

ANALYSE AF AKTIVITETEN I SYGGEHUSVÆSENET

2005-2010



Danske Regioner
Finansministeriet
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Kolofon

Analyse af aktiviteten i sygehusvæsenet 2005-2010

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

Udgivet af:

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Holbergsgade 6

1057 København K

Tlf.: 72 26 90 00

Fax: 72 26 90 01

E-post: sum@sum.dk

Hjemmeside: sum.dk

EAN – lokationsnummer: 5798000362055

Grafisk design: 1508 A/S

Udgave: Første udgave

Udgivelsesår: 2012

ISBN: 978-87-7601-331-8

Version: 1.0

Versionsdato: 30. april 2012

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

Indhold

1. Indledning og sammenfatning	5
1.1 Indledning.....	5
1.2 Sammenfatning	5
2. Generel metode og afgrænsning.....	9
3. Overordnet aktivitetsudvikling	10
3.1 Indledning og sammenfatning.....	10
3.2 Udviklingen i aktiviteten	10
Bilag 3.A: Udvikling produktionsværdi regionsopdelt	13
4. Sygdomsområder med høj vækst	14
4.1 Indledning og sammenfatning.....	14
4.2 Produktionsværdien opdelt på overordnede sygdomsområder.....	15
4.3 Udvalgte sygdomsområder	16
4.4 Udvalgte sygdomsområder opdelt på regioner.....	18
Bilag 4.A: Vækstbidrag opdelt på sygdomsområder	19
Bilag 4.B: De største sygdomsområder i 2005 – opgørelser på regioner	21
Bilag 4.C: Sygdomsområder med højest vækst – opgørelser på regioner	22
5. Ændringer i sygdomsbilledet.....	24
5.1 Indledning og sammenfatning.....	24
5.2 Variation i behandlingsomkostninger på sygdomsområder.....	25
5.3 Forskydninger i fordelingen af aktionsdiagnosegrupperne	26
5.4 Meromkostninger ved behandling af kronikere	27
5.5 Den indirekte kronikereffekt	28
Bilag 5.A.....	29
6. Metode til beskrivelse af patientforløb	30
6.1 Indledning og sammenfatning.....	30
6.2 Dannelse af patientforløb ud fra kontakter.....	31
6.3 Beskrivelsesmodel for udviklingen i patientforløb	31
6.4 Beskrivelsesmodel for forskelle i patientforløb mellem enheder.....	32
6.5 Beskrivelsesmodeller, ikke forklaringsmodeller	33
7. Specialerne medicin og kirurgi	35
7.1 Udvikling på det medicinske og kirurgiske område	36

7.2	Medicin – reduktion i liggetid og ambulat behandling	38
7.3	Medicin - udvikling i produktionsværdi pr. patient.....	39
7.4	Medicin – forskelle i udviklingen mellem regioner.....	40
7.5	Medicin – forskelle mellem regioner i 2010.....	41
8.	Kræftområdet	43
8.1	Indledning og sammenfatning.....	43
8.2	Afgrænsning af aktivitet.....	44
8.3	Udviklingen på kræftområdet generelt.....	45
8.4	Brystkræft – ændringer over tid.....	45
8.5	Brystkræftforløb - forskelle mellem regioner i 2010.....	47
8.6	Brystkræft – opgørelser på sygehusniveau	50
8.7	Prostatakræft – ændringer over tid.....	52
8.8	Prostatakræft – forskelle mellem regioner i 2010.....	54
8.9	Prostatakræft – forskelle på sygehusniveau i 2010.....	57
	Bilag 8.A.....	60
	Bilag 8.B.....	61
	Bilag 8.D.....	62
9.	Hjerteområdet	63
9.1	Indledning og sammenfatning.....	63
9.2	Udvikling for hjerteområdet generelt	64
9.3	Hjerteklap – reduktion i liggetid og ambulat behandling	64
9.4	Hjerteklap – ændringer over tid	67
9.5	Hjerteklap forløb – regional variation i 2010.....	70
9.6	Hjertesvigt – reduktion i liggetid og ambulat behandling.....	70
9.7	Hjertesvigt – ændringer over tid.....	72
9.8	Hjertesvigt – regional variation i 2010.....	75
9.9	Ustabil angina pectoris – udvikling i liggetid og ambulante besøg	76
9.10	Ustabil angina pectoris – ændringer over tid.....	79
9.11	Ustabil angina pectoris – regional variation i 2010.....	81
10.	Det ortopædkirurgiske område.....	82
10.1	Indledning og sammenfatning	82
10.2	Menisk - reduktion i liggetid og ambulat behandling	83
10.3	Menisk – udvikling i produktionsværdi pr. forløb.....	86
10.4	Menisk – regional variation i 2010	88
10.5	Ryg – reduktion i liggetid og ambulat behandling.....	88
10.6	Ryg – udvikling i produktionsværdi pr. forløb.....	92
10.7	Ryg - Forskelle mellem regioner i 2010	93

1. Indledning og sammenfatning

1.1 Indledning

Sundhedsområdet har gennem de seneste år været et af de højest prioriterede velfærdsområder. Siden 2005 er de offentlige udgifter til sygehusvæsenet steget med ca. 11 mia. kr. svarende til en stigning på 17 pct. i perioden 2005-2010. Hermed udgjorde de samlede offentlige udgifter til sygehusvæsenet i 2010 mere end 75 mia. kr.

Ressourceløftet har givet flere behandlinger og operationer. Samtidigt er produktiviteten på sygehuse steget med 2 pct. årligt. Som følge heraf er aktiviteten på sygehuse – opgjort som produktionsværdien – forøget med 35 pct. i fra 2005 til 2010

I takt med de mere snævre rammer for den offentlige sektor, herunder også på sundhedsområdet, øges nødvendigheden af en effektiv ressourceanvendelse. Derfor har Danske Regioner, Finansministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i fællesskab udarbejdet en analyse af aktivitetsudviklingen i sygehusvæsenet med det formål at:

- Kortlægge væksten i aktiviteten
- Identificere (sygdoms)områder med betydelig vækst i aktiviteten
- Analysere udviklingen i lange patientforløb, herunder kræftområdet, hjerteområdet samt udvalgte kirurgiske og medicinske behandlingsforløb

Den mere detaljerede forståelse af aktivitetsudviklingen skal danne grundlag for initiativer i forhold til styring og prioritering i sygehusvæsenet.

1.2 Sammenfatning

I perioden 2005-2010 er der sket en aktivitetsstigning i sygehusvæsenet på 35 pct. Denne stigning skyldes to forhold:

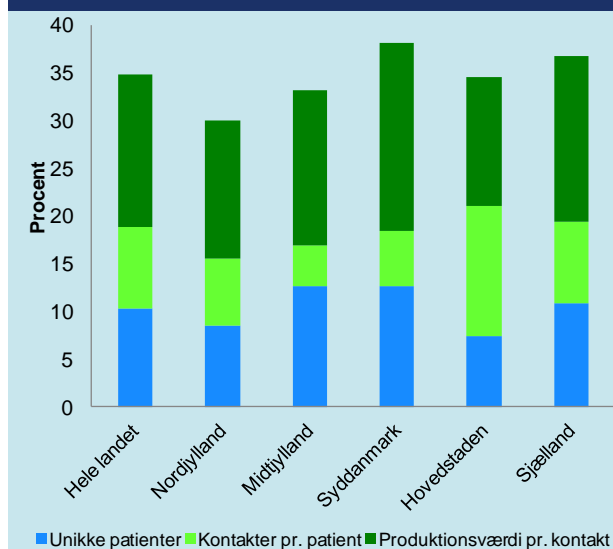
1. *Mængdeeffekten*, der skyldes, at der bliver behandlet flere patienter.
2. *Priseffekten*, der skyldes, at den enkelte patient i gennemsnit bliver dyrere. Preiseffekten kan henføres til, at den enkelte patient har flere kontakter med sygehuset, og/eller at hver sygehuskontakt bliver dyrere.

På landsplan viser analysen, at ud af den samlede aktivitetsstigning på 35 pct. i perioden 2005-2010 kan knap $\frac{1}{3}$ svarende til ca. 10 pct. point henføres til, at der er behandlet flere patienter (mængdeeffekt). De resterende godt $\frac{2}{3}$ svarende til 25 pct. point kan forklares med, at den enkelte patient i gennemsnit bliver dyrere (priseffekt).

Analysen viser nogen variation mellem regionerne for så vidt angår aktivitetsvækstens størrelse. Væksten i aktivitet har været højest i Region Syddanmark (38 pct.), og lavest i Region Nordjylland (30 pct.), det vil sige en forskel på 8 pct. point, *jf. figur 1.1*.

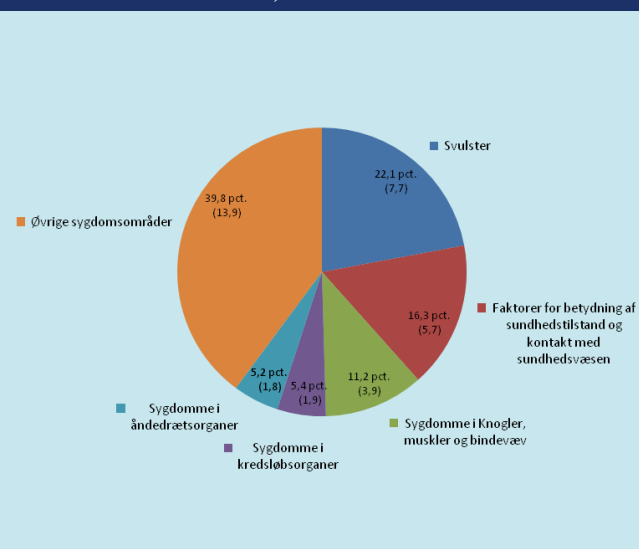
Analysen viser desuden, at der er forskel på, i hvilken omfang væksten kan henføres til flere eller dyrere behandlinger. Region Midtjylland er den region, hvor mængdeeffekten forklarer den største andel (38 pct.) af væksten i aktivitet, mens Region Hovedstaden er den region, hvor priseffekten forklarer den største andel (78 pct.) af væksten.

Figur 1.1. Aktivitetsudvikling 2005-2010



Kilde: Landspatientregisteret.

Figur 1.2. Aktivitetsvækst, opdelt på de 5 sygdomsområder med størst vækst, 2005 til 2010



Kilde: Landspatientregisteret.

På sygdoms- og behandlingsniveau viser analysen, at størstedelen af den samlede aktivitetsstigning på ca. 35 pct. kan henføres til tre overordnede områder: kræft, sygdomme på muskel og skelet, samt de aktiviteter, der indgår i udredning, screening og kontroller af patienterne¹, jf. figur 1.2.

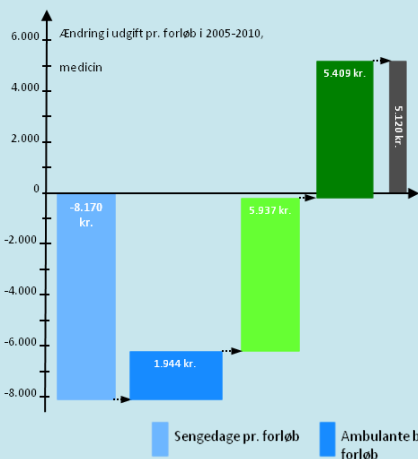
Analysen i kapitel 5 viser således, at godt en ¼ af priseffekten kan forklares med ændringer i sygdomsbilledet, dvs. at patienterne generelt har en anden og mere omkostningstung sygdomssammensætning end tidligere, herunder at der er flere patienter med kroniske lidelser.

En central forudsætning for styringen af sygehusvæsenet er et nærmere kendskab til patientforløbets samlede omkostninger og vækstfaktorer. Som følge heraf identificerer kapitel 6-10 metoder, der indenfor specialerne medicin og kirurgi og på kræftområdet, hjerteområdet og på det ortopædiske område kan beskrive samlede patientforløb, bl.a. med henblik på at forstå den samlede effekt af omlægningen fra stationær til ambulante behandling. Omlægningen er generelt forudsat at sikre mere skånsomme patientforløb og en mere omkostningseffektiv (billigere) behandling, bl.a. som følge af bedre teknologi og nye behandlingsmetoder.

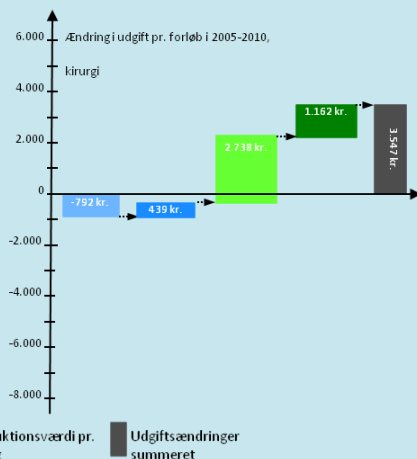
For alle de udvalgte behandlingsområder er der i perioden 2005-2010 sket en reduktion af liggetiden ved den stationære behandling samt en omlægning til ambulante behandling, jf. figur 1.3.-1.10 på næste side.

¹ Det dækker over SKS-sygdomsklassifikationskategorien faktorer for betydning af sundhedstilstanden og kontakt med sundhedsvæsenet

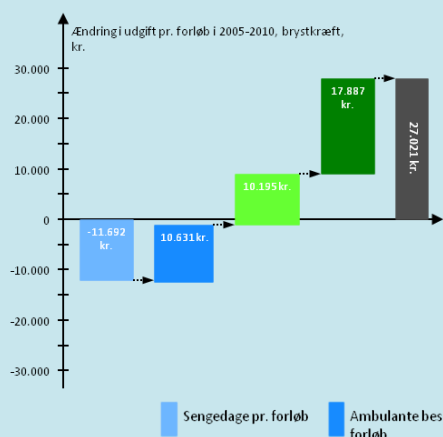
Figur 1.3. Vækst i udgifter, *medicin*, 2005-10



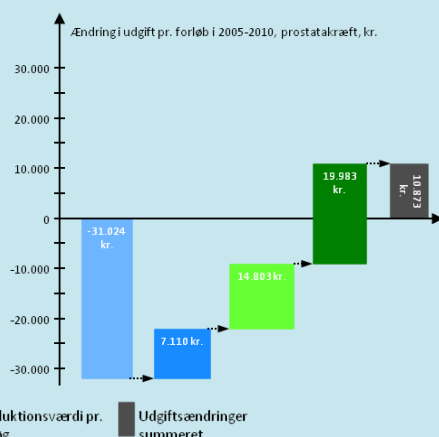
Figur 1.4. Vækst i udgifter, *kirurgi*, 2005-10



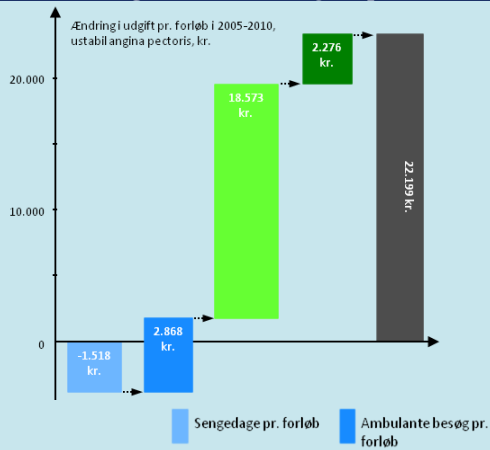
Figur 1.5. Vækst i udgifter, *brystkræft*, 2005-10



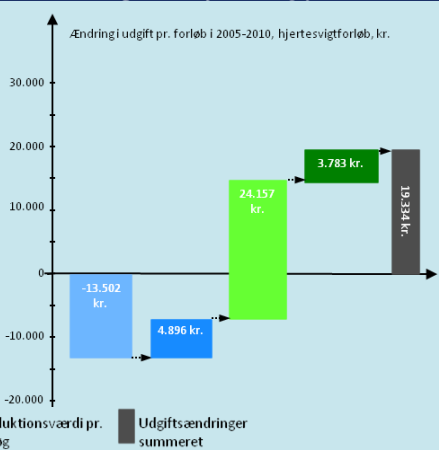
Figur 1.6. Vækst i udgifter, *prostatakræft*, 2005-10



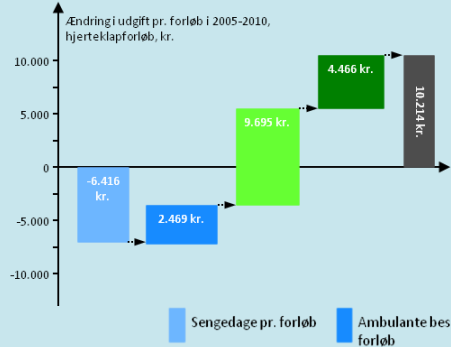
Figur 1.7. Vækst i udgifter, *ustabil angina pectoris*, 2005-10



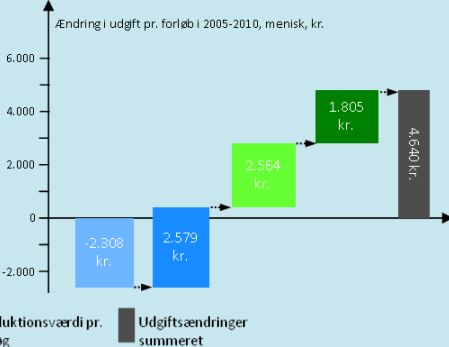
Figur 1.8. Vækst i udgifter, *hjertesvigtforløb*, 2005-10



Figur 1.9. Vækst i udgifter, *hjerterklapforløb*, 2005-10



Figur 1.10. Vækst i udgifter, *meniskforløb*, 2005-10



Kilde: Landspatientregisteret

Reduktionen i liggetid og omlægning til ambulante behandling bidrager ikke i alle tilfælde til at reducere produktionsværdien pr. forløb. Der er således flere eksempler på behandlingsområder, herunder det kirurgiske område og særligt forløbene for meniskoperationer, *jf. figur 1.10*, hvor den økonomiske gevinst ved kortere liggetid stort set bliver modsvaret af flere ambulante besøg pr. forløb. Med andre ord er produktionsværdien pr. forløb stort set uændret som følge af omlægningen fra stationær til ambulante.

Desuden gælder det for alle de udvalgte behandlingsområder, at både værdien pr. sengedag og værdien pr. ambulante besøg er steget, hvilket indebærer en samlet fordyrelse af behandlingsforløbene.

Analysens resultater indgår i grundlaget for de videre overvejelser om mulige tiltag i forhold til at sikre bedre styring og mere effektiv ressourceanvendelse ift. sygehusaktiviteten. Det er ikke indgået som en del af analysearbejdet at tage stilling til, hvilke konkrete sådanne tiltag ift. styring og incitamenter, analysens resultater giver anledning til.

2. Generel metode og afgræsning

Nærværende rapport beskriver udviklingen i sygehusaktivitet vha. DRG-systemet. Det giver mulighed for at vægte ambulante besøg og stationære udskrivinger til ét mål, produktionsværdi, og samtidig tælle antallet af unikke patienter, ambulante besøg og udskrivinger.

Fokus i rapporten er især udviklingen i produktionsværdien, herunder hvad der skyldes højere produktionsværdi pr. patient, *priseffekten*, og behandlingen af flere patienter, *mængdeeffekten*.

Produktionsværdi pr. patient, *priseffekten*, opdeles yderligere i to:

- Den effekt, der skyldes ændringer i *antallet af vægtede kontakter pr. patient*.
- Den effekt, der skyldes ændringer i *produktionsværdi pr. vægtede kontakt*.

Opdelingen giver mulighed for at identificere, om udviklingen i produktionsværdi pr. patient skyldes flere vægtede kontakter, og/eller at den enkelte vægtede kontakt er blevet dyrere, *jf. boks 2.1*.

Boks 2.1. Definitioner og beregninger

Aktivitetsafgræsning

Aktiviteten er afgrænset til offentlig betalt aktivitet, der er omfattet af den statslige aktivitetspulje. Således indgår aktivitet på offentlige og private sygehuse, på hospice, på private specialsygehuse, i udlandet og i speciallægepraksis (kun udvalgte behandlinger i speciallægepraksis, der er substituerbar med sygehusydelse). Afgrænsningen er grundlag for alle aktivitetsopgørelser i rapporten med mindre andet er nævnt. Årsopgørelser af Landspatientregisteret er anvendt i alle år.

Vægtede kontakter

Vægtede kontakter er defineret som det samlede antal af udskrivinger plus et vægtet antal besøg. Vægten beregnes ved følgende formel:

$$\frac{\text{Stationær produktionsværdi} / \text{Antal sygehusudskrivinger}}{\text{Ambulant produktionsværdi} / \text{Antal ambulante besøg}}$$

I det vægtede kontaktbegreb indgår udskrivinger med en højere vægt end besøg, og der tages dermed højde for et større ressourceforbrug ved indlæggelse end ved ambulante besøg.

Unikke patienter

Unikke patienter er det antal personer, der mindst én gang inden for et pågældende år er i kontakt med den del af sundhedsvæsenet, som indgår i datagrundlaget. Opgørelserne af unikke patienter er lig summen af unikke patienter i hver af regionerne, hvilket betyder, at en patient på landsplan tæller med både før og efter en eventuel flytning mellem to regioner indenfor det pågældende år.

Region

Region er lig bopælsregionen, hvis ikke andet er angivet.

Udvikling

Udvikling er opgjort som den procentvise udvikling i aktiviteten målt i produktionsværdi for to på hinanden følgende år i samme takstsystem.

Akkumuleret udvikling

Den samlede udviklingen fra 2005 til 2010 er beregnet ved at akkumulere udviklingen i produktionsværdi for to på hinanden følgende år inden for hvert takstsystem. Denne fremgangsmåde er benyttet, idet datagrundlaget ikke giver mulighed for at sammenligne absolutte værdier i hele perioden pga. forskellige takstsystemer. Slutåret er basisåret, vækstraterne regnes således baglæns, det vil blandt andet sige, at det kun er i slutår, at den samlede produktionsværdi kan genfindes i almindelige opslag på blandt andet eSundhed.

Dekomponering

Udviklingen i produktionsværdien er dekomponeret i kontakter pr. patient, udvikling i produktionsværdi pr. patient og udviklingen i unikke patienter. De tre komponenter giver lagt sammen udviklingen i produktionsværdi.

Vækstbidrag

En delkomponents bidrag til den samlede vækst er opgjort som vækstraten i pct. for delkomponenten vægtet med delkomponentens andel af totalen i udgangspunktet.

3. Overordnet aktivitetsudvikling

3.1 Indledning og sammenfatning

Sygehusområdet har gennem de seneste år været et af de højest prioriterede velfærdsområder. Der er således blevet tilført over 11 mia. til sygehusvæsenet i perioden 2005-2010. Samtidig er produktiviteten steget med 2 pct. årligt.

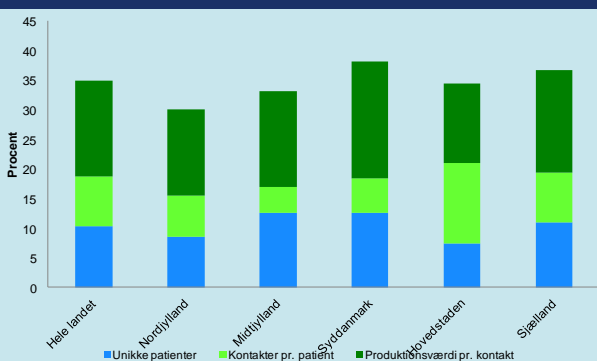
De to forhold har medvirket til, at aktiviteten i sygehusvæsenet er steget med 34,9 pct. siden 2005 til knap 63,3 mia. kr. i 2010. Nærværende kapitel undersøger den overordnede aktivitetsudviklingen ud fra produktionsværdi, *jf. kapitel 2*.

På landsplan kan 16,1 pct. point af stigningen i aktivitet på 34,9 pct. henføres til øget produktionsværdi pr. vægtet kontakt, og 8,5 pct. point til flere kontakter vægtet pr. patient, *jf. figur 3.1*. Det vil sige, at $\frac{2}{3}$ af stigningen i produktionsværdi kan henføres til, at det der blevet dyrere at behandle den enkelte patient (*priseffekten*). Den resterende $\frac{1}{3}$ kan henføres til behandling af flere patienter (*mængdeeffekten*).

På tværs af regioner adskiller Region Hovedstaden sig ved, at en større del af væksten i aktiviteten kan henføres til priseffekten. Region Syddanmark har den største stigning i produktionsværdien fra 2005 til 2010 (38,1 pct.), mens Region Nordjylland har den mindste (30,0 pct.).

I forhold til udviklingen fra år til år kan næsten $\frac{4}{5}$ væksten fra 2009 til 2010 henføres til priseffekten, *jf. figur 3.2*. Det er betydeligt højere end for perioden som helhed, hvor $\frac{2}{3}$ af væksten, som nævnt, kunne henføres til priseffekten.

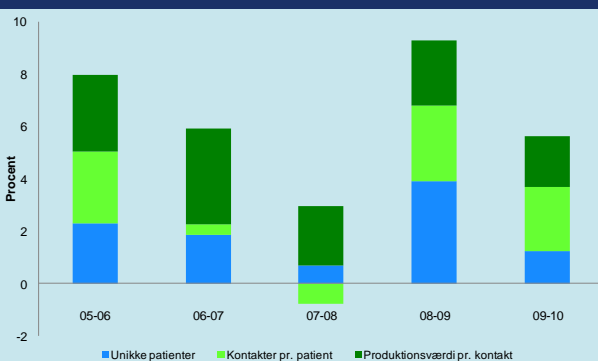
Figur 3.1. Udvikling i kontakter pr. patient, produktionsværdi pr. kontakt og unikke patienter (akkumuleret), 2005-2010



Note: Udvikling er beregnet mellem to på hinanden følgende år i samme takstsystem.

Kilde: Landspatientregisteret.

Figur 3.2. Udvikling i kontakter pr. patient, produktionsværdi pr. kontakt og unikke patienter (år til år), 2005-2010



Note: Udvikling er beregnet mellem to på hinanden følgende år i samme takstsystem. Fra 2007-08 er udviklingen i kontakter pr. patient negativ, hvorfor søjlen starter under 1. akse.

Kilde: Landspatientregisteret.

3.2 Udviklingen i aktiviteten

Produktionsværdien af aktiviteten i sygehusvæsenet er steget med 34,9 pct. siden 2005 til knap 63,3 mia. kr. i 2010, *jf. figur 3.3*. I alle år fra 2005-2010 er der en positiv vækst i produktionsværdien på mellem 2,2 og 9,3 pct.

Antallet af ambulante besøg følger udviklingen i produktionsværdien med en stigning siden 2005 til ca. 32 pct. til ca. 11,4 mio. besøg i 2010. Udviklingen i antallet af indlæggelser (udskrivninger) og

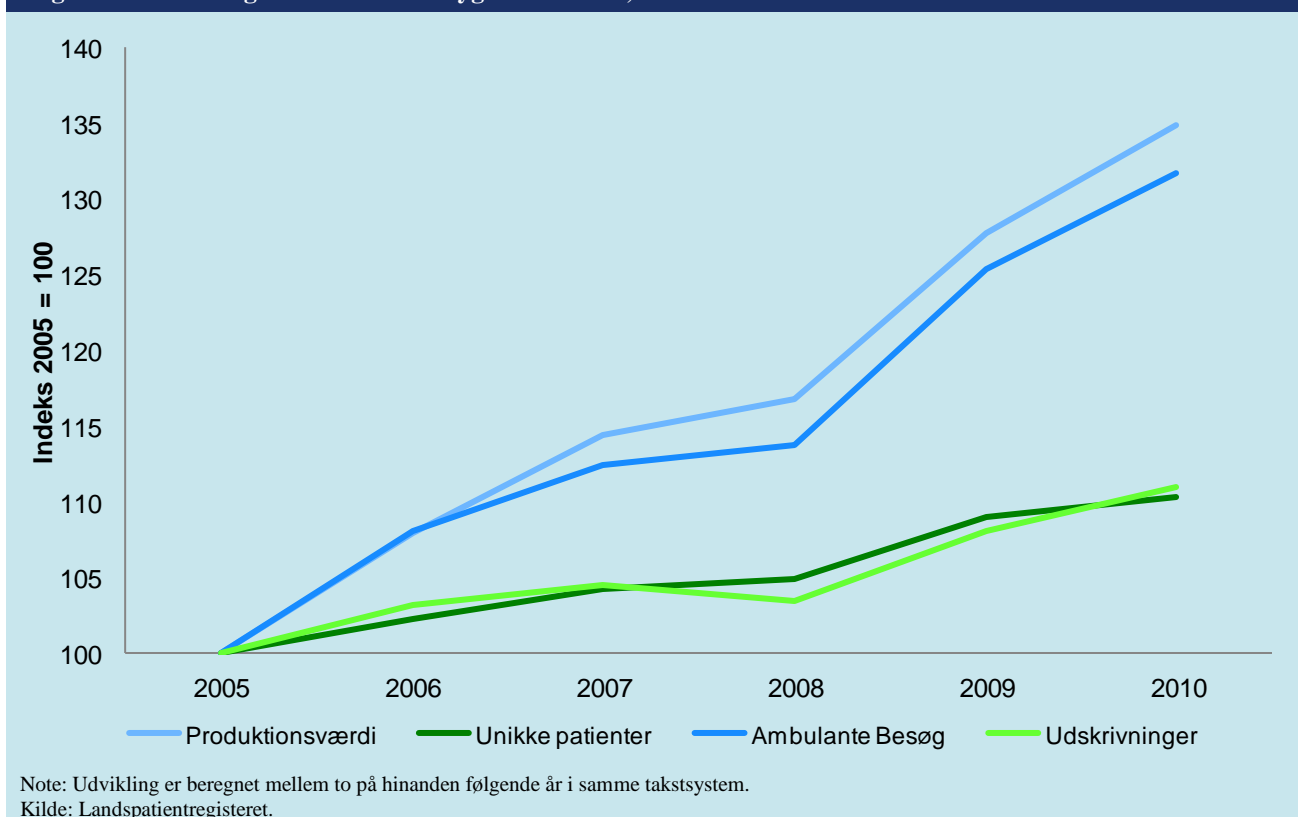
udviklingen i antal unikke behandlede patienter har været mere moderat, begge med en stigning på ca. 11 pct., så der i 2010 var der knap 1,14 mio. indlæggelser og næsten 2,77 mio. unikke behandlede patienter, *jf. figur 3.3*.

Bidraget fra flere kontakter pr. patient har været stigende fra 2008 og frem, og flere kontakter pr. patient bidrager med ca. 43 pct. af væksten fra 2009 til 2010.

Samlet set kan 78 pct. af væksten fra 2009 til 2010 henføres til priseffekten (flere kontakter pr. patient og højere produktionsværdi pr. kontakt), og 22 pct. til mængdeeffekten (behandling af flere patienter).

Fra 2008 til 2009 er mængdeeffekten betydeligt større end i de andre år. Det skyldes formodentlig, at flere patienter er blevet behandlet efter konflikten på sundhedsområdet i foråret 2008.

