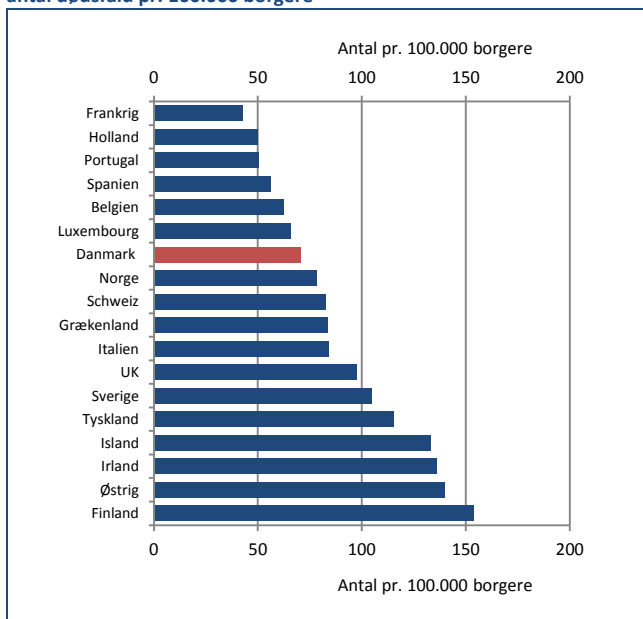
Kilde: Dødsårsagsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.
Anm.: Tallene er aldersstandardiserede.

Figur 89. Hjertedødelighed, efter region, 2014, antal dødsfald pr. 100.000 borgere



Kilde: Dødsårsagsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.
Anm.: Tallene er aldersstandardiserede.

Figur 90. Hjertedødelighed (iskæmisk hjertesygdom), efter land, 2013, antal dødsfald pr. 100.000 borgere



Kilde: OECD (2015), Health at a Glance: Europe 2015.
Anm.: Tallene er aldersstandardiserede.

5 PATIENTINDDRAGELSE

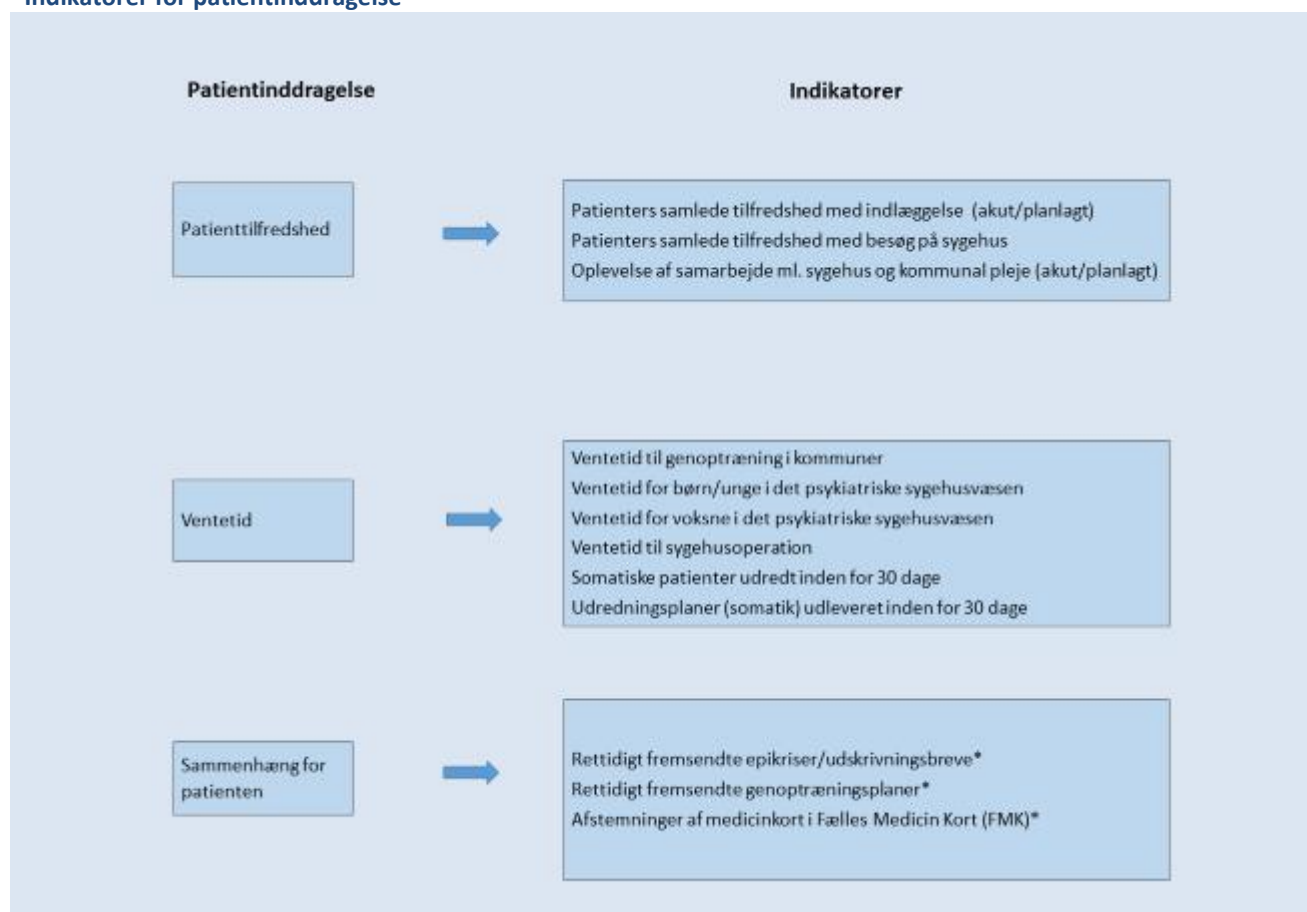
Patientinddragelse handler om at lade borgerne spille hovedrollen i deres eget sygdomsforløb. Det kan ske ved, at borgerne aktivt involveres og får indflydelse på beslutninger om udredning, behandling og egenomsorg. Erfaringer fra andre lande viser, at inddragelse af patienterne i beslutningerne giver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

Hvis borgeren 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 og mellem de forskellige sektorer i sundhedsvæsenet.

Et andet element i forhold til patientinddragelsen er tilgængeligheden i sundhedsvæsenet i form af ventetider til undersøgelse, behandling og genoptræning samt udredningstiden, dvs. tiden det tager at stille en diagnose.

Indikatorer for patientinddragelse



* Indikatoren er under udvikling.

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.

Siden 2000 er der regelmæssigt gennemført landsdækkende undersøgelser af patienttilfredsheden i Danmark, hvor der spørges til patienternes egne oplevelser og vurderinger af en række aspekter ved deres besøg eller indlæggelse på et sygehus.

INDIKATORER

- Patienters samlede tilfredshed med indlæggelse og besøg på sygehuse
- Oplevelse af samarbejde mellem sygehus og kommunal pleje



5.1.1 Patienters samlede tilfredshed med indlæggelse og besøg på sygehuse

En overordnet indikation på patienternes tilfredshed med sygehusene kan fås ved at spørge patienterne om deres samlede tilfredshed med besøg eller indlæggelse på sygehus.

Patienttilfredsheden, målt som andelen, som alt i alt er tilfredse i høj grad eller i meget høj grad, er i 2015 på 86 pct., 82 pct. og 72 pct. for henholdsvis ambulante, planlagt indlagte og akutte patienter, *jf. figur 91*⁷.

Der er særligt variation mellem regionerne, hvad angår tilfredsheden blandt akut indlagte patienter, *jf. figur 92 og figur 93*. Patienter vest for Storebælt er generelt mest tilfredse.

Blandt 10 vesteuropæiske lande er Danmark, sammen med Schweiz, det land, hvor patienterne er mest tilfredse med behandlingen på sygehuse, *jf. figur 94*.

Patienters samlede tilfredshed med indlæggelse og besøg på sygehuse

Mål

Andel patienter, som i høj grad/i meget høj grad er tilfredse med indlæggelse/besøg, pct.

Beskrivelse

Indlagte patienter:

Andel af patienter, der har svaret "I høj grad" eller "I meget høj grad" på spørgsmålet "Er du alt i alt tilfreds med forløbet, fra du blev indlagt, til du blev udskrevet?"

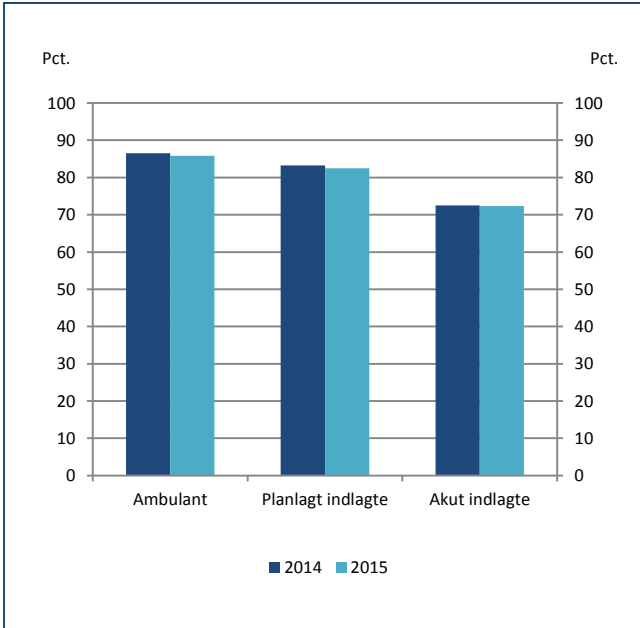
Ambulante patienter:

Andel af patienter, der har svaret "I høj grad" eller "I meget høj grad" på spørgsmålet "Er du alt i alt tilfreds med besøgets forløb?"

Kilde: Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse.

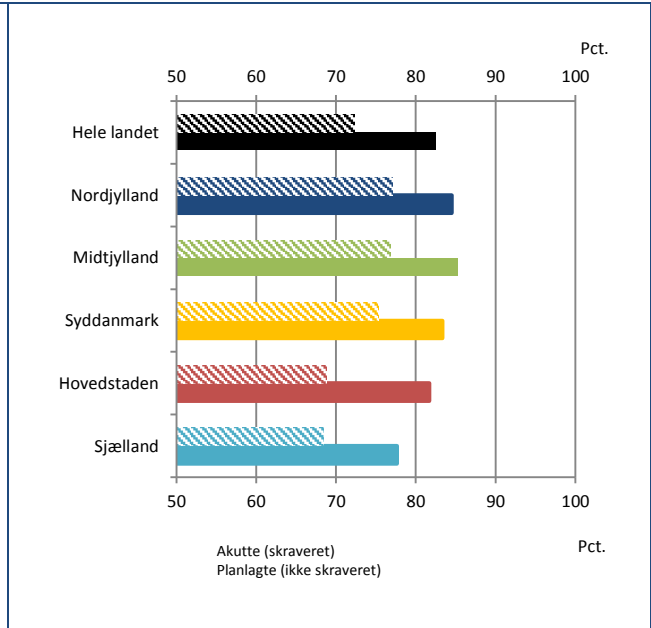
⁷ Der er ikke sammenlignelige tal fra før 2014, da den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser fra 2014 anvender et nyt koncept for undersøgelsen.

Figur 91. Patienters samlede tilfredshed med ambulante besøg/indlæggelse, 2014-2015, andel positive, pct.



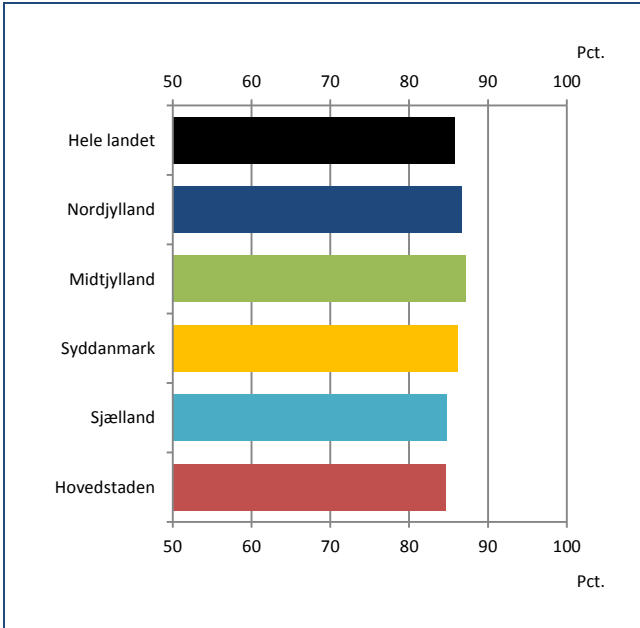
Kilde: Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse.

Figur 92. Patienters samlede tilfredshed med indlæggelse (akut/planlagt), efter region, 2015, andel positive, pct.



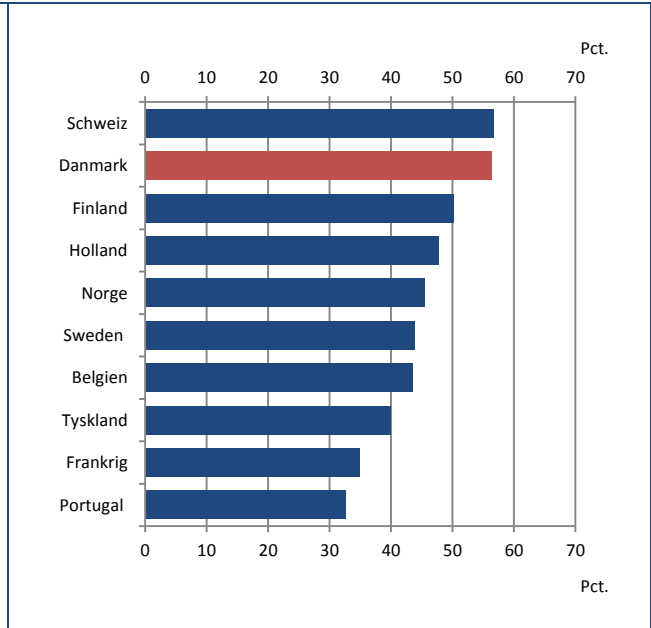
Kilde: Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse.

Figur 93. Patienters samlede tilfredshed med ambulante besøg, efter region, 2015, andel positive, pct.



Kilde: Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse.

Figur 94. Patienters vurdering af behandling på sygehus, 2011-2013 (undersøgelsesår), andel meget eller fuldstændigt tilfreds, pct.



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

5.1.2 Oplevelse af samarbejde mellem sygehus og kommunal pleje

Regioner og kommuner har i fællesskab ansvaret for den patientrettede forebyggelse, som skal forebygge, at en sygdom udvikler sig yderligere, og begrænse eller udskyde komplikationer.

Mange patienter, særligt den store gruppe af ældre medicinske patienter og patienter med kronisk sygdom, har ofte længere, tværsektorielle og ikke-lineære behandlings- og plejeforløb med vekslende behov for tilbud på sygehus, i almen praksis og i det kommunale sundhedsvæsen.

Derfor er kommuner og regioner afhængige af hinanden i forhold til bl.a. den patientrettede forebyggelse og pleje samt behandling af borgeren i eget hjem.

En vigtig markør for, hvordan samarbejdet mellem regioner og kommuner fungerer, er patienternes oplevelse heraf.

I 2015 er andelen af patienter, som i høj grad/virkelig høj grad oplevede, at sygehuset og den kommunale hjemmepleje/hjemmesygepleje/sundhedsplejerske samarbejdede ved udskrivelse, på 64 pct. og 60 pct. for henholdsvis planlagt og akut indlagte patienter, *jf. figur 95⁸*.

Regionalt er der marginale forskelle i denne andel blandt planlagt indlagte patienter, *jf. figur 96*. Blandt akut indlagte varierer andelen fra 55 pct. og 57 pct. i Region Hovedstaden og Region Sjælland til 62 til 65 pct. i regionerne vest for Storebælt.

Oplevelse af samarbejde mellem sygehus og kommunal pleje

Mål

Andel af indlagte patienter, der i høj grad/virkelig høj grad oplevede, at sygehus og kommunal pleje samarbejdede om udskrivelse, pct.

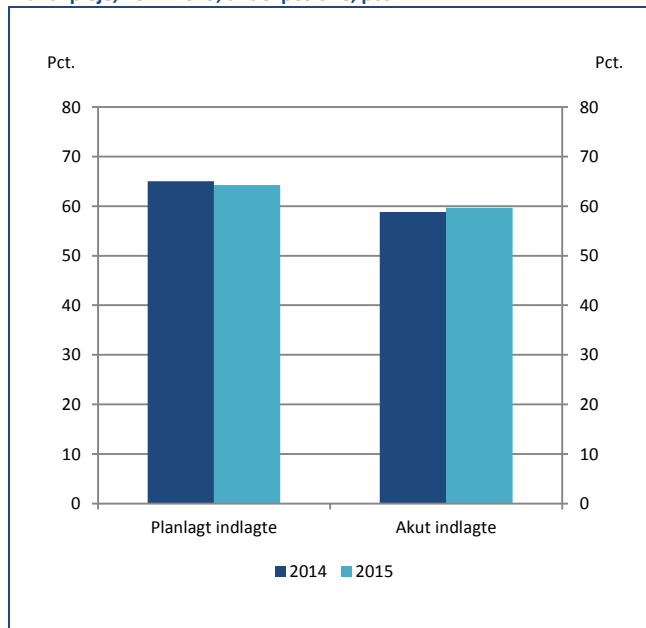
Beskrivelse

Andel af indlagte patienter (akutte/planlagte), der svarer "I høj grad" eller "I meget høj grad" på spørgsmålet: "Oplevede du, at afdelingen og den kommunale hjemmepleje/hjemmesygepleje/sundhedsplejerske samarbejdede om din udskrivelse?"

Kilde: Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse.

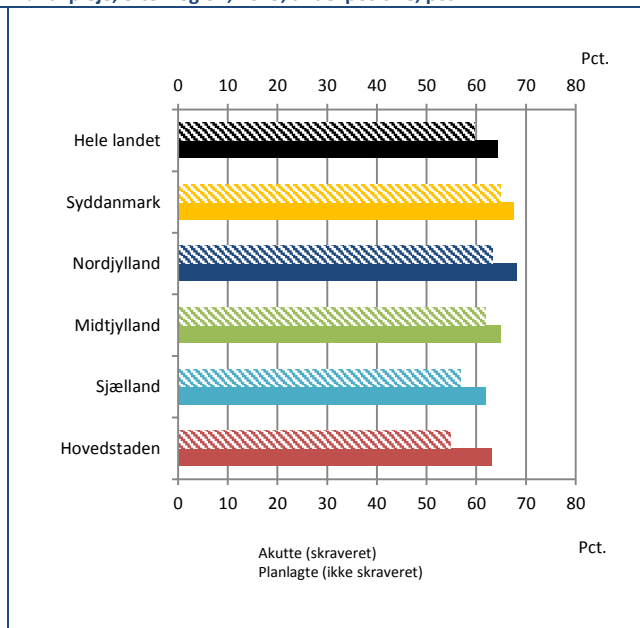
⁸ Der er ikke sammenlignelige tal fra før 2014, da den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser fra 2014 anvender et nyt koncept for undersøgelsen.

Figur 95. Patienters oplevelse af samarbejde mellem sygehus og kommunal pleje, 2014-2015, andel positive, pct.



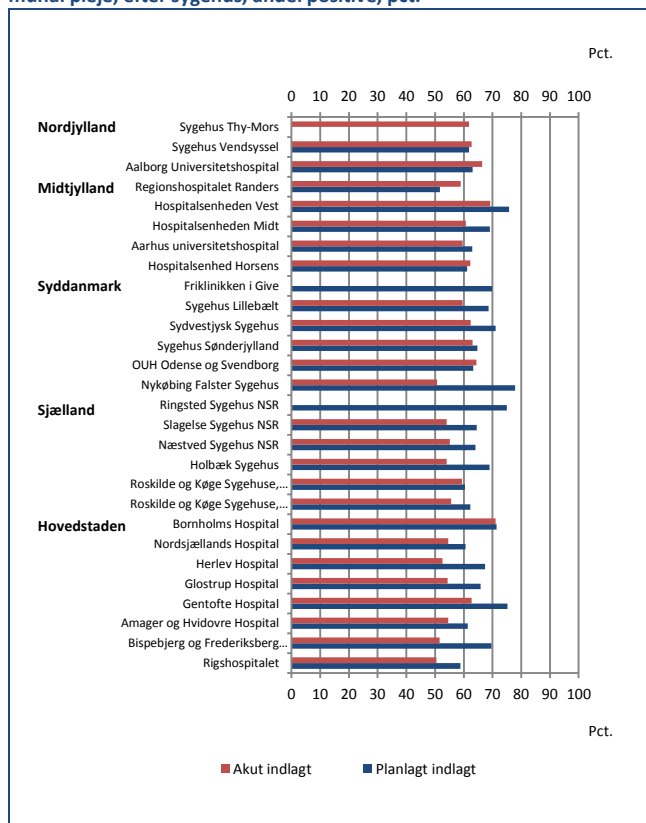
Kilde: Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse.

Figur 96. Patienters oplevelse af samarbejde mellem sygehus og kommunal pleje, efter region, 2015, andel positive, pct.



Kilde: Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse.

Figur 97. Patienters oplevelse af samarbejde mellem sygehus og kommunal pleje, efter sygehus, andel positive, pct.



Kilde: Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse.

Anm.: Enkelte sygehuse har udelukkende akutte eller planlagt indlagte patienter.

5.2 VENTETIDER

Kort ventetid 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 og få at vide, hvad man fejler. Længere perioder med ventetid kan desuden i nogle tilfælde påvirke effekten af den sundhedsfaglige indsats negativt [30].

Kort ventetid 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.

INDIKATORER

- Ventetid til genoptræning i kommuner
- Ventetider i det psykiatriske sygehusvæsen
- Ventetid til sygehusoperation
- Udredningsretten for somatiske patienter



5.2.1 Ventetid til genoptræning i kommuner

Hvis en borger bliver udskrevet fra et sygehus med behov for genoptræning, skal sygehuset udarbejde en genoptræningsplan, før borgeren udskrives fra sygehuset. Det er i den forbindelse et væsentligt hensyn for patienter med behov for genoptræning, at perioder med nedsat funktionsevne ikke forlænges unødigt på grund af ventetid.

Genoptræningen kan efter udskrivelse fra sygehuset enten foregå på sygehuset (specialiseret genoptræning) eller i kommunen (almen genoptræning). Fra 2015 har sygehusene desuden kunnet udarbejde genoptræningsplaner til specialiseret rehabilitering, som er målrettet borgere med komplicerede funktionsnedsættelser⁹. Langt hovedparten af genoptræningen, 87 pct. i 2015, foregår som almen genoptræning i kommunerne.

Median-ventetiden til almen genoptræning i kommunerne har i perioden 2009 til 2015 ligget på 14 dage til 17 dage, *jf. figur 98*. Ventetiden synes at være svagt faldende set over hele perioden. I samme periode har andelen af genoptræningsplaner været stigende, *jf. afsnit 6.1.3*.

Alt efter bopælsregion er der forskel på borgernes ventetid. Borgere i kommuner i Region Sjælland og Region Midtjylland har en median-ventetid på 13 dage, mens borgere i kommuner i Region Syddanmark og Region Nordjylland har en ventetid på henholdsvis 16 dage og 15 dage, *jf. figur 99*. I Region Hovedstaden er ventetiden 14 dage.

Der er forskelle i ventetiden mellem kommunerne. Ventetiden varierer fra under 10 dage til over 20 dage, *jf. figur 100*. Lemvig, Solrød, Faxe, Læsø, Rebild, Varde, Favrskov, Furesø, Sønderborg og Haderslev kommuner har alle en ventetid på 9 dage eller derunder i 2015.

Det skal bemærkes, at opgørelsen af ventetid til genoptræning baseret på nationale registre er behæftet med en vis usikkerhed [31].

Ventetid til genoptræning i kommuner

Mål

Median ventetid til genoptræning, dage

Beskrivelse

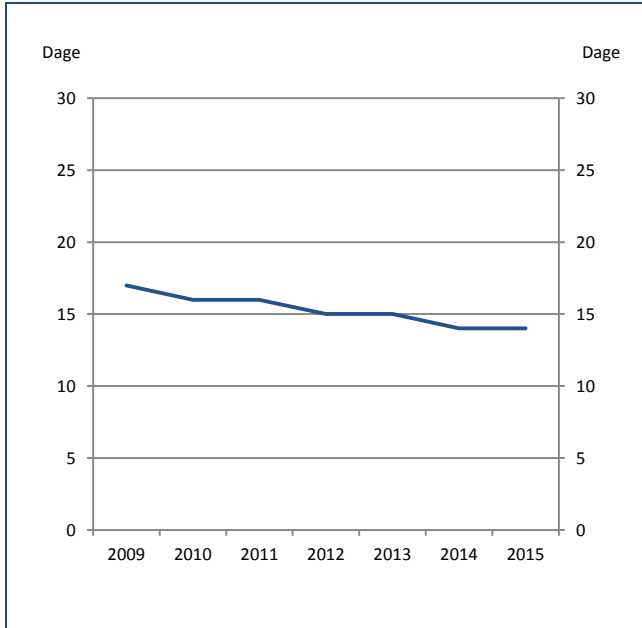
Ventetid til kommunal genoptræning angiver ventetiden til almen genoptræning i kommunerne for borgere, der har fået udarbejdet en genoptræningsplan i sygehusregi.

Ventetiden refererer til perioden mellem registreringen af dato for genoptræningsplan (GOP) og dato for første genoptrænings-ydelse indberettet af kommunerne.

Kilde: Landspatientregisteret og Register over Genoptræning efter Sundhedsloven, Sundhedsdatastyrelsen.

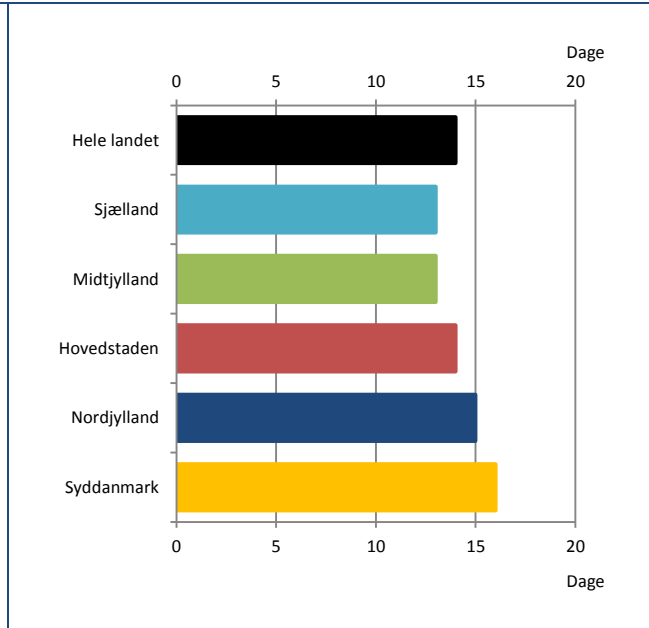
⁹ Fra 2015 gælder ifølge lovgivningen følgende niveauer af genoptræning: genoptræning på basalt niveau/avanceret niveau (almen), genoptræning på specialiseret niveau samt endelig genoptræning som del af rehabilitering på specialiseret niveau.

Figur 98. Ventetid til kommunal genoptræning, 2009-2015, median, dage



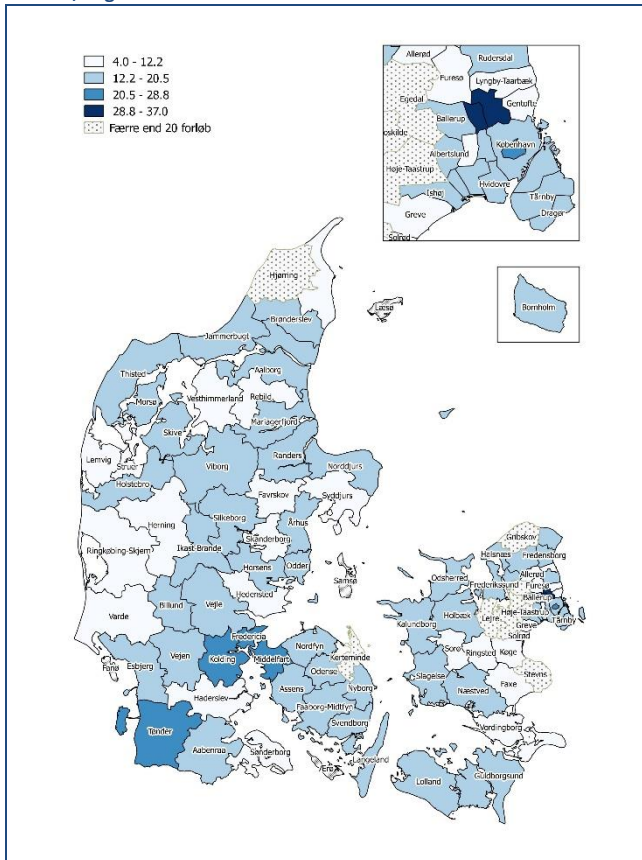
Kilde: Landspatientregisteret og Register over Genoptræning efter Sundhedsloven, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 99. Ventetid til kommunal genoptræning, efter region, 2015, median, dage



Kilde: Landspatientregisteret og Register over Genoptræning efter Sundhedsloven, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 100. Ventetid til kommunal genoptræning, efter kommune, 2015, median, dage



Kilde: Landspatientregisteret og Register over Genoptræning efter Sundhedsloven, Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: Ventetid for kommuner med færre end 20 genoptræningsforløb er ikke vist.