Figur 3.3. Udviklingen i aktiviteten i sygehusvæsenet, 2005-2010

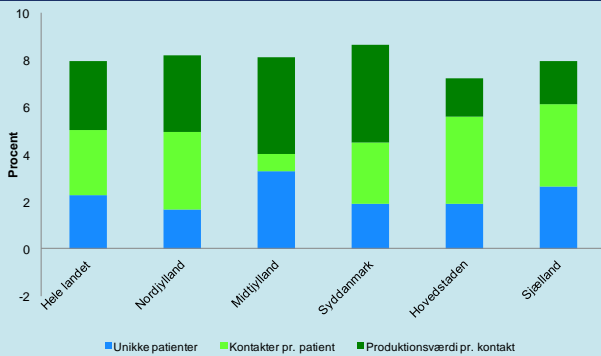


På regionsniveau var aktivitetsvæksten fra 2005 til 2006 ca. 8 pct. for alle regioner, *jf. figur 3.4*. I modsætning hertil varierede aktivitetsvæksten fra 2009 til 2010 fra knap 2 pct. i Region Nordjylland til ca. 7 pct. i Region Syddanmark, *jf. figur 3.5*. Udover Region Nordjylland havde Region Midtjylland også en væsentlige lavere vækst i produktionsværdi fra 2009 til 2010 end landsgennemsnittet. De resterende regioner lå over landsgennemsnittet.

Fra 2009 til 2010 skiller Region Hovedstaden sig ud ved, at langt den største del (80 pct.) af væksten kan henføres til flere vægtede kontakter pr. patient. Også i Region Midtjylland kan en relativ stor del (55 pct.) af væksten henføres til flere vægtede kontakter pr. patient fra 2009 til 2010. Især for Region Midtjylland er dette en ændring i forhold til perioden 2005-2006, hvor kun 9 pct. af væksten kunne henføres til flere vægtede kontakter pr. patient.

Bidraget fra flere vægtede kontakter pr. patient forklarer i mindre grad væksten fra 2009 til 2010 i Region Syddanmark og Region Sjælland, hvor behandlingen af flere unikke patienter og øget produktionsværdi pr. vægtet kontakt stort set bidrager ligeligt til væksten.

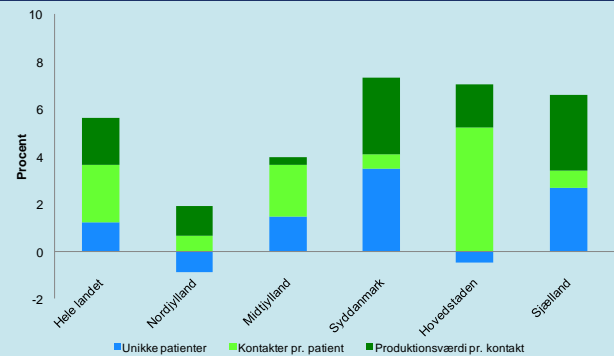
Figur 3.4. Udvikling i kontakter pr. patient, produktionsværdi pr. kontakt og unikke patienter (år til år), 2005-2006 – regionsopdelt.



Note: Udvikling er beregnet mellem to på hinanden følgende år i samme takstsystem.

Kilde: Landspatientregisteret.

Figur 3.5. Udvikling i kontakter pr. patient, produktionsværdi pr. kontakt og unikke patienter (år til år), 2009-2010 – regionsopdelt.



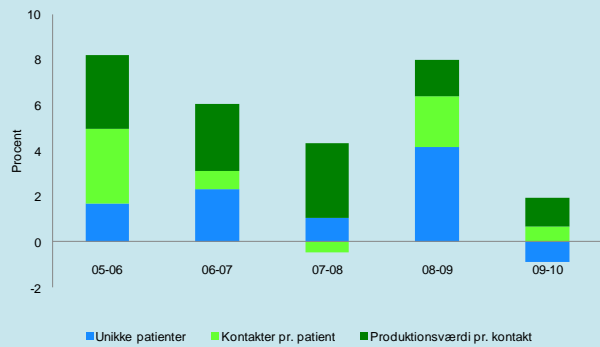
Note: Udvikling er beregnet mellem to på hinanden følgende år i samme takstsystem. Fra 2009-10 er udviklingen i unikke patienter for Nordjylland og Hovedstaden negativ, hvorfor søjlen starter under 1. akse.

Kilde: Landspatientregisteret.

I bilag 3.A fremgår udviklingen for hele perioden for hver region.

Bilag 3.A: Udvikling produktionsværdi regionsopdelt

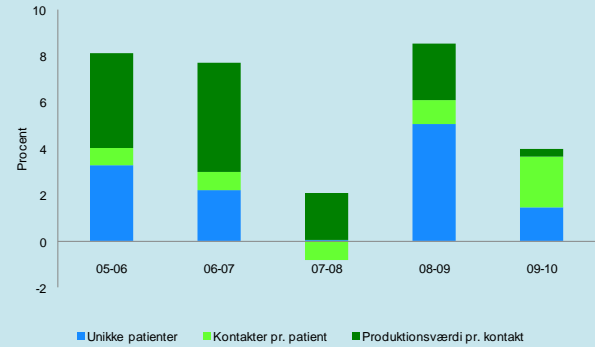
Figur B3.1. Udvikling i produktionsværdi, 2005-2010, 2005-2010, Region Nordjylland.



Note: Udvikling er beregnet mellem to på hinanden følgende år i samme takstsystem.

Kilde: Landspatientregisteret.

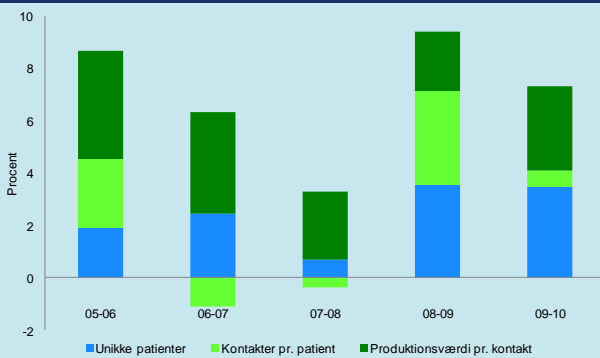
Figur B3.2. Udvikling i produktionsværdi, 2005-2010, 2005-2010, Region Midtjylland.



Note: Udvikling er beregnet mellem to på hinanden følgende år i samme takstsystem.

Kilde: Landspatientregisteret.

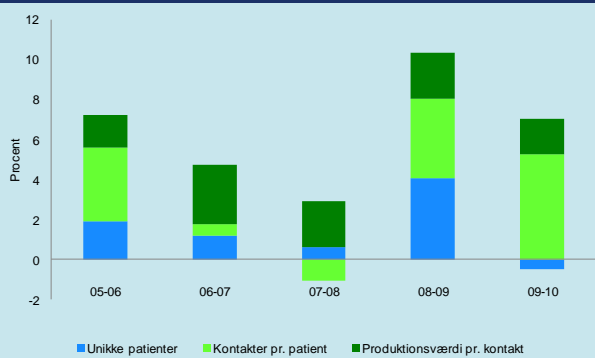
Figur B3.3. Udvikling i produktionsværdi, 2005-2010, 2005-2010, Region Syddanmark.



Note: Udvikling er beregnet mellem to på hinanden følgende år i samme takstsystem.

Kilde: Landspatientregisteret.

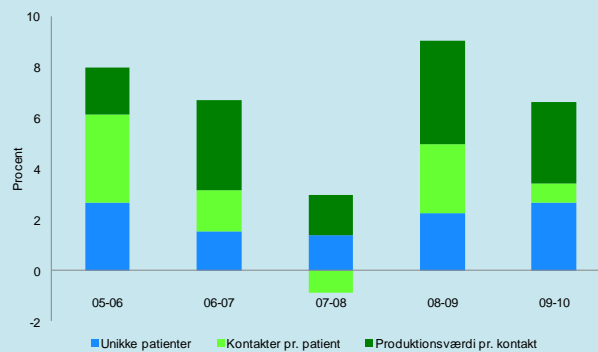
Figur B3.4. Udvikling i produktionsværdi, 2005-2010, 2005-2010, Region Hovedstaden.



Note: Udvikling er beregnet mellem to på hinanden følgende år i samme takstsystem.

Kilde: Landspatientregisteret.

Figur B3.5. Udvikling i produktionsværdi, 2005-2010, 2005-2010, Region Sjælland.



Note: Udvikling er beregnet mellem to på hinanden følgende år i samme takstsystem.

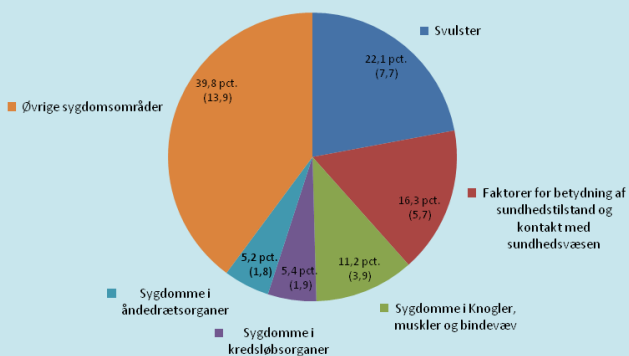
Kilde: Landspatientregisteret.

4. Sygdomsområder med høj vækst

4.1 Indledning og sammenfatning

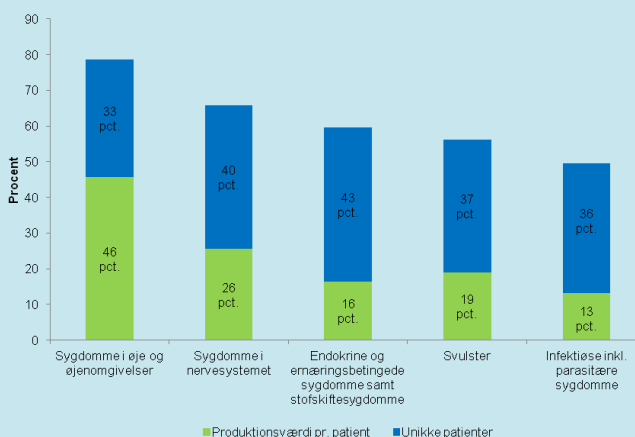
Nærværende kapitel identificerer de *områder, der i særlig grad driver den samlede vækst* i produktionsværdi. Ud af den samlede stigning i produktionsværdi på 34,9 pct. kan de fem sygdomsområder, der bidrager mest til væksten, forklare ca. 60 pct., *jf. figur 4.1*. De fem sygdomsområder er: svulster, faktorer for betydning for sundhedstilstand og kontakt med sundhedsvæsen², sygdomme i knogler, muskler og bindevæv, sygdomme i kredsløbsorganer samt sygdomme i åndedrætsorganer. Det svarer til, at 6,6 mia. kr. af de 11 mia. kr., der er blevet tilført sygehusvæsenet i perioden 2005-2010, kan henføres til de fem behandlingsområder. De resterende godt 4,4 mia. kr. kan henføres til alle øvrige sygdomme, *jf. figur 4.1*.

Figur 4.1. Aktivitetsvækst, opdelt på 5 fem sygdomsområder med størst vækstbidrag, 2005-2010, SKS-sygdomsklassifikation, pct., hele landet.



Kilde: Landspatientregisteret.

Figur 4.2. Vækst i produktionsværdi på de fem sygdomsområder med størst vækst, 2005-2010, SKS-sygdomsklassifikation, hele landet, pct.



Kilde: Landspatientregisteret.

Herudover identificerer kapitlet de områder, som har gennemgået en *særlig kraftig vækst* i produktionsværdien. På de fem overordnede sygdomsområder med højest vækst i produktionsværdi har væksten været mellem 49,6 og 78,7 pct., *jf. figur 4.2*. På de fem områder er størstedelen af stigningen en mængdeeffekt. Hvis sygdomsområderne findeles yderligere er væksten på de fem sygdomsområder med højest vækst i produktionsværdi mellem 108,5 og 166,8 pct.

Den overordnede vækst i produktionsværdi dækker over væsentlige forskelle mellem sygdomsområder, herunder forskelle i om væksten skyldes pris- eller mængdeeffekten. Kapitlet undersøger sygdomsområderne på flere aggregeringsniveauer. Først inddeles sygdomsområderne i SKS-klassifikationens 22 hovedkapitler. Herefter udfoldes sygdomsområderne vha. WHO's diagnosegruppering til godt 100 sygdomskategorier. I bilag 4.A-4.C er WHO's diagnosegruppering udfoldet yderligere.

For langt hovedparten af sygdomsområderne – uanset hvilket detaljeringsniveau sygdomsområderne belyses på – genfindes det generelle mønster, at en væsentlig del af væksten kan henføres til prisseffekten.

² Sreeninger, svangerskabsundersøgelser og lignende, der indgår i mange forskellige behandlingsforløb

4.2 Produktionsværdien opdelt på overordnede sygdomsområder

SKS-klassifikationens 22 hovedkapitler anvendes til at give et overordnet overblik over udviklingen i produktionsværdien på de enkelte sygdomsområder. De fem sygdomsområder, der har bidraget mest til den samlede vækst i produktionsværdien, er 'svulster' (7,7 pct. point), 'faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen' (5,7 pct. point), 'sygdomme i knogler, muskler og bindevæv' (3,9 pct. point), 'sygdomme i kredsløbsorganer' (1,9 pct. point) og 'sygdomme i åndedrætsorganer' (1,8 pct. point), *jf. tabel 4.1*. Tilsammen bidrog disse fem behandlingsområder med 21,0 pct. point af den samlede vækst på 34,9 pct.

De store vækstbidrag skyldes både, at de fem sygdomsområder i udgangspunktet udgjorde en stor andel af produktionsværdien, og at væksten i produktionsværdien på sygdomsområderne har været over gennemsnittet. For de fem sygdomme var andelen af væksten, der kan henføres til højere produktionsværdi pr. person mellem 12,4 pct. og 57,6 pct.

Tabel 4.1: Vækstbidrag i perioden 2005 til 2010 fra de 10 sygdomsområder med størst vækstbidrag i perioden, SKS-klassifikation, hele landet, pct.

Sygdomsområde	Vækstbidrag, pct. point	Andel af produktionsværdi, 2005	Vækst i produktionsværdi	Andel af vækst fra produktionsværdi/person
Svulster	7,7	13,7	56,1	33,9
Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen	5,7	14,9	38,4	57,6
Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv	3,9	7,9	49,3	37,2
Sygdomme i kredsløbsorganer	1,9	12,2	15,5	12,4
Sygdomme i åndedrætsorganer	1,8	6,3	29,3	51,5
Sygdomme i fordøjelsesorganer	1,8	6,3	28,9	38,9
Endokrine og ernæringsbetingede sygdomme samt stofskiftesygdomme	1,7	2,9	59,7	27,3
Symptomer og abnorme fund ikke klassificeret andetsteds	1,6	4,1	38,9	10,1
Sygdomme i urin- og kønsorganer	1,6	4,5	35,3	48,5
Sygdomme i nervesystemet	1,5	2,3	65,8	38,9
Øvrige sygdomme	5,7	24,9	.	.
I alt	34,9	100,0	34,9	.

Note: Alle 22 hovedgrupper fra SKS-sygdomsklassifikationen er vist i bilagstabel 4.1.
Kilde: Landspatientregistret.

Boks 4.1: Den analytiske ramme

I kapitlet opdeles produktionsværdien efter sygdomsområder. Sygdomsområderne defineres ud fra SKS-sygdomsklassifikationens 22 hovedkapitler og WHO's diagnosegruppering, der har i alt 100 diagnoseområder. SKS-grupperingen giver et overordnet overblik, mens WHO's diagnosegruppering giver mulighed for detaljerede undersøgelser af udviklingen i produktionsværdien på de enkelte sygdomsområder. I begge diagnosegrupperinger samles ydelser fra sygesikringen i en særskilt gruppe.

Det er nyt i forhold til tidligere analyser, at opgørelserne af produktionsværdien fordeles efter diagnosegrupper. Typisk har produktionsværdien været opdelt efter DRG-grupper. Formålet med den nye tilgang er at rette fokus mod omkostningerne forbundet med behandling af patienter med en given sygdom i modsætning til omkostninger forbundet med en særlig behandling.

Valget af opdelingen på diagnosebaserede sygdomsområder giver desuden den fordel, at grupperne er stabile over tid, og samtidig giver mulighed for at opgøre indlagte og ambulante patienter under ét og ved hjælp af samme inddeling.

En konsekvens af at opdele produktionsværdien efter sygdomsområder er, at den enkelte patients behandlingsforløb splittes op. Årsagen er, at sygehusudskrivninger og ambulante besøg for den enkelte patient kun samles i samme forløb, når de kan grupperes til samme sygdomsgruppe i det givne år. For personer der har flere aktionsdiagnoser samme år, som grupperes forskelligt, vil der til hver af de forskellige forløb kun blive henført de indlæggelser og ambulante besøg, der via diagnoseangivelserne tilhører samme sygdomsgruppe. Da aktionsdiagnosen i et typisk patientforløb skifter, når udredningen er fortaget og behandlingen påbegyndes, og igen ved kontrolbesøg, vil patientforløbene ofte blive splittet op.

De fem sygdomsområder, der har haft *den højeste vækst* i perioden 2005-2010, er sygdomme i øje og øjeomgivelser (78,7 pct.), sygdomme i nervesystemet (65,8 pct.), endokrine og ernæringsbetingede sygdomme, samt stofskiftesygdomme, (59,7 pct.), svulster (56,1 pct.) samt infektiøse inkl. parasitære sygdomme (49,6 pct.), *jf. tabel 4.2*. For de fem sygdomsområder kan mellem 26,8 og 58,1 pct. af væksten henføres til prisseffekten.

I forhold til de områder, der har haft højest vækst i perioden, skal man i tolkningen tage højde for udgangspunktet for væksten. Det vil sige kolonnen andel af produktionsværdi i tabel 4.2.

Tabel 4.2: Vækstbidrag i perioden 2005 til 2010 fra de 10 sygdomsområder med størst vækst i perioden, SKS-klassifikation, hele landet, pct.

Sygdomsområde	Vækstbidrag, pct. point	Andel af produktionsværdi, 2005	Vækst i produktionsværdi	Andel af vækst fra produktionsværdi/person
Sygdomme i øje og øjenomgivelser	1,2	1,5	78,7	58,1
Sygdomme i nervesystemet	1,5	2,3	65,8	38,9
Endokrine og ernæringsbetingede sygdomme samt stofskiftesygdomme	1,7	2,9	59,7	27,3
Svulster	7,7	13,7	56,1	33,9
Infektiøse inkl. parasitære sygdomme	1	2,1	49,6	26,8
Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv	3,9	7,9	49,3	37,2
Symptomer og abnorme fund ikke klassificeret andetsteds	1,6	4,1	38,9	10,1
Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen	5,7	14,9	38,4	57,6
Sygdomme i urin- og kønsorganer	1,6	4,5	35,3	48,5
Sygdomme i hud og underhud	0,5	1,5	34,5	54
Øvrige sygdomme	8,5	44,6	.	.
I alt	34,9	100,0	34,9	.

Note: Alle 22 hovedgrupper fra SKS-sygdomsklassifikationen er vist i bilagstabel 4.1.
Kilde: Landspatientregistret.

4.3 Udvalgte sygdomsområder

I dette afsnit foldes de 22 sygdomsområder ud til 100 sygdomsområder vha. WHO's mere nuancerede diagnosegruppering. Det giver bl.a. et bedre indblik i hvilke kræftformer, der i særlig grad har bidraget til væksten i den samlede produktionsværdi.

De 20 diagnosegrupper fra WHO's diagnosegruppering, som har bidraget mest til væksten i den samlede produktionsværdi i perioden 2005 til 2010, er vist i bilagstabel 4.2. Af disse 20 sygdoms-områder beskriver dette kapitel væksten i produktionsværdien for de fire områder, der udgjorde den største andel af produktionsværdien i 2005, og de fire områder, hvor produktionsværdien er steget mest i perioden 2005 til 2010.

Boks 4.2: Kriterier for valg af sygdomsområder

De sygdomsområder der beskrives nærmere i dette kapitel er udvalgt ud fra to kriterier.

For det første vælges de sygdomsområder, som på landsplan fik tilført den største andel af de samlede ressourcer i 2005. Dette kriterium er valgt, fordi sygdomsområder, der i udgangspunktet fylder meget i den samlede sygehusproduktion alt andet lige giver et relativt stor bidrag til væksten i den samlede produktionsværdi. Eksempelvis udgjorde diagnosegruppen 'slidigt og beslægtede tilstande' i 2005 3,1 pct. af den samlede produktionsværdi. Hermed bidrog denne sygdomsgruppe med 1,0 pct. point af den samlede vækst, selv om væksten i produktionsværdien i denne diagnosegruppe var mindre end væksten i den samlede produktionsværdi.

For det andet vælges sygdomsområder ud fra væksten i produktionsværdien inden for selve sygdomsområdet. Det vil sige, at de sygdomsområder, der på landsplan har haft den største vækst i produktionsværdien i perioden 2005 til 2010, også indgår i analysen.

Kriterierne bygger således på vækstbidragsmodellen, hvor kombinationen af et sygdomsområdes andel af produktionsværdien i udgangspunktet og væksten i produktionsværdien inden for dette område tilsammen udgør væksten i de samlede ressourcer, der er tilført sygehusene i perioden.

De fire sygdomsområder, som udgjorde den største andel af produktionsværdien i 2005, er 'undersøgelser', 'undersøgelser af personer uden sygdomstegn', 'symptomer og mangelfuldt definerede tilstande' og 'slidigt og beslægtede tilstande', jf. tabel 4.3. Tilsammen udgjorde de i 2005 knap ¼ af den samlede produktionsværdi i 2005.

Væksten i produktionsværdien for 'undersøgelser', 'undersøgelser af personer uden sygdomstegn' hhv. 40,5 og 36,0 pct.³ Væksten i produktionsværdien for diagnosegruppen 'symptomer og mangelfuldt definerede tilstande' er 38,9 pct. Væksten i disse diagnosegrupper overstiger således væksten i den samlede produktionsværdi på 34,9 pct. Omvendt er aktivitetsvæksten for gruppen 'slidigt og beslægtede tilstande' med 32,8 pct. lidt lavere end den samlede vækst i produktionsværdi.

Det samlede vækstbidrag fra de fire diagnosegrupper er i alt 8,3 pct. point, svarende til knap ¼ af den samlede vækst fra 2005 til 2010. Undersøgelsergrupperne er de to grupper, der bidrager mest til væksten i produktionsværdien i perioden. Det er ligeledes i undersøgelsergrupperne, den største andel af væksten kan henføres til priseffekten. I disse grupper skyldes over halvdelen af væksten, at det er blevet dyrere at behandle den enkelte patient.

Tabel 4.3: Vækstbidrag i perioden 2005 til 2010 fra de fire sygdomsområder, der udgjorde den største andel af produktionsværdien i 2005, hele landet, pct.

Sygdomsområde	Vækstbidrag, pct.-point	Andel af produktionsværdi, 2005	Andel af produktionsværdi, 2010	Vækst i produktionsværdi	Andel af vækst fra produktionsværdi /person
Undersøgelser	3,0	7,5	8,9	40,5	52,4
Undersøgelser af personer uden sygdomstegn mv.	2,7	7,4	7,2	36,0	62,2
Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande	1,6	4,1	4,2	38,9	10,1
Slidigt og beslægtede tilstande	1,0	3,1	3,1	32,8	2,0
I alt	34,9	100,0	100,0	34,9	.

Note: Sygdomsområderne er udvalgt blandt diagnosegrupperne med de 20 største vækstbidrag til produktionsværdien. Alle 20 grupper er vist i bilagstabel 2.2. Gruppen 'undersøgelser' hedder i WHO's sygdomsgruppering 'personer i kontakt med læge eller sygehus med henblik på undersøgelse' og dækker bl.a. over diverse screeninger og kontrolbesøg.

Kilde: Landspatientregistret.

³ I bilagstabel 4.3 foldes diagnosegruppen 'undersøgelser af personer uden sygdomstegn' ud til 64 diagnoseundergrupper, hvor hver undergruppe defineres som de første 4 cifre i SKS-sygdomsklassifikationen. Tabellen viser de ti undergrupper, der gav de største bidrag til væksten i gruppen 'undersøgelser af personer uden sygdomstegn' i perioden 2005 til 2010. Genoptræningsforanstaltninger forklarer her knap halvdelen af væksten, mens 'kontrol af normale graviditeter' forklarer 10 pct. Væksten i disse to undergrupper drives primært af vækst i produktionsværdien pr. person.

Tabel 4.4 viser de fire diagnosegrupper med den største vækst i produktionsværdien. De fire diagnosegrupper har alle vækstrater over 100 pct., hvilket medfører, at de har et samlet vækstbidrag på 5,5 pct. point ud af den samlede vækst på 34,9 pct.

Tabel 4.4: Vækstbidrag i perioden 2005 til 2010 fra de fire sygdomsområder med største vækst i produktionsværdien i perioden, hele landet, pct.					
Sygdomsområde	Vækstbidrag	Andel af pv i gruppen, 2005	Andel af pv i gruppen, 2010	Vækst i pv	Andel af vækst fra pv/person
Ondartet svulst i mandlige kønsorganer	1,1	0,7	1,0	166,8	22,6
Leddegigt og beslægtede sygdomme	1,1	0,8	2,5	139,9	48,0
Andre endokrine sygdomme, avitaminoser og stofskiftesygdomme	1,4	1,2	1,8	117,6	15,7
Ondartet svulst i brystkirtel	1,8	1,7	2,6	108,5	59,8
I alt	34,9	100,0	100,0	34,9	.

Note: Sygdomsområderne er udvalgt blandt diagnosegrupperne med de 20 største vækstbidrag til produktionsværdien. Alle 20 grupper er vist i bilagstabel 4.2.
Kilde: Landspatientregistret.

For diagnosegrupperne 'andre endokrine sygdomme mv.' og 'ondartet svulst i mandlige kønsorganer' skyldes væksten især mængdeeffekten, det vil sige behandling af flere patienter. I disse grupper er det under ¼ af væksten i produktionsværdien, som kan tilskrives priseffekten.

Omvendt kan næsten 60 pct. af væksten i både 'leddegigt mv.' og 'ondartet svulst i brystkirtel' henføres tilskrives priseffekten.

4.4 Udvalgte sygdomsområder opdelt på regioner

I afsnit 4.3 blev der udvalgt otte diagnosegrupper. De fire diagnosegrupper som udgjorde den største andel af produktionsværdien i 2005, og de fire diagnosegrupper, som har haft den største vækst i produktionsværdien. I bilagstabel 4.4-4.11 undersøges, om udviklingen i produktionsværdien i disse otte diagnosegrupper har fulgt samme udvikling i de enkelte regioner. Regionerne er opgjort ud fra patientens bopæl på besøgs- eller indlæggelsestidspunktet.

Generelt kan tendenserne i analysen for landet som helhed genfindes i de enkelte regioner. Dog er der nogen forskel mellem regionerne for så vidt angår den andel af væksten, der kan henføres til priseffekten. I vurderingen af udviklingen på regionsniveau skal man være opmærksom på, at en del af forklaringen på udviklingen kan være forskellige udgangspunkter.

Bilag 4.A: Vækstbidrag opdelt på sygdomsområder

Bilagstabel 4.1: Vækstbidrag fra sygdomsområderne i SKS-sygdomsklassifikationens hovedkapitler i perioden 2005 til 2010, hele landet, pct.

Sygdomsområde	Vækstbidrag	Andel af pv i gruppen, 2005	Vækst i pv	Andel af vækst fra pv/person
Svulster	7,7	13,7	56,1	33,9
Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen	5,7	14,9	38,4	57,6
Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv	3,9	7,9	49,3	37,2
Sygdomme i kredsløbsorganer	1,9	12,2	15,5	12,4
Sygdomme i åndedrætsorganer	1,8	6,3	29,3	51,5
Sygdomme i fordøjelsesorganer	1,8	6,3	28,9	38,9
Endokrine og ernæringsbetingede sygdomme samt stofskiftesygdomme	1,7	2,9	59,7	27,3
Symptomer og abnorme fund ikke klassificeret andetsteds	1,6	4,1	38,9	10,1
Sygdomme i urin- og kønsorganer	1,6	4,5	35,3	48,5
Sygdomme i nervesystemet	1,5	2,3	65,8	38,9
Sygdomme i øje og øjenomgivelser	1,2	1,5	78,7	58,1
Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	1,2	8,5	13,5	65,0
Infektiøse inkl. parasitære sygdomme	1,0	2,1	49,6	26,8
Sygesikring	0,8	2,8	28,6	-2,2
Sygdomme i hud og underhud	0,5	1,5	34,5	54,0
Svangerskab, fødsel og barsel	0,3	3,3	9,0	102,7
Sygdomme i øre og processus mastoideus	0,3	1,2	20,6	154,4
Medfødte misdannelser og kromosomanomalier	0,2	1,0	17,9	-3,7
Sygdomme i blod og bloddannende organer mv.	0,1	1,0	10,6	-154,3
Psykiske lidelser	0,1	0,8	12,5	-9,4
Visse sygdomme, der opstår i perinatalperiode	0,1	1,2	5,2	-268,6
Ydre sygdoms- og dødsårsager	0,0	0,0	31,0	511,9
I alt	34,9	100,0	34,9	.

Kilde: Landspatientregistret.

Bilagstabel 4.2: Vækstbidrag fra sygdomsområderne med de 20 største vækstbidrag i perioden 2005 til 2010 (WHO-gruppering), hele landet, pct.

Sygdomsområde	Vækstbidrag	Andel af pv i gruppen, 2005	Vækst i pv	Andel af vækst fra pv/person
Undersøgelse af syge	3,0	7,5	40,5	52,4
Undersøgelser af personer uden sygedomstegn mv.	2,7	7,4	36,0	62,2
Ondartet svulst i brystkirtel	1,8	1,7	108,5	59,8
Ondartet svulst på andre og ikke specificerede lokationer	1,8	3,0	60,8	36,6
Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande	1,6	4,1	38,9	10,1
Andre sygdomme i nervesystem	1,4	1,9	73,8	34,2
Andre endokrine sygdomme, avitaminoser og stofskiftesygdomme	1,4	1,2	117,6	15,7
Andre sygdomme i urinorganer	1,3	2,1	61,2	33,7
Andre sygdomme i øje	1,1	1,4	83,1	53,0
Leddegigt og beslægtede sygdomme	1,1	0,8	139,9	48,0
Ondartet svulst i mandlige kønsorganer	1,1	0,7	166,8	22,6
Symptomatisk hjertesygdom	1,1	2,4	44,6	33,9
Slidgigt og beslægtede tilstande	1,0	3,1	32,8	2,0
Tuberkulose, andre bakterielle sygdomme samt kønssygdomme	0,9	1,4	67,1	30,1
Svulst i lymfatisk og bloddannende væv	0,9	2,1	41,1	15,4
Andre sygdomme i åndedrætsorganer	0,9	1,5	56,2	2,1
Sygesikring	0,8	2,8	28,6	-2,2
Andre sygdomme i knogler, bevægesystem og bindevæv	0,7	2,2	33,0	22,8
Andre og ikke specificerede skader ved ydre påvirkning	0,7	2,3	30,6	55,2
Ikke-infektøs tarmbetændelse, udposning på tarm og funktionelle tarmporstyrrelser	0,7	1,3	54,1	30,0
I alt	34,9	100,0	34,9	.

Kilde: Landspatientregistret.