5.2.2 Ventetider i det psykiatriske sygehusvæsen

Lang ventetid på undersøgelse og behandling kan gøre psykiatriske patienter mere syge og sværere at behandle. En lang ventetid kan ud over at være en belastning for patient og pårørende også betyde, at patienten får vanskeligere ved at vende tilbage til sin oprindelige hverdag og kan miste tilknytningen til arbejdsmarkedet.

Ventetiderne i psykiatrien har udviklet sig forskelligt i perioden 2009 til 2015.

Ventetiden for børn og unge (0-18 år) i psykiatrien har været faldende siden 2010, mens ventetiden for voksne i psykiatrien har været stigende fra 2009 og frem til 2013, *jf. figur 101*. I perioden 2013 til 2015 er ventetiden for voksne derimod faldet.

Den gennemsnitlige ventetid til første psykiatriske sygehuskontakt for børn- og unge var i 2015 på 22 dage (median 20 dage), hvilket er et fald på 8 dage eller 27 pct. i forhold til 2014.

Den gennemsnitlige ventetid for voksne i psykiatrien var i 2015 på 25 dage (median 20 dage), hvilket er et fald på 10 dage, eller 29 pct. i forhold til 2014.

Region Syddanmark og Region Midtjylland har med 19 dage den laveste gennemsnitlige ventetid for børn og unge i 2015, *jf. figur 102*. Region Nordjylland har den længste gennemsnitlige ventetid med 33 dage, hvilket dog samtidigt er et fald på 9 dage i forhold til 2014.

Voksne i psykiatrien ventede i gennemsnit kortest i Region Syddanmark og Region Sjælland i 2015, henholdsvis 21 dage og 23 dage, *jf. figur 103*. Region Nordjylland havde den længste gennemsnitlige ventetid med 36 dage, hvilket dog samtidigt er et fald på 13 dage i forhold til 2014.

Ventetider i det psykiatriske sygehusvæsen

Mål

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

Beskrivelse

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 sygehus-afsnit, dvs. kontakter der må antages at ligge midt i et forløb.

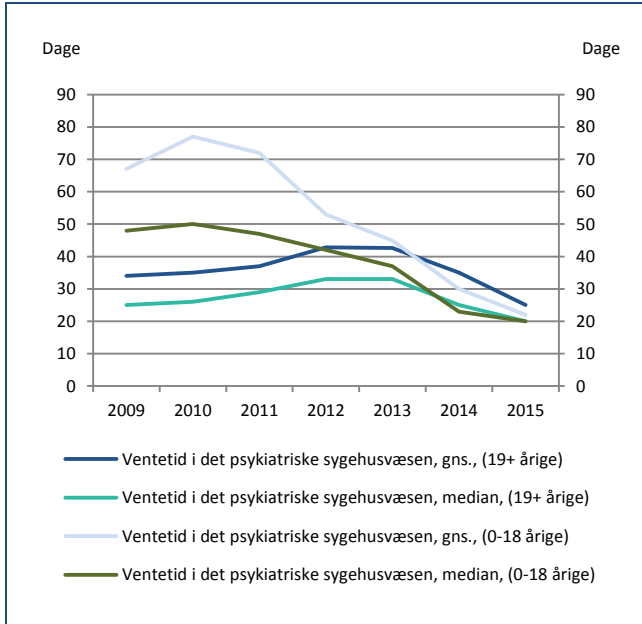
Hvis kontakten er ambulant regnes første besøgsdato som første kontakt, og hvis kontakten er en indlæggelse (stationær) regnes indlæggelsesdatoen som første kontakt.

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

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

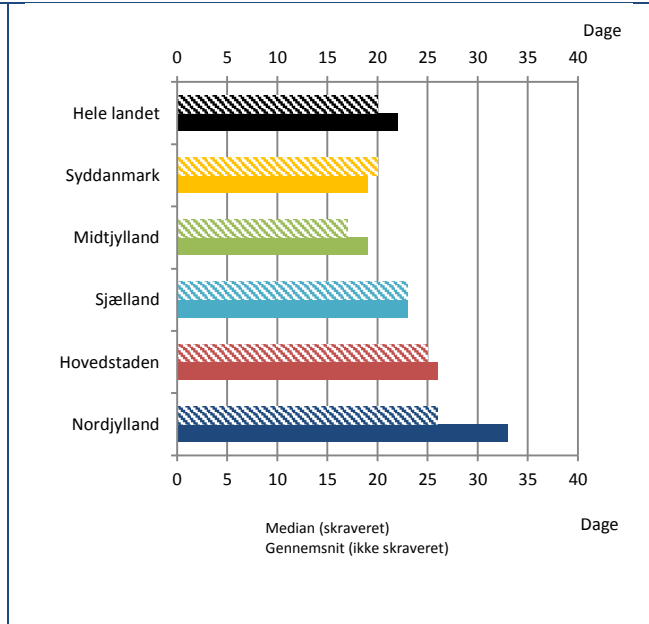
Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 101. Ventetid i det psykiatriske sygehusvæsen, 2009-2015, gennemsnit og median, dage



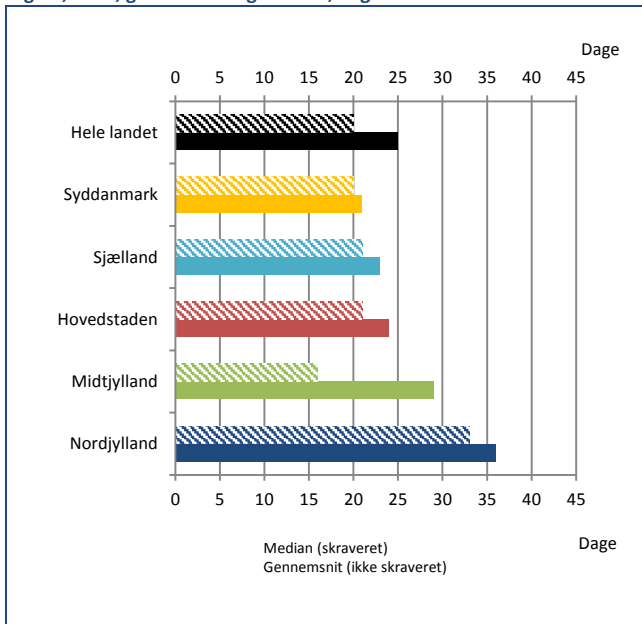
Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 102. Ventetid i det psykiatriske sygehusvæsen (0-18 årige), efter region, 2015, gennemsnit og median, dage



Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 103. Ventetid i det psykiatriske sygehusvæsen (19+ årige), efter region, 2014, gennemsnit og median, dage



Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

5.2.3 Ventetid til sygehusoperation

Ventetid til planlagte (ikke-akutte) sygehusoperationer har stor både offentlig og politisk bevågenhed, ikke bare i Danmark, men også i mange andre lande.

OECD gennemførte i 2013 en analyse af ventetidsgarantier og ventetid i 13 OECD-lande [30]. For Danmarks vedkommende peger analysen på, at indførelsen af en række patientrettigheder og ventetidsgarantier i sygehusvæsenet formentligt har medvirket til at nedbringe ventetiderne.

Ventetiden til sygehusoperation har således også været faldende over en længere årrække.

I perioden 2009 til 2015 er den gennemsnitlige ventetid til sygehusoperation faldet fra 67 dage til 48 dage, *jf. figur 104*. Median-ventetiden er i 2015 på 28 dage.

Der er variation mellem regionerne. Region Midtjylland og Region Syddanmark har med 39 dage og 43 dage den laveste gennemsnitlige ventetid til sygehusoperation blandt regionerne, mens Region Nordjylland har den længste med 66 dage, *jf. figur 105*.

Det skal bemærkes, at opgørelse af ventetid til sygehusoperation er kompleks og behæftet med en vis usikkerhed¹⁰.

Ventetid til sygehusoperation

Mål

Median ventetid og gennemsnitlig ventetid til sygehusoperation, dage.

Beskrivelse

Beregningsmetoden 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 udrednings- og behandlingsforløb: patienten er ventende, patienten er ikke-ventende. Der kan ske flere skift herimellem i et udrednings- og behandlingsforløb.

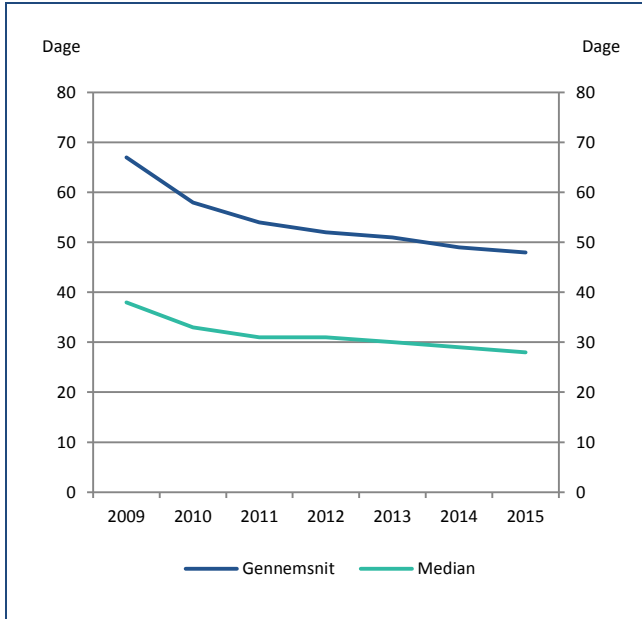
I ventetiden indgår kun perioder, hvor patienten er reelt ventende (aktiv ventetid, som registreres med ventetidstatus 11-15). Det vil sige, at perioder, hvor patienten er ikke-ventende ikke er medregnet som ventetid.

Ventetiden beregnes herefter, som summen af aktive venteperioder. I beregningen indgår offentligt finansierede patienter opereret på danske sygehuse (offentlige og private).

Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

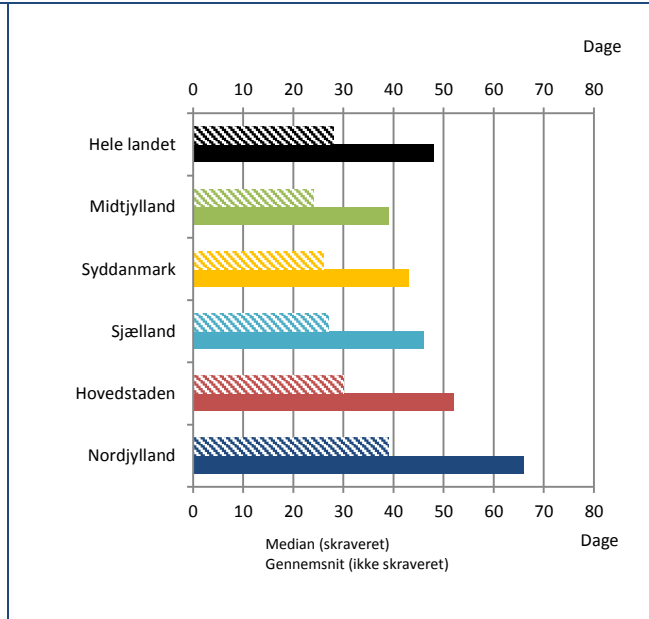
¹⁰ Opgørelsen af ventetid til sygehusoperation baserer sig på registermæssig sammenkobling af et patientforløbs forskellige faser fra henvisning, over udredning og til selve operationen. Ofte vil et sådant forløb involvere kontakt med flere sygehusafdelinger og eventuelt også flere sygehuse. Sammenkobling af disse kontakter til et retvisende patient-forløb, 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 104. Ventetid til sygehusoperation, 2009-2015, gennemsnit og median, dage



Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 105. Ventetid til sygehusoperation, efter region, 2015, gennemsnit og median, dage



Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

5.2.4 Udredningsretten for somatiske patienter

I september 2013 blev der indført en udredningsret for patienter med somatiske (fysiske) sygdomme. Udredningsretten indebærer, at alle patienter, der er henvist til et sygehus, skal have et tilbud om at blive udredt inden for 30 dage, hvis det er fagligt muligt. Hvis det ikke er muligt at udrede patienten inden for 30 dage, skal patienten have en plan for den videre udredning inden for samme frist.

I 4. kvartal 2015 blev 65 pct. af de somatiske patienter udredt inden for 30 dage, *jf. figur 106*. I 4. kvartal 2014 var andelen 63 pct.

Færrest patienter, 55 pct., udredes inden for 30 dage i Region Hovedstaden, *jf. figur 107*. I de øvrige regioner ligger andelen på mellem 59 pct. og 73 pct.

79 pct. af de patienter, der modtog en udredningsplan, modtog planen inden for 30 dage i 4. kvartal 2015, *jf. figur 108*. I 4. kvartal 2014 var andelen 76 pct.

Andelen, der modtager en udredningsplan inden for 30 dage, varierer fra 59 pct. i Region Syddanmark til 91 pct. i Region Midtjylland og Region Sjælland, *jf. figur 109*.

Det bemærkes, at opgørelserne vedrørende overholdelse af udredningsretten skal fortolkes med varsomhed, da de bygger på en ny monitoringsmodel samt registreringspraksis i regionerne, som fortsat er under indfasning.

Monitoreringsmodellen fokuserer endvidere på udredningsforløbets længde og tager dermed ikke højde for, at der ifølge lovens bestemmelser er gyldige grunde til, at udredningsforløb kan overstige 30 dage. F.eks. er det ikke i alle tilfælde fagligt muligt at udrede patienten inden for 30 dage, ligesom patienten selv kan have valgt at blive behandlet på et sygehus med en ventetid over 30 dage¹¹.

Overholdelse af udredningsretten for somatiske patienter

Mål

Andel patienter udredt inden for 30 dage ud af alle udredte patienter, pct.

Andel patienter med en udredningsplan udleveret inden for 30 dage ud af alle patienter med en udredningsplan, pct.

Beskrivelse

Udredningsforløbets længde beregnes som antal kalenderdage fra henvisningsdato til forløbets slutning (første registrering af klinisk beslutning) fratrukket perioder, hvor patienten ikke kan udredes pga. patientens ferie, behandling for anden sygdom mv.

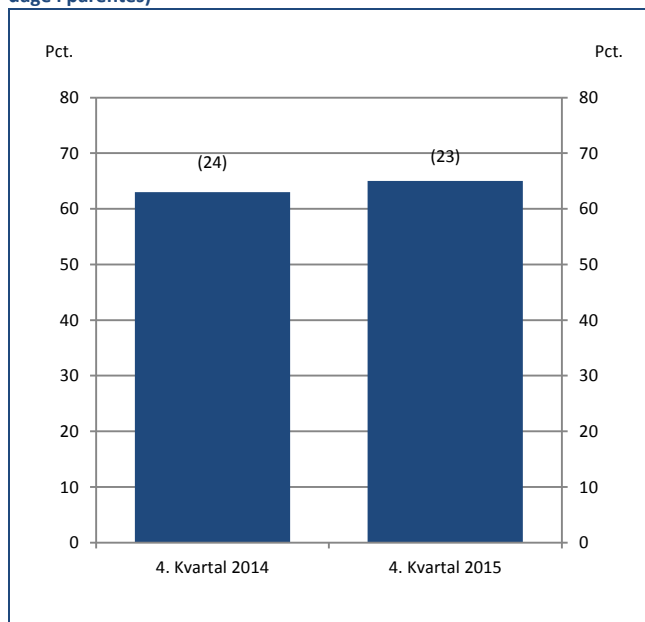
Andel af udredningsplaner udleveret inden for 30 dage er beregnet på baggrund af antal kalenderdage fra henvisningsdato til dato for udlevering af udredningsplan. Andelen beregnes som andel udredningsplaner udleveret inden for 30 dage ud af det samlede antal udredningsplaner.

Der henvises til <http://www.esundhed.dk/sundhedsaktivitet/URS/Sider/Udredningsretten.aspx> for yderligere beskrivelse af metoden.

Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

¹¹ Af aftale om regionernes økonomi for 2016 fremgår, at der skal udvikles en metode til opgørelse af bl.a. denne gruppe af patienter.

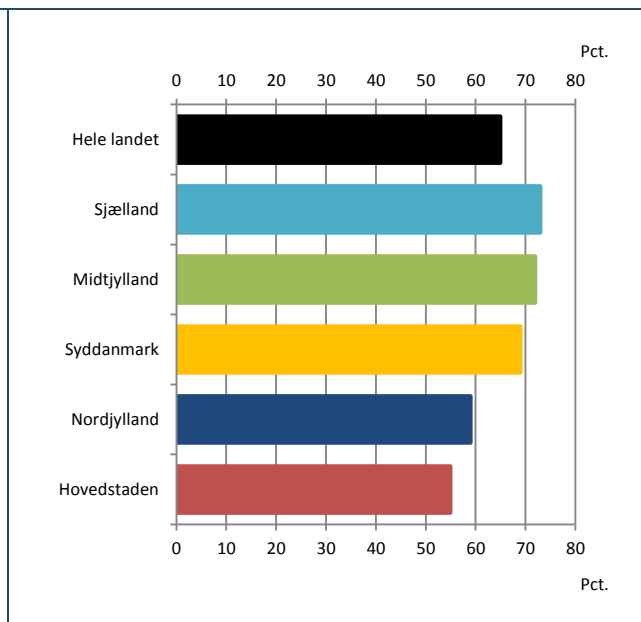
Figur 106. Somatiske patienter udredt inden for 30 dage, 4. kvrt. 2014-4. kvrt. 2015, andel af udredte patienter, pct. (median-udredningstid i dage i parentes)



Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: Opgørelserne vedrørende overholdelse af udredningsretten skal fortolkes med varsomhed, da de bygger på en ny monitoringsmodel samt registreringspraksis i regionerne, som fortsat er under indfasning. I 4. kvartal 2014 er der registreret 101.685 udredningsforløb, mens der i 4. kvartal 2015 er registreret 122.021.

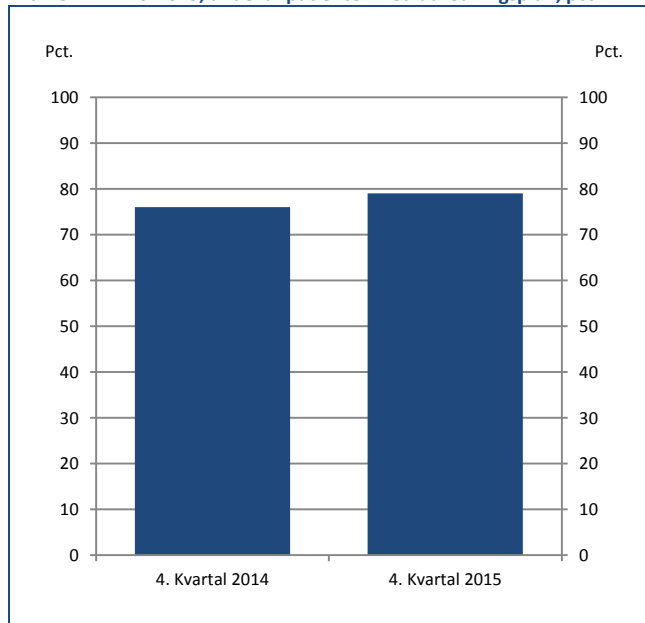
Figur 107. Somatiske patienter udredt inden for 30 dage, efter region, 4. kvrt. 2015, andel af udredte patienter, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: Opgørelserne vedrørende overholdelse af udredningsretten skal fortolkes med varsomhed, da de bygger på en ny monitoringsmodel samt registreringspraksis i regionerne, som fortsat er under indfasning.

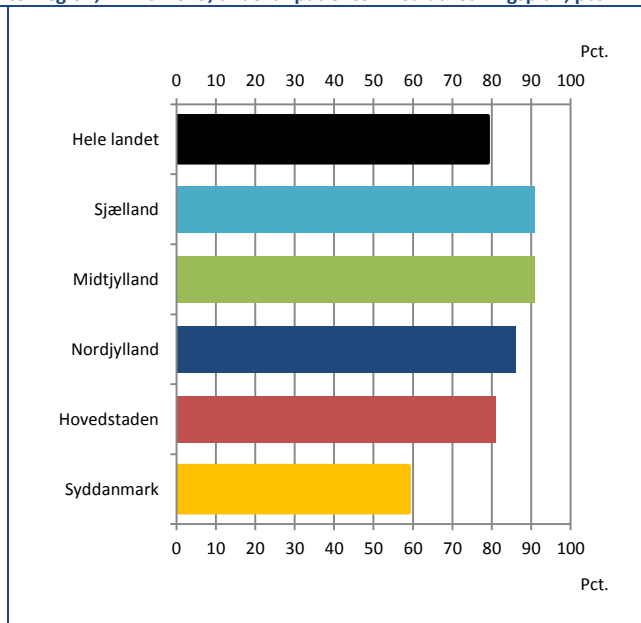
Figur 108. Udredningsplaner (somatik) udleveret inden for 30 dage, 4. kvrt. 2014-4. kvrt. 2015, andel af patienter med udredningsplan, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: Opgørelserne vedrørende overholdelse af udredningsretten skal fortolkes med varsomhed, da de bygger på en ny monitoringsmodel samt registreringspraksis i regionerne, som fortsat er under indfasning.

Figur 109. Udredningsplaner (somatik) udleveret inden for 30 dage, efter region, 4. kvrt. 2015, andel af patienter med udredningsplan, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: Opgørelserne vedrørende overholdelse af udredningsretten skal fortolkes med varsomhed, da de bygger på en ny monitoringsmodel samt registreringspraksis i regionerne, som fortsat er under indfasning.

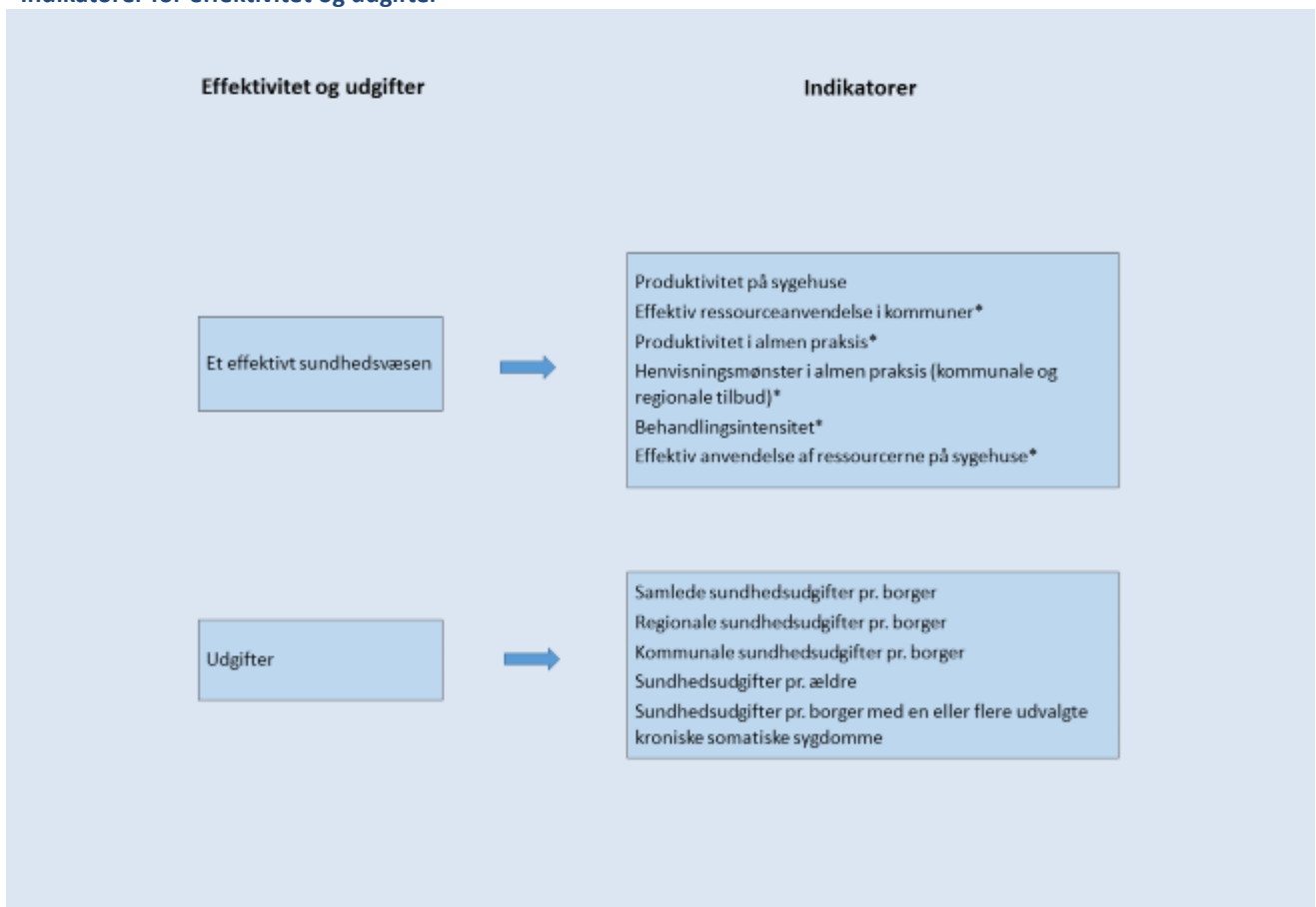
6 EFFEKTIVITET OG UDGIFTER I SUNDHEDSVÆSENET

En af udfordringerne 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 er sundhedsudgifterne under pres. Det skyldes bl.a. et stigende antal ældre i befolkningen, ændringer i sygdomsbilledet med bl.a. flere kronisk syge, den teknologiske udvikling og en stadigt stigende efterspørgsel efter sundhedsydelse. Dog bliver udgiftspresset som følge af flere ældre dæmpet af "sund aldring", jf. afsnit 6.2.2.

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

Indikatorer for effektivitet og udgifter



* Indikatoren er under udvikling.

6.1 ET EFFEKTIVT SUNDHEDSVÆSEN

Et effektivt sundhedsvæsen forudsætter bl.a., at opgaverne løses på det laveste effektive omkostningsniveau (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.

Det skal bemærkes, at der fortsat udestår et udviklingsarbejde i forhold til indikatorer for et effektivt sundhedsvæsen. Det gælder indikatorer for behandlingsintensitet, effektiv ressourceanvendelse på sygehuse, effektiv ressourceanvendelse i kommuner, henvisningsmønstre i almen praksis samt endelig for produktivitet i almen praksis.

INDIKATORER

- Antal sygehuskontakter pr. patient
- Produktivitet på sygehuse
- Genoptræningsplaner for almen genoptræning



6.1.1 Antal sygehuskontakter pr. patient

En analyse har vist, at størstedelen af væksten i sygehusvæsenets aktivitet fra 2005 til 2010 kan forklares med flere sygehuskontakter pr. patient og samtidigt dyrere kontakter [32].

Væksten kan bl.a. henføres til mere og bredere behandling af den enkelte patient [33].

I 2015 er den årlige vækst i antal sygehuskontakter pr. patient på -1,0 pct., *jf. figur 110*. Med andre ord faldt antallet af kontakter pr. patient med 1,0 pct. i forhold til 2014.

På regionalt plan er antallet af sygehuskontakter pr. patient ligeledes faldet i Region Hovedstaden, Region Nordjylland, Region Syddanmark og Region Midtjylland i 2015, med mellem 0,5 pct. og 3,3 pct., *jf. figur 111*. I Region Sjælland er antallet derimod steget med 1,8 pct.