Bilagstabel 4.3: Diagnoseundergrupper med de største bidrag til væksten i produktionsværdien for diagnosegruppen 'undersøgelser af personer uden sygdomstegn' i perioden 2005 til 2010, hele landet, pct.

Aktionsdiagnosegruppe	Vækstbidrag (pct.)	Andel af pv i gruppen, 2005	Vækst i pv	Andel af vækst fra pv/person
Behandling med anvendelse af genoptræningsforanstaltninger	47,5	47,7	33,6	59,4
Svangrekontrol, normal graviditet	10,0	12,1	27,8	91,1
Kontrol af højrisikograviditet	6,8	2,1	111,6	24,4
Tilstand med hjerte- eller kar-implantater og grafter	6,1	3,1	64,9	16,0
Særlige indikationer for sundhedsfaglig indsats	5,6	0,0	.	.
Tilstand m transplanteret organ eller væv	5,0	4,4	38,6	35,6
Kontakt m sundhedsvæsen mhp vejledning	4,9	1,3	127,6	20,5
Efterbehandling med anvendelse af plastikkirurgi	3,0	0,7	153,7	30,0
Anden ortopædisk efterbehandling	2,8	2,6	36,1	-11,2
Familieanamnese med ondartet svulst	2,6	0,5	187,3	22,2
Øvrig diagnosegrupper	5,7	25,5	-	-
I alt	100,0	100,0	36,0	-

Kilde: Landspatientregistret.

Bilag 4.B: De største sygdomsområder i 2005 – opgørelser på regioner

Bilagstabel 4.4: Vækstbidrag fra aktionsdiagnosegruppen 'undersøgelser', 2005-2010. Fordelt på bopælsregion, pct.

	Hele landet	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland
Vækstbidrag	3,0	2,5	3,4	4,0	2,0	3,8
Andel af produktionsværdien i diagnosegruppen i 2005	7,5	9,1	8,7	8,6	5,6	6,9
Vækst i produktionsværdien	40,5	27,7	38,9	46,1	35,4	55,1
Andel af vækst fra vækst i produktionsværdien/person	52,4	67,8	54,4	41,4	66,1	42,7
Personer med aktionsdiagnosen i 2010 pr. 1.000 indbyggere	230	267	246	265	175	243

Note: Gruppen 'undersøgelser' hedder i WHO's diagnosegruppering 'personer i kontakt med læge eller sygehus med henblik på undersøgelse' og dækker bl.a. over diverse screeninger og kontrolbesøg.
Kilde: Landspatientregistret.

Bilagstabel 4.5: Vækstbidrag fra aktionsdiagnosegruppen 'undersøgelser af personer uden sygdomstegn mv.', 2005-2010. Fordelt på bopælsregion, pct.

	Hele landet	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland
Vækstbidrag	2,7	2,8	2,5	2,5	2,0	4,2
Andel af produktionsværdien i diagnosegruppen i 2005	7,4	7,4	6,7	6,4	8,5	7,5
Vækst i produktionsværdien	36,0	38,3	37,2	39,5	23,7	55,8
Andel af vækst fra vækst i produktionsværdien /person	62,2	61,3	37,4	44,7	98,8	55,6
Personer med aktionsdiagnosen i 2010 pr. 1.000 indbyggere	54	49	44	53	62	55

Kilde: Landspatientregistret.

Bilagstabel 4.6: Vækstbidrag fra aktionsdiagnosegruppen 'symptomer og mangelfuldt definerede tilstande', 2005-2010. Fordelt på bopælsregion, pct.

	Hele landet	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland
Vækstbidrag	1,6	1,6	1,3	1,8	1,8	1,3
Andel af produktionsværdien i diagnosegruppen i 2005	4,1	3,5	4,0	4,4	4,0	4,6
Vækst i produktionsværdien	38,9	45,3	32,6	41,6	45,5	27,7
Andel af vækst fra vækst i produktionsværdien/person	10,1	20,9	-19,3	-3,0	36,7	-4,9
Personer med aktionsdiagnosen i 2010 pr. 1.000 indbyggere	42	34	40	47	43	42

Kilde: Landspatientregistret.

Bilagstabel 4.7: Vækstbidrag fra aktionsdiagnosegruppen 'slidigt og beslægtede sygdomme', 2005-2010. Fordelt på bopælsregion, pct.

	Hele landet	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland
Vækstbidrag	1,0	1,1	1,3	1,3	0,5	1,2
Andel af produktionsværdien i diagnosegruppen i 2005	3,1	3,1	2,7	3,2	3,1	3,2
Vækst i produktionsværdien	32,8	35,1	48,9	41,4	14,4	36,6
Andel af vækst fra vækst i produktionsværdien/person	2,0	15,4	14,5	2,7	-24,5	-6,0
Personer med aktionsdiagnosen i 2010 pr. 1.000 indbyggere	13	11	12	15	12	14

Kilde: Landspatientregistret

Bilag 4.C: Sygdomsområder med højest vækst – opgørelser på regioner

Bilagstabel 4.8: Vækstbidrag fra aktionsdiagnosegruppen 'ondartet svulst i mandlige kønsorganer', 2005-2010. Fordelt på bopælsregion, pct.

	Hele landet	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland
Vækstbidrag	1,1	1,6	1,1	1,3	0,8	1,3
Andel af pv i diagnosegruppen i 2005	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6
Vækst i pv	166,8	214,9	143,3	195,5	128,6	216,2
Andel af vækst fra vækst i pv/person	22,6	15,0	23,7	28,1	26,1	14,3
Personer med aktionsdiagnosen i 2010 pr. 1.000 indbyggere	3	4	3	3	3	4

Kilde: Landspatientregistret.

Bilagstabel 4.9: Vækstbidrag fra aktionsdiagnosegruppen 'leddegigt og beslægtede sygdomme', 2005-2010. Fordelt på bopælsregion, pct.

	Hele landet	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland
Vækstbidrag	1,1	0,9	1,0	1,3	0,9	1,9
Andel af pv i diagnosegruppen i 2005	0,8	1,2	0,8	0,9	0,8	0,6
Vækst i pv	139,9	74,9	136,5	142,7	115,2	296,4
Andel af vækst fra vækst i pv/person	48,0	13,6	57,5	37,6	54,2	53,4
Personer med aktionsdiagnosen i 2010 pr. 1.000 indbyggere	6	6	6	7	6	7

Kilde: Landspatientregistret.

Bilagstabel 4.10: Vækstbidrag fra aktionsdiagnosegruppen 'andre endokrine sygdomme, avitaminoser og stofskiftesygdomme', 2005-2010. Fordelt på bopælsregion, pct.

	Hele landet	Nordjyl-land	Midtjyl-land	Syddan-mark	Hovedsta-den	Sjælland
Vækstbidrag	1,4	1,6	1,5	1,0	1,4	1,7
Andel af pv i diagnosegruppen i 2005	1,2	1,3	1,2	1,2	1,2	1,2
Vækst i pv	117,6	125,5	122,2	84,1	120,7	149,6
Andel af vækst fra vækst i pv/person	15,7	29,3	18,7	-4,3	19,5	15,0
Personer med aktionsdiagnosen i 2010 pr. 1.000 indbyggere	10	9	10	10	11	11
Kilde: Landspatientregistret.						

Bilagstabel 4.11: Vækstbidrag fra aktionsdiagnosegruppen 'ondartet svulst i brystkirtel', 2005-2010. Fordelt på bopælsregion, pct.

	Hele landet	Nord-jylland	Midt-jylland	Syd-danmark	Hovedsta-den	Sjælland
Vækstbidrag	1,8	2,2	1,2	2,5	1,7	1,7
Andel af pv i diagnosegruppen i 2005	1,7	1,8	1,2	1,5	1,9	2,1
Vækst i pv	108,5	122,5	98,8	163,2	88,8	83,7
Andel af vækst fra vækst i pv/person	59,8	57,9	53,6	66,8	64,8	41,6
Personer med aktionsdiagnosen i 2010 pr. 1.000 indbyggere	5	5	3	5	5	5
Kilde: Landspatientregistret.						

5. Ændringer i sygdomsbilledet

5.1 Indledning og sammenfatning

Kapitel 3 viste, at $\frac{2}{3}$ den samlede vækst i produktionsværdi i perioden 2005-2010 skyldes en *priseffekt*, det vil sige, at produktionsværdien pr. patient er steget. Nærværende kapitel undersøger, i hvilket omfang ændringer i sygdomsbilledet kan forklare priseffekten. Der sondres mellem to effekter:

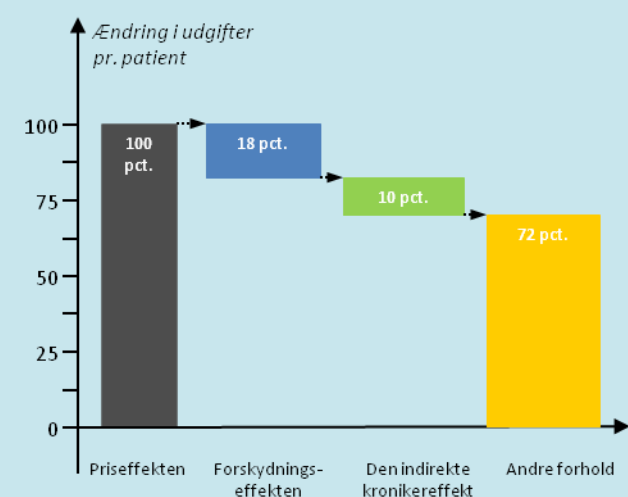
- *Forskydningseffekten*, som er effekten af, at flere behandles for mere omkostningstunge diagnose. Produktionsværdien pr. patient varierer kraftigt mellem sygdomsområderne, så hvis der er sket en forskydning mellem sygdomsområder, kan det være med til at forklare stigningen i produktionsværdi pr. patient.
- *Den indirekte kronikereffekt*, som er effekten af, at flere af de personer, som behandles for en given sygdom, har kroniske lidelser, der fordyrer behandlingen.

Analyserne er lavet, så delanalyserne af de to effekter komplementerer hinanden. Det samlede vækstbidrag fra ændringerne i sygdomsbilledet kan således tilnærmelsesvist beregnes som summen af vækstbidragene fra de to effekter⁴, jf. boks 5.1.

Sammenfattende viser analysen, at forskydningseffekten kan forklare ca. 18 pct. af priseffekten, jf. den blå kasse i figur 5.1, mens den indirekte kronikereffekt kan forklare ca. 10 pct. af priseffekten, jf. den grønne kasse. Således kan godt $\frac{1}{4}$ af væksten i produktionsværdien pr. patient kan forklares af de to effekter.

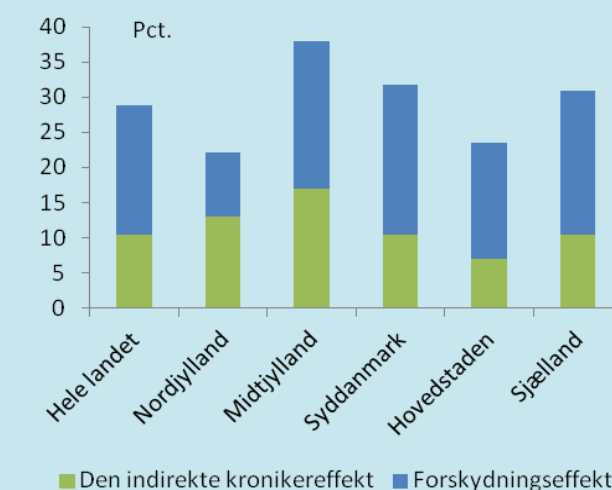
Herudover viser analysen betydelige forskelle mellem regionerne i forhold til, hvor meget de to effekter kan forklare. Eksempelvis kan kronikereffekten forklare 17 pct. af stigningen i produktionsværdien pr. patient i Region Midtjylland, mens den kun kan forklare 7 pct. af stigningen i Region Hovedstaden, jf. figur 5.2.

Figur 5.1. Preiseffekten opdelt på forskydningseffekten og den indirekte kronikereffekt, 2005-2010



Kilde: Landspatientregisteret

Figur 5.2. Den indirekte kronikereffekt og forskydningseffekten, 2005-2010



Kilde: Landspatientregisteret

⁴ Da vækstbidragene er multiplikative, vil summen af vækstbidragene kun tilnærmelsesvist svare til det samlede vækstbidrag fra den direkte aktionsdiagnoseeffekt og den indirekte kronikereffekt.

Boks 5.1. Beregning af vækstbidrag fra aktionsdiagnoseeffekten og den indirekte kronikereffekt

Den andel af væksten i produktionsværdien pr. person, der kan henføres til forskydninger i fordelingen af personer i aktionsdiagnosegrupperne beregnes ved at sammenholde den faktiske vækst i produktionsværdien pr. person med væksten i produktionsværdien pr. person i den situation, hvor fordelingen af personer i aktionsdiagnosegrupperne er holdt konstant. Aktionsdiagnosegrupperne defineres ligesom i kapitel 4 ud fra WHO's diagnosegruppering, der indeholder 100 diagnosegrupper. Hertil kommer en gruppe for personer behandlet i praksissektoren.

For at sikre sammenlignelighed over tid beregnes de faktiske vækstrater i produktionsværdien pr. person inden for samme takstsystem for to på hinanden følgende år, hvorefter de årlige vækstrater ganges sammen. Ved beregning af de vækstrater i produktionsværdien pr. person, hvor fordelingen af personer i aktionsdiagnosegrupperne holdes konstant, anvendes grundlæggende samme metode. Den eneste forskel er, at fordelingen af personer i aktionsdiagnosegrupperne her holdes konstant i to på hinanden følgende år inden for det enkelte takstsystem.

Den gennemsnitlige produktionsværdi pr. person udregnes som summen af bidragene fra hver af de 101 diagnosegrupper, således at det bliver muligt at holde diagnosefordelingen konstant. Metoden er illustreret nedenfor med udgangspunkt i brystkræftpatienternes bidrag til den gennemsnitlige produktionsværdi pr. person.

I 2009 udgjorde brystkræftpatienterne 0,530 pct. af de behandlede patienter, og produktionsværdien pr. brystkræftpatient var i gennemsnit 60.049 kr. Brystkræftpatienternes faktiske bidrag til produktionsværdien pr. person var således $0,00530 \cdot 60.049 = 318$ kr. i 2009. I det tilfælde, hvor fordelingen af diagnosegrupperne holdes konstant, udregnes brystkræftpatienternes hypotetiske bidrag til produktionsværdien i 2010 ved hjælp af brystkræftpatienternes andel i 2009 og den gennemsnitlige produktionsværdi pr. brystkræftpatient i 2010. Da produktionsværdien pr. brystkræftpatient var steget til 62.802 kr. i 2010, udregnes brystkræftpatienternes hypotetiske bidrag til produktionsværdien i 2010 således som $0,00530 \cdot 62.802 = 333$ kr.

Når alle 101 faktiske diagnosebidrag for 2009 og alle 101 hypotetiske diagnosebidrag for 2010 er opgjort, summeres bidragene over diagnosegrupperne, og væksten i produktionsværdien pr. person kan udregnes i det tilfælde, hvor diagnosefordelingen er fastholdt fra 2009 til 2010. Summen af alle faktiske bidrag var 11.886 kr. i 2009 og 12.229 kr. i 2010, mens summen af alle hypotetiske bidrag var 12.095 kr. i 2010. Den faktiske vækst i produktionsværdien pr. person var således i gennemsnit $(12.229/11.886 - 1) \cdot 100 = 2,9$ pct. fra 2009 til 2010, mens væksten i den hypotetiske situation, hvor diagnosefordelingen er holdt konstant, var $(12.095/11.886 - 1) \cdot 100 = 1,8$ pct. Forskydningen i aktionsdiagnosefordelingen har således forklaret $(2,9 - 1,8) / 2,9 \cdot 100 = 39$ pct. af væksten i produktionsværdien pr. person fra 2009 til 2010.

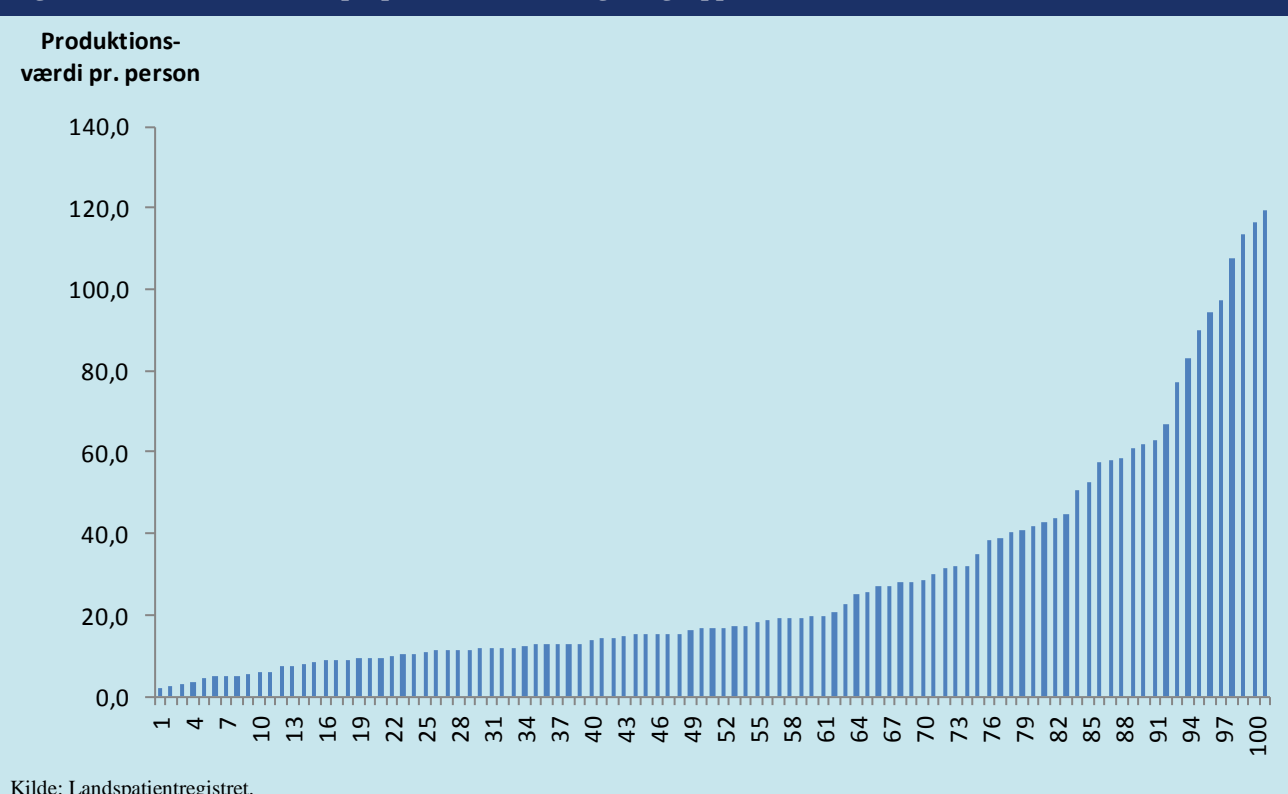
Den indirekte kronikereffekt udregnes i princippet på samme måde, som den direkte forskydningseffekt fra aktionsdiagnoserne. Her skal man blot sammenholde den faktiske vækst i produktionsværdien pr. person, med væksten i produktionsværdien pr. person i den situation, hvor fordelingen af personer med 0, 1 eller flere typer af kroniske lidelser holdes konstant inden for den enkelte aktionsdiagnosegruppe.

5.2 Variation i behandlingsomkostninger på sygdomsområder

Figur 5.3 illustrerer variationen i omkostningerne ved behandling af patienter med forskellige aktionsdiagnoser. Figuren viser den gennemsnitlige produktionsværdi pr. person i 2010. Navnene og den gennemsnitlige produktionsværdi pr. person er vist i bilagstabel 5.1 for de fem dyreste og de fem billigste diagnosegrupper.

Den årlige produktionsværdi pr. patient varierer mellem 2.200 kr. og 119.500 kr. I 60 pct. af diagnosegrupperne er produktionsværdien under 20.000 kr. pr. person. Behandlingen af en patient i hver af de ni dyreste diagnosegrupper koster i gennemsnit over 75.000 kr. i 2010. Derfor kan selv en mindre forskydning i fordelingen af aktionsdiagnoserne have en væsentlig indflydelse på produktionsværdien pr. person.

Figur 5.3. Produktionsværdi pr. person i aktionsdiagnosegrupperne i 2010

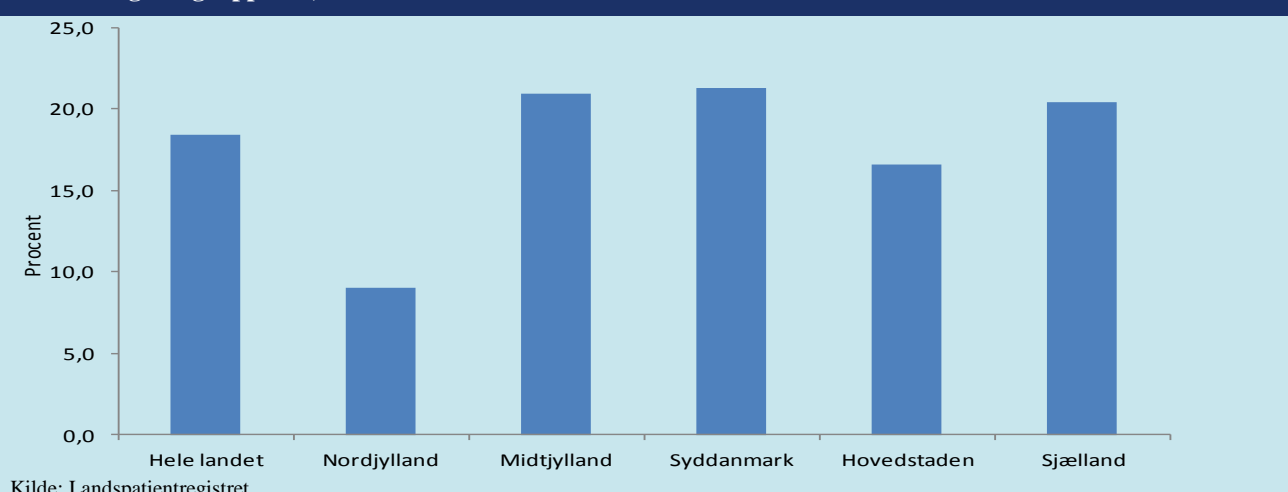


5.3 Forskydninger i fordelingen af aktionsdiagnosegrupperne

Figur 5.4 viser, hvilken andel af væksten i produktionsværdien pr. person fra 2005 til 2010, der kan henføres til forskydninger i fordelingen af aktionsdiagnosegrupperne. Det fremgår her, at der er sket en forskydning i sygdomsbilledet mod, at flere behandles for mere omkostningstunge diagnoser. På landsplan forklarer forskydningseffekten således 18 pct. af væksten i produktionsværdien pr. person.

Forskydningseffekten varierer mellem regionerne. Mens forskydningseffekten forklarer godt 20 pct. af væksten i produktionsværdien pr. person i Region Syddanmark, i Region Midtjylland og i Region Sjælland, forklarer den 17 pct. i Region Hovedstaden og blot 9 pct. i Region Nordjylland.

Figur 5.4. Andel af væksten i produktionsværdien pr. person, der kan henføres til ændringer i fordelingen af aktionsdiagnosegrupperne, 2005-2010



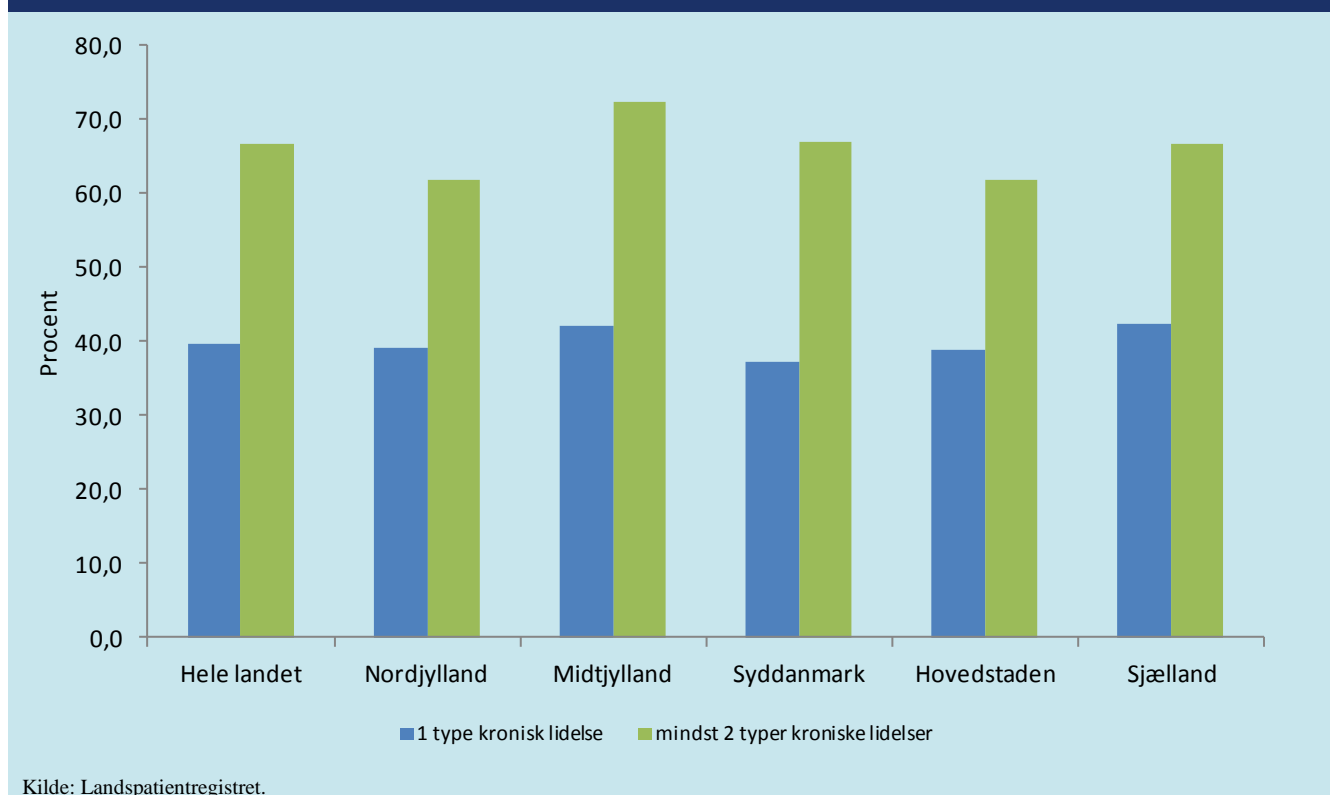
5.4 Meromkostninger ved behandling af kronikere

Personer med kroniske lidelser er som hovedregel relativt dyre at behandle. Det afspejles for det første i, at kronikere generelt modtager flere behandlinger for en given sygdom, og for det andet i, at den enkelte behandling generelt er dyrere. Kronikerbegrebet er defineret i *boks 5.2*.

Figur 5.5 viser, hvor meget dyrere det er at behandle personer, der har en kronisk lidelse, for en given sygdom. Behandlingen af personer med en enkelt type kronikerdiagnose kostede i gennemsnit 40 pct. mere end behandlingen af personer, der ikke havde en kronisk lidelse. Personer med flere forskellige typer af kronikerdiagnoser var i gennemsnit 67 pct. dyrere.

Den gennemsnitlige meromkostning ved behandling af patienter med en eller flere typer af kroniske lidelser er stort set den samme landet over. Dog er meromkostningen ved behandling af kronikere lidt højere i Region Midtjylland og i Region Sjælland.

Figur 5.5. Merværdien pr. patient i 2010 for patienter med en eller flere typer af kronikerdiagnoser



Boks 5.2: Definition af kronikere.

Kronikere defineres som personer, der i løbet af året optræder i Landspatientregistret (LPR) med en diagnose, der relaterer til knogleskørhed og leddegigt, lungesygdomme eller hjertesygdomme, eller som i løbet af året har været registreret i diabetesregistret.

Definitionen rummer således fire typer af kroniske lidelser, der hver især indeholder fra 1 til 10 undergrupper. I denne rapport skelnes der alene mellem, hvor mange af de fire overordnede kronikerdimensioner, der kan knyttes til den enkelte person i løbet af året.

Da personer med kroniske lidelser ikke nødvendigvis er i kontakt med sygehusvæsenet hvert år, vil der være personer med kroniske lidelser, som ikke markeres som kronikere i denne analyse.

Definitionen af kronikere adskiller sig hermed fra Sundhedsstyrelsens mere udtømmende kronikerbegreb, hvor der indhentes diagnoseoplysninger fra LPR hele 5 år forud for opgørelsestidspunktet og suppleres med oplysninger om medicinforbrug fra lægemiddelregistret og kontakter med praksissektoren fra sygesikringsregistret.

Når den anvendte kronikerdefinition kun tilnærmelsesvist følger Sundhedsstyrelsens definition skyldes det, at Sundhedsstyrelsens kronikerregister endnu ikke er fuldt implementeret.

5.5 Den indirekte kronikereffekt

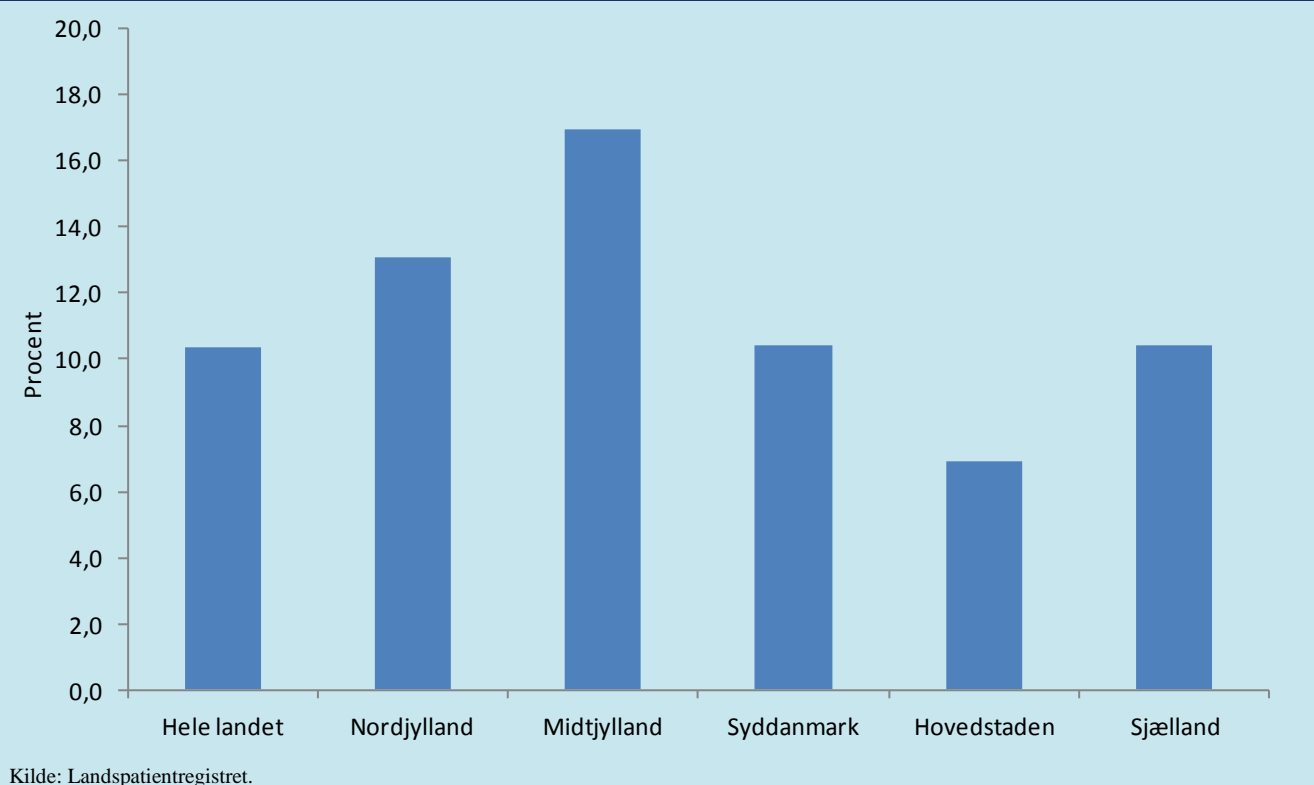
Da kronikere generelt er relativt dyre at behandle for en given sygdom, kan stigningen i antallet af kronikere forklare en del af væksten i produktionsværdien pr. person.

Figur 5.6 viser den indirekte effekt af, at flere af de personer som behandles for en given sygdom, for eksempel brystkræft, har kroniske lidelser, der alt andet lige fordyrer behandlingen. Det fremgår, at den indirekte kronikereffekt forklarer 10 pct. af væksten i produktionsværdien pr. person.

Vækstbidraget fra den indirekte kronikereffekt varierer landet over. I Region Hovedstaden forklarer kronikereffekten blot 7 pct. af væksten i produktionsværdien pr. person, mens den forklarer 17 pct. i Region Midtjylland.

Region Hovedstaden har haft den største vækst i produktionsværdien pr. person fra 2005 til 2010 og Region Midtjylland den mindste, *jf. kapitel 3*. Der er således ikke den forventede regionale sammenhæng mellem væksten i produktionsværdien pr. person og den indirekte kronikereffekt.

Figur 5.6. Andel af væksten i produktionsværdien pr. person der kan henføres til den indirekte effekt af stigningen i antal kronikere, 2005-2010



Bilag 5.A

Bilagstabel 5.1: Produktionsværdien pr. person i aktionsdiagnosegrupperne i 2010 for de fem aktionsdiagnosegrupper med den største produktionsværdi pr. person og de fem aktionsdiagnosegrupper med den laveste produktionsværdi pr. person, kr.

Aktionsdiagnosegruppe	Gns. produktionsværdi pr. person
Ondartet svulst i endetarm	119.540
Ondartet svulst i tyndtarm, tyktarm, excl. endetarm	116.452
Ondartet svulst i mavesæk	113.630
Ondartet svulst i bugspytkirtel	107.778
Ondartet svulst i andre fordøjelsesorganer og bughinde	97.413
Personer i kontakt med læge eller sygehus med henblik på undersøgelse	4.407
Klimakterielle symptomer	3.691
Ledscred, forvridning og overrivning af ledbånd	3.002
Sygesikring	2.310
Åbent sår og vævssønderrivning samt overfladisk læsion. Karlæsion og læsion af sener og muskler	2.190
Kilde: Landspatientregistret.	

6. Metode til beskrivelse af patientforløb

6.1 Indledning og sammenfatning

Indtil nu har der været fokus på udviklingen i aktivitet, herunder hvilken andel af stigningen, der kan henføres til *priseffekten*, og hvilken andel af stigningen, der kan henføres til *mængdeeffekten*.

I de resterende kapitler undersøges *priseffekten* ud fra en forløbsmetode. Forløbsmetoden anvendes på følgende behandlingsområder, der blandt andet er udvalgt på baggrund af analyserne af sygdomsområder med høj vækst, *jf. kapitel 4*:

- Medicin og kirurgi (kapitel 7)
- Kræftområdet, herunder særligt bryst- og prostatakraft (kapitel 8)
- Livstruende hjertesygdomme, herunder særligt hjerteklap, hjertesvigt og ustabil angina pectoris (kapitel 9)
- Det ortopædiske område, herunder særligt menisk- og rygoperationer (kapitel 10)

Metoden er ny, og derfor introduceres den grundigt i dette kapitel. Tidligere analyser af aktivitet beskrev typisk aktivitet ud fra udskrivninger og ambulante besøg, som blev analyseret hver for sig. Således analyserede tidligere aktivitetsundersøgelser delelementerne i behandlingsforløb og ikke behandlingsforløb.

Nærværende rapport, derimod anvender en forløbsmetode, hvor de sengedage og ambulante besøg, der indgår i et forløb, beskrives samlet. Metoden giver mulighed for fx at beskrive, hvad et i fald liggetid og en stigning i ambulante besøg svarer til i produktionsværdi pr. forløb. Så i stedet for at analysere delelementerne i forløb hver for sig, analyserer de resterende kapitler samlede forløb.

Udover at forløbsmetoden giver en bedre forståelse af behandlingsforløb, kan den i princippet anvendes både på makro- og mikroniveau. På landsplan kan den fx beskrive alle patientforløb på det kirurgiske område, *jf. kapitel 7*, og dermed bidrage til en bedre forståelse omlægningen fra stationær til ambulante behandling. På fx sygehus- og afdelingssniveau kan samme forløbsmetode, i princippet, *jf. nedenfor*, anvendes som input til konkret styring af fx forløb for meniskpatienter.

Desuden giver forløbsmetoden bedre muligheder for at lave mere meningsfulde sammenligninger netop, fordi den ikke fokuserer på udskrivninger og besøg, men på samlede forløb. Det vil sige, at forløbsmetoden kan bidrage til meningsfulde sammenligninger af forløb, selvom der er forskel på, hvor stor en del af behandlingen, der foregår hhv. stationært og ambulante.

Metoden er imidlertid ikke problemfri. De registreringer, som findes i Landspatientregisteret, og danner udgangspunkt for denne rapport, er kontaktbaserede. Derfor er patientforløbene i nærværende sammenhæng konstrueret ud fra kontakter. Det giver nogle mindre usikkerheder, som udligner hinanden på lands- og regionsniveau. På sygehusniveau, derimod, skal der tages betydeligt forbehold for metoden, fordi der kan være forskelle i casemix, arbejdsdeling mv., der ikke tages højde for, når der anvendes landsgennemsnitlige DRG-takster.

6.2 Dannelse af patientforløb ud fra kontakter

Den ideelle forløbsbeskrivelse ville tage sit udgangspunkt i patientens udredning og behandling fra punkt A til punkt B, den ville være uafhængig af, at behandlingen eventuelt foregik henover et årsskifte, og den ville kun medtage aktivitet, som præcist vedrørte udredningen, behandlingen og eventuelle kontroller for det, som var analysens fokus.

De registreringer, som findes i Landspatientregisteret, og som har dannet udgangspunkt for analyserne i rapporten, er imidlertid ikke forløbsbaserede, men kontaktbaserede. Det betyder blandt andet, at der ikke er markeringer af eksempelvis patienters kræftforløb med præciseringer af, hvornår en udredning for kræft er startet, eller hvilke af patientens ambulante besøg, der kan betegnes som efterkontroller for kræftbehandlingen. Derfor er patientforløbene konstrueret ud fra kontakter.

Der er forskelle i, hvordan aktiviteten er afgrænset i kapitel 7 på den ene side og i kapitel 8-10 på den anden side. Derfor er den konkrete afgræsning af aktivitet beskrevet i hhv. boks 7.1 og afsnit 8.1. I afgræsningen skelnes der mellem bopælsregion, som er regionen, hvor patienten *bor*, og behandlerregion, som er regionen, hvor patienten *behandles*.

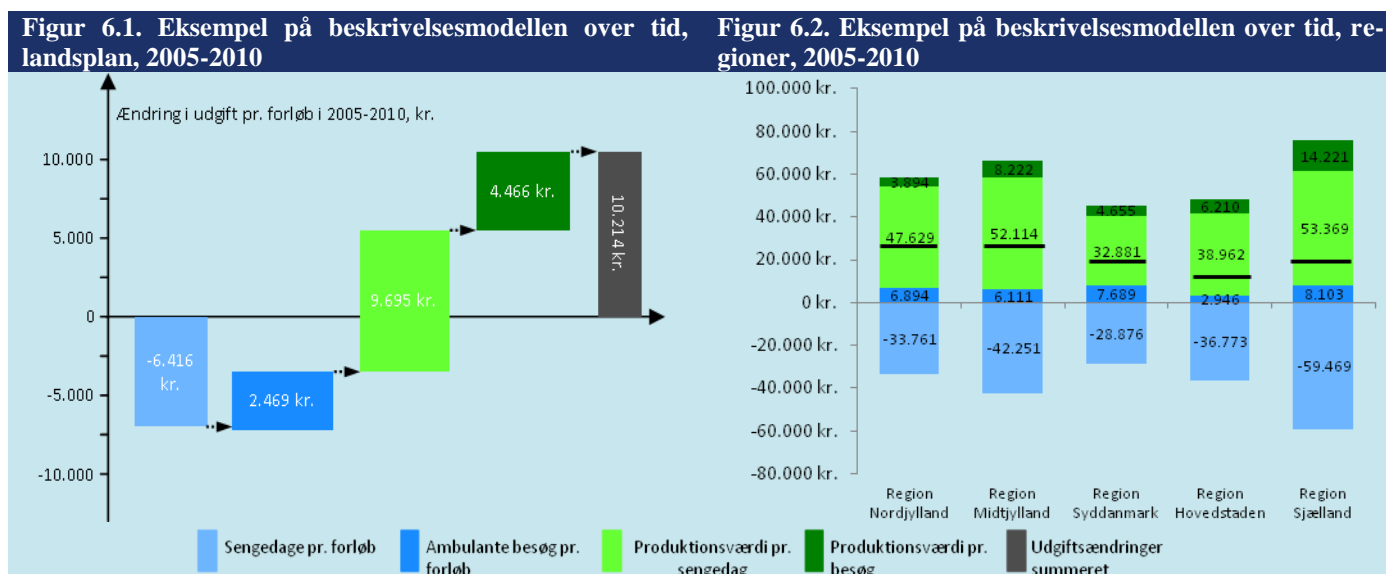
6.3 Beskrivelsesmodel for udviklingen i patientforløb

Forløbsmetoden beskriver aktivitet med et mål, produktionsværdi, *jf. kapitel 2*. Udviklingen i produktionsværdi pr. forløb i perioden 2005-2010 kan, *jf. boks 6.1*, opdeles i ændringer i:

- Antal sengedage pr. forløb, *jf. den lyseblå kasse i figur 6.1*
- Antal ambulante besøg pr. forløb, *jf. den mørkeblå kasse i figur 6.1*
- Produktionsværdi pr. sengedag, *jf. den lysegrønne kasse i figur 6.1*
- Produktionsværdi pr. ambulante besøg, *jf. den mørkegrønne kasse i figur 6.1*

Figur 6.1 viser et eksempel på et område, hvor produktionsværdien pr. forløb er steget i perioden. På den ene side er antallet af sengedage pr. forløb faldet svarende til et fald i produktionsværdi pr. forløb på 6.400 kr., *jf. den lyseblå kasse*.

På den anden side er antallet af ambulante besøg steget svarende til en stigning på 2.500 kr. pr. forløb, *jf. den mørkeblå kasse*. Hertil kommer, at produktionsværdien pr. sengedag er steget svarende til 9.700 kr. pr. forløb, *jf. den lysegrønne kasse*. Derudover er produktionsværdien steget med 4.500 kr., fordi produktionsværdien pr. besøg er steget, *jf. den mørkegrønne kasse*. Den samlede udvikling er således, at produktionsværdien er steget med 10.200 kr. pr. forløb, *jf. den grå kasse*.



Figur 6.2 viser et eksempel, hvor beskrivelsesmodellen anvendes til at sammenligne udviklingen i regioner ved at stable de blå og grønne kasser for hver region. Den samlede vækst er illustreret med den sorte streg.

Beskrivelsesmodellen kan i princippet anvendes på alle sygdomsområder og niveauer, fx til at sammenligne udviklingen i aktivitet på meniskområdet på ortopædisk afdeling på Aalborg Sygehus. Beskrivelsesmodellen er særligt velegnet til at undersøge effekten af konkrete tiltag, fx en omlægning fra stationær til ambulante behandling.

På højere aggregationsniveauer giver beskrivelsesmodellen et overordnet billede af udviklingen i forløb, *jf. kapitel 7-10*. Hertil kommer, at metoden på visse områder kan bidrage til at forstå effekten af omlægning fra stationær til ambulante behandling, *jf. kapitel 10 om det ortopædiske område*.

Boks 6.1. Metode til beskrivelse af udvikling i produktionsværdi pr. forløb.

Produktionsværdien i 2010 er opgjort som antal sengedage i 2010 * produktionsværdi pr. sengedag i 2010 + antal ambulante besøg i 2010 * produktionsværdi pr. ambulante besøg i 2010.

Til fastlæggelse af de enkelte faktorer betydning for den samlede ændring i produktionsværdien fra 2005 til 2010 beregnes ved følgende 4 spørgsmål:

- 1) Hvad ville produktionsværdien have været i 2010, hvis sengedagene havde været uændret i forhold til 2005?
- 2) Hvad ville produktionsværdien have været i 2010, hvis ambulante besøg havde været uændret i forhold til 2005?
- 3) Hvad ville produktionsværdien have været i 2010, hvis produktionsværdien pr. sengedag havde været uændret i forhold til 2005?
- 4) Hvad ville produktionsværdien have været i 2010, hvis produktionsværdien pr. ambulante besøg havde været uændret i forhold til 2005?

Det svarer til på skift at udskifte en af de fire faktorer, som bruges til beregning af produktionsværdien pr. forløb, med tal for 2005 niveauet. For hvert af disse fire spørgsmål sammenholdes resultat med det faktiske resultat.

Forskellen mellem den hypotetiske opgørelse med den fastholdte faktor på 2005 niveau med det faktiske niveau i 2010 udgør faktorens betydning for udviklingen.

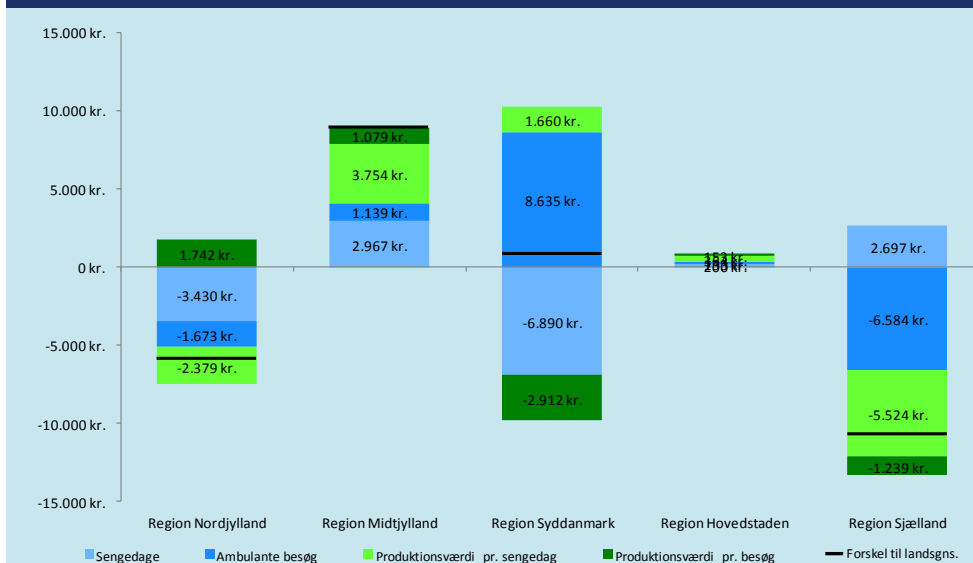
6.4 Beskrivelsesmodel for forskelle i patientforløb mellem enheder

Forskelle mellem enheder, fx regioner, kan også beskrives ud fra i de fire variabler. I stedet for at sammenligne med udgangspunktet som i beskrivelsesmodellen for udvikling, sammenlignes de enkelte enheder med landsgennemsnittet, *jf. boks 6.2*.

Figur 6.3 viser et eksempel på et sygdomsområde, hvor regionerne sammenlignes i 2010. På den ene side viser figuren, at Region Nordjylland har færre sengedage og ambulante besøg pr. forløb end landsgennemsnittet svarende til hhv. ca. 3.400 og 1.700 kr. pr. forløb, *jf. de blå kasser i figuren*. Hertil kommer, at Region Nordjylland har lavere produktionsværdi pr. sengedag svarende til ca. 2.400 kr. pr. forløb, *jf. den lysegrønne kasse*.

På den anden side har Region Nordjylland højere produktionsværdi pr. ambulante besøg end landsgennemsnittet svarende til ca. 1.700 kr. pr. forløb, *jf. den mørkegrønne kasse*. Samlet er produktionsværdien pr. forløb i Region Nordjylland således 5.740 kr. lavere end landsgennemsnittet, *jf. den sorte streg i figuren*.

Figur 6.3: Eksempel på beskrivelsesmodellen for forskelle mellem regioner



Kilde: Landspatientregistret.

Beskrivelsesmodellen for forskelle mellem enheder kan – ligesom beskrivelsesmodellen over tid – i princippet anvendes på alle sygdomsområder og niveauer, fx til at sammenligne aktiviteten på ortopædisk afdeling på Aalborg Sygehus med aktiviteten på en anden ortopædisk afdeling. Også på højere niveauer kan beskrivelsesmodellen anvendes til fx at undersøge forskelle mellem regioner på kræftområdet, *jf. kapitel 8*.

Boks. 6.2. Metode til beskrivelse af variation i produktionsværdi mellem enheder.

Produktionsværdien i 2010 er opgjort som antal sengedage i 2010 * produktionsværdi pr. sendag i 2010 + antal ambulante besøg i 2010 * produktionsværdi pr. ambulante besøg i 2010.

Til fastlæggelse af de enkelte faktorerets betydning i forhold til den regionale variation i 2010 foretages efter samme metode som i boks 1, blot er det ikke på skift 2005 niveauet der indsættes men landsgennemsnittet i 2010. Det vil sige den samlede produktionsværdien 2010 i Region X i forhold til landsgennemsnittet beregnes ved følgende 4 spørgsmål:

- 1) Hvad ville produktionsværdien have været i Region X, hvis sengedagene havde været som på landsplan?
- 2) Hvad ville produktionsværdien have været i Region X, hvis ambulante besøg havde været som på landsplan?
- 3) Hvad ville produktionsværdien have været i Region X, hvis produktionsværdien pr. sengedag havde været som på landsplan?
- 4) Hvad ville produktionsværdien have været i Region X, hvis produktionsværdien pr. ambulante besøg havde været som på landsplan?

Det svarer til på skift at udskifte en af de fire faktorer, som bruges til beregning af produktionsværdien pr. forløb, med landsniveauet

For hvert af disse fire spørgsmål sammenholdes resultat med det faktiske resultat.

Forskellen mellem den hypotetiske opgørelse med den fastholdte faktor på landsniveau med det faktiske regionale niveau i 2010 udgør faktorens betydning.

6.5 Beskrivelsesmodeller, ikke forklaringsmodeller

I forhold til tolkningen af resultaterne i de følgende kapitler skal man være opmærksom på, at modellerne beskriver aktiviteten. De forklarer den ikke. Der kan være flere forklaringer på udviklingen i aktivitet fx et politisk ønske om at højne kvaliteten på kræftområdet, at der udføres flere efterkontroller, og at sygdomsbilledet har ændret sig, *jf. kapitel 5*. Det skal man være særligt opmærksom på i forhold til kræftområdet, som i de senere år har gennemgået en større udvikling såvel fagligt, teknologisk som politisk.

Tilsvarende kan der være flere forklaringer på forskelle mellem enheder, fx casemix, arbejdsdeling, produktivitet og arbejdstilrettelæggelse.

Beskrivelsesmodellen afprøves også på sygehusniveau, hvor forskellene i casemix mv. er større end på regionsniveau. Derfor skal tolkninger på sygehusniveau foretages med betydelig varsomhed. For at få det fulde udbytte af beskrivelsesmodellerne på sygehusniveau er nødvendigt med et dybere kendskab til konkrete regionale forhold.

Hertil kommer, at produktionsværdien udregnes ud fra landsgennemsnitlige DRG-takster. På landsplan og på regionsniveau vil DRG-taksterne være et validt mål for udgifterne. På lavere aggregationsniveauer vil de landsgennemsnitlige takster derimod være et forholdsvist groft mål for udgifterne, fordi afvigelserne mellem de faktiske udgifter og DRG-taksterne vil være større, desto lavere aggregationsniveau. På sigt vil analyserne kunne foretages på data fra omkostningsdatabasen, og det vil kunne give et mere validt billede af udgifterne på sygehusniveau.

7. Specialerne medicin og kirurgi

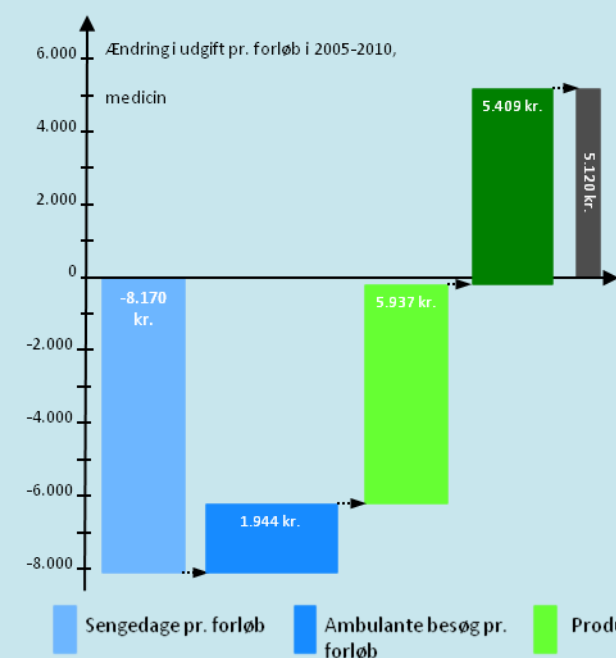
Nærværende kapitel anvender den forløbsmetode og beskrivelsesmodel, der blev opstillet i kapitel 6, på specialerne medicin og kirurgi. Fordelen ved forløbsmetoden er, at den tager udgangspunkt i samlede forløb, og ikke dermed ikke beskriver udskrivinger og ambulante hver for sig. Forløbsmetoden og beskrivelsesmodellen dermed giver en bedre beskrivelse af udviklingen i behandlingen på konkrete sygdomsområder, som for eksempel medicin og kirurgi.

På det *medicinske område* er der sket en reduktion i liggetid på 0,9 dage svarende til 24 pct. i perioden 2005-2010. Samtidig er der sket en stigning i antallet af ambulante besøg pr. forløb på 0,4 besøg svarende til 9 pct. i perioden 2005-2010.

Produktionsværdien pr. forløb er steget med ca. 5.100 kr. siden 2005 til ca. 34.400 kr. i 2010, jf. figur 7.1. På den ene side svarer faldet i liggetid til et fald i produktionsværdi på 8.170 kr. pr. forløb. På den anden side overstiges faldet af, at antallet besøg er steget svarende til ca. 1.900 kr. pr. forløb, og at produktionsværdien pr. sengedag og pr. besøg er steget svarende til hhv. ca. 5.900 og ca. 5.400 kr. pr. forløb.

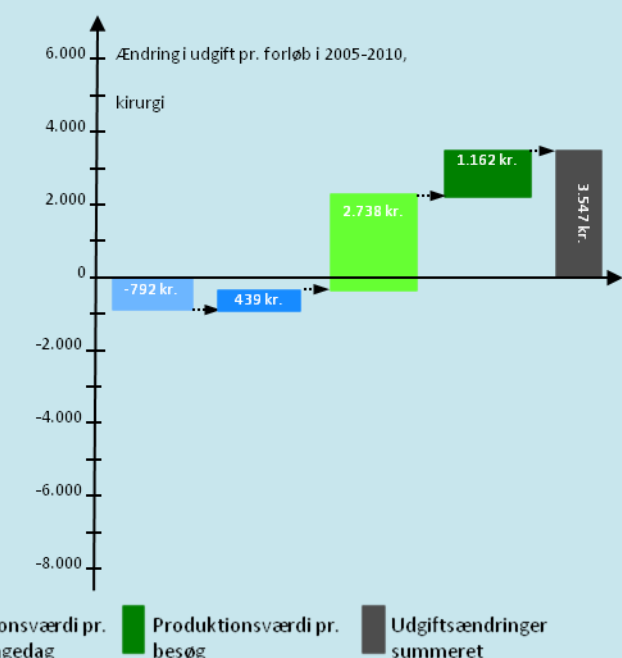
På det *kirurgiske område* er liggetiden faldet marginalt, mens antallet af ambulante besøg pr. forløb er steget med 0,1 besøg svarende til 4 pct. i perioden 2005-2010. På den ene side svarer faldet i liggetid til en reduktion i produktionsværdi pr. forløb på ca. 800 kr., jf. figur 7.2. På den anden side er antallet af ambulante besøg samt produktionsværdien pr. sengedag og pr. ambulant besøg steget svarende til hhv. ca. 400 kr., 2.700 kr. og 1.200 kr. pr. forløb

Figur 7.1. Vækst i produktionsværdi pr. forløb, medicin, 2005-2010



Kilde: Landspatientregisteret

Figur 7.2. Vækst i produktionsværdi pr. forløb, kirurgi, 2005-2010



Kilde: Landspatientregisteret

7.1 Udvikling på det medicinske og kirurgiske område

Aktiviteten i specialerne medicin og kirurgi udgør mellem 85 pct. og 88 pct. af den samlede produktionsværdi i perioden 2005 til 2010. Andelen af den samlede produktionsværdien i de to specialer er stort set konstant i perioden 2005-2010. Medicin er steget fra en andel på 43 pct. i 2005 til 44 pct. i 2010, mens kirurgi tilsvarende er faldet – dog noget mere – fra 45 pct. i 2005 til 41 pct. i 2010.

Antallet af unikke patienter i specialet medicin er siden 2005 steget med ca. 146.000 patienter til ca. 817.000 unikke patienter i 2010. Omvendt er antallet af unikke patienter i specialet kirurgi siden 2005 faldet med ca. 57.000 til knap 1,4 mio. unikke patienter i 2010.

I alt er den gennemsnitlige produktionsværdi pr. patient steget med ca. 5.000 kr. fra 2005 til 2010 for en medicinsk patient, og udgjorde ca. 34.400 kr. i 2010, *jf. tabel 7.1*, mens den gennemsnitlige produktionsværdi for en kirurgisk patient er steget med ca. 3.500 kr. i samme periode til ca. 18.400 kr. i 2010, *jf. tabel 7.2*.

For medicinske patienter varierer den gennemsnitlige produktionsværdi pr. patient i 2010 fra ca. 32.000 kr. (Region Syddanmark) til godt 38.000 kr. (Region Sjælland), For kirurgiske patienter er variationen er relativ større: produktionsværdien pr. patient er mellem 16.000 kr. og 21.000 kr. i 2010.

Boks 7.1: Afgrænsning af aktivitet

Aktiviteten i dette kapitel afgrænses til den behandling en patient har modtaget inden for et år inden for hhv. den medicinske og kirurgiske specialeblok. Denne metode kan bl.a. indebære, at behandling, der ikke direkte relaterer sig til det konkrete sygdomsforløb medtages, men den sikrer omvendt, at væsentlige dele som fx forundersøgelser og efterbehandling indgår i analyserne.

Når patienternes behandling har skullet værdisættes, har der af tekniske hensyn været nødvendigt at afgrænse patientforløb til den behandling, der er modtaget inden for et kalenderår. En konsekvens af dette vil uvilkårligt være, at nogle forløb er blevet splittet kunstigt op.

I indeværende kapitel vedrørende medicin og kirurgi er region lig med bopælsregionen, mens hele patientforløbet i de efterfølgende kapitler er tildelt den sygehusregion, som har stået for hovedparten af behandlingen, selvom ansvaret reelt kan have været delt mellem flere regioner. Den valgte fordelingsmetode bygger på, at patientforløb samlet set tildeles den sygehusregion, hvor de fleste vægtede forløbsdage har været placeret.

Kilde: Landspatientregistret.