Antal sygehuskontakter pr. patient

Mål

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

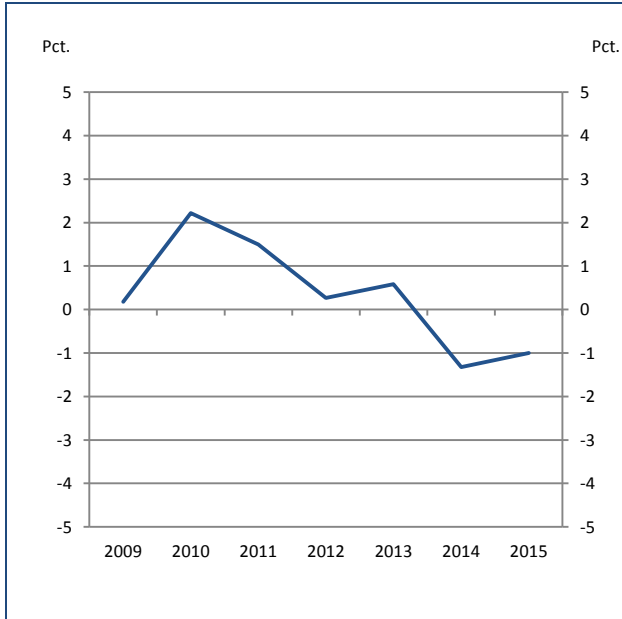
Beskrivelse

Sygehuskontakter omfatter indlæggelser og ambulant aktivitet. 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 (undersøgelser, behandlinger mv.). Patienter er unikke patienter.

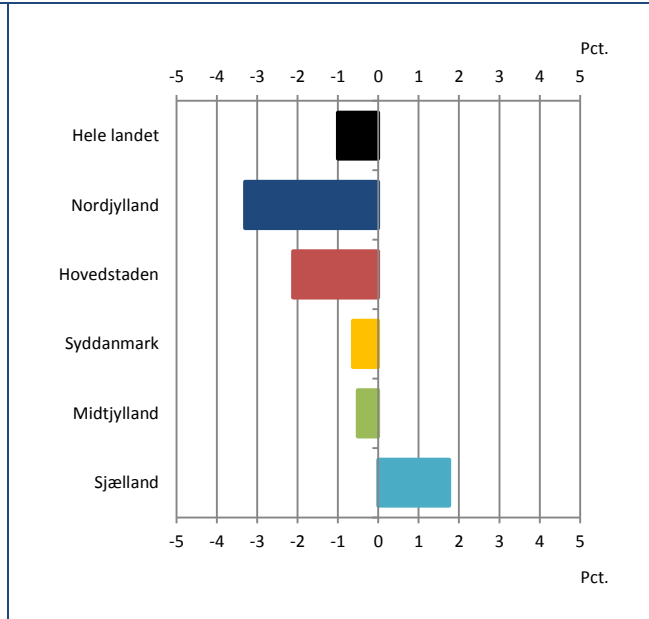
Kilde: DRG-systemet, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 110. Antal sygehuskontakter pr. patient, 2009-2015, år til år udvikling, pct.



Kilde: DRG-systemet, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 111. Antal sygehuskontakter pr. patient, efter region, 2015, ændring ift. 2014, pct.



Kilde: DRG-systemet, Sundhedsdatastyrelsen.

6.1.2 Produktivitet på sygehuse

For at understøtte en så effektiv ressourceanvendelse som muligt på sygehusene er der siden 2003 årligt lavet opgørelser af produktiviteten på sygehuse. Produktiviteten måles ved, at aktiviteten på sygehuse (produktionsværdien) sættes i forhold til de udgifter, der er medgået til at skabe denne aktivitet.

I årene 2003 til 2007 var der på landsplan år for år en positiv udvikling i produktiviteten på landets offentlige sygehuse på 1,9 pct. i gennemsnit. I denne periode har sygehusene med andre ord årligt ydet mere behandling for de samme penge.

Denne udvikling blev brudt i 2008, idet produktiviteten fra 2007 til 2008 faldt med 3,2 pct. En væsentlig årsag til dette produktivitetsfald var konflikten på sundhedsområdet i foråret 2008.

I perioden 2009 til 2014 er produktiviteten på de offentlige somatiske sygehuse igen steget, med mellem 1,4 pct. og 5,3 pct. årligt, *jf. figur 112*. I 2014 steg produktiviteten med 3,1 pct., hvilket kan henføres til en begrænsning af udgiftsstigningen i regionerne.

Produktivitetsniveauet varierer dog regionerne imellem. I 2014 varierer niveauet med 10 pct.point, *jf. figur 113*. Region Hovedstaden og Region Syddanmark har den højeste produktivitet, 2 pct.point og 1 pct.point over landsgennemsnittet. Region Nordjyllands produktivitet ligger derimod 8 pct.point under landsgennemsnittet.

Produktivitet på sygehuse

Mål

Årlig udvikling i produktivitet, pct.

Produktivitetsniveau, indeks (hele landet=100)

Beskrivelse

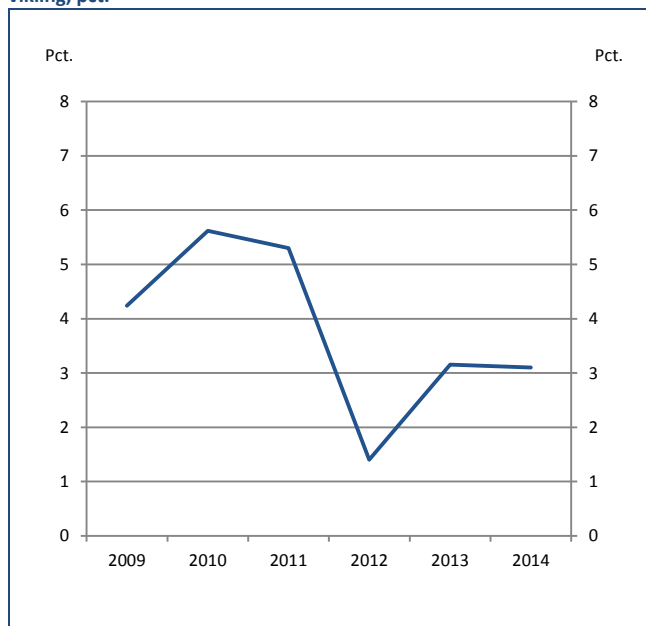
Produktivitetsniveauet opgøres som forholdet mellem den korrigerede produktionsværdi og de korrigerede tilrettede driftsudgifter målt i forhold til landsgennemsnittet.

Et produktivitetsniveau på 102 svarer således til en produktivitet, der er 2 pct.point højere end gennemsnittet for hele landet.

Opgørelserne af produktivitet udarbejdes i et samarbejde mellem regionerne, Danske Regioner, Finansministeriet, Sundheds- og Ældreministeriet samt Sundhedsdatastyrelsen. Forud for offentliggørelsen foregår der et større valideringsarbejde. Det betyder, at der er ca. et år mellem afslutningen af det pågældende opgørelsesår til offentliggørelse.

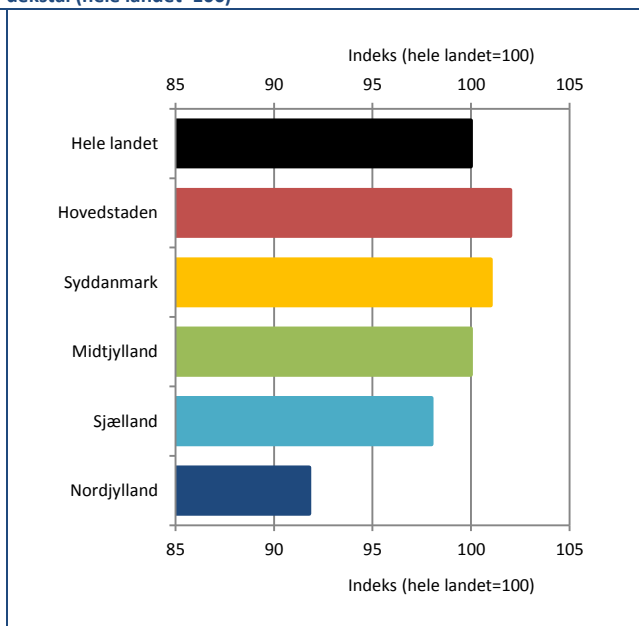
Kilde: DRG-systemet, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 112. Produktivitetsudvikling på sygehuse, 2009-2014, år til år udvikling, pct.



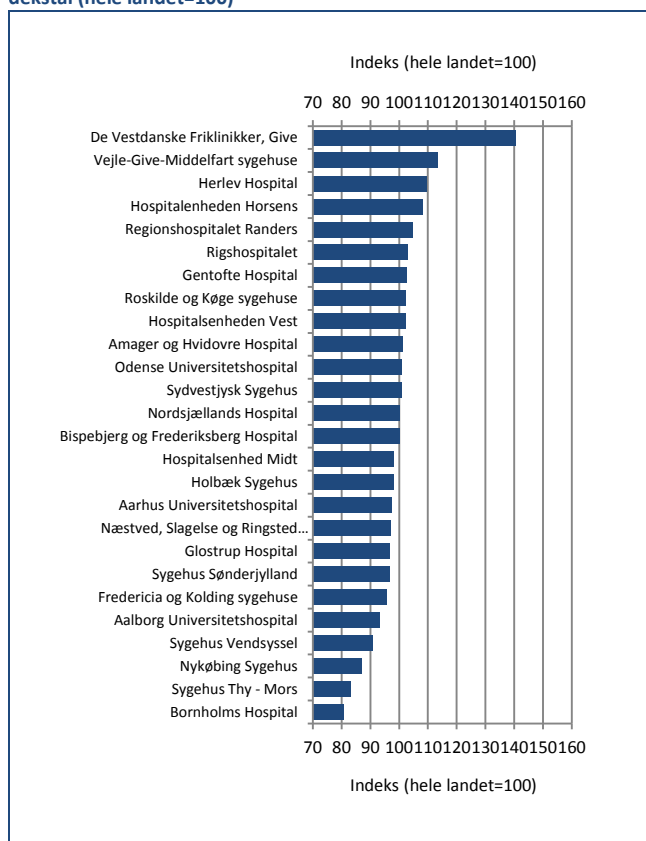
Kilde: DRG-systemet, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 113. Produktivitsniveau på sygehuse, efter region, 2014, indekstal (hele landet=100)



Kilde: DRG-systemet, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 114. Produktivitsniveau på sygehuse, efter sygehus, 2014, indekstal (hele landet=100)



Kilde: DRG-systemet, Sundhedsdatastyrelsen.

6.1.3 Genoptræningsplaner for almen genoptræning

Hvis en borger bliver udskrevet fra et sygehus med behov for genoptræning, skal sygehuset udarbejde en genoptræningsplan, før borgeren udskrives fra sygehuset.

Genoptræningen kan efter udskrivelse fra sygehuset enten foregå på sygehuset (specialiseret genoptræning) eller i kommunen (almen genoptræning). Fra 2015 har sygehusene desuden kunnet udarbejde genoptræningsplaner til specialiseret rehabilitering, som er målrettet borgere med komplicerede funktionsnedsættelser¹².

Nedenfor opgøres andelen af almene genoptræningsplaner ud af samtlige genoptræningsplaner.

Andelen af almene genoptræningsplaner har i perioden 2009 til 2015 været stigende og udgjorde i 2015 ca. 87 pct. mod 76 pct. i 2009, *jf. figur 115*.

På regionalt plan varierer andelen mellem 83 pct. og 90 pct., *jf. figur 116*. Region Midtjylland havde den laveste andel, mens Region Sjælland havde den højeste andel.

Blandt kommunerne varierer andelen fra ca. 80 pct. til over 90 pct., *figur 117*.

Genoptræningsplaner for almen genoptræning

Mål

Andel genoptræningsplaner for almen genoptræning ud af alle genoptræningsplaner (almene, specialiserede, specialiseret rehabilitering), pct.

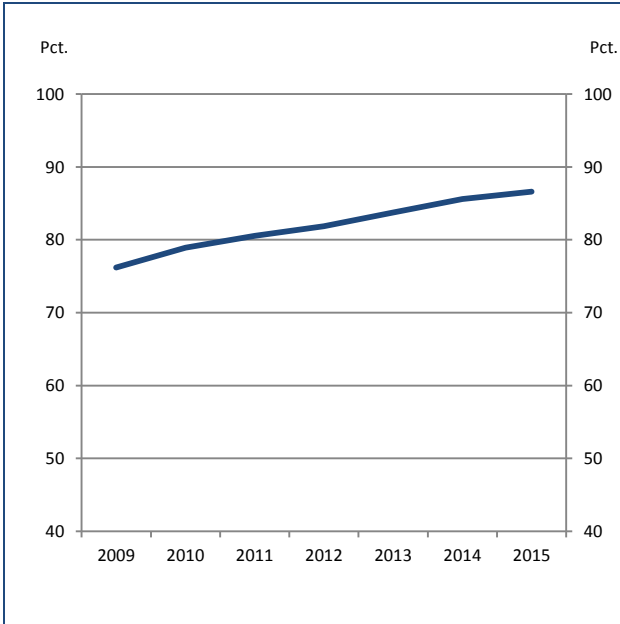
Beskrivelse

Når sygehusene udarbejder en genoptræningsplan skal de samtidigt registrere dette, herunder hvilken type af genoptræningsplan, der er tale om. På den baggrund kan andelen af almene genoptræningsplaner opgøres.

Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

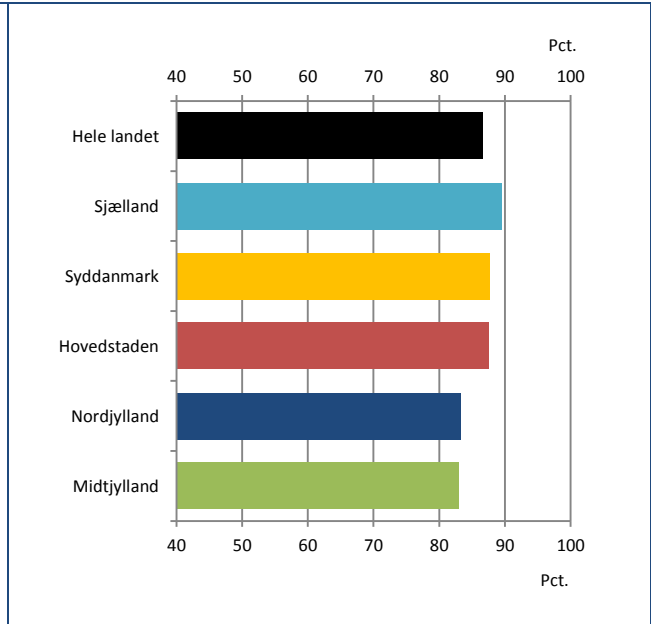
¹² Fra 2015 gælder ifølge lovgivningen følgende niveauer af genoptræning: genoptræning på basalt niveau/ avanceret niveau (almen), genoptræning på specialiseret niveau samt endelig genoptræning som del af rehabilitering på specialiseret niveau.

Figur 115. Almene genoptræningsplaner, 2009-2015, andel af alle genoptræningsplaner, pct.



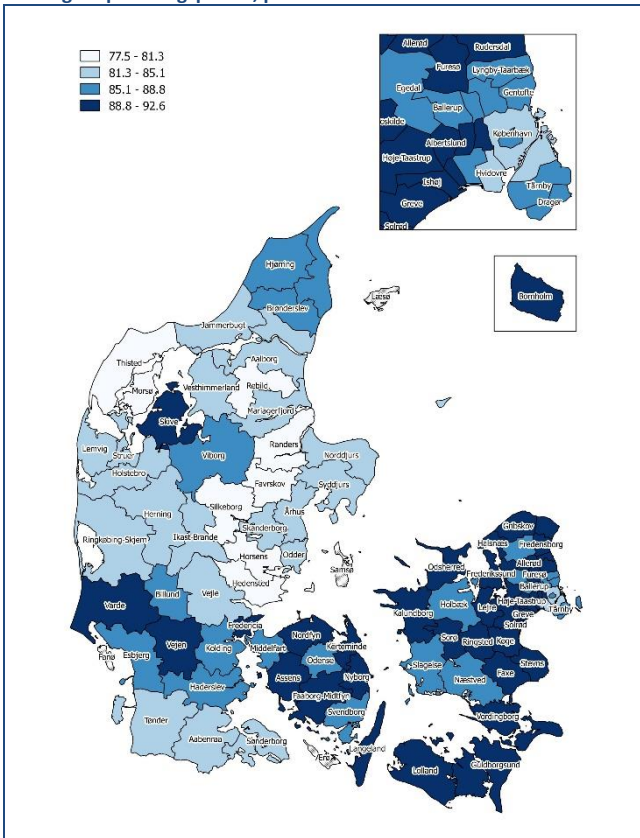
Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 116. Almene genoptræningsplaner, efter region, 2015, andel af alle genoptræningsplaner, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 117. Almene genoptræningsplaner, efter kommune, 2015, andel af alle genoptræningsplaner, pct.



Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: Kommuner med færre end 10.000 indbyggere er ikke medtaget (Læsø, Samsø, Fanø og Ærø).

6.2 UDGIFTER I SUNDHEDSVÆSENET

Siden 2009 har udgifterne til sundhed været relativt konstante. Vækstraterne for udgifter til sundhedsområdet i Danmark har desuden i international sammenhæng været lave set i forhold til gennemsnittet for OECD-lande.

Størstedelen af de offentlige udgifter til sundhed, ca. tre fjerdedele, afholdes af regionerne, mens kommunernes udgifter stort set udgør den resterende fjerdedel¹³.

INDIKATORER

- Sundhedsudgifter pr. borger (samlede, regionale og kommunale)
- Regionale sundhedsudgifter pr. ældre
- Regionale sundhedsudgifter pr. borger med en eller flere udvalgte kroniske somatiske sygdomme



¹³ De offentlige udgifter til sundhed forstås her som det offentlige forbrug på sundhedsområdet, som i 2014 udgjorde 157 mia. kr.

6.2.1 Sundhedsudgifter pr. borger

I perioden 2009 til 2014 har de samlede offentlige sundhedsudgifter (det offentlige forbrug på sundhedsområdet) pr. borger ligget på ca. 27.000 kr. (2016-pl), *jf. figur 118*. Dette tal inkluderer bl.a. også udgifter til den kommunale ældrepleje.

De regionale udgifter pr. borger (nettodriftsudgifter) har ligget på omkring 18.000 kr., mens de kommunale sundhedsudgifter (nettodriftsudgifter) har ligget på ca. 1.800 kr. pr. borger.

Medregnes kommunernes medfinansiering af regionernes sundhedsudgifter¹⁴ udgør de kommunale sundhedsudgifter pr. borger ca. 5.600 kr. i 2014. Det bemærkes i den forbindelse, at ca. 18 pct. af regionernes finansiering af deres sundhedsudgifter i 2014 var finansieret af kommunerne.

Regionernes sundhedsudgifter varierer fra ca. 17.500 kr. pr. borger i Region Midtjylland til ca. 19.500 kr. i Region Sjælland, *jf. figur 119*.

Kommunernes sundhedsudgifter ekskl. medfinansiering varierer fra ca. 1.000 kr. til ca. 3.300 kr. pr. borger, *jf. figur 120*.

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

Sundhedsudgifter pr. borger

Mål

Samlede, regionale og kommunale sundhedsudgifter pr. borger, kr. (2016-pl).

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 produktionskatter 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.

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.

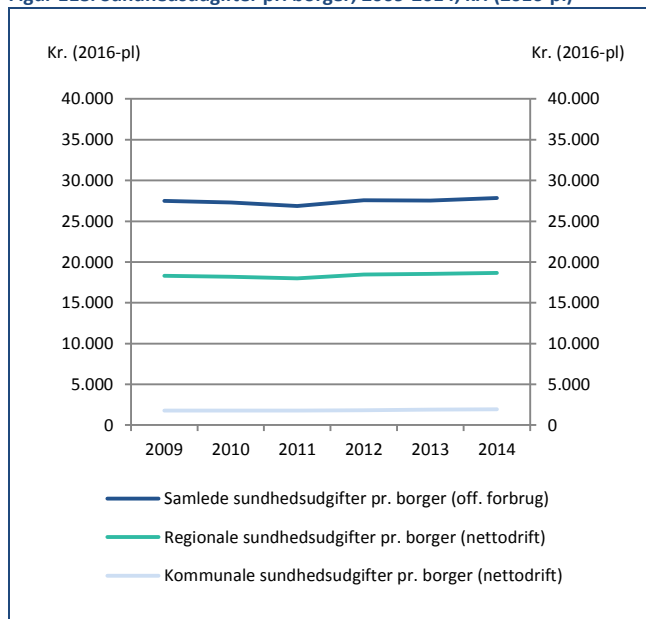
De kommunale sundhedsudgifter opgøres som kommunernes nettodriftsudgifter på sundhedsområdet, som de fremgår af de årlige kommunale regnskaber. Disse omfatter hovedkonto 4 ekskl. kommunal medfinansiering, dvs. træning, fysioterapi, tandpleje, sundhedsfremme og forebyggelse, sundhedstjenester samt andre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

Kommunerne afholder endvidere en række sundhedsudgifter, der bliver konteret som en del af ældreplejen. Det kan eksempelvis være forebyggende indsatser. Disse udgifter er ikke medregnet i opgørelsen af de kommunale sundhedsudgifter, da det ikke er muligt at udskille disse fra de øvrige udgifter på ældreområdet.

Kilde: Danmarks Statistik.

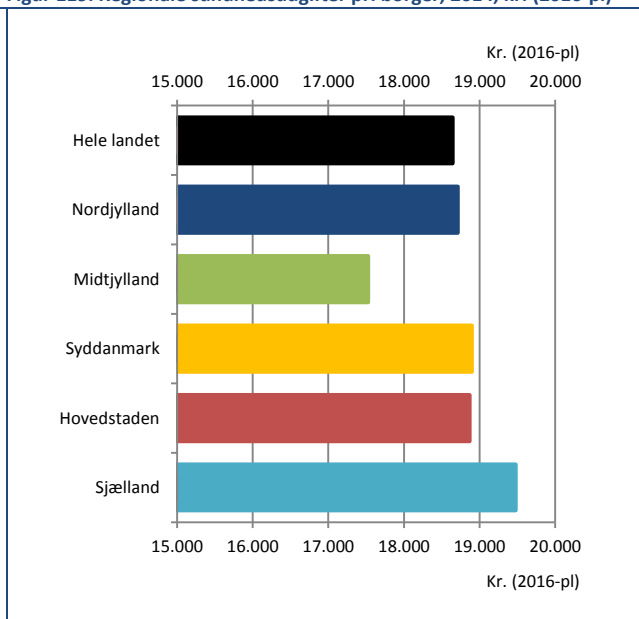
¹⁴ Finansieringen af sundhedsvæsenet er indrettet sådan, at regionerne modtager et aktivitetsafhængigt bidrag fra kommunerne for behandling af kommunernes borgere på sygehuse og i praksissektoren. I 2014 udgjorde bidraget ca. 18 pct. af regionernes finansiering. Indikatorerne for regionale og kommunale sundhedsudgifter er opgjort ud fra, hvem der har afholdt udgifterne til de konkrete opgaver (undersøgelser, behandling mv.).

Figur 118. Sundhedsudgifter pr. borger, 2009-2014, kr. (2016-pl)



Kilde: Danmarks Statistik.

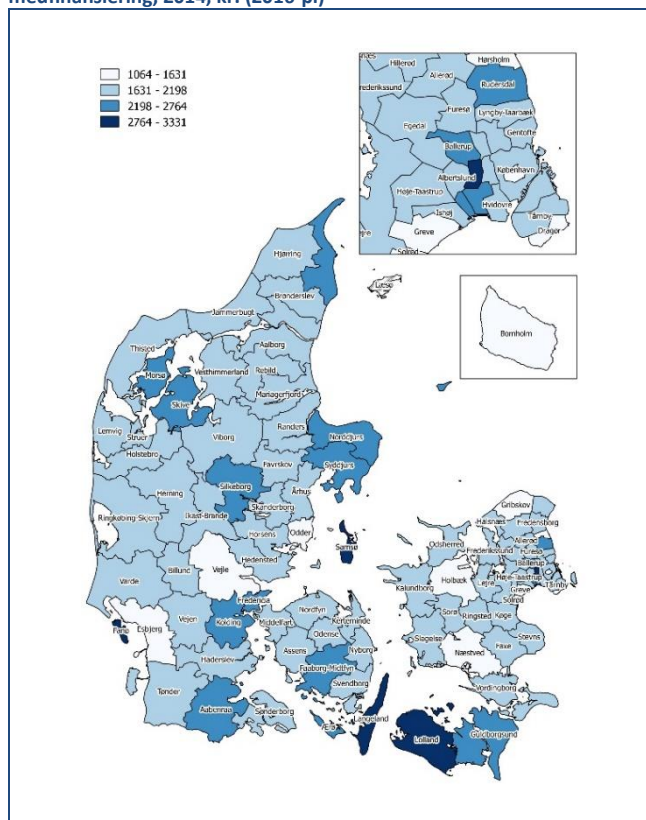
Figur 119. Regionale sundhedsudgifter pr. borger, 2014, kr. (2016-pl)



Kilde: Danmarks Statistik.

Anm.: Opgjort som regionale nettodriftsudgifter.

Figur 120. Kommunale sundhedsudgifter pr. borger, ekskl. kommunal medfinansiering, 2014, kr. (2016-pl)



Kilde: Danmarks Statistik.

Anm.: Opgjort som kommunale nettodriftsudgifter.

6.2.2 Regionale sundhedsudgifter pr. ældre

Demografiske effekter, der medfører pres på sundhedsudgifterne, kan skyldes alderssammensætningen, men også øget levetid. Udgiftspres som følge af alderssammensætningen hænger sammen med, at de store efterkrigsårgange bliver ældre og også forventes at trække mere på sundhedsvæsenet i de kommende år.

Forlængelse af ældres restlevetid vil medføre, at der bliver flere ældre. Fastholdes samtidigt det nuværende niveau for aldersfordelte sundhedsudgifter pr. borger vil det medføre højere sundhedsudgifter. Flere undersøgelser viser imidlertid, at sundhedsudgifter i de sidste leveår (terminaludgifter) ikke afhænger af alder, men af restlevetiden. Når levetiden stiger, vil en mulig konsekvens derfor være, at sundhedsudgifterne udskydes til en højere alder. Udgiftspreset bliver i såfald ikke så stort, som det stigende antal ældre umiddelbart tilsiger. Dette betegnes ofte som "sund aldring" [34].

Regionale sundhedsudgifter til ældre (65+ år) omfatter udgifter til sygehusbehandling, behandling i praksissektoren samt regionernes udgifter til medicintilskud. I 2015 er de regionale sundhedsudgifter pr. ældre på 34.300 kr., *jf. figur 121*. For så vidt angår sammenligninger mellem årene bemærkes, at udgifterne til sygehusbehandling er opgjort i de enkelte års takstsystemer.

Region Hovedstaden har flest udgifter til sundhed pr. ældre, ca. 38.000 kr., mens Region Nordjylland har færrest, ca. 30.900 kr., *jf. figur 122*.

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.

Kommunerne med det højeste forbrug, ca. 37.000 kr. til ca. 44.000 kr. pr. ældre, er koncentreret i Hovedstadsområdet, *jf. figur 123*.