Tabel 7.1. Regionsudvikling indenfor medicin. Antal sengedage og ambulante besøg pr. patientforløb samt pris pr. sengedag og besøg

Gennemsnitligt antal sengedage pr. patientforløb						
Bopælsregion	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	4,2	4,1	3,8	3,8	3,5	3,3
Region Midtjylland	3,4	3,2	3,1	3,1	2,8	2,7
Region Syddanmark	3,3	3,2	2,9	2,8	2,5	2,3
Region Hovedstaden	3,9	3,8	3,6	3,5	3,3	2,9
Region Sjælland	4,2	4,2	4,1	4,0	3,8	3,4
Hele landet	3,7	3,6	3,5	3,4	3,1	2,8
Gennemsnitligt antal ambulante besøg pr. patientforløb						
Bopælsregion	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	3,5	3,6	3,9	3,8	4,1	3,8
Region Midtjylland	4,0	4,0	4,2	4,1	4,3	4,3
Region Syddanmark	4,1	4,2	4,4	4,4	4,8	4,9
Region Hovedstaden	4,8	4,8	4,9	4,9	5,2	5,1
Region Sjælland	4,3	4,4	4,5	4,5	4,7	4,8
Hele landet	4,3	4,3	4,5	4,5	4,7	4,7
Gennemsnitligt produktionsværdi pr sengedag (målt i kr. og faste priser)						
Bopælsregion	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	5.005	5.000	5.422	5.683	6.039	6.131
Region Midtjylland	5.616	5.809	6.178	6.542	7.220	7.530
Region Syddanmark	5.516	5.765	5.991	6.214	6.803	7.244
Region Hovedstaden	4.941	5.052	5.400	5.634	6.158	6.732
Region Sjælland	5.043	5.122	5.418	5.603	5.894	6.402
Hele landet	5.217	5.350	5.680	5.933	6.437	6.870
Gennemsnitligt produktionsværdi pr ambulante besøg (målt i kr. og faste priser)						
Bopælsregion	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	2.565	2.940	3.042	3.236	3.196	3.309
Region Midtjylland	2.304	2.712	2.810	3.067	3.210	3.254
Region Syddanmark	2.225	2.610	2.804	2.936	2.965	3.190
Region Hovedstaden	2.235	2.503	2.669	2.825	2.949	2.983
Region Sjælland	2.364	2.743	2.955	3.143	3.301	3.529
Hele landet	2.294	2.642	2.802	2.981	3.075	3.187
Gennemsnitligt produktionsværdi pr patientforløb (målt i kr. og faste priser)						
Bopælsregion	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	29.810	31.260	32.646	33.920	34.004	32.496
Region Midtjylland	28.614	29.791	31.005	32.569	33.938	34.398
Region Syddanmark	27.249	29.126	30.112	30.520	30.963	32.094
Region Hovedstaden	29.767	31.169	32.605	33.865	35.613	34.822
Region Sjælland	31.465	33.278	35.610	36.415	37.772	38.423
Hele landet	29.297	30.810	32.206	33.256	34.358	34.418

Kilde: Landspatientregistret

Tabel 7.2. Regionsudvikling indenfor kirurgi. Antal sengedage og ambulante besøg pr. patientforløb samt pris pr. sengedag og besøg

Gennemsnitlig antal sengedage pr. patientforløb						
Bopælsregion	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	1,5	1,6	1,5	1,7	1,6	1,5
Region Midtjylland	1,2	1,2	1,2	1,2	1,1	1,0
Region Syddanmark	1,3	1,3	1,3	1,3	1,2	1,1
Region Hovedstaden	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4
Region Sjælland	1,3	1,3	1,2	1,3	1,4	1,5
Hele landet	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3
Gennemsnitlig antal ambulante besøg pr. patientforløb						
Bopælsregion	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	2,3	2,4	2,5	2,4	2,6	2,6
Region Midtjylland	2,4	2,4	2,5	2,3	2,4	2,5
Region Syddanmark	2,4	2,5	2,6	2,5	2,6	2,7
Region Hovedstaden	2,6	2,6	2,5	2,4	2,6	2,7
Region Sjælland	2,5	2,5	2,5	2,4	2,5	2,6
Hele landet	2,5	2,5	2,5	2,4	2,6	2,6
Gennemsnitlig produktionsværdi pr. sengedag (målt i kr. og faste priser)						
Bopælsregion	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	7.069	7.295	7.867	7.860	8.786	8.929
Region Midtjylland	7.521	7.847	8.319	8.563	9.488	9.829
Region Syddanmark	7.465	7.744	8.249	8.463	9.252	9.851
Region Hovedstaden	6.736	7.068	7.459	7.514	8.332	8.925
Region Sjælland	7.160	7.458	7.907	7.690	8.184	8.705
Hele landet	7.159	7.461	7.924	8.000	8.785	9.271
Gennemsnitlig produktionsværdi pr. ambulant besøg (målt i kr. og faste priser)						
Bopælsregion	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	2.291	2.411	2.503	2.691	2.788	2.850
Region Midtjylland	2.162	2.279	2.386	2.357	2.408	2.396
Region Syddanmark	2.244	2.368	2.399	2.384	2.552	2.604
Region Hovedstaden	2.064	2.177	2.212	2.312	2.439	2.578
Region Sjælland	2.060	2.185	2.187	2.183	2.432	2.623
Hele landet	2.142	2.262	2.314	2.349	2.488	2.571
Gennemsnitlig produktionsværdi pr patientforløb (målt i kr. og faste priser)						
Bopælsregion	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	16.251	17.136	17.610	19.750	20.955	20.953
Region Midtjylland	14.493	15.271	16.057	15.416	15.868	16.096
Region Syddanmark	15.527	16.273	16.646	16.468	17.669	17.932
Region Hovedstaden	14.365	15.006	15.112	15.762	17.924	19.289
Region Sjælland	14.434	15.141	15.316	15.000	17.693	19.765
Hele landet	14.883	15.608	15.970	16.100	17.645	18.430

Kilde: Landspatientregistret

7.2 Medicin – reduktion i liggetid og ambulant behandling

Det gennemsnitlige antal sengedage varierer med ca. 0,5 mellem regionerne i 2010 både for medicinske og kirurgiske patienter, *jf. tabel 7.1 og 7.2*. Niveauerne er dog forskelle for de to patientty-

per, idet en medicinsk patient i gennemsnit havde 2,8 sengedage på sygehuset, mens en kirurgisk patient i gennemsnit var 1,3 dage på sygehuset i 2010.

For medicinske patienter faldt antallet af sengedage pr. patient i perioden 2005-2010 med ca. 1 dag, jf. tabel 7.1. For kirurgiske patienter er der ingen ændring i perioden. Dog er der en tendens til større spredning mellem regionerne i 2010, jf. tabel 7.2.

Det gennemsnitlige ambulante besøg pr. medicinsk patient er steget med ca. 0,5 siden 2005 til 4,7 i 2010, mens det gennemsnitlige ambulante besøg pr. kirurgisk patient kun er steget svagt til 2,6 i 2010.

Den gennemsnitlige produktionsværdi pr. sengedag og pr. ambulante besøg er steget i hele perioden både på landsplan og i regionerne. På det medicinske område er den steget med 5.120 kr., mens den på det kirurgiske område er steget med 3.547 kr.

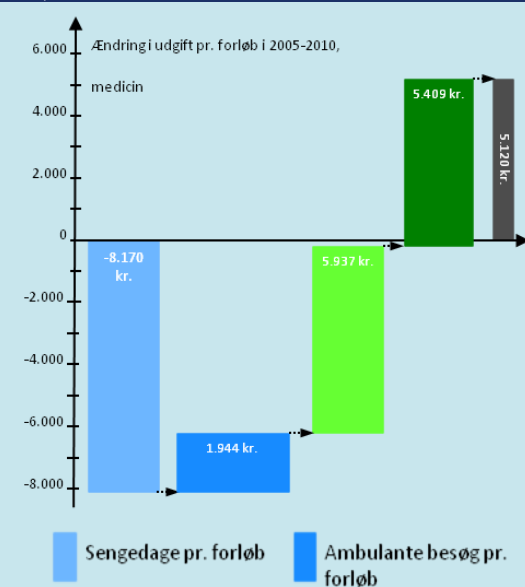
7.3 Medicin - udvikling i produktionsværdi pr. patient

Figur 7.1 og 7.2 viser, hvordan antallet af sengedage, ambulante besøg, produktionsværdi pr. sengedag og produktionsværdi pr. besøg bidrager til væksten i produktionsværdien, jf. boks 7.1 for metode til fastsættelse af faktorer over tid.

For medicinske patienter bidrager reduktionen i antallet af sengedage pr. patient til et fald i produktionsværdien pr. patient (8.170 kr.), jf. figur 7.1. Reduktionen produktionsværdi pr. patient overstiges dog af flere ambulante besøg pr. patient (1.944 kr.), højere produktionsværdi pr. sengedag (5.937 kr.) og højere produktionsværdi pr. ambulante besøg (5.409 kr.). Samlet er produktionsværdien pr. patient således steget med 5.120 kr. siden 2005.

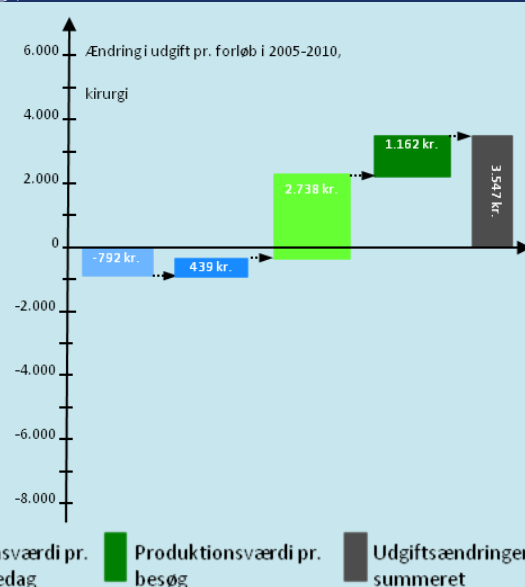
På det kirurgiske område bidrager reduktionen i antallet af sengedage pr. patient til et fald i produktionsværdien pr. patient (792 kr.), jf. figur 7.2. Det er betydeligt mindre end på det medicinske område. Faldet overstiges af, at flere ambulante besøg pr. patient (439 kr.), højere produktionsværdi pr. sengedag (2.738 kr.) og ambulante besøg (1.162 kr.). Tilsammen er produktionsværdien pr. patient steget med 3.547 kr.

Figur 7.1. Vækst i produktionsværdi pr. forløb, medicin, 2005-2010



Kilde: Landspatientregisteret

Figur 7.2. Vækst i produktionsværdi pr. forløb, kirurgi, 2005-2010



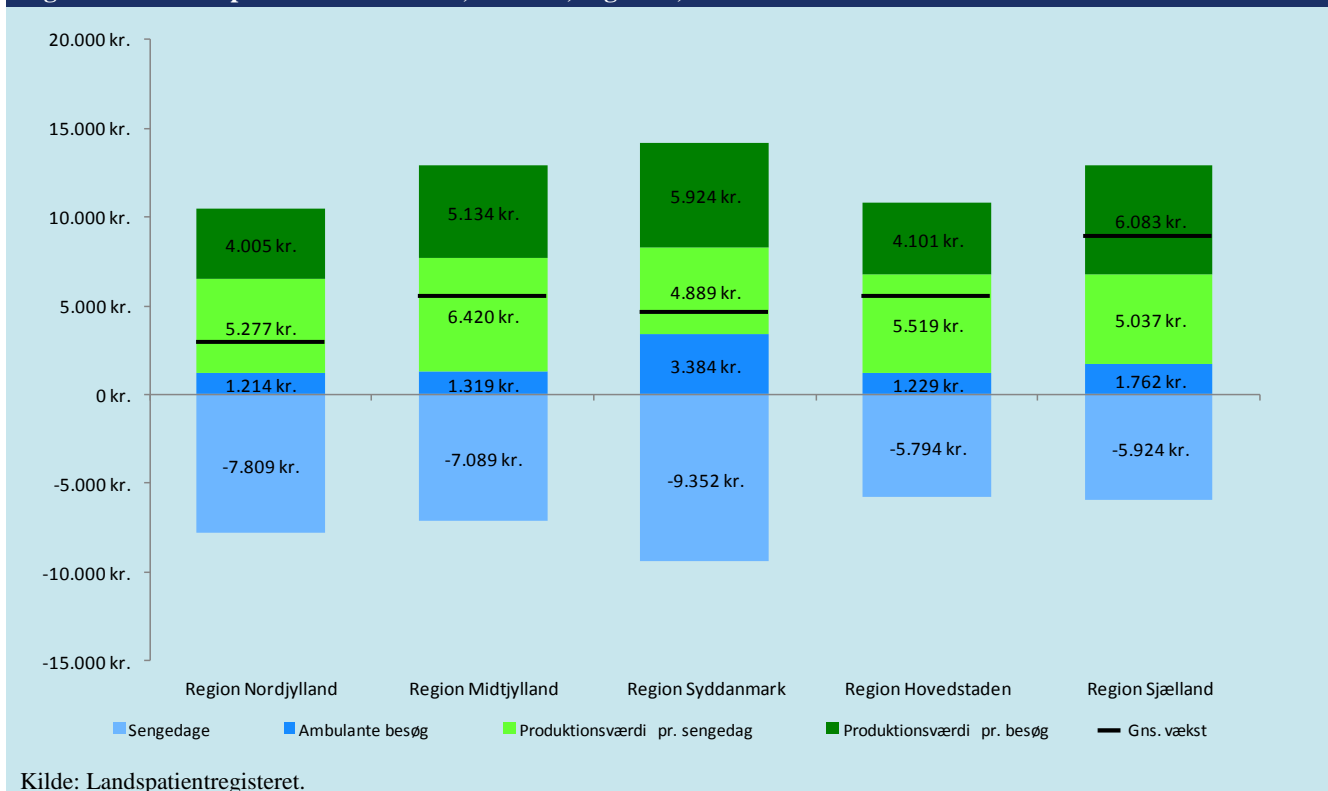
Kilde: Landspatientregisteret

7.4 Medicin – forskelle i udviklingen mellem regioner

Figur 7.3 og 7.4 viser ændringen i produktionsværdi pr. patient opdelt på de 4 faktorer for hver region for hhv. medicin og kirurgi. For medicin har reduktionen i sengedage pr. patient i alle regioner bidraget til et betydeligt fald i produktionsværdien pr. patient *jf. figur 7.3*. Reduktionen overstiges dog i alle regionerne af stigninger i antallet af ambulante besøg pr. patient, og højere produktionsværdi pr. sengedag og pr. ambulante besøg.

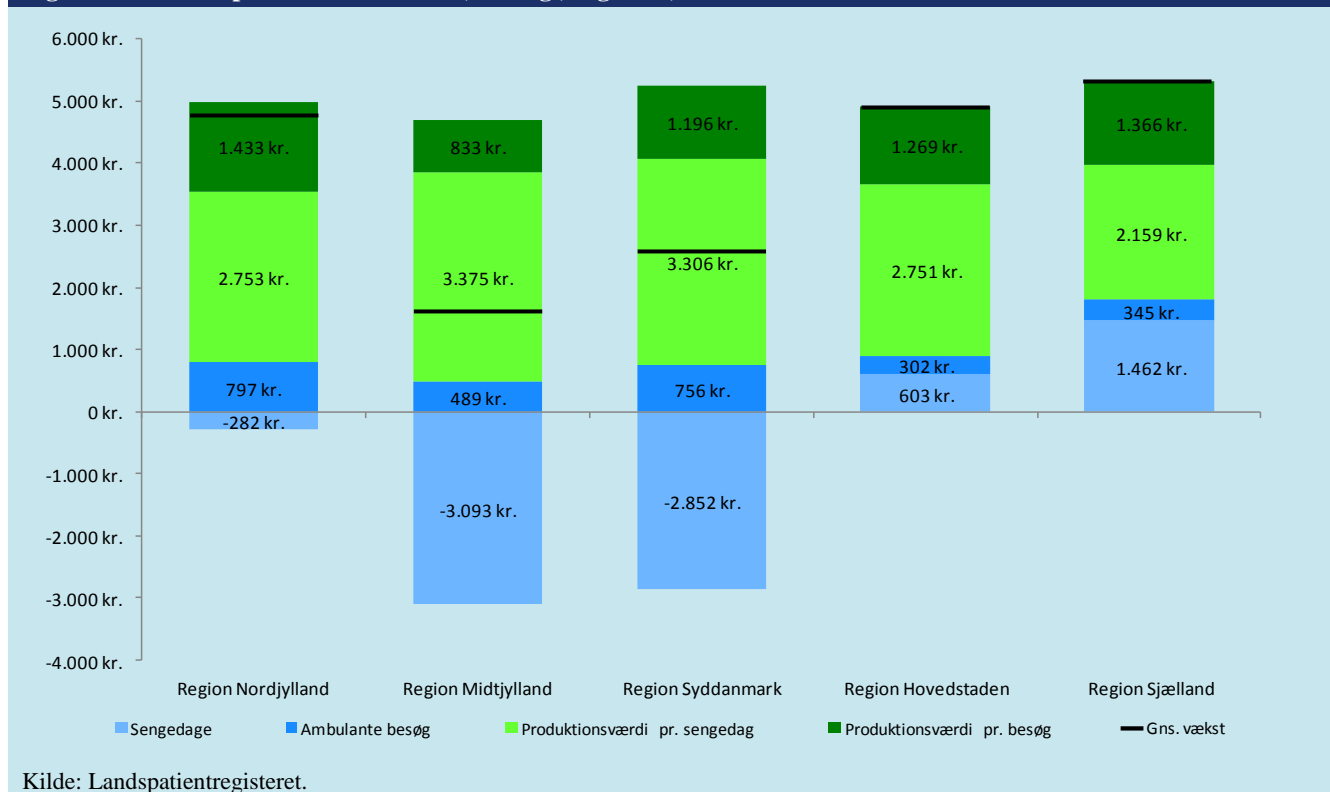
I Region Syddanmark er stigningen i antallet af ambulante besøg pr. patient større end i de andre regioner. Da Region Syddanmark også har haft den største reduktion i antal sengedage pr. patient, tyder det på, at der her har fundet en større omlægning til ambulante behandling sted. Den gennemsnitlige vækst i produktionsværdien pr. patient ligger også relativt lav.

Figur 7.3. Vækst i produktionsværdien, medicin, regioner, 2005-2010



På det kirurgiske område adskiller Region Midtjylland og Region Syddanmark sig ved væsentlig lavere vækst i produktionsværdi pr. patient i perioden. Det skyldes især en større reduktion i sengedage pr. patient, *jf. figur 7.4*.

Figur 7.4. Vækst i produktionsværdien, kirurgi, regioner, 2005-2010

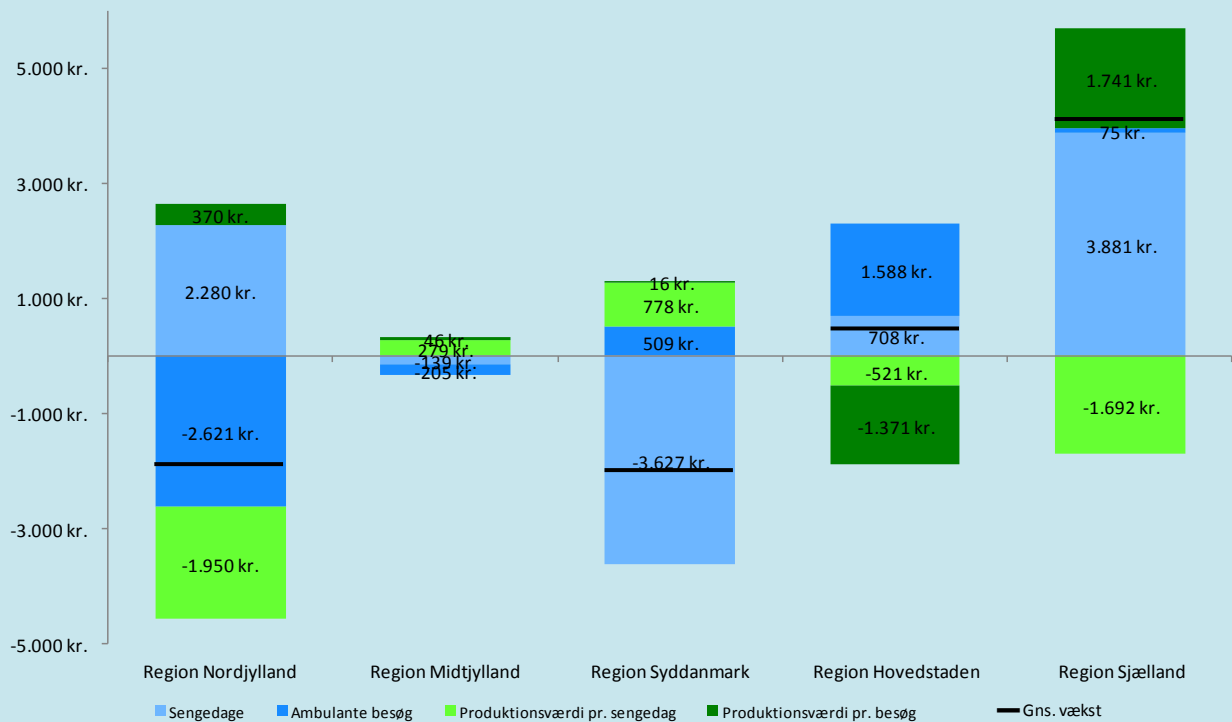


7.5 Medicin – forskelle mellem regioner i 2010

Afsnit 7.3 og 7.4 analyserede udviklingen i produktions pr. patient. Nærværende afsnit retter fokus mod forskellene i afvigelser fra landsgennemsnittet mellem regioner i 2010 for medicin og kirurgi.

På det medicinske område ligger Region Nordjylland og Region Syddanmark under den landsgennemsnitlige produktionsværdi pr. patient, *jf. figur 7.5*. For Region Nordjylland skyldes det færre ambulante besøg pr. patient og lavere udgifter pr. sengedag. For Region Syddanmark skyldes det færre sengedage pr. patient.

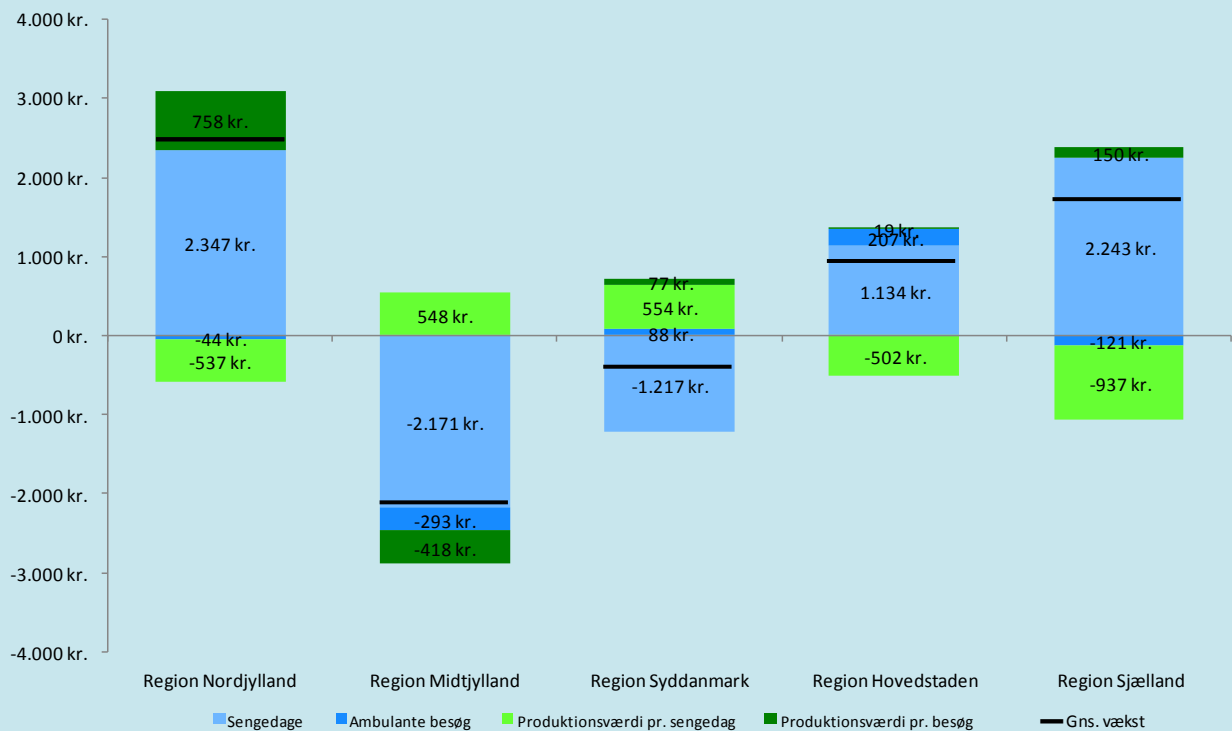
Figur 7.5. Variation i produktionsværdi pr. forløb, medicin, 2010



Kilde: Landspatientregisteret.

På det kirurgiske område ligger Region Midtjylland en del under landsgennemsnittet, hovedsagelig på grund af færre sengedage pr. patient. For de regioner, der ligger over landsgennemsnittet, er det hovedsageligt flere sengedage pr. patient, der gør forskellen, *jf. figur 7.6.*

Figur 7.6. Regional variation i 2010 indenfor kirurgi



Kilde: Landspatientregisteret.

8. Kræftområdet

8.1 Indledning og sammenfatning

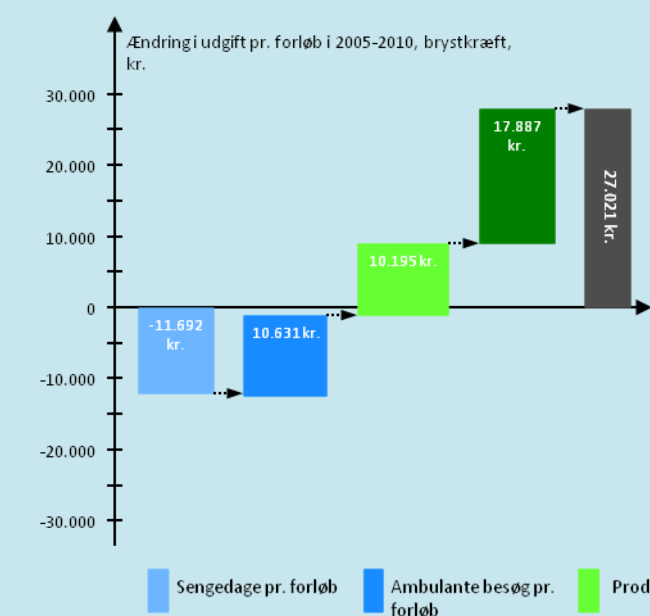
Kræftområdet har i de seneste år stået for en væsentlig del af stigningen produktionsværdi i sygehusvæsenet. Opgjort i produktionsværdi kan 2,5 mia. kr. af de 11. mia. kr., der er tilført sygehusvæsenet i perioden 2005-2010, henføres til kræftområdet. Hertil kommer, at produktionsværdien på kræftområdet udgjorde cirka 20 pct. af den samlede produktionsværdi.

De to kræftområder, hvor produktionsværdien er steget mest, er brystkræft (88 pct.) og prostatakræft (136 pct.). En stor del af den vækst skyldes, at produktionsværdien pr. patient er steget. På begge områder er liggetiden reduceret. Effekten heraf overstiges imidlertid af, at antallet af ambulante besøg pr. forløb og produktionsværdien pr. sengedag og pr. ambulante besøg er steget.

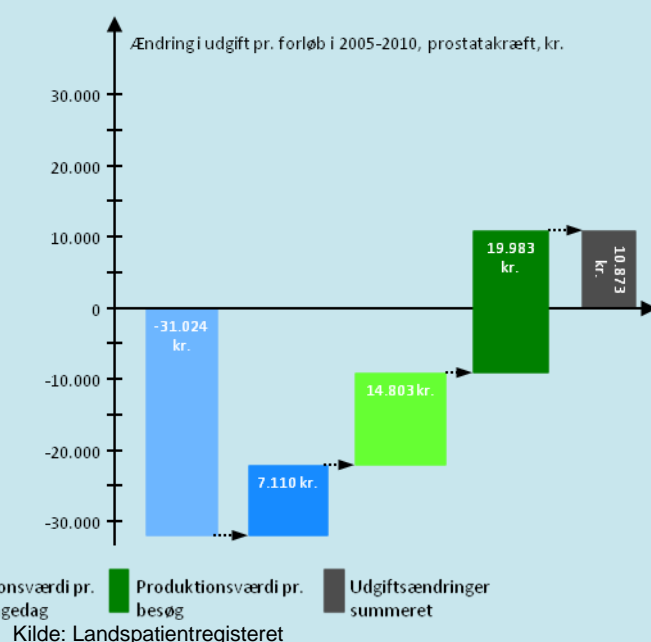
På *brystkræftområdet* er de steget med 27.000 kr. pr. forløb svarende til 43 pct., jf. figur 8.1. På den ene side svarer faldet i liggetid til en reduktion i produktionsværdi pr. forløb på ca. 12.000 kr. På den anden side svarer stigningen i antallet af ambulante besøg til ca. 10.600 kr. Derudover er produktionsværdien pr. sengedag og pr. besøg steget med hhv. ca. 10.200 kr. og ca. 17.900 kr. pr. forløb.

På *prostatakræftområdet* svarer reduktionen i liggetid til et fald i behandlingsudgifterne på ca. 31.000 kr. pr. forløb, jf. figur 8.2. Stigningen i ambulante besøg svarer til en stigning i produktionsværdi på ca. 7.100 kr. pr. forløb. Derudover svarer stigningen i produktionsværdi pr. sengedag og pr. ambulante besøg til hhv. ca. 14.800 kr. og 20.000 kr. pr. forløb. Samlet er produktionsværdien pr. forløb steget med ca. 11.000 kr.

Figur 8.1. Vækst i produktionsværdien indenfor brystkræft, 2005-2010



Figur 8.2. Vækst i produktionsværdien indenfor prostatakræft, 2005-2010

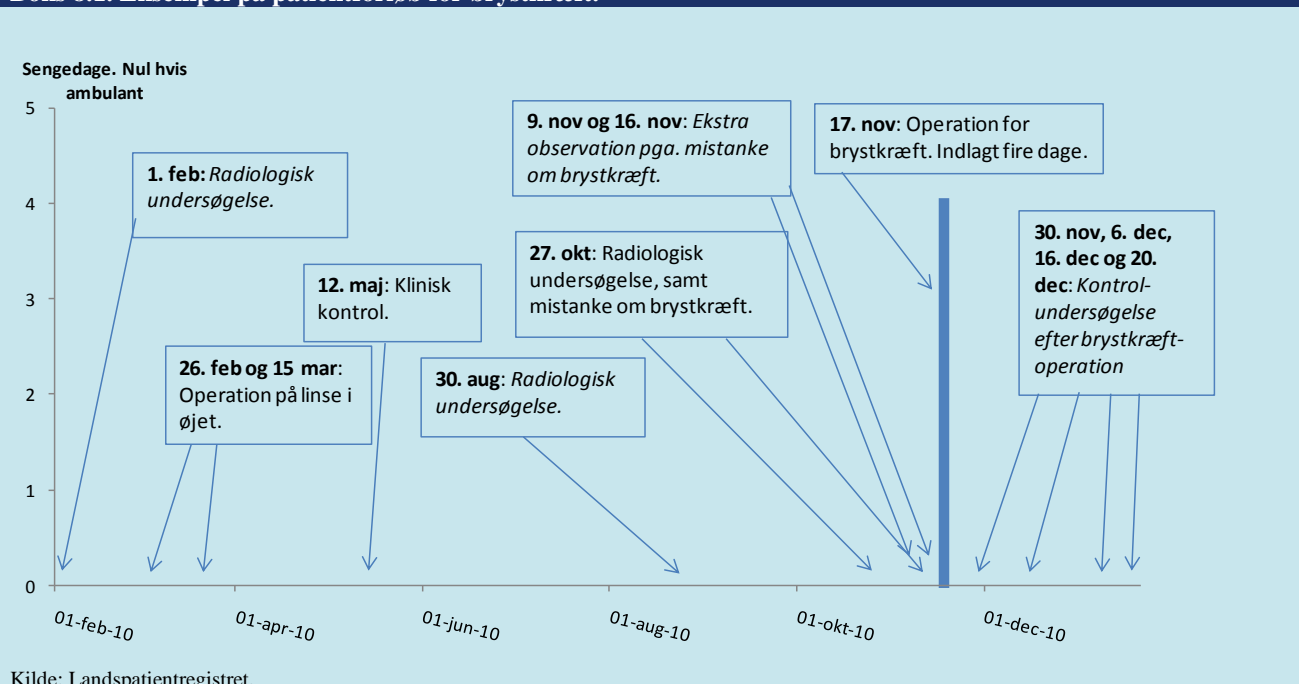


8.2 Afgrænsning af aktivitet

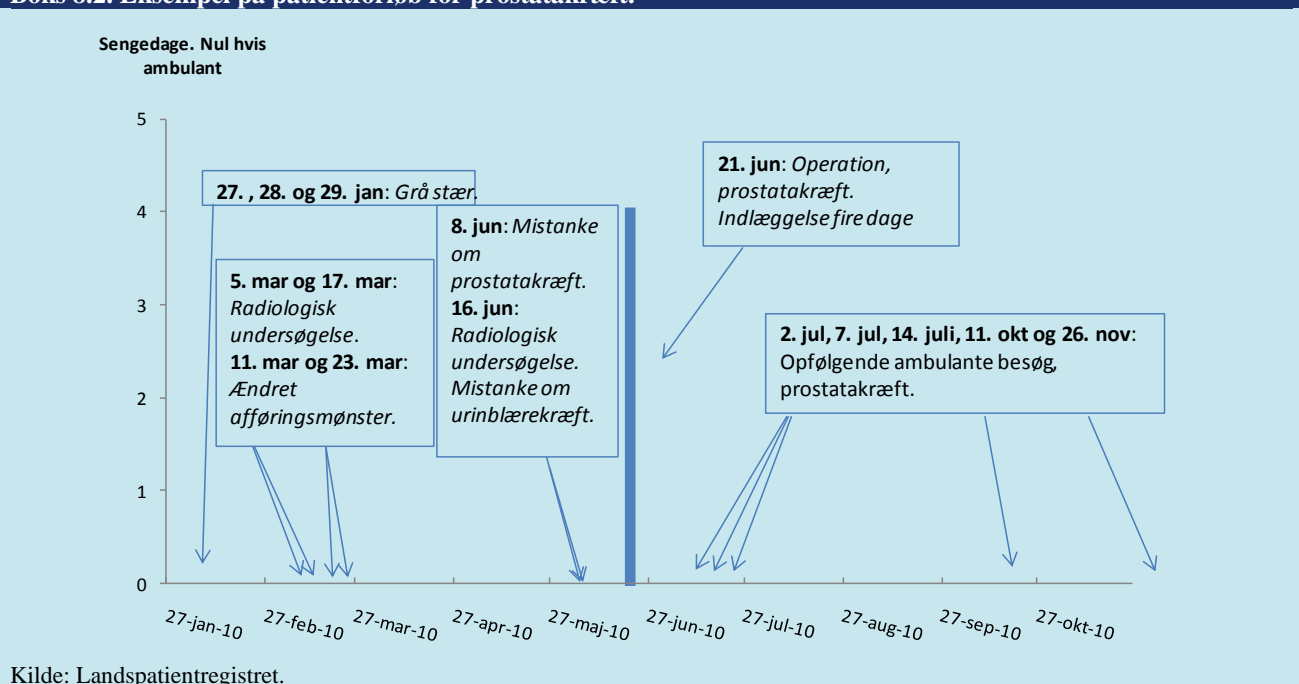
I de resterende kapitler om kræftområdet, hjerteområdet (kapitel 9) og det ortopædiske område (kapitel 10) er al den behandling en patient modtager inden for et år medregnet. På den ene side indebærer metoden, at behandling, der ikke direkte relaterer sig til det konkrete sygdomsforløb medtages, jf. eksemplet i boks 8.1, hvor en øjenoperation tildeles et kræftforløb.