Regionale sundhedsudgifter pr. ældre

Mål

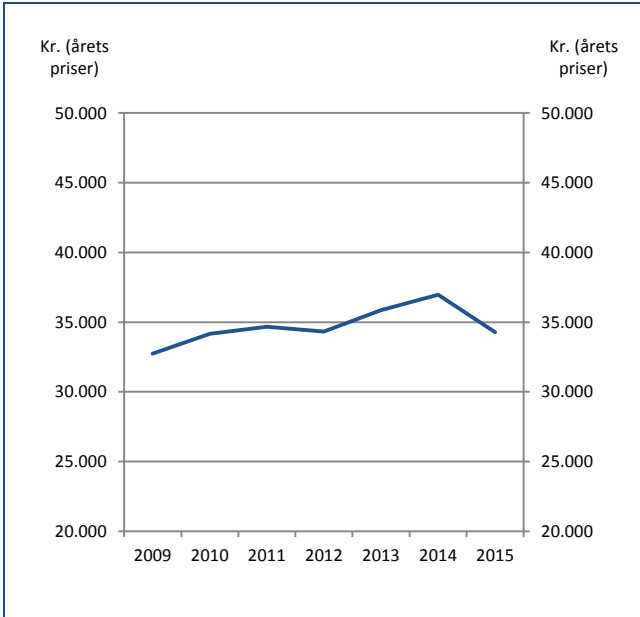
Regionale sundhedsudgifter pr. ældre (65+ år), kr. (årets priser)

Beskrivelse

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

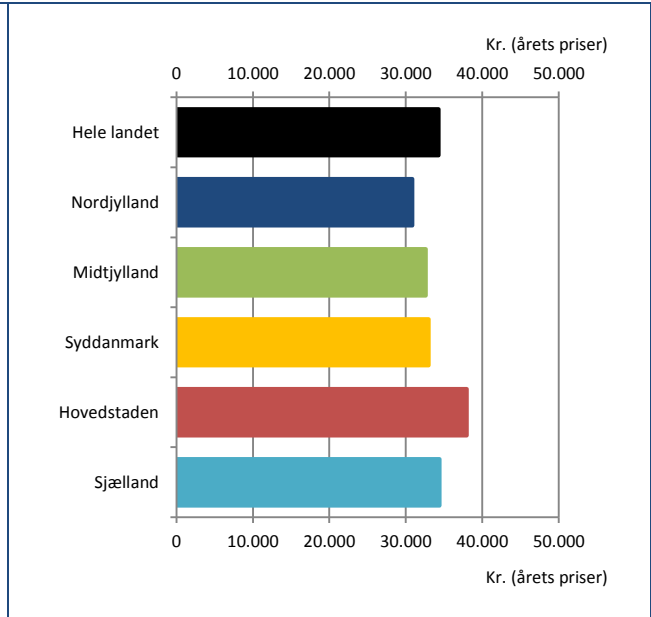
Kilde: DRG-systemet, Sygesikringsregisteret og Lægemiddelstatistikregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 121. Regionale sundhedsudgifter pr. ældre, 2009-2015, kr. (årets priser)



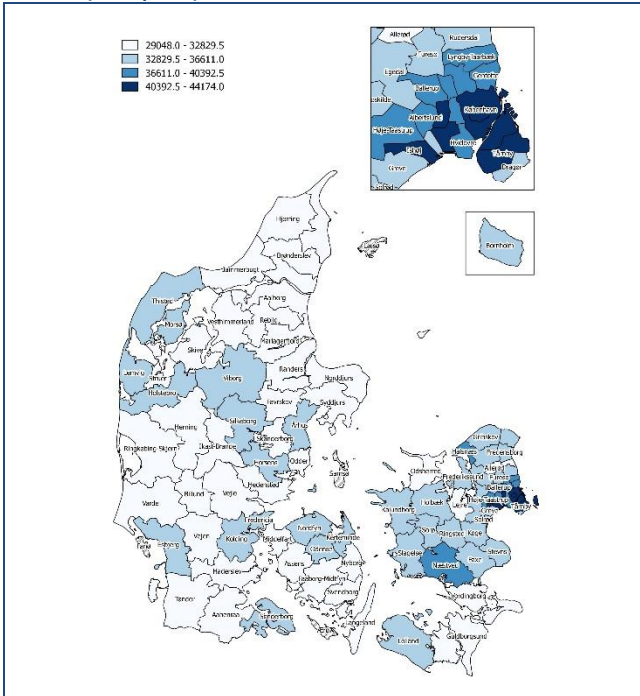
Kilde: DRG-systemet, Sygesikringsregisteret og Lægemiddelstatistikregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.
Anm.: Regionale sundhedsudgifter er opgjort som summen af DRG-produktionsværdien af somatisk sygehusbehandling, værdien af vejledende takster i psykiatrien, bruttohonorarer i praksissektoren samt regionale udgifter til tilskud til receptpligtig medicin. Det bemærkes, at udgifter til sygehusbehandling er opgjort i årets takstsystem. Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

Figur 122. Regionale sundhedsudgifter pr. ældre, efter region, 2015, kr. (årets priser)



Kilde: DRG-systemet, Sygesikringsregisteret og Lægemiddelstatistikregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.
Anm.: Regionale sundhedsudgifter er opgjort som summen af DRG-produktionsværdien af somatisk sygehusbehandling, værdien af vejledende takster i psykiatrien, bruttohonorarer i praksissektoren samt regionale udgifter til tilskud til receptpligtig medicin. Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

Figur 123. Regionale sundhedsudgifter pr. ældre, efter kommune, 2015, kr. (årets priser)



Kilde: DRG-systemet, Sygesikringsregisteret og Lægemiddelstatistikregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.
Anm.: Regionale sundhedsudgifter er opgjort som summen af DRG-produktionsværdien af somatisk sygehusbehandling, værdien af vejledende takster i psykiatrien, bruttohonorarer i praksissektoren samt regionale udgifter til tilskud til receptpligtig medicin. Tallene er køns- og aldersstandardiserede. Kommuner med færre end 10.000 indbyggere er ikke medtaget (Læsø, Samsø, Fanø og Ærø).

6.2.3 Regionale sundhedsudgifter pr. borger med en eller flere udvalgte kroniske somatiske sygdomme

Flere og flere borgere lever med en eller flere kroniske sygdomme som f.eks. diabetes og KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom), og antallet forventes at stige i de kommende år. Denne gruppe borgere har ofte et vedvarende og særligt ressourcekrævende behov for behandling og pleje.

I 2015 udgjorde de regionale sundhedsudgifter pr. borger med én eller flere udvalgte kroniske somatiske sygdomme ca. 34.000 kr., *jf. figur 124*.

Regionale sundhedsudgifter omfatter udgifter til sygehusbehandling, behandling i praksissektoren samt regionernes udgifter til medicintilskud. For så vidt angår sammenligninger mellem årene bemærkes, at udgifterne til sygehusbehandling er opgjort i de enkelte års takstsystemer.

På regionalt plan varierede udgifterne pr. borger i gruppen af kroniske syge fra ca. 31.700 kr. i Region Nordjylland til ca. 37.000 kr. i Region Sjælland, *jf. figur 125*.

På kommunalt plan varierer udgiftsniveauet pr. borger fra under 30.000 kr. til godt 40.000 kr., *jf. figur 126*.

Regionale sundhedsudgifter pr. borger med en eller flere udvalgte kroniske somatiske sygdomme

Mål

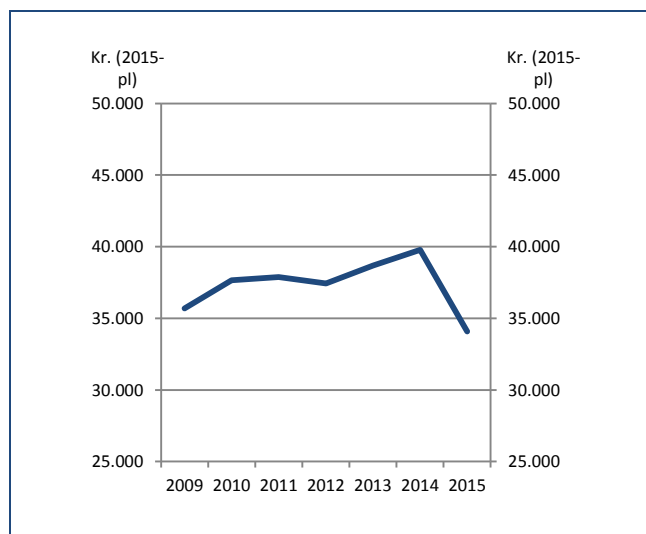
Regionale sundhedsudgifter pr. borger med en eller flere udvalgte kroniske somatiske sygdomme, kr. (årets priser)

Beskrivelse

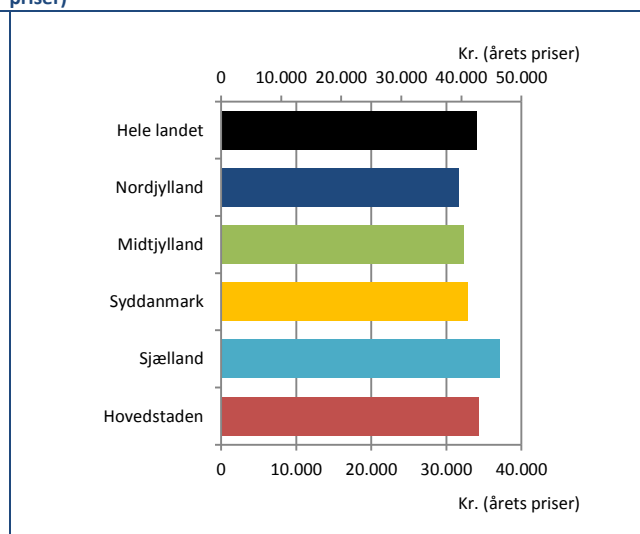
Opgørelsen omfatter produktionsværdien af somatisk sygehusbehandling, værdien af sengedage og besøg i det psykiatriske sygehusvæsen (alle i årets takstsystem), bruttohonorarer ved behandling i praksissektoren samt regionale tilskud til receptpligtig medicin.

Følgende syv udvalgte kroniske somatiske sygdomme indgår i opgørelsen: astma, type 1 – diabetes, type 2 – diabetes, KOL, leddegigt, osteoporose og hjerteinsufficiens (hjertesvigt).

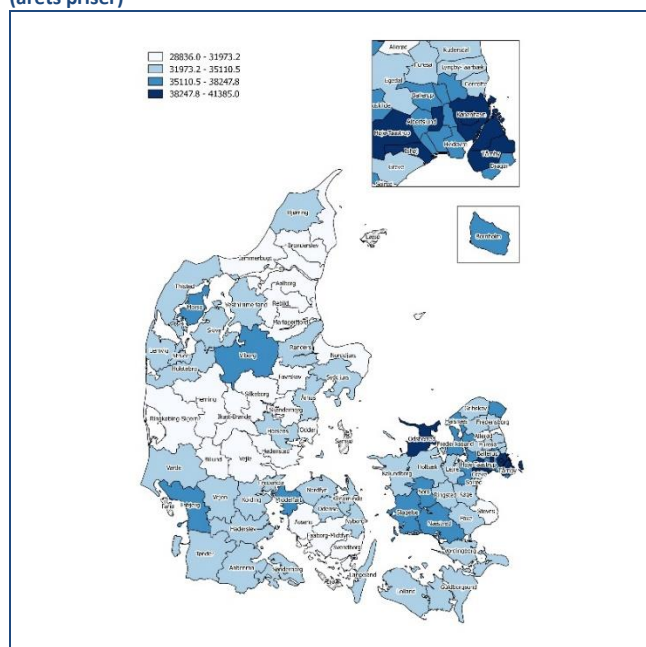
Kilde: DRG-systemet, Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret samt reviderede udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS), Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 124. Regionale sundhedsudgifter pr. borger med en eller flere udvalgte kroniske somatiske sygdomme, 2009-2015, kr. (årets priser)

Kilde: DRG-systemet, Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret samt de reviderede algoritmer (marts 2015) til brug for dannelsen af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), Sundhedsdatastyrelsen. Anm.: Regionale sundhedsudgifter er opgjort som summen af DRG-produktionsværdien af somatisk sygehusbehandling, værdien af vejledende takster i psykiatrien, bruttohonorarer i praksissektoren samt regionale udgifter til tilskud til receptpligtig medicin. RUKS er et dynamisk register. Dvs. opgjorte tal pba. RUKS ændrer sig løbende med de informationer som er tilgængelige ved opdateringstidspunktet. Det bemærkes, at udgifter til sygehusbehandling er opgjort i årets takstsystem. Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

Figur 125. Regionale sundhedsudgifter pr. borger med en eller flere udvalgte kroniske somatiske sygdomme, efter region, 2015, kr. (årets priser)

Kilde: DRG-systemet, Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret samt de reviderede algoritmer (marts 2015) til brug for dannelsen af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), Sundhedsdatastyrelsen. Anm.: Regionale sundhedsudgifter er opgjort som summen af DRG-produktionsværdien af somatisk sygehusbehandling, værdien af vejledende takster i psykiatrien, bruttohonorarer i praksissektoren samt regionale udgifter til tilskud til receptpligtig medicin. RUKS er et dynamisk register. Dvs. opgjorte tal pba. RUKS ændrer sig løbende med de informationer som er tilgængelige ved opdateringstidspunktet. Tallene er køns- og aldersstandardiserede.

Figur 126. Regionale sundhedsudgifter pr. borger med en eller flere udvalgte kroniske somatiske sygdomme, efter kommune, 2015, kr. (årets priser)

Kilde: DRG-systemet, Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret samt de reviderede algoritmer (marts 2015) til brug for dannelsen af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), Sundhedsdatastyrelsen. Anm.: RUKS er et dynamisk register. Dvs. opgjorte tal pba. RUKS ændrer sig løbende med de informationer som er tilgængelige ved opdateringstidspunktet. Tallene er køns- og aldersstandardiserede. Kommuner med færre end 10.000 indbyggere er ikke medtaget (Læsø, Samsø, Fanø og Ærø).

7 REFERENCER

- [1] J. Søgaard, »Hvor høje er sundhedsudgifterne i Danmark?,« Søgaard Advice, København, 2014.
- [2] Sundhedsministeriet Middellevetidsudvalg, »Levetiden i Danmark. 2. delrapport,« Sundhedsministeriet, København, 1994.
- [3] K. Juel, »Danskernes dødelighed gennem 100 år,« Statens Institut for Folkesundhed, København, 2004.
- [4] K. Juel, »www.si-folkesundhed.dk,« Statens Institut for Folkesundhed, 2012. [Online]. Available: http://www.si-folkesundhed.dk/Ugens%20tal%20for%20folkesundhed/Ugens%20tal/08_2012.aspx.
- [5] Sundhedsstyrelsen, »Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013,« Sundhedsstyrelsen, København, 2014.
- [6] Forebyggelseskommissionen, »Vi kan leve længere og sundere: Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats,« Forebyggelseskommissionen, København, 2009.
- [7] M. Grønbæk, »Alkohol, kap. 17 i Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007,« Statens Institut for Folkesundhed, København, 2008.
- [8] M. Eliassen, U. Becker, M. Grønbæk, K. Juel og J. Tolstrup, »Alcohol-attributable and alcohol-preventable mortality in Denmark: an analysis of which intake levels contribute most to alcohol's harmful and beneficial effects,« *Eur J Epidemiol.*, pp. 15-26, 29 Januar 2014.
- [9] WHO, »Obesity: preventing and managing the global epidemic,« World Health Organ Tech Rep Ser, 2000.
- [10] O. L. Svendsen, »Overvægt og fedme, kap. 21 i Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007,« Statens Institut for Folkesundhed, København, 2008.
- [11] Indenrigs- og Sundhedsministeriet, »De samfundsøkonomiske konsekvenser af svær overvægt,« Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København, 2007.
- [12] K. Juel, J. Sørensen og H. Brønnum-Hansen, »Fysisk inaktivitet, kap. 8 i Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark,« Statens Institut for Folkesundhed, København, 2006.
- [13] Sundhedsstyrelsen, »Fysisk aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling,« Sundhedsstyrelsen, København, 2011.
- [14] S. Vinge, M. S. Buch, J. Kjellberg og P. Kürstein, »Forebyggelse af indlæggelser – oversigtsnotat om metoder, koncepter, evalueringer og effekter,« Dansk Sundhedsinstitut, 2011.

- [15] KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, »Effektiv kommunal forebyggelse - med fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser,« Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København, 2013.
- [16] KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, »Forebyggelse af indlæggelser – synlige resultater,« Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København, 2014.
- [17] A. Løkke, P. G. Fabricius, J. Vestbo, J. L. Marott og P. Lange, »Forekomst af kronisk obstruktiv lungesygdom i København,« *Ugeskr Læger*, pp. 3956-3960, 2007.
- [18] L. Price, L. D. H. A. K. Hosker, M. Pearson og C. Roberts, »UK National COPD Audit 2003: impact of hospital resources and organisation of care on patient outcome following admission for acute COPD exacerbation,« *Thorax*, p. 837–842, 2006.
- [19] C. Ham, N. York, S. Sutch og R. Shaw, »Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data,« *BMJ*, p. 1257–1261, 2003.
- [20] B. Bonnevie, B. Turner, P. Qvist og L. Rasmussen, »Tværsnitsundersøgelse 2000/2001. Planlægning af det akutte patientforløb og Medicinering,« Den Gode Medicinske Afdeling, København, 2001.
- [21] Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, *Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner*, København: Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, 2003.
- [22] Styrelsen for Patientsikkerhed, »Dansk Patientsikkerhedsdatabase Årsberetning 2015,« Styrelsen for Patientsikkerhed, København, 2016.
- [23] R. lowman, N. Graves, M. Griffin, J. Roberts, A. Swan, B. Cookson og L. Taylor, »The rate and cost of hospital-acquired infections occurring in patients admitted to selected specialties of a district general hospital in England and the national burden imposed.,« *Journal of Hospital Infections*, pp. 198-209, 2001.
- [24] K. M. Harboe, »Notat om reoperationsrater, Bilag 4 i Ekspertgruppens anbefalinger til videreudvikling af Sundhedskvalitet,« Sundhedsstyrelsen, København, 2008.
- [25] C. Toftgaard, »Day Surgery Activities 2009. International Survey on Ambulatory Surgery,« *Ambulatory Surgery*, pp. 53-63, 2012.
- [26] B. Majholm, J. Engbæk, J. Bartholdy, H. Oerding, P. Ahlburg, A. Ulrik, L. Bill, C. Langfrits og A. Møller, »Is day surgery safe? A Danish multicentre study of morbidity after 57,709 day surgery procedures,« *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, pp. 323-331, 2012.
- [27] H. Sørensen og m.fl., »Volume 5: Supplement 1 Comorbidity and Cancer Survival,« *Journal of Clinical Epidemiology*, pp. 1-74, 2013.
- [28] K. Juel, *Kræftdødeligheden i Danmark*, København: Statens Institut for Folkesundhed, 2009.
- [29] M. Madsen, S. Abildstrøm og S. Rasmussen, »Hjerte-kar-sygdomme, kap. 21 i Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007,« Statens Institut for Folkesundhed, København, 2008.

- [30] L. Siciliani, M. Borowitz og V. Moran, »Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works,« *OECD Health Policy Studies*, 2013.
- [31] KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, »Indblik i sundhedsvæsenets resultater, 2014,« Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København, 2014.
- [32] Danske Regioner, Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, »Analyse af aktiviteten i sygehusvæsenet, 2005-2010,« Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København, 2012.
- [33] Danske Regioner, KL, Økonomi- og indenrigsministeriet, Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, »Bedre incitamenter i sundhedsvæsenet,« Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København, 2013.
- [34] De Økonomiske Råd, »Dansk Økonomi • Efterår 2009,« De Økonomiske Råd, København, 2009.
- [35] H. H. Storm, G. Engholm og T. Hakulinen, »Survival of patients diagnosed with cancer in the Nordic countries up to 1999-2003 followed to the end of 2006. A critical overview of the results.,« *Acta Oncol*, pp. 532-544, 2010.
- [36] Sundhedsstyrelsen, » National strategi for psykiatri,« Sundhedsstyrelsen, København, 2009.
- [37] B. Przywara, »Projecting future health care expenditure at European level: drivers, methodology and main results,« *European Economy - Economic Papers*, European Commission, 2010.
- [38] L. Kristiansen, O. Ekholm, M. Grønbaek og J. S. Tolstrup, »Alkohol i Danmark - Voksnes alkoholvaner og holdning til, 2008,« Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed, København, 2008.
- [39] M. Nørgaard og T. Bøjer Rasmussen, *Hospitals Standardiserede Mortalitetens Ratioer (HSMR)*, Århus: Klinisk Epidemiologisk Afdeling, Århus Universitetshospital, 2014.
- [40] Operation Life, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, *Mortalitetsanalyser – en metode til at identificere indsatsområder for patientsikkerhed*, København: Operation Life, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2008.
- [41] KL og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, »Sammenhæng mellem udvalgte sundhedsydelser og arbejdsmarkedstilknytning,« KL og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København, 2015.
- [42] COWI, »Evaluering af Patientsikkert Sygehus,« Danske Regioner, København, 2014.
- [43] Sundhedsstyrelsen, »Øget faglighed i genoptræning og rehabilitering efter udskrivning fra sygehus,« Sundhedsstyrelsen, København, 2014.

BILAG 1: METODE - INDIKATORER

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 indikatorerne for henholdsvis sundhedsudgifter pr. ældre og pr. borger med en eller flere udvalgte kroniske somatiske sygdomme. Disse 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.

Køns- og aldersstandardisering

Resultater på lands-, regions- og kommuneniveau er for 15 indikatorers vedkommende køns- og aldersstandardiserede ved hjælp af *direkte standardisering*.

Den køns- og aldersstandardiserede indikatorværdi angiver værdien for en population, såfremt den havde samme køns- og alderssammensætning som den anvendte "standardpopulation", *jf. boks*.

Direkte standardisering

Lad r_{ijk} være værdien for indikator k i standardiseringskategori j i populationen i . Den direkte standardiserede indikatorværdi for populationen i er da givet ved

$$r_{ik} = \sum_{j=1}^J w_j \times r_{ijk}$$

hvor w_j er den andel af standardiseringsvariablen, der skal standardiseres til. Der gælder, at

$$\sum_{j=1}^J w_j = 1$$

Den køns- og aldersstandardiserede indikatorværdi kan dermed benyttes til at sammenligne populationer, som er forskelligt sammensat med hensyn til køn- og aldersfordeling, fordi der justeres for effekten heraf.

Nedenstående tabel viser en oversigt over de indikatorer, der er køns- og aldersstandardiseret og de anvendte standardpopulationer.

Oversigt over anvendte standardpopulationer i forbindelse med direkte standardisering (køn og alder)

Indikator	Standardpopulation
Borgere med en eller flere udvalgte kroniske somatiske sygdomme	Borgere med en eller flere udvalgte kroniske somatiske sygdomme, 2009
Akutte somatiske genindlæggelser	Somatiske indlæggelser i 2009
Akutte psykiatriske genindlæggelser**	Psykiatriske indlæggelser i 2009
Forebyggelige indlæggelser blandt ældre (65+ år)	Befolkningen, 65+ år, 2009
Akutte medicinske korttidsindlæggelser	Befolkningen, 2009
Akutte psykiatriske korttidsindlæggelser**	Befolkningen, 2009
Akutte somatiske indlæggelser blandt borgere med KOL***	Borgere med KOL, 2009
Akutte genindlæggelser blandt borgere med KOL	Indlæggelser blandt borgere med KOL, 2009
Akutte somatiske indlæggelser blandt borgere med diabetes type 2***	Borgere med diabetes type 2, 2009
Akutte genindlæggelser blandt borgere med diabetes type 2	Indlæggelser blandt borgere med diabetes type 2, 2009
5-års overlevelse efter kræft*	International Cancer Survival Standard
Kræftdødelighed*	Befolkningen, 2000
Hjertedødelighed*	Befolkningen, 2000
Regionale sundhedsudgifter pr. ældre (65+ år)	Befolkningen, 65+ år, 2009
Regionale sundhedsudgifter pr. borger med en eller flere udvalgte kroniske somatiske sygdomme	Borgere med en eller flere udvalgte kroniske somatiske sygdomme, 2009

* Kun aldersstandardiseret.

** Kommunal er ikke standardiseret som følge af et utilstrækkeligt antal observationer på kommuneniveau.

*** Kommunal er kun aldersstandardiseret som følge af et utilstrækkeligt antal observationer på kommuneniveau.

Anvendte ICD-10 koder og operationskoder i indikatorer baseret på Landspatientregisteret

Akutte somatiske genindlæggelser

Såfremt genindlæggelsen er som følge af en kræft- eller ulykkesdiagnose, ekskluderes den fra opgørelsen. Kræft- og ulykkesdiagnoser er afgrænset via følgende ICD-10 diagnosekoder:

- DC*, DS*, DX*, DY*,
- DT0*, DT1*, DT2*, DT6*, DT7*, DT9*, DT30*, DT31*, DT32*, DT33*, DT34*, DT35*, DT51*, DT52*, DT53*, DT54*, DT55*, DT56*, DT57*, DT58*, DT59*
- DD0*, DD4*, DD37*, DD38*, DD39*
- DZ* dog ikke DZ03*, DZ42*, DZ47*, DZ48*, DZ54*, DZ74*, DZ75*.

Forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre

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 pleje-mæssige forhold og/eller tryksår.

Disse er defineret ved følgende ICD-10 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

Reoperation efter operation for diskusprolaps i lænd

Operationer for diskusprolaps i lænd er afgrænset via følgende operationskoder:

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.

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

Reoperation efter operation for diskusprolaps i nakke

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 operationskoder:

KABC10: Mikrokirurgisk fjernelse af cervikal diskusprolaps

KABC20: Åben operation for cervikal diskusprolaps

KABC21: Forreste dekompression af columna cervicalis med indsættelse af intervertebralt fiksationsimplantat

KABC30: Dekompression af cervikal nerverod

KABC40: Dekompression af cauda equina

Foretaget på patienter med følgende ICD-10 diagnosekode:

DM50: Sygdomme i halshvirvelsøjlenes 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

Kriterier for fastsættelse af symboler for seneste udvikling i indikatorer

I afsnit 3.1 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 u hensigtsmæssige 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

	↑	↓	↔
Folkesundhed			
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 højrisikoforbrug af alkohol, 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
Uhensigtsmæssige indlæggelser på sygehuse			
Akutte somatiske 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
Akutte psykiatriske genindlæggelser inden for 30 dage, pct. af alle indlæggelser	Fald på 1 pct.point eller derover	Stigning på 1 pct.point eller derover	Ændring på under 1 pct.point
Forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre	Fald på 3 indlæggelser pr. 1.000 ældre eller derover	Stigning på 3 indlæggelser pr. 1.000 ældre eller derover	Ændring på under 3 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 borgere eller derover	Ændring på under 3 indlæggelser pr. 1.000 borgere
Akutte psykiatriske korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere	Fald på 0,3 indlæggelser pr. 1.000 borgere eller derover	Stigning på 0,3 indlæggelser pr. 1.000 borgere eller derover	Ændring på under 0,3 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
Akutte somatiske indlæggelser blandt borgere med KOL	Fald på 10 indlæggelser pr. 1.000 borgere eller derover	Stigning på 10 indlæggelser pr. 1.000 borgere eller derover	Ændring på under 10 indlæggelser pr. 1.000 borgere
Akutte somatiske genindlæggelser blandt borgere med KOL	Fald på 0,4 pct.point eller derover	Stigning på 0,4 pct.point eller derover	Ændring på under 0,4 pct.point
Akutte somatiske indl. blandt borgere med diabetes 2	Fald på 7 indlæggelser pr. 1.000 borgere eller derover	Stigning på 7 indlæggelser pr. 1.000 borgere eller derover	Ændring på under 7 indlæggelser pr. 1.000 borgere
Akutte somatiske genindl. blandt borgere med diabetes 2	Fald på 0,4 pct.point eller derover	Stigning på 0,4 pct.point eller derover	Ændring på under 0,4 pct.point
Patientsikkerhed			
Sygehusinfektioner (bakteriemier), 2014, antal pr. 10.000 risikodøgn	Fald på 0,4 pr. 10.000 risikodøgn eller derover	Stigning på 0,4 pr. 10.000 risikodøgn eller derover	Ændring på under 0,4 pr. 10.000 risikodøgn
Sygehusinfektioner (clostridium difficile), 2014, antal pr. 100.000 borgere	Fald på 2 pr. 100.000 borgere eller derover	Stigning på 2 pr. 100.000 borgere eller derover	Ændring på under 2 pr. 100.000
Kvalitet i sundhedsvæsenet			
Indlæggelsestid på sygehuse, dage	Fald på 0,1 dag	Stigning på 0,1 dag eller derover	Ændring på under 0,1 dag
Akutte genindlæggelser efter dagkirurgi, andel af alle dagkirurg. opr., pct.	Fald på 0,3 pct.point eller derover	Stigning på 0,3 pct.point eller derover	Ændring på under 0,3 pct.point
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
5-års overlevelse efter kræft, relativ overlevelse, 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
Patienttilfredshed			
Patienters samlede tilfredshed med indlæggelse (akut)	Statistisk signifikant stigning	Statistisk signifikant fald	Ikke signifikant forskelligt
Patienters samlede tilfredshed med indlæggelse (planlagt)	Statistisk signifikant stigning	Statistisk signifikant fald	Ikke signifikant forskelligt
Patienters samlede tilfredshed med besøg på sygehus	Statistisk signifikant stigning	Statistisk signifikant fald	Ikke signifikant forskelligt
Oplevelse af samarb. ml. sygeh. og kommunal pleje (akut)	Statistisk signifikant stigning	Statistisk signifikant fald	Ikke signifikant forskelligt
Oplevelse af samarb. ml. sygeh. og kommunal pleje (planlagt)	Statistisk signifikant stigning	Statistisk signifikant fald	Ikke signifikant forskelligt
Ventetider			
Ventetid til genoptræning 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 i gennemsnit	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 i gennemsnit	Fald på 3 dage eller derover	Stigning på 3 dage eller derover	Ændring på under 3 dage
Ventetid til sygehusoperation, dage i gennemsnit	Fald på 2 dage eller derover	Stigning på 2 dage eller derover	Ændring på under 2 dage
Somatiske patienter udredt inden for 30 dage	Stigning på 5 pct.point eller derover	Fald på 5 pct.point eller derover	Ændring på under 5 pct.point
Udredningsplaner (somatik) udleveret inden for 30 dage	Stigning på 5 pct.point eller derover	Fald på 5 pct.point eller derover	Ændring på under 5 pct.point
Et effektivt sundhedsvæsen			
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
Produktivitet 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.