På den anden side sikrer metoden, at væsentlige dele som fx forundersøgelser og efterbehandling indgår, jf. eksemplerne i boks 8.1 og 8.2, som illustrerer placering og hyppighed af forundersøgelser og kontrolbesøg samt den samlede værdi af disse.

Boks 8.1. Eksempel på patientforløb for brystkræft.



Boks 8.2. Eksempel på patientforløb for prostatakraft.



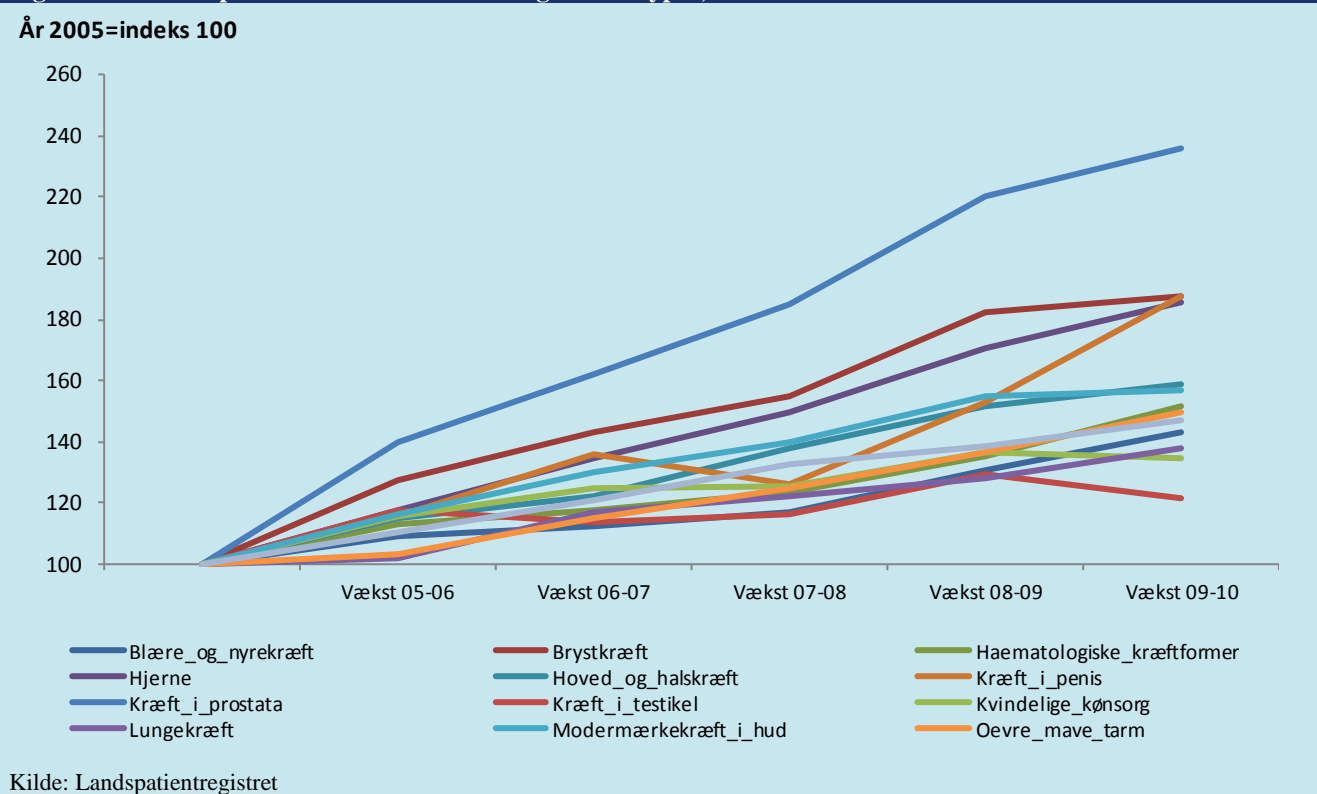
Af tekniske hensyn har det været nødvendigt at afgrænse patientforløb til den behandling, der er modtaget inden for et kalenderår. Derfor vil nogle forløb være splittet kunstigt op.

8.3 Udviklingen på kræftområdet generelt

Kræftområdet har i de seneste år stået for en væsentlig del af produktionsværdistigningen i det danske sygehusvæsen. I 2005 havde sygehusvæsenet en samlet produktionsværdi på 41,7 mia. kr., hvoraf 7,8 mia. kr. (19 pct.) kunne henføres til behandling af patienter med en kræftdiagnose. I 2010 var det hhv. 61,6 og 12,4 mia. kr. (dvs. at kræftandelen var 20 pct.).⁵

Samtlige kræftformer har oplevet vækst i produktionsværdien fra 2005 til 2010, jf. figur 8.3. Af de 12 kræftområder er prostatakraft og brystkræft vokset mest. Tabellen i bilagstabel 2 viser desuden, at såvel prostata- som brystkræft har en så stor volumen, at deres bidrag til den samlede vækst på kræftområdet må betegnes som væsentlig. Disse kræftformer vurderes derfor nærmere nedenfor.

Figur 8.3. Vækst i produktionsværdi for udvalgte kræfttyper, 2005-2010



8.4 Brystkræft – ændringer over tid

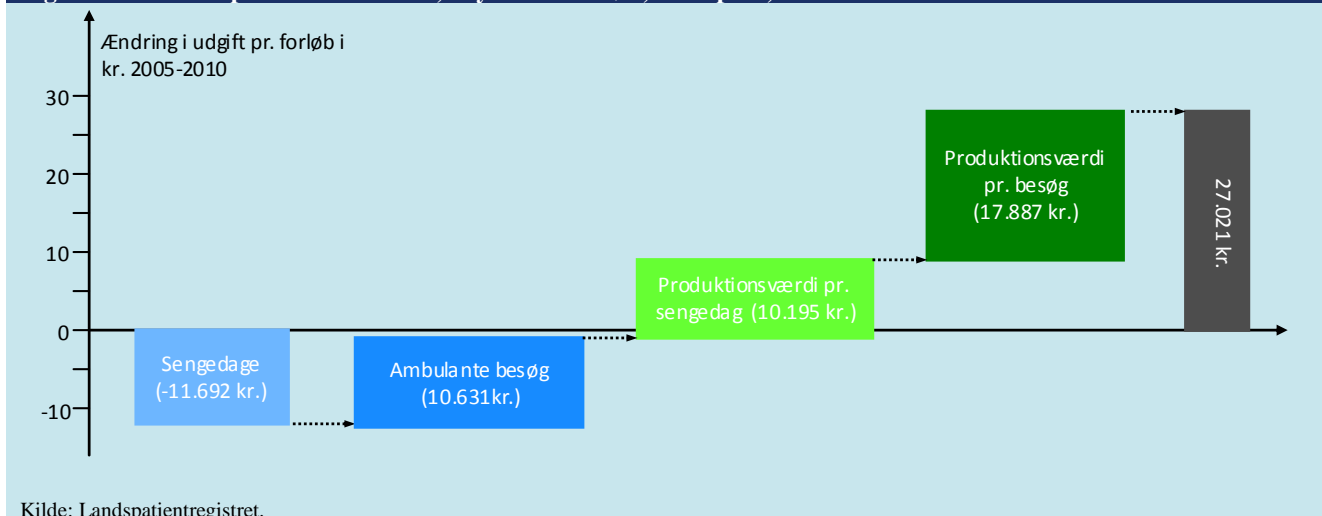
I beskrivelsen af produktionsværdien tages ligesom i forrige kapitel udgangspunkt i de to varighedsbegreber; sengedage og ambulante besøg pr. forløb samt de to tilhørende produktionsværdier pr. hhv. sengedag og ambulante besøg. Produktionsværdien for det samlede forløb er dermed lig sengedage gange DRG-kroner pr. sengedag plus antal ambulante besøg gange DAGS-kroner pr. besøg.

På landsplan er produktionsværdien steget med ca. 27.000 kr. pr. brystkræftforløb siden 2005 til 90.000 kr. i 2010 svarende til en stigning på ca. 43 pct., jf. figur 8.4. Færre sengedage svarer til et fald i produktionsværdien pr. patient på 11.692 kr.. Det overstiges af stigninger i produktionsværdi

⁵ Kilde: Det drg-grupperede Landspatientregister pr. 10.marts 2006 og pr. 10. marts 2011.

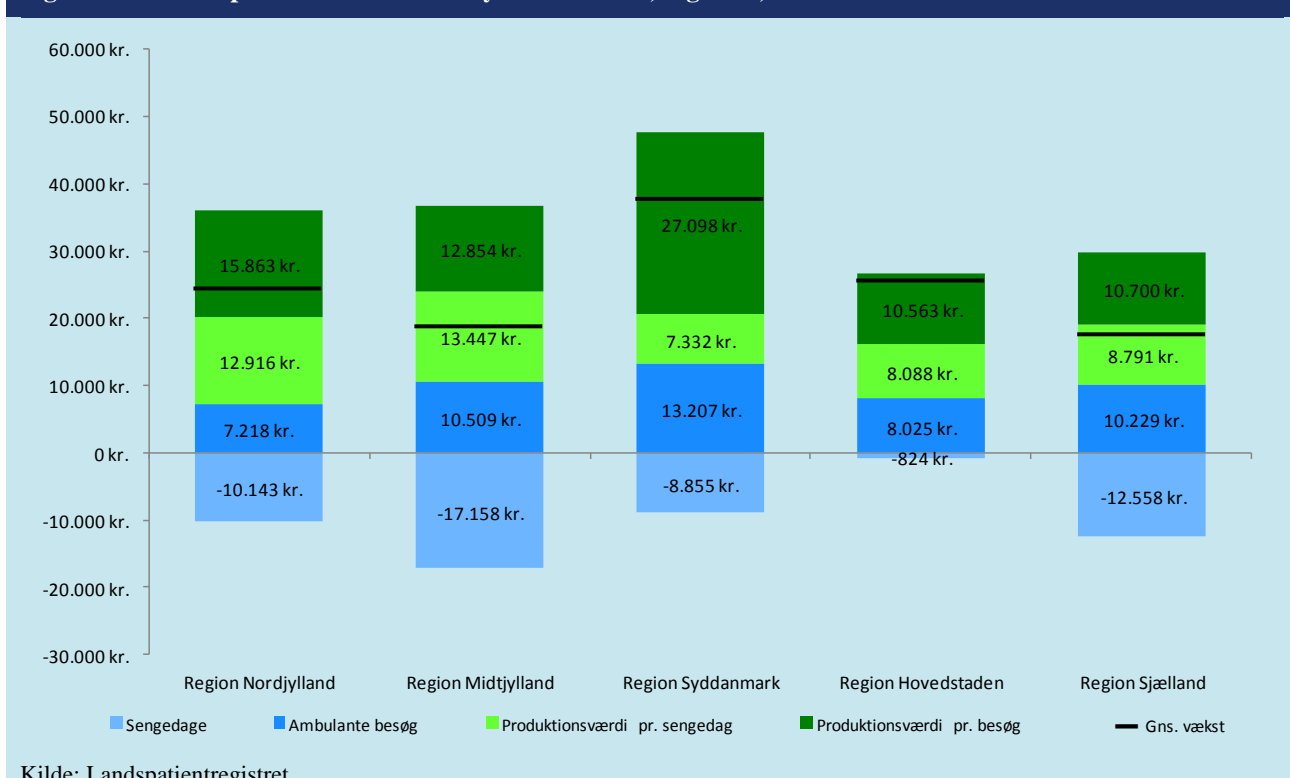
pr. patient på grund af flere ambulante besøg pr. patient (10.631 kr.), højere produktionsværdi pr. sengedag (10.195 kr.) og pr. ambulant besøg (17.887 kr.).

Figur 8.4. Vækst i produktionsværdi, brystkræftforløb, landsplan, 2005-2010



Region Midtjylland er den region, som har haft den største effekt af faldet i antallet af sengedage, mens Region Syddanmarks stigning i produktionsværdien pr. ambulant besøg har haft stor betydning for regionens samlede produktionsværdi, jf. figur 8.5. Det skal dog bemærkes, at udgangspunktet for Region Midtjylland i 2005 var, at regionen havde landets højeste antal sengedage pr. brystkræftpatient, og at Region Syddanmark tilsvarende kom fra landets laveste niveau med hensyn til værdi pr. besøg i 2005.

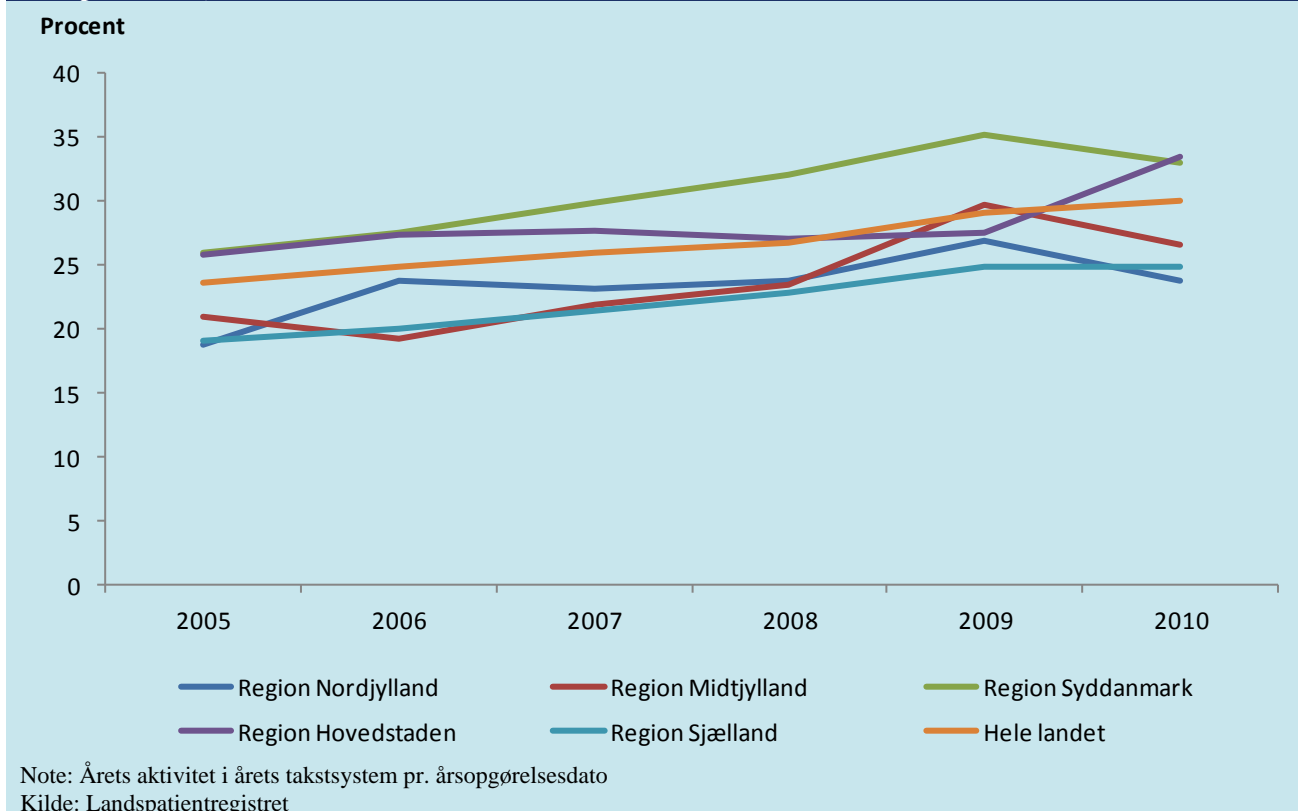
Figur 8.5. Vækst i produktionsværdi i brystkræftforløb, regioner, 2005-2010



Ser man nærmere på udviklingen i lange ambulante patientforløb er der sket en forskydning, så en større andel patienter i dag får mange besøg, jf. figur 8.6. Stigningen i lange patientforløb på

brystkræftområdet kan ikke begrundes med, at færre patienter overhovedet modtager stationær behandling. Som det fremgår af bilag 3 er andelen af brystkræftpatienter, som modtager såvel stationær som ambulante behandling meget stabil.

Figur 8.6. Udvikling i andele af patienter med brystkræft, som har haft flere end 14 besøg (øvre kvartil på landsplan i 2005)



8.5 Brystkræftforløb - forskelle mellem regioner i 2010

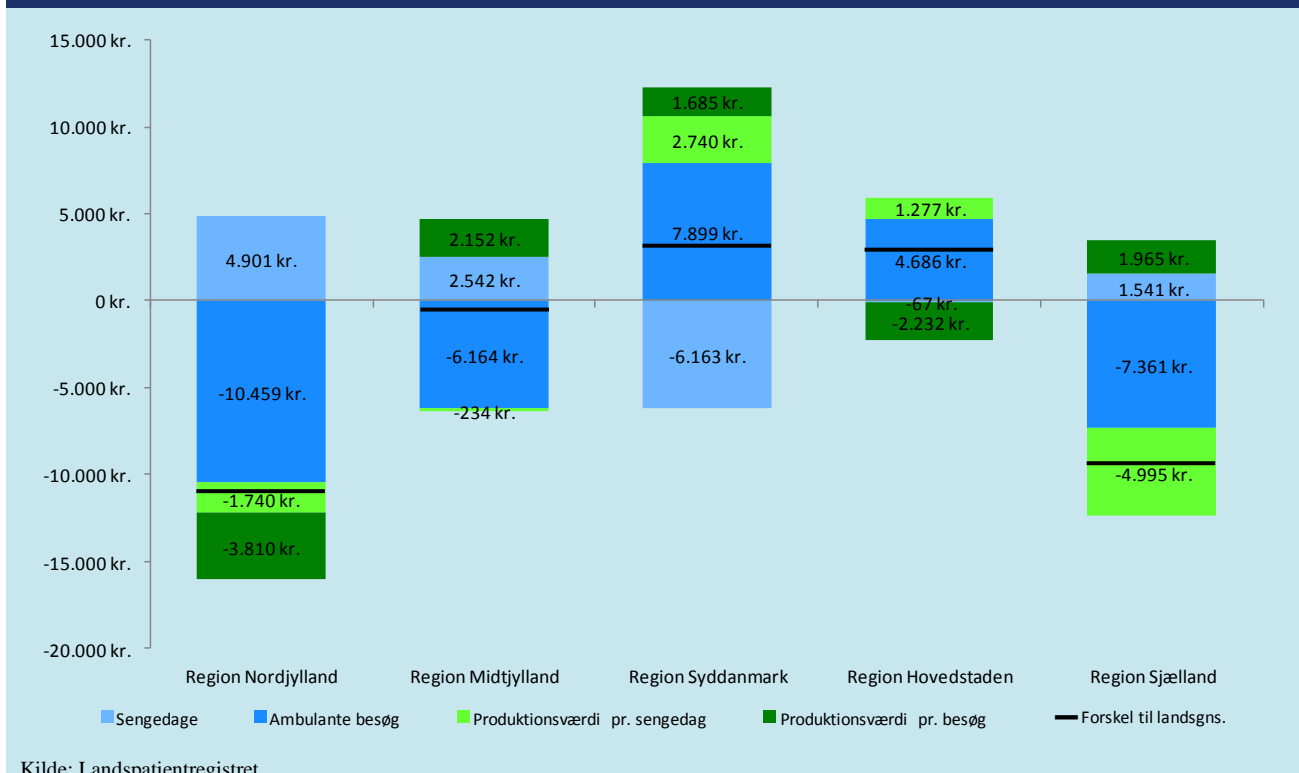
Mens figur 8.5 analyserer udviklingen over tid, viser figur 8.6 den regionale variation omkring den landsgennemsnitlige produktionsværdi af et brystkræftforløb i 2010. Den samlede afvigelse fra landsgennemsnittet er markeret med en sort streg.

Region Midtjylland ligger tæt på landsgennemsnittet, men dækker over mere og dyrere stationær behandling og færre ambulante besøg og lidt lavere produktionsværdi pr. besøg sammenlignet.

Region Syddanmark har den højeste produktionsværdi pr. forløb, hvilket skyldes, at effekten af flere ambulante besøg, og højere produktionsværdi pr. forløb og pr. besøg overstiger effekten af færre sengedage pr. forløb.

Det er især forskelle i antallet af ambulante besøg pr. forløb, der bidrager til beskrive den samlede forskel i produktionsværdien pr. forløb.

Figur 8.6. Regional variation i 2010 i brystkræftforløb



Tabel 8.1. Regionsudvikling for patienter behandlet for brystkræft

Gennemsnitligt antal sengedage pr. patientforløb						
Region med flest forløbsdage	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	4,8	4,7	4,1	3,8	4,0	3,8
Region Midtjylland	5,1	4,6	5,0	4,7	4,1	3,6
Region Syddanmark	3,6	3,5	3,4	3,3	2,9	2,7
Region Hovedstaden	4,4	4,1	4,0	3,5	3,0	3,3
Region Sjælland	4,8	5,0	4,4	3,7	3,7	3,5
Hele landet	4,4	4,2	4,1	3,7	3,3	3,3
Gennemsnitligt antal ambulante besøg pr. patientforløb						
Region med flest forløbsdage	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	9,4	10,9	10,6	11,2	12,3	11,1
Region Midtjylland	10,0	9,6	10,4	10,8	13,1	12,0
Region Syddanmark	12,1	12,6	13,6	14,9	16,0	15,4
Region Hovedstaden	12,1	12,3	12,4	12,4	12,4	14,8
Region Sjælland	9,8	10,0	11,1	11,5	12,3	11,9
Hele landet	11,2	11,5	12,0	12,5	13,3	13,7
Gennemsnitligt produktionsværdi pr. sengedag (målt i kr. og faste priser)						
Region med flest forløbsdage	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	6.180	6.821	8.340	8.957	9.489	9.489
Region Midtjylland	6.653	6.919	6.846	8.059	8.856	9.846
Region Syddanmark	7.928	8.064	8.249	8.743	10.479	10.876
Region Hovedstaden	6.897	7.067	7.504	8.116	9.927	10.301
Region Sjælland	6.061	6.022	6.611	7.356	7.665	8.385
Hele landet	6.852	7.050	7.474	8.207	9.437	9.927
Gennemsnitligt produktionsværdi pr. ambulante besøg (målt i kr. og faste priser)						
Region med flest forløbsdage	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	2.538	3.644	3.531	3.782	3.884	3.907
Region Midtjylland	3.538	4.512	4.406	4.764	4.633	4.453
Region Syddanmark	2.401	3.919	4.174	4.156	4.027	4.334
Region Hovedstaden	3.104	3.693	3.982	4.077	3.924	4.086
Region Sjælland	3.583	3.922	4.312	4.087	4.081	4.407
Hele landet	2.941	3.886	4.096	4.167	4.070	4.230
Gennemsnitligt produktionsværdi pr. patientforløb (målt i kr. og faste priser)						
Region med flest forløbsdage	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	53.356	71.708	71.685	76.144	85.504	79.210
Region Midtjylland	68.963	75.185	80.039	88.909	96.685	88.615
Region Syddanmark	57.700	77.276	84.698	91.167	94.498	96.481
Region Hovedstaden	68.131	74.164	79.696	79.278	78.650	93.983
Region Sjælland	64.307	69.004	77.000	74.700	78.446	81.469
Hele landet	63.298	74.236	79.866	82.607	85.465	90.319

Kilde: Landspatientregistret

8.6 Brystkræft – opgørelser på sygehusniveau

Som en illustration af metodens anvendelighed også på lavere niveau anvendes den i det følgende på sygehusniveau.

På den ene side er der så stor forskel i udviklingen mellem de udvalgte sygehuse, at en række udeladte organisatoriske eller strukturelle forhold kan have betydelig forklaringskraft, *jf. kapitel 6*. Der er derfor behov for mere uddybende analyser, som ikke er gennemført i denne analyse, for at få en bedre forståelse af, hvad der ligger bag forskellene. Med dette forbehold in mente bemærkes det, at der er en betydelig forskel i udviklingen mellem sygehuse. Vejle sygehus skiller sig ud ved tilnærmelsesvis at have haft nul-vækst i antallet af ambulante besøg pr. patientforløb, *jf. figur 8.7. og tabel 8.2*.

Randers sygehus er det eneste, der har oplevet et fald i produktionsværdien pr. patientforløb, mens det for Vejle sygehus kan forklare næsten hele stigningen i produktionsværdi pr. patientforløb.

Figur 8.7. Vækst i produktionsværdi pr. forløb. brystkræft, udvalgte sygehuse, 2005-2010



Tabel 8.2 Sygehusudvikling for patienter behandlet for brystkræft						
Gennemsnitlig antal sengedage pr. patientforløb på sygehuset						
Sygehus	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Rigshospitalet	1,3	1,1	1,2	0,9	0,6	0,8
Herlev hospital	2,0	2,1	1,8	1,4	1,5	1,5
Vejle sygehus	1,7	2,1	1,8	1,6	1,6	1,6
Regionshospitalet Randers	6,8	7,7	6,2	2,9	2,4	3,3
Aalborg sygehus	2,3	2,3	2,1	1,8	2,0	2,0
Gennemsnitlig antal ambulante besøg pr. patientforløb på sygehuset						
Sygehus	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Rigshospitalet	8,4	8,4	8,5	9,3	10,1	10,0
Herlev hospital	10,4	10,4	10,6	10,9	12,1	12,0
Vejle sygehus	13,1	13,1	12,2	13,3	13,5	13,0
Regionshospitalet Randers	4,6	4,6	4,1	5,0	7,8	7,5
Aalborg sygehus	7,1	8,1	8,3	8,5	9,3	9,1
Gennemsnitlig produktionsværdi pr. sengedag (målt i kr. og faste priser)						
Sygehus	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Rigshospitalet	10.979	12.612	11.490	14.159	23.195	19.944
Herlev hospital	7.110	6.794	7.803	9.147	10.438	12.793
Vejle sygehus	11.049	10.011	9.989	11.848	11.742	12.521
Regionshospitalet Randers	6.981	5.673	7.141	17.132	12.262	6.852
Aalborg sygehus	7.319	8.229	10.090	11.218	11.450	12.214
Gennemsnitlig produktionsværdi pr. ambulante besøg (målt i kr. og faste priser)						
Sygehus	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Rigshospitalet	3.431	4.084	4.399	4.362	4.034	4.403
Herlev hospital	3.483	4.187	4.768	4.840	5.019	4.668
Vejle sygehus	2.144	4.355	4.629	4.522	4.842	4.757
Regionshospitalet Randers	5.571	5.213	4.440	2.826	3.045	3.207
Aalborg sygehus	3.056	3.924	3.749	3.890	4.255	4.112
Gennemsnitlig produktionsværdi pr. patientforløb på sygehuset (målt i kr. og faste priser)						
Sygehus	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Rigshospitalet	42.920	47.883	51.053	53.606	55.376	59.315
Herlev hospital	50.515	57.617	65.032	65.830	76.186	74.538
Vejle sygehus	46.416	77.761	74.631	79.280	84.145	81.904
Regionshospitalet Randers	72.752	67.634	62.064	63.426	53.763	46.906
Aalborg sygehus	38.405	50.527	51.941	53.553	62.749	61.501

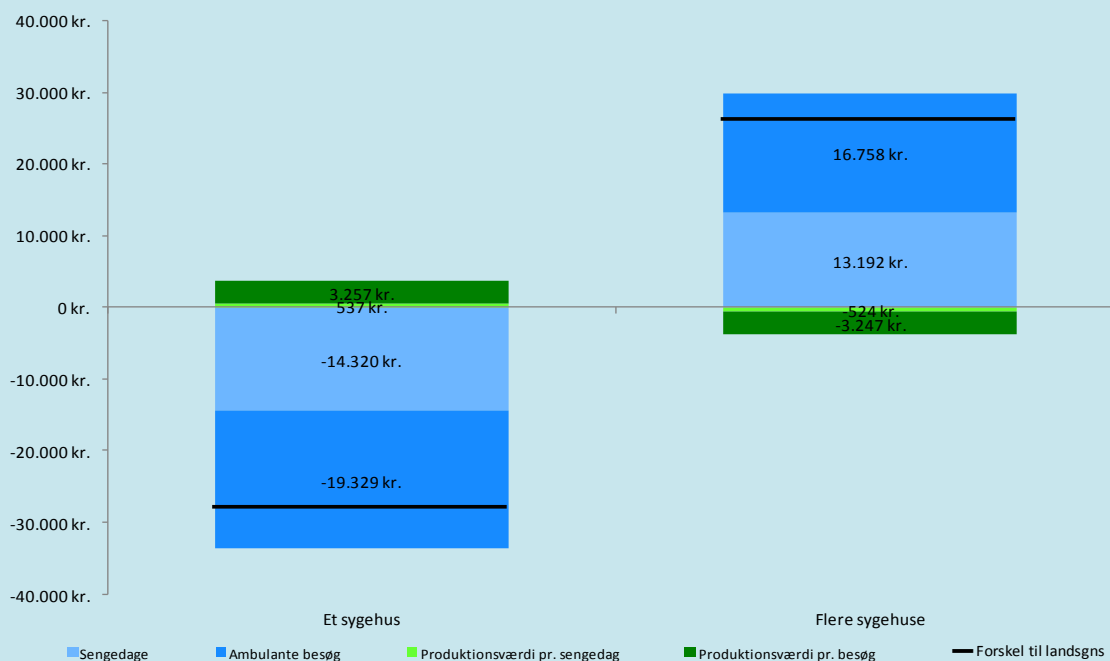
Kilde: Landspatientregistret⁶

Antallet af sygehusskift i patientforløb

I forlængelse af resultaterne af sygehusanalyserne undersøges betydningen skift mellem sygehuse i et patientforløb. Blandt patienter, som blev behandlet for brystkræft i 2005, blev 53 pct. behandlet på ét sygehus, mens 47 pct. blev behandlet på mere end et sygehus. I 2010 var fordelingen ændret, så 47 pct. blev behandlet på ét sygehus og 53 pct. på mere end et.

⁶ Som beskrevet i tidligere afsnit er hele patientforløbet blevet placeret hos én behandlerregion, hvis ansvaret evt. reelt har været delt mellem flere regioner. Når aktiviteten er opgjort på sygehusniveau, er metoden en anden, idet opgørelserne her kun er baseret på den konkrete aktivitet, som det enkelte sygehus har stået for i forhold til patienterne. Samtidig er der kun medtaget aktivitet, hvor *hele* patientforløbet har været knyttet til det udvalgte sygehus.

Figur 8.8: Betydning af sygehuskift i brystkræftforløb, 2010



Kilde: Landspatientregistret.

Det er hovedsageligt antallet af sengedage og ambulante besøg, der forklarer forskellene mellem patienter, der behandles på et sygehus og patienter, der behandles på flere, mens værdisætningen (de grønne kasser) i langt mindre grad forklarer forskellen til landsgennemsnittet.

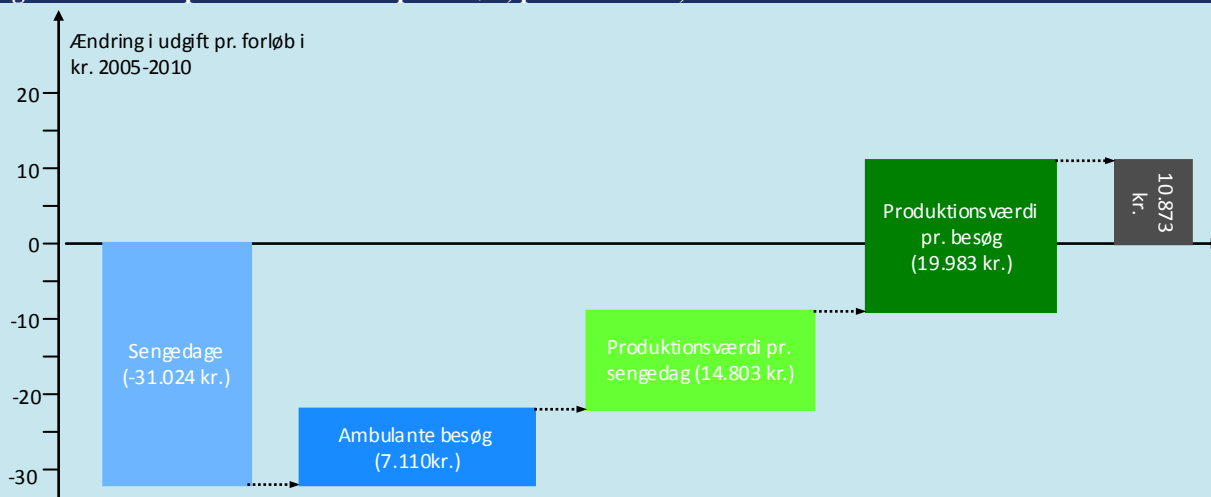
Analysens resultater skal – i lighed med de tidligere analyser – tolkes med forbehold for, at der ikke er taget højde for patienternes casemix. Det betyder bl.a., at der kan være forskel på de sygdomsbilleder, som kendetegner patienter, der har været behandlet på hhv. et og flere sygehuse. Hertil kommer, at forløb på nogle sygehuse i højere grad kan forløbe henover årsskift, og derfor systematisk får afskåret større andele af det samlede forløb.

8.7 Prostatakræft – ændringer over tid

Som nævnt i indledningen er prostatakræft en af de kræftformer, som har oplevet størst vækst i produktionsværdien fra 2005 til 2010. Området analyseres derfor nærmere nedenfor efter samme metode som i analysen af brystkræft.

På landsplan er væksten knap 11.000 kr. pr. prostatakræftforløb siden 2005 til 2010 svarende til en stigning på ca. 19 pct., *jf. figur 8.9*. Stigningen dækker over, at liggetiden er blevet reduceret svarende til 31.025 kr. pr. forløb på den ene side. På den anden side er antallet af ambulante besøg steget svarende til 7.110 kr. pr. forløb. Hertil kommer, at produktionsværdien pr. sengedag og pr. besøg er steget svarende til hhv. 14.803 kr. og 19.983 kr. pr. forløb.

Figur 8.9. Vækst produktionsværdi pr. forløb, prostatakræft, 2005-2010

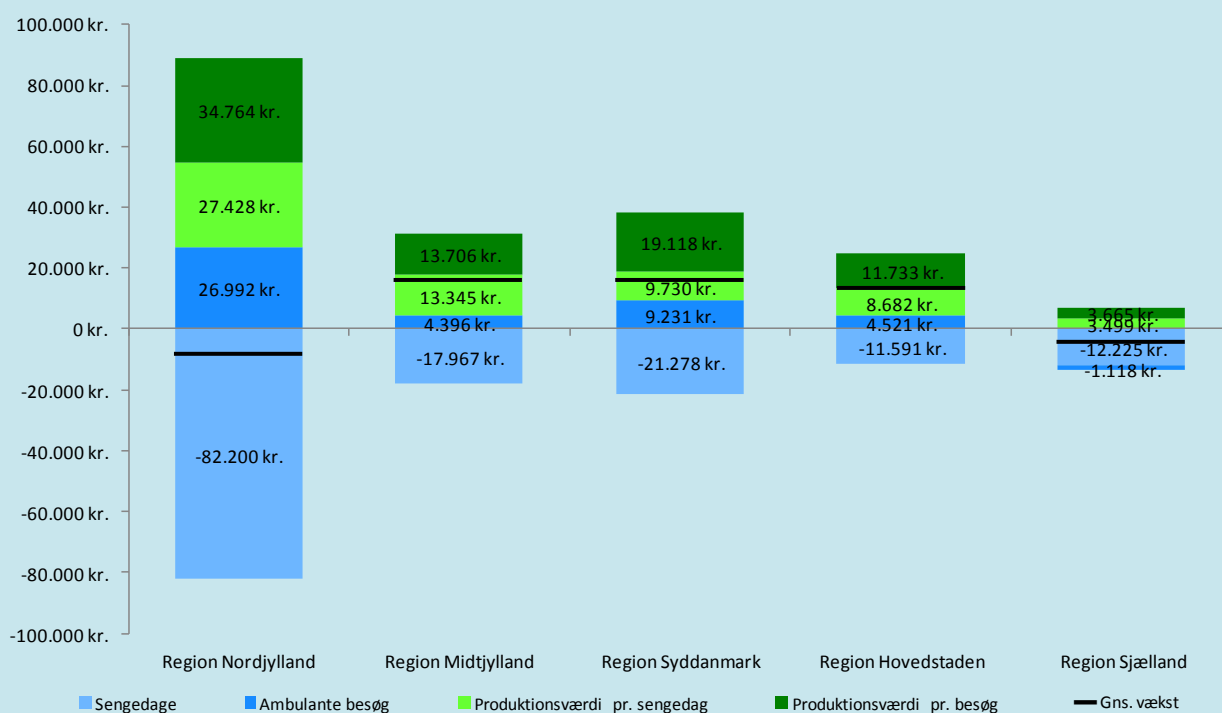


Kilde: Landspatientregistret.

På regionsniveau er der forskelle både på den samlede vækst og på komponenternes relative betydning for den samlede udgiftsvækst, *jf. figur 8.10*. Den overordnede vækst i produktionsværdien pr. patient skyldes vækst på det ambulante område, især i forhold til produktionsværdien pr. ambulante besøg. Udviklingen er dog ikke så tydelig som på området for brystkræft. Dette skyldes bl.a. den betydelige reduktion i antal sengedage pr. forløb, der isoleret set har reduceret produktionsværdien betydeligt.

I Region Nordjylland har faldet i antallet af sengedage størst effekt svarende ca. 82.000 kr. pr. forløb. Region Sjælland har, som den eneste region, oplevet et fald i den samlede værdi af patientforløb. Det skal dog ses i sammenhæng med, at udgangspunktet for Region Sjælland var landets højeste værdi pr. forløb.

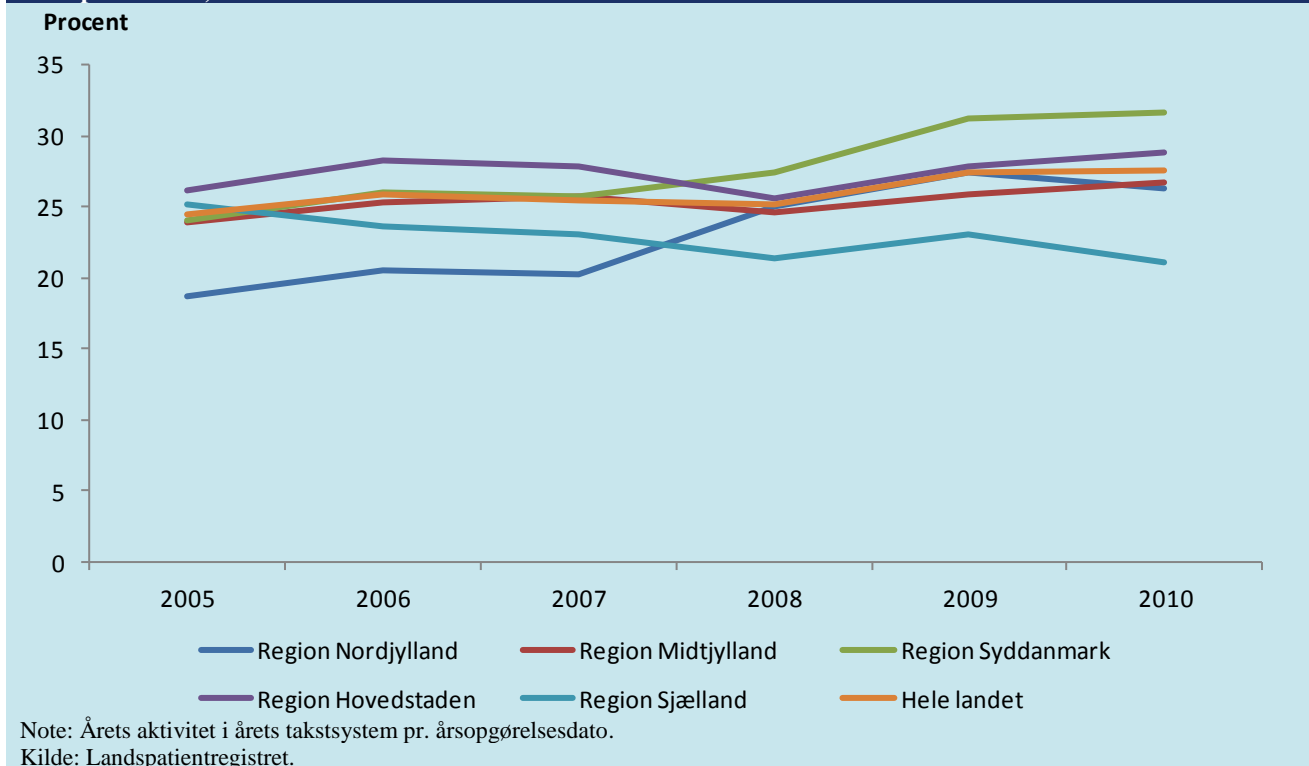
Figur 8.10. Væksten i produktionsværdi, prostatakræft, regionsniveau, 2005-2010



Kilde: Landspatientregistret.

Ser man nærmere på udviklingen i lange ambulante patientforløb, viser figur 8.11, at der er sket en forskydning, så en større andel patienter får mange besøg i 2010.

Figur 8.11. Udvikling i andele af patienter med prostatakræft, som har haft flere end 14 besøg (øvre kvartil på landsplan i 2005)



8.8 Prostatakræft – forskelle mellem regioner i 2010

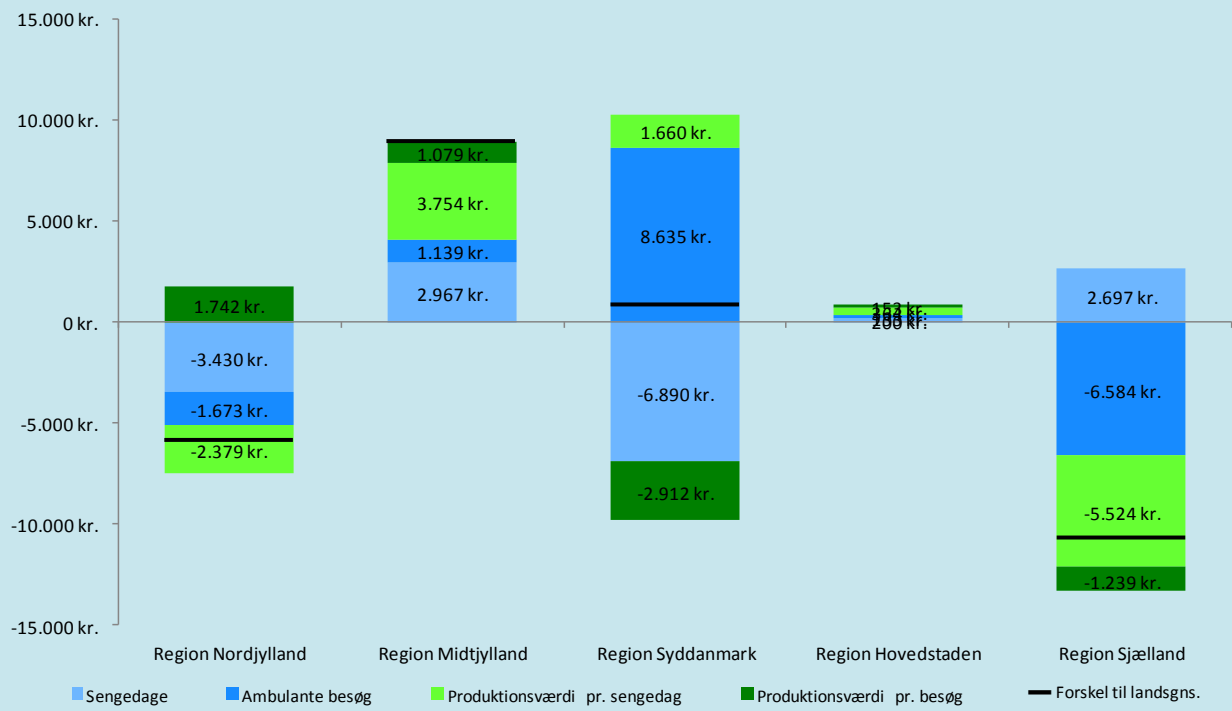
Mens figur 8.9-8.10 analyserede udviklingen i prostatakræftforløb, tager figur 8.12 udgangspunkt i et enkelt år (2010), hvor den regionale variation omkring den landsgennemsnitlige værdi af et prostatakræftforløb analyseres. Region Midtjylland ligger længst over landsgennemsnittet, hvilket skyldes flere sengedage og besøg og højere udgifter pr. sengedag og pr. besøg.

Den regionale variation i 2010 kunne på brystkræftområdet hovedsageligt forklares med forskellen i ambulante besøg. Det kan variationen for prostatakræft ikke: Samlet set har de to varighedsbegreber, antal sengedage og ambulante besøg (de blå kasser) lidt større forklaringsgrad end værdisætningen (de grønne felter).

Da der er sammenlignet landsgennemsnittet, vil der for alle fire komponenter altid være en eller flere regioner, der hhv. ligger over eller under gennemsnittet.

I tabel 8.3 og tabel 8.4 er opgjort de stationære og ambulante komponenter, som samlet set både kan angive væksten og niveauet i produktionsværdien pr. patientforløb. For prostatakræft varierer den gennemsnitlige produktionsværdi pr. patient i 2010 fra knap 59.000 kr. til ca. 78.000 kr. mellem regionerne, jf. tabel 8.3. Det fremgår bl.a., at en landsgennemsnitlig reduktion af sengedage på 2,7 dag over årene samtidigt med antallet af ambulante besøg er forøget 1,4 ambulante besøg pr. forløb.

Figur 8.12. Regional variation i prostatakræft forløb, 2010



Kilde: Landspatientregistret.

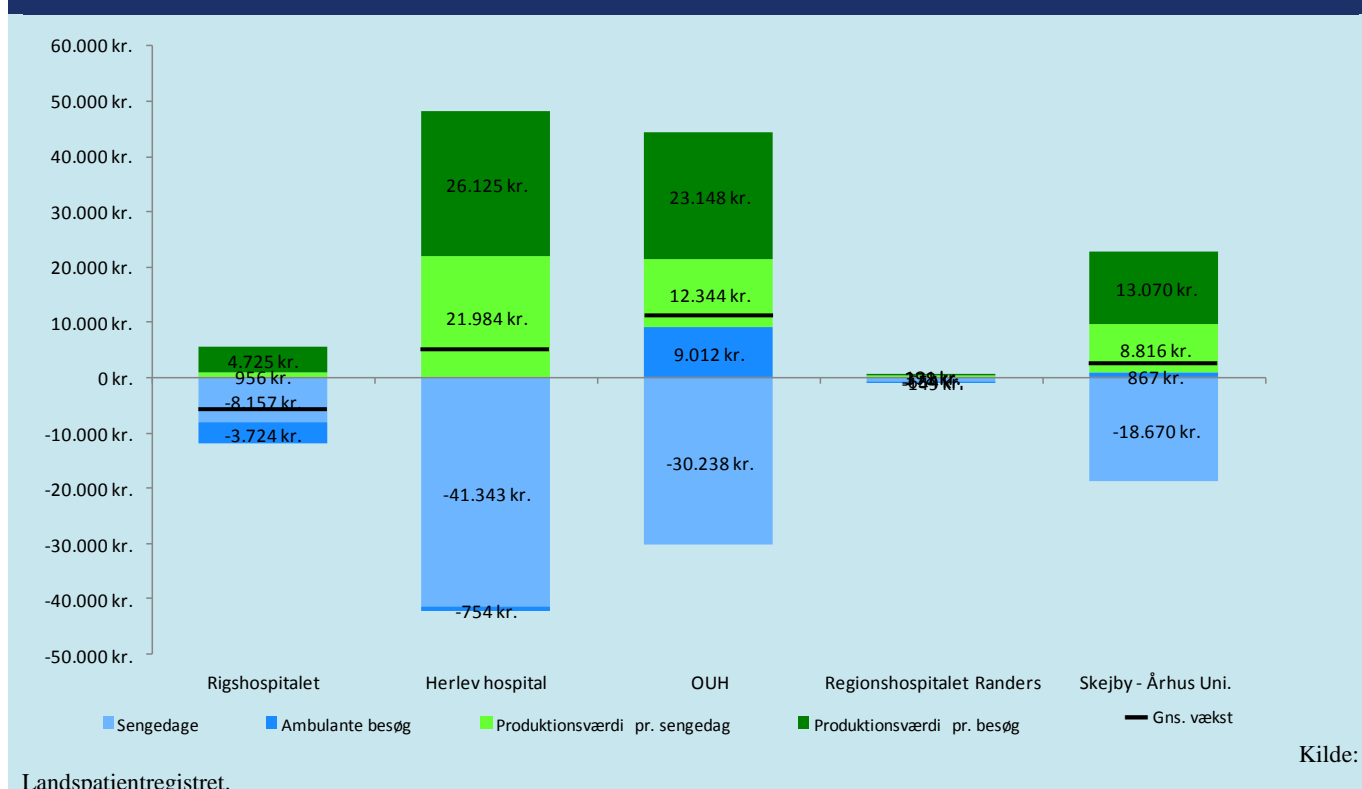
Tabel 8.3. Regionsudvikling for patienter behandlet for prostatakræft						
Gennemsnitligt antal sengedage pr. patientforløb						
Region med flest forløbsdage	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	7,8	6,3	5,2	4,4	4,4	4,2
Region Midtjylland	6,8	6,0	6,2	5,4	5,3	5,0
Region Syddanmark	6,8	6,2	6,0	5,2	4,9	4,2
Region Hovedstaden	7,2	7,0	5,7	5,4	5,4	4,7
Region Sjælland	9,8	8,4	6,7	5,5	5,5	5,1
Hele landet	7,4	6,7	5,9	5,3	5,1	4,7
Gennemsnitligt antal ambulante besøg pr. patientforløb						
Region med flest forløbsdage	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	7,7	8,8	9,1	10,0	10,7	10,0
Region Midtjylland	9,8	10,4	10,3	10,0	9,9	10,8
Region Syddanmark	9,2	10,3	10,8	10,8	12,0	11,8
Region Hovedstaden	9,0	10,3	10,3	10,1	10,4	10,5
Region Sjælland	9,2	9,0	8,8	8,7	8,9	8,4
Hele landet	9,1	10,0	10,1	10,0	10,5	10,5
Gennemsnitlig produktionsværdi pr sengedag (målt i kr. og faste priser)						
Region med flest forløbsdage	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	4.773	5.415	5.938	6.348	6.497	6.757
Region Midtjylland	5.969	6.324	6.518	7.059	7.907	8.081
Region Syddanmark	5.411	5.666	5.494	6.222	6.570	7.504
Region Hovedstaden	5.279	5.265	6.217	6.196	6.507	7.387
Region Sjælland	4.563	4.729	5.416	5.779	5.666	6.207
Hele landet	5.270	5.466	5.987	6.336	6.677	7.309
Gennemsnitlig produktionsværdi pr ambulante besøg (målt i kr. og faste priser)						
Region med flest forløbsdage	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	2.508	3.186	3.183	3.375	3.366	3.552
Region Midtjylland	2.478	3.090	3.226	3.290	3.340	3.488
Region Syddanmark	1.797	2.725	2.838	2.867	3.076	3.262
Region Hovedstaden	2.131	2.975	3.029	3.303	3.352	3.399
Region Sjælland	2.191	2.498	2.604	2.904	2.856	3.235
Hele landet	2.162	2.909	2.997	3.170	3.231	3.384
Gennemsnitlig produktionsværdi pr patientforløb (målt i kr. og faste priser)						
Region med flest forløbsdage	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	56.782	62.223	59.949	61.857	64.609	63.766
Region Midtjylland	64.965	69.910	73.510	71.150	74.762	78.445
Region Syddanmark	53.199	63.230	63.465	62.999	68.874	69.999
Region Hovedstaden	57.010	67.326	66.820	67.107	69.705	70.355
Region Sjælland	65.034	62.250	59.207	57.257	56.536	58.856
Hele landet	58.633	65.765	65.724	65.185	68.174	69.506

Kilde: Landspatientregistret

8.9 Prostatakræft – forskelle på sygehusniveau i 2010

Det skal understreges, at resultaterne i det følgende afsnit skal fortolkes med stor varsomhed. På den ene side er der så stor forskel i udviklingen og i niveauerne mellem de udvalgte sygehuse, at en række udeladte organisatoriske eller strukturelle forhold kan have betydelig forklaringskraft. Der er derfor behov for mere uddybende analyser. Med udgangspunkt i denne metode kan der tages regionale og lokale initiativer til at undersøge, om der konkrete forhold til i arbejdsdeling mellem prostatakræftforløbene, der gør for eksempel gør, at sengedagene og antallet af ambulante besøg pr. prostatakræft patient er så meget mere på OUH end for eksempel på Rigshospitalet eller på Skejby, *jf. figur 8.13. og tabel 8.4*

Figur 8.13. Udgiftsvæksten i prostatakræftforløb, sygehusniveau, 2005-2010



Tabel 8.4. Sygehusudvikling for patienter behandlet for prostatakæft						
Gennemsnitligt antal sengedage pr. patientforløb på sygehuset						
Sygehus	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Rigshospitalet	3,2	3,9	2,4	2,4	1,6	1,2
Herlev hospital	3,3	3,1	2,7	2,3	2,1	1,9
OUH	5,9	4,6	4,3	3,8	3,4	3,2
Regionshospitalet Randers	3,4	3,7	3,8	1,9	2,1	2,2
Skejby - Århus Uni.	1,5	2,0	1,2	0,9	0,8	1,0
Gennemsnitligt antal ambulante besøg pr. patientforløb på sygehuset						
Sygehus	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Rigshospitalet	7,5	11,9	8,4	8,6	6,5	5,4
Herlev hospital	6,2	5,8	5,9	5,8	6,5	6,2
OUH	9,3	10,3	9,8	9,6	12,2	11,1
Regionshospitalet Randers	4,8	4,5	4,2	3,8	3,9	4,4
Skejby - Århus Uni.	4,0	4,8	4,7	4,8	3,9	4,1
Gennemsnitlig produktionsværdi pr. sengedag (målt i kr. og faste priser)						
Sygehus	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Rigshospitalet	7.403	6.138	6.594	6.776	7.647	9.075
Herlev hospital	5.067	5.453	6.315	6.304	6.556	8.225
OUH	4.685	5.640	6.048	6.700	7.991	7.284
Regionshospitalet Randers	4.610	4.727	4.361	6.014	5.833	6.587
Skejby - Århus Uni.	13.400	6.914	10.941	13.811	14.190	17.786
Gennemsnitlig produktionsværdi pr. ambulans besøg (målt i kr. og faste priser)						
Sygehus	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Rigshospitalet	1.938	3.642	4.165	3.979	3.900	3.861
Herlev hospital	2.755	3.268	3.273	3.739	3.907	3.908
OUH	2.087	3.544	3.536	3.401	3.382	3.478
Regionshospitalet Randers	3.709	4.448	4.398	4.611	3.238	4.219
Skejby - Århus Uni.	2.504	3.555	4.196	4.560	4.297	4.056
Gennemsnitlig produktionsværdi pr. patientforløb på sygehuset (målt i kr. og faste priser)						
Sygehus	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Rigshospitalet	38.198	66.952	50.721	50.025	37.623	31.997
Herlev hospital	33.622	35.955	36.298	36.316	39.080	39.634
OUH	47.234	62.747	60.748	57.886	68.471	61.500
Regionshospitalet Randers	33.282	37.666	35.112	28.743	25.119	33.048
Skejby - Århus Uni.	30.075	31.377	32.653	34.962	27.642	34.158

Kilde: Landspatientregistret⁷

⁷ Som beskrevet i et tidligere afsnit er hele patientforløbet blevet placeret hos én behandlerregion, hvis ansvaret evt. reelt har været delt mellem flere regioner. Når aktiviteten er opgjort på sygehusniveau, er metoden en anden, idet opgørelserne her kun er baseret på den konkrete aktivitet, som det enkelte sygehus har stået for i forhold til patienterne.

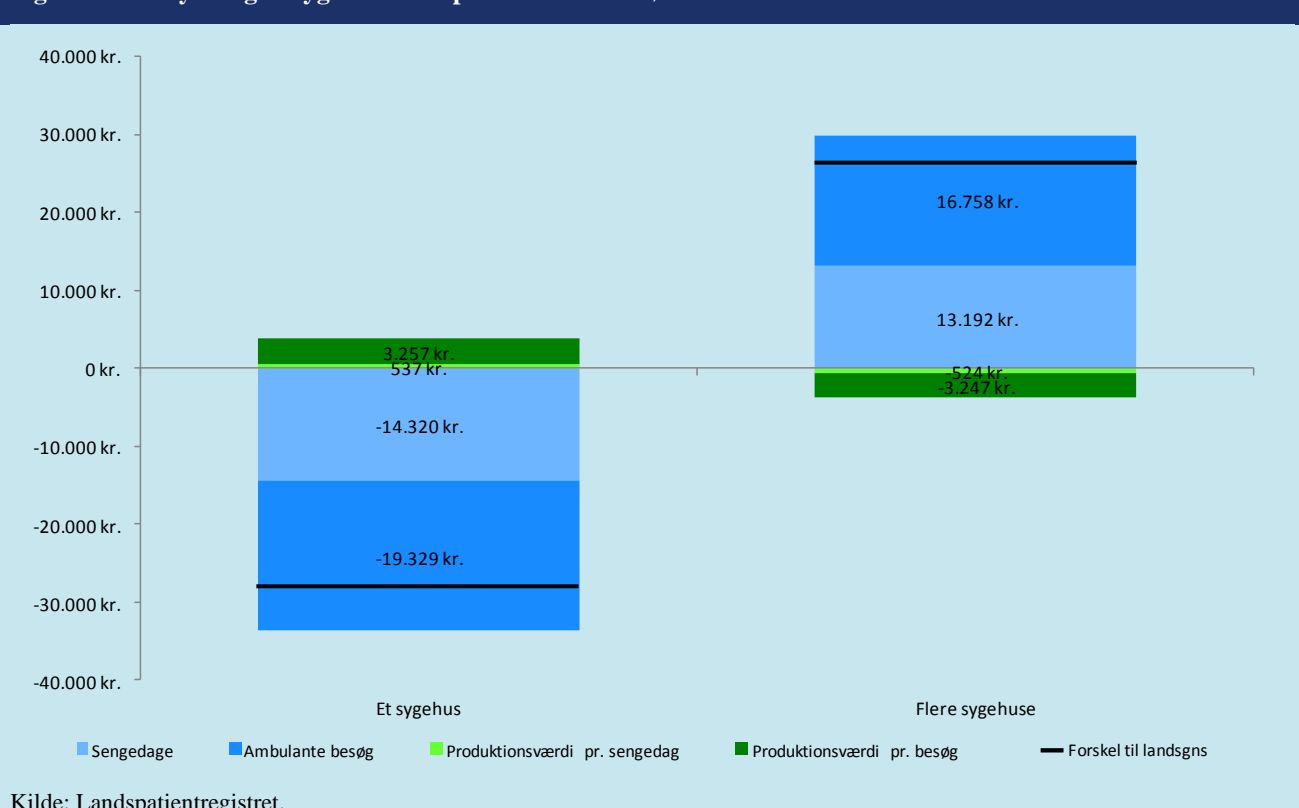
Antallet af sygehuskift i patientforløb

Blandt patienter, som blev behandlet for prostatakræft i 2005, blev 51 pct. behandlet på ét sygehus, mens 49 pct. blev behandlet på mere end et sygehus i løbet af deres forløb. I 2010 var fordelingen ændret, så 47 pct. blev behandlet på ét sygehus og 53 pct. på mere end et.

Af figur 8.14 ses en sammenligning til landsgennemsnittet mellem værdien af et patientforløb, der har foregået på hhv. et og flere sygehuse i 2010. Det ses af figuren, at det i høj grad er de to varighedsbegreber, antal sengedage og ambulante besøg (de blå kasser), der har den største forklaringskraft på forskellen, mens værdisætningen (de grønne kasser) i langt mindre grad kan forklare forskellen.

Analysens resultater skal - i lighed med de tidligere analyser - tolkes med det forbehold, at der ikke er taget højde for patienternes casemix, *jf. ovenfor*.

Figur 8.14. Betydning af sygehuskift i prostatakræftforløb – værdiforskel 2010



Bilag 8.A

Definition af vægtede forløbsdage findes i boks B7.1. Kapitlets opgørelser skal tolkes med forbehold for den arbejdsdeling, som findes mellem regionerne på de to udvalgte kræftområder.

Af tabellerne i boks B7.1.3(A og B) fremgår det, at såvel patienter med brystkræft som prostatakræft langt overvejende behandles inden for én region⁸. I 2010 var eksempelvis 98 pct. af en brystkræftpatients forløbsdage i forvejen placeret i Region Midtjylland i de tilfælde, hvor hele patientforløbet blev tildelt denne region.

Bilagstabel 8.1.1.: Arbejdsdeling og forløbsregioner, pct., 2005-2010

Forløbsregionens andel af patienternes samlede forløbsdage (brystkræft)						
Region med flest forløbsdage	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Nordjylland	97	97	98	99	99	99
Midtjylland	97	97	97	97	98	98
Syddanmark	99	98	98	98	98	99
Hovedstaden	98	98	98	98	98	98
Sjælland	93	94	94	95	95	96
Forløbsregionens andel af patienternes samlede forløbsdage (prostatakræft)						
Region med flest forløbsdage	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Nordjylland	98	98	98	99	99	99
Midtjylland	98	98	98	98	98	98
Syddanmark	98	99	99	99	99	99
Hovedstaden	99	98	98	98	97	98
Sjælland	96	95	94	95	94	94

Kilde: Landspatientregistret.

Boks 8.1.11 Opgørelse af vægtede forløbsdage

For at tage højde for, at et ambulante besøg omkostningsmæssigt ikke vejer lige så tungt som en indlæggelsesdag, når patienternes samlede forløbsdage skal gøres op, er der foretaget en vægtning af de ambulante besøg.

Der er beregnet vægte på begge kræftområder, ligesom hver region har fået sin egen vægt, der afspejler egen aktivitet og produktionsværdi. Vægtene er beregnet ved følgende formel, som udtrykker det relative forhold mellem værdien af en senge dag og værdien af et besøg:

$$(\text{værdi af senge dage/antal senge dage})/(\text{værdi af ambulante besøg/antal besøg}).$$

Patienternes samlede forløbsdage beregnes dermed som summen af indlæggelsesdage og vægtede ambulante besøg, hvor optællingen af hvert besøg reelt er blevet nedjusteret i forhold til en senge dag, der altid tæller som en forløbsdag.

⁸ I forbindelse med patientafgrænsningen blev det overvejet om det regionale udgangspunkt skulle være behandlerregionen eller patientens bopælsregion. Behandlerregionen blev valgt, fordi det er behandlerregionens sygehuse, som har stået med ansvaret for de beslutninger, der er truffet i patientens forløb. Til belysning af overlappet mellem de to regionstyper, henvises der til boks 1.3.

Boks B7.1.3A: Krydstabel mellem patienternes forløbsregion og bopælsregion i 2010 (brystkræft)

Kolonne pct.	Forløbs-sygehusregion					
Bopælsregion	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland	Total
Nordjylland	98.96	1.87	0.09	0.03	0.00	
Midtjylland	0.90	97.30	6.80	0.08	0.00	
Syddanmark	0.04	0.67	92.93	0.20	0.07	
Hovedstaden	0.04	0.16	0.13	93.25	1.06	
Sjælland	0.06	0.00	0.06	6.45	98.87	
Total						
antal patienter	33.185	53.124	102.105	148.053	53.411	389.878

Boks B71..3B: Krydstabel mellem patienternes forløbsregion og bopælsregion i 2010 (prostatakræft)

Kolonne pct.	Forløbs-sygehusregion					
Bopælsregion	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland	Total
Nordjylland	99.06	1.57	0.07	0.02	0.00	
Midtjylland	0.87	97.32	1.49	0.12	0.00	
Syddanmark	0.00	0.79	98.28	0.34	0.00	
Hovedstaden	0.07	0.30	0.08	83.36	1.08	
Sjælland	0.00	0.02	0.09	16.16	98.92	
Total						
antal patienter	21.737	41.148	44.862	71.120	23.710	202.577

Bilag 8.B**Bilagstabel 8.1.4. Vækstbidrag i pct.**

Kræfttype	Vækstbidrag 05-06	Vækstbidrag 06-07	Vækstbidrag 07-08	Vækstbidrag 08-09	Vækstbidrag 09-10
Blære_og_nyrekraft	3,1	1,7	2,8	4,6	6,4
Brystkræft	28,3	22,7	20,7	30,8	9,0
Haematologiske_kræftformer	18,1	8,1	12,7	15,9	32,4
Hjerne	3,1	3,9	3,9	3,7	3,9
Hoved_og_halskræft	7,7	4,3	10,6	5,9	4,7
Kræft_i_penis	0,1	0,2	-0,1	0,2	0,3
Kræft_i_prostata	19,0	14,1	16,3	16,3	10,3
Kræft_i_testikel	0,7	-0,2	0,2	0,6	-0,5
Kvindelige_kønsorg	6,3	4,9	0,3	4,2	-1,0
Lungekræft	1,3	17,3	7,0	5,2	12,2
Modermærkekræft_i_hud	1,8	2,1	1,7	1,7	0,4
Oevre_mave_tarm	1,3	7,5	6,9	5,5	8,9
Tyk_og_endetarmskræft	9,2	13,4	17,2	5,5	13,1

Kilde: Landspatientregistret.

Bilag 8.D

Bilagstabel 8.3.1: Andel patienter med ambulat og stationær behandling.		
	Brystkræft	Prostatakræft
Andel patienter som kun har modtaget ambulat behandling		
2010	57,8%	55,5%
2009	57,6%	53,5%
2008	57,8%	53,1%
2007	58,2%	50,6%
2006	57,1%	48,1%
2005	58,0%	45,9%
Andel patienter som kun har modtaget stationær behandling		
2010	0,4%	0,8%
2009	0,4%	0,9%
2008	0,6%	0,9%
2007	0,5%	1,0%
2006	0,5%	1,1%
2005	0,6%	1,7%
Andel patienter som både har modtaget stationær og ambulat behandling		
2010	41,8%	43,7%
2009	41,9%	45,5%
2008	41,6%	46,0%
2007	41,3%	48,4%
2006	42,4%	50,8%
2005	41,4%	52,5%
Kilde: Landspatientregistret.		

9. Hjerteområdet

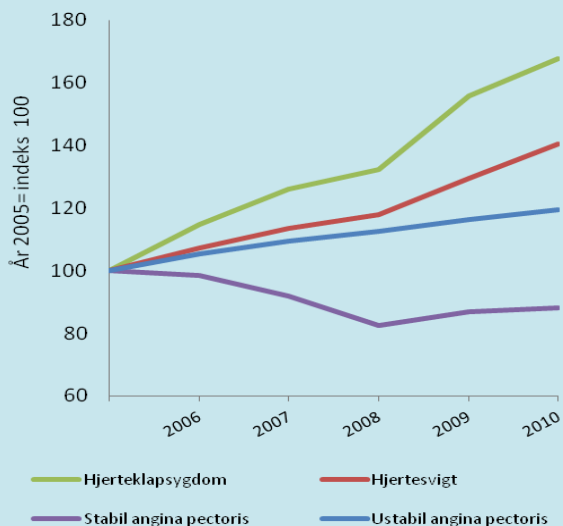
9.1 Indledning og sammenfatning

Kapitlet undersøger væksten i aktivitet på de tre sygdomsområder inden for hjerteområdet med størst vækst i produktionsværdi: hjerteklap, hjertesvigt og ustabil angina pectoris, *jf. figur 9.1.*

De tre områder er endnu et eksempel på, at reduktion i liggetid og omlægning til ambulante behandling ikke nødvendigvis reducerer produktionsværdien pr. forløb, *jf. figur 9.2-9.4.* Produktionsværdien pr. sengedag og værdien pr. ambulante besøg er steget for alle de udvalgte hjerteforløb. Der er således sket en generel fordyrelse for alle de udvalgte hjerteforløb.

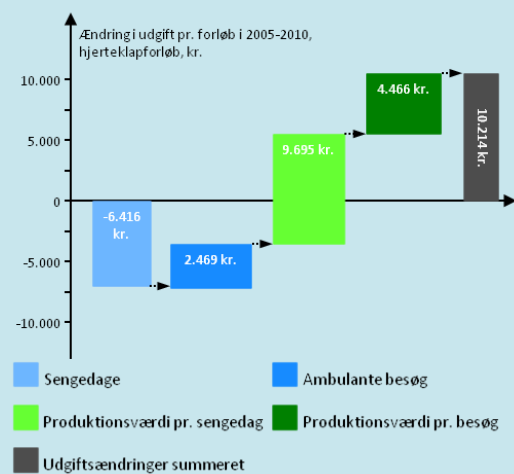
Udviklingen i forløb for ustabil angina pectoris viser endvidere, at effekten af kortere liggetid, modsvares af flere ambulante besøg. Det vil sige, at selv hvis der ses bort fra effekten af højere udgifter pr. besøg og pr. sengedag, så er produktionsværdien pr. forløb steget svagt.

Figur 9.1. Vækst i livstruende hjertesygdomme, 2005-10



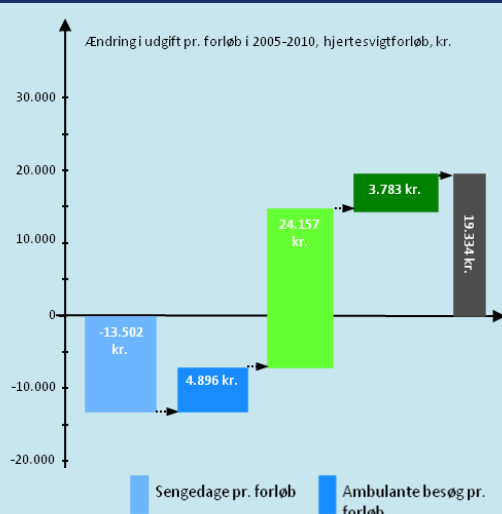
Kilde: Landspatientregisteret

Figur 9.2. Vækst i produktionsværdi, hjerteklap, 2005-10



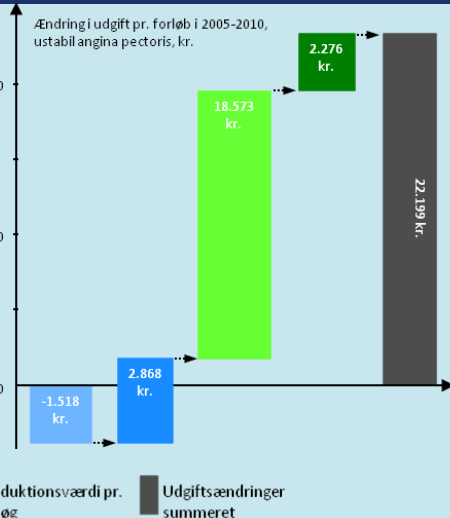
Kilde: Landspatientregisteret

Figur 9.3. Vækst i produktionsværdi, hjertesvigt, 2005-2010



Kilde: Landspatientregisteret

Figur 9.4. Vækst i produktionsværdi for ustabil angina pectoris, 2005-10



Kilde: Landspatientregisteret

9.2 Udvikling for hjerteområdet generelt

I 2005 havde sygehusvæsenet en samlet produktionsværdi på 41,7 mia. kr. Heraf kunne 5,5 mia. kr. (13 pct.) henføres til behandling af hjertelidelser. I 2010 var det steget til hhv. 61,6 og 7,2 mia. kr. (dvs. at hjerteandelen var 12 pct.).⁹

En analyse fra 2010 viste, at der er en relativ stor vækst i produktionsværdien pr. patient, samtidig med at der var sket en omlægning fra stationær ambulans behandling i perioden 2005-2010.¹⁰

Tre af de fire hjertesygdomme, som Sundhedsstyrelsen har inkluderet i sin monitorering¹¹, har oplevet vækst i produktionsværdien fra 2005-2010, *jf. figur 9.1 ovenfor*. Heraf er produktionsværdien for hjerteklapsygdom er vokset mest. Produktionsværdien for stabil hjertekrampe (angina pectoris) er faldet i perioden fra 2005 til 2008, hvorefter den er steget.

De tre hjertesygdomme, som er vokset gennem hele analyseperioden beskrives yderligere nedenfor. Lokaliseringen af patienter med de tre hjertesygdomme sket med udgangspunkt i den diagnoseafgrænsning, som Sundhedsstyrelsen benytter i deres hjertemonitorering.¹²

9.3 Hjerteklap – reduktion i liggetid og ambulans behandling

Produktionsværdien pr. hjerteklapforløb er steget med ca. 10.000 kr. siden 2005 til ca. 70.000 kr. pr. forløb i 2010, *jf. tabel 9.1*. Særligt i Region Midtjylland og Regions Hovedstaden har stigning været stor. Desuden ligger begge regioner over den landsgennemsnitlige produktionsværdi pr. patientforløb i 2010.

Desuden er der sket en omlægning fra stationær til ambulans behandling for hjerteklap i perioden 2005-2010. På landsplan er antallet sengedage pr. forløb faldet med ca. 0,7 siden 2005 til 5,6 sengedage i 2010. Antallet af ambulante besøg pr. forløb er i samme periode steget med 1 besøg, så der i 2010 var 7,4 besøg pr. forløb.

Der er en vis variation i antallet sengedage og besøg pr. forløb. Region Syddanmark adskiller sig særligt ved kun at have i gennemsnit 4,5 sengedage pr. forløb i 2010, mens Region Hovedstaden ligger højest med 7 sengedage. På sygehusniveau har Rigshospitalet, forventeligt, en høj produktionsværdi pr. forløb (75.000 kr. pr. forløb i 2010). Odense Universitetshospital, OUH har også en relativ høj gennemsnitlig omkostning pr. patient på godt 80.000 kr. i 2010. For begge sygehuse er det flere sengedag pr. hjerteklapforløb og en relativ høj gennemsnitlig produktionsværdi pr. sengedag, der gør forskellen. OUH har endvidere også relativ flere ambulante besøg pr. forløb.

Skejby har på lige fod med Rigshospitalet en høj gennemsnitlig produktionsværdi pr. sengedag i hele perioden, men pga. relativt få sengedag og besøg pr. forløb i hele perioden, er den samlede produktionsværdi pr. forløb lav sammenlignet med sygehuse som Rigshospitalet og OUH.

⁹ Kilde: Det drg-grupperede Landspatientregister pr. 10.marts 2006 og pr. 10. marts 2011.

¹⁰ Kilde: Rapporten "Analyse af aktiviteten i sygehusvæsenet", Indenrigs- og Sundhedsministeriet, juni 2010

¹¹ Hjerteområdet er defineret ud fra de fire hjertetyper, der indgår i Sundhedsstyrelsens hjertemonitorering - hjerteklapsygdom, hjertesvigt, ustabil angina pectoris (ustabil hjertekrampe) og stabil angina pectoris (stabil hjertekrampe).

I relation til iskæmisk hjertesygdom skelnes der mellem en kronisk, stabil

tilstand med anfaldsvise brystmerter (stabil angina pectoris), hvor symptomerne udløses efter et stabilt mønster fx ved fysisk aktivitet, og en akut tilstand, hvor der er tiltagende, ustabile symptomer, såsom hvilesmerter og hæmodynamisk påvirkning (ustabil angina pectoris).

Kilde: http://www.sst.dk/publ/Publ2009/SUPL/Pakke_hjerte/UAP_NSTEMI_261009.pdf.

¹² Jf. http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Behandling%20af%20hjertesygdomme/Pakkeforloeb_paa_hjerteomraadet.aspx

I fortolkning af tallene på sygehusniveau, må der i lighed med de andre behandlingsområder i rapporten tages forbehold for, at der kan være en arbejdsdeling, som ikke fremgår af opgørelserne, samt at opgørelserne ikke er casemix justeret.

Tabel 9.1. Regionsudvikling for hjerteklap.

Gennemsnitlig antal sengedage pr. patientforløb						
Region med flest forløbsdage	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	6,8	6,6	6,7	6,1	6,2	5,5
Region Midtjylland	5,9	6,5	6,3	6,5	5,9	5,8
Region Syddanmark	5,4	6,3	6,0	5,5	5,0	4,5
Region Hovedstaden	7,2	8,1	7,9	8,3	7,8	7,0
Region Sjælland	6,7	6,5	6,4	6,7	6,1	5,9
Hele landet	6,3	6,8	6,6	6,6	6,1	5,6
Gennemsnitlig antal ambulante besøg pr. patientforløb						
Region med flest forløbsdage	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	4,5	5,1	5,3	5,0	5,7	5,8
Region Midtjylland	5,6	6,0	6,6	6,5	7,3	6,9
Region Syddanmark	7,3	7,4	7,3	7,0	8,1	7,9
Region Hovedstaden	6,9	7,0	7,1	7,2	8,0	8,4
Region Sjælland	6,7	6,3	6,3	6,3	6,8	6,5
Hele landet	6,4	6,5	6,7	6,6	7,4	7,4
Gennemsnitlig produktionsværdi pr. sengedag (målt i kr. og faste priser)						
Region med flest forløbsdage	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	6.413	6.682	7.431	7.855	8.150	8.156
Region Midtjylland	8.072	8.017	8.225	8.289	9.324	10.156
Region Syddanmark	8.125	7.888	7.825	8.330	9.455	9.650
Region Hovedstaden	8.565	8.299	8.351	8.365	9.547	9.946
Region Sjælland	5.229	5.284	5.751	5.834	6.171	6.688
Hele landet	7.672	7.596	7.778	7.953	8.902	9.314
Gennemsnitlig produktionsværdi pr. ambulante besøg (målt i kr. og faste priser)						
Region med flest forløbsdage	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	1.895	2.152	2.192	2.288	2.381	2.445
Region Midtjylland	1.749	2.136	2.224	2.286	2.376	2.379
Region Syddanmark	1.812	2.140	2.198	2.232	2.313	2.510
Region Hovedstaden	1.858	2.066	2.090	2.164	2.115	2.204
Region Sjælland	1.772	2.109	2.201	2.279	2.260	2.380
Hele landet	1.811	2.120	2.180	2.240	2.283	2.388
Gennemsnitlig produktionsværdi pr. patientforløb (målt i kr. og faste priser)						
Region med flest forløbsdage	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	52.068	54.982	61.258	59.604	64.218	58.879
Region Midtjylland	57.708	64.646	66.604	68.242	72.528	75.794
Region Syddanmark	57.337	65.291	62.933	61.679	65.921	62.896
Region Hovedstaden	74.517	81.284	80.899	84.869	91.204	88.444
Region Sjælland	47.015	47.605	50.593	53.702	53.180	54.671
Hele landet	59.624	65.455	66.221	67.117	71.102	69.838

Kilde: Landspatientregisteret

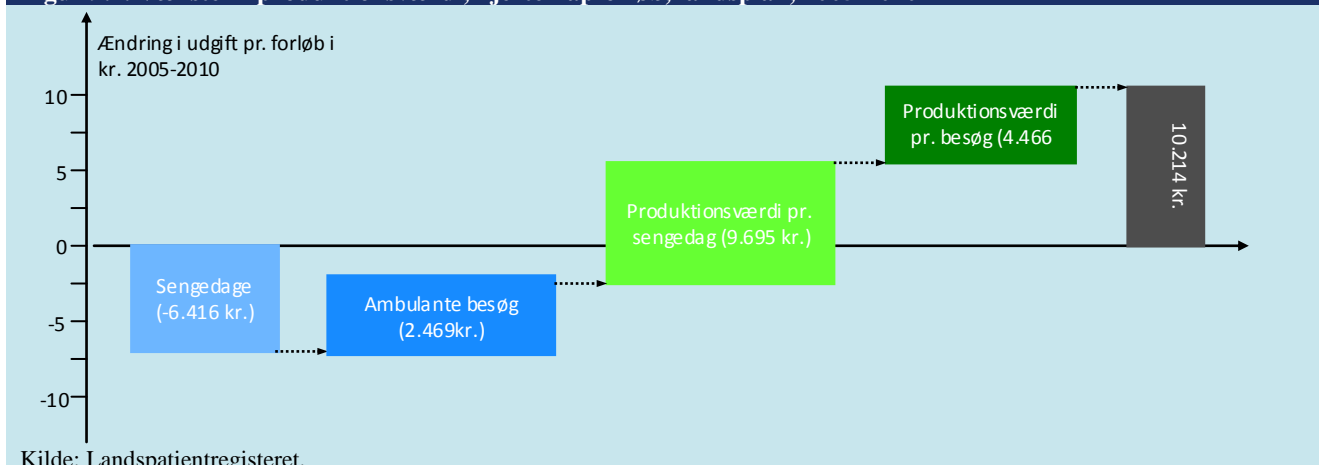
Tabel 9.2. Sygehusudvikling for hjerteklap.						
Gennemsnitlig antal sengedage pr. patientforløb						
Sygehus	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Rigshospitalet	4,1	5,2	3,8	3,5	3,3	4,3
OUH	5,6	8,0	7,7	6,8	6,0	5,8
Fredericia og Kolding sygehuse	3,9	5,0	2,1	2,1	2,2	1,9
Skejby, Århus uni.	0,8	1,4	1,7	1,9	1,9	1,2
Gennemsnitlig antal ambulante besøg pr. patientforløb						
Sygehus	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Rigshospitalet	3,2	4,2	2,8	3,2	3,9	4,0
OUH	8,4	8,2	7,6	7,4	8,3	7,6
Fredericia og Kolding sygehuse	2,9	2,6	3,7	4,6	3,7	5,1
Skejby, Århus uni.	1,8	2,1	3,0	2,8	3,0	1,9
Gennemsnitlig produktionsværdi pr. sengedag (målt i kr. og faste priser)						
Sygehus	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Rigshospitalet	14.729	12.304	15.592	16.348	16.913	15.690
OUH	7.973	8.002	8.260	9.195	10.056	11.020
Fredericia og Kolding sygehuse	5.453	3.885	5.040	6.911	5.502	6.627
Skejby, Århus uni.	21.643	12.335	15.153	15.590	14.297	17.739
Gennemsnitlig produktionsværdi pr. ambulant besøg (målt i kr. og faste priser)						
Sygehus	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Rigshospitalet	1.530	2.177	2.284	2.262	2.386	2.153
OUH	1.613	2.041	1.961	1.977	2.129	2.227
Fredericia og Kolding sygehuse	1.486	1.852	1.960	2.174	1.975	2.046
Skejby, Århus uni.	1.437	2.068	2.279	2.328	2.250	2.236
Gennemsnitlig produktionsværdi pr. patientforløb (målt i kr. og faste priser)						
Sygehus	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Rigshospitalet	65.764	72.792	65.536	64.181	64.465	75.773
OUH	58.400	80.509	78.932	77.621	77.630	80.355
Fredericia og Kolding sygehuse	25.750	24.332	17.778	24.611	19.290	22.953
Skejby, Århus uni.	19.818	21.584	32.694	36.920	33.270	25.299

Kilde: Landspatientregisteret.

9.4 Hjerteklap – ændringer over tid

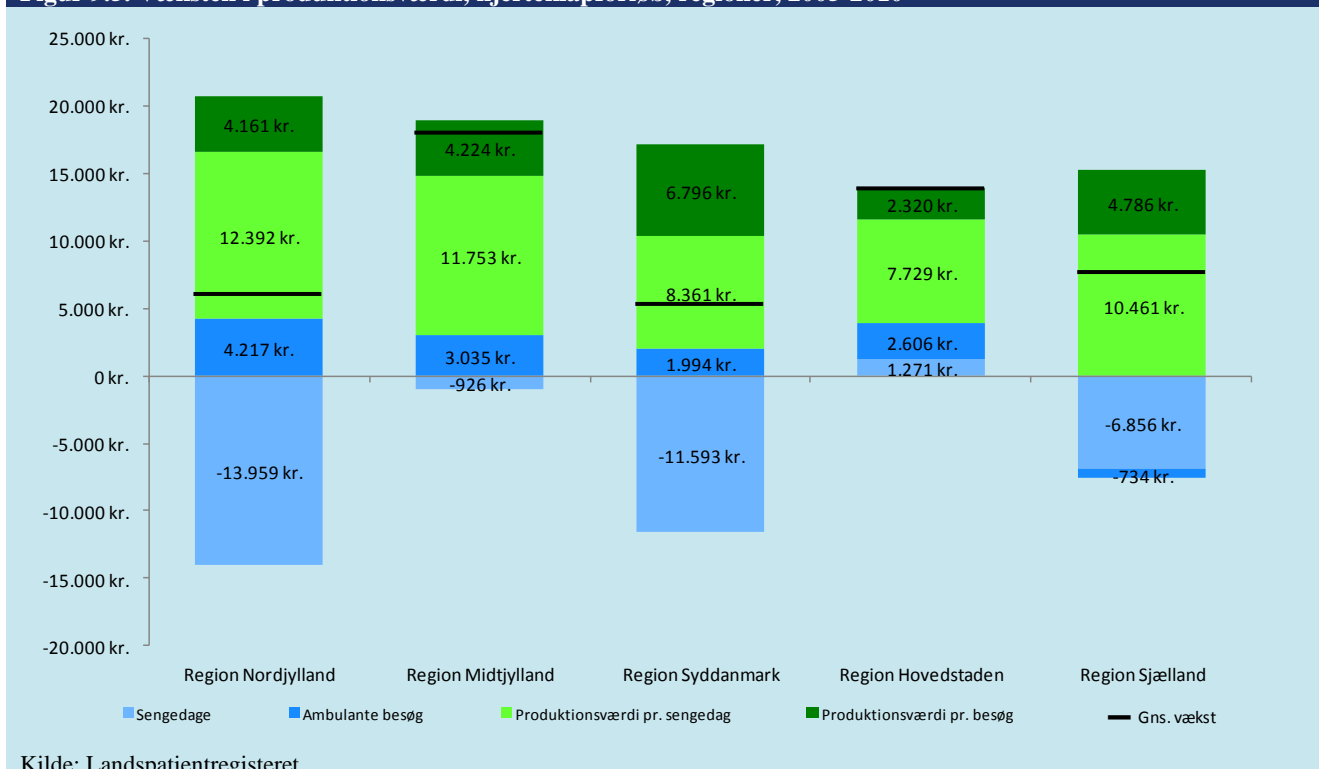
Antallet af sengedage pr. forløb er faldet svarende til 6.400 kr. pr. forløb, *jf. figur 9.2*. Faldet overstiges dog af flere ambulante besøg pr. forløb (2.469 kr. pr. forløb), og højere produktionsværdi pr. sengedag (9.695 kr. pr. forløb) og pr. besøg (4.466 kr. pr. forløb). Samlet er produktionsværdien pr. forløb således steget med ca. 10.000 kr.

Figur 9.2. Væksten i produktionsværdi, hjerteklapforløb, landsplan, 2005-2010



Billedet på regionsniveau er det samme som på landsplan, *jf. figur 9.5*. Dog har Region Midtjylland og Region Hovedstaden ikke oplevet samme fald på grund af færre sengedage. Det er medvirkende til, at de to regioner har højere vækst end de andre regioner.

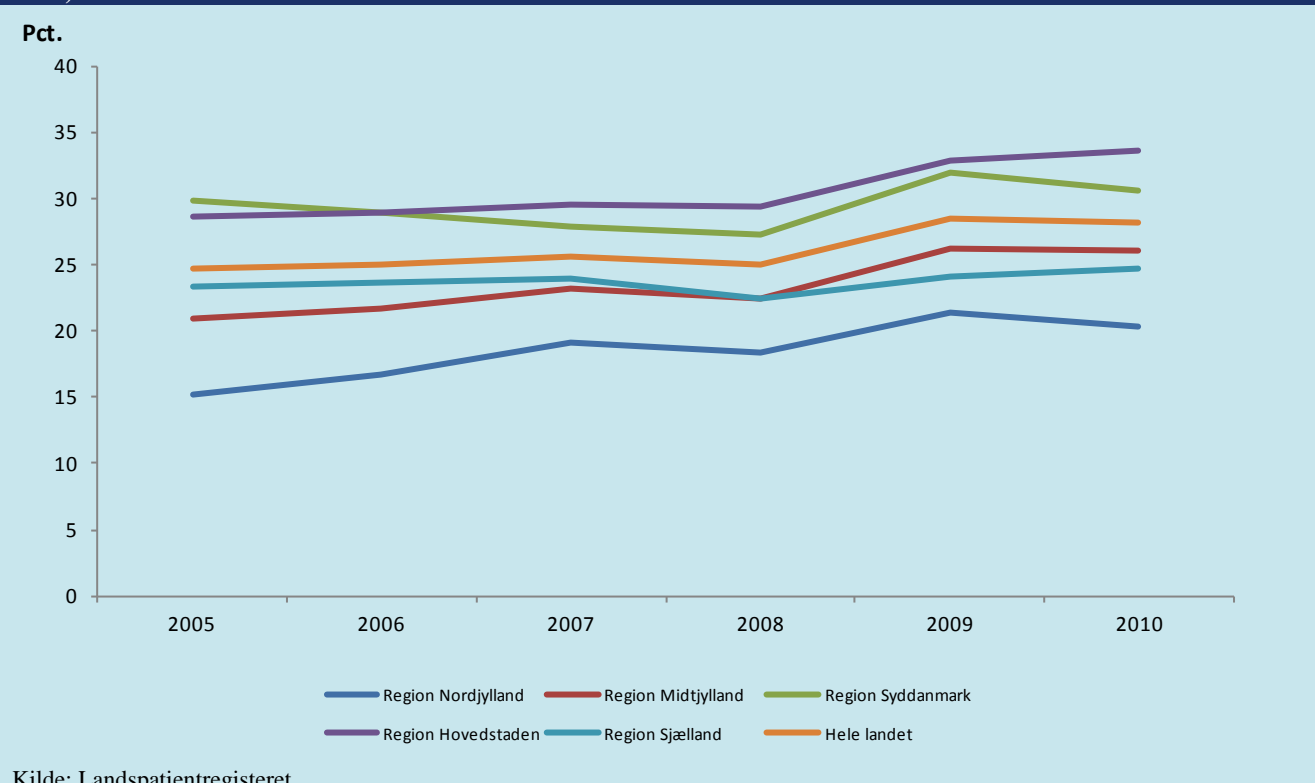
Figur 9.5. Væksten i produktionsværdi, hjerteklapforløb, regioner, 2005-2010



Stigningen i gennemsnitlige ambulante besøg over årene, kan bl.a. forklares af udviklingen i lange ambulante patientforløb. Der er sket en forskydning, så en større andel patienter får mange besøg, jf. figur 9.6. Således fik ca. 25 pct. af patienter i et hjerteklappforløb mere end 7 ambulante besøg i 2005, mens andelen var 28 pct. i 2010.

Region Hovedstaden og Region Syddanmark ligger over landsgennemsnittet, og i 2010 var andelen af patientforløb med mere end 7 ambulante forløb hhv. 34 pct. og 31 pct. Hvor Region Hovedstaden har oplevet en stigning på ca. 5 pct. point i perioden, har antallet af ambulante besøg pr. patient i Region Syddanmark i højere grad været konstant.

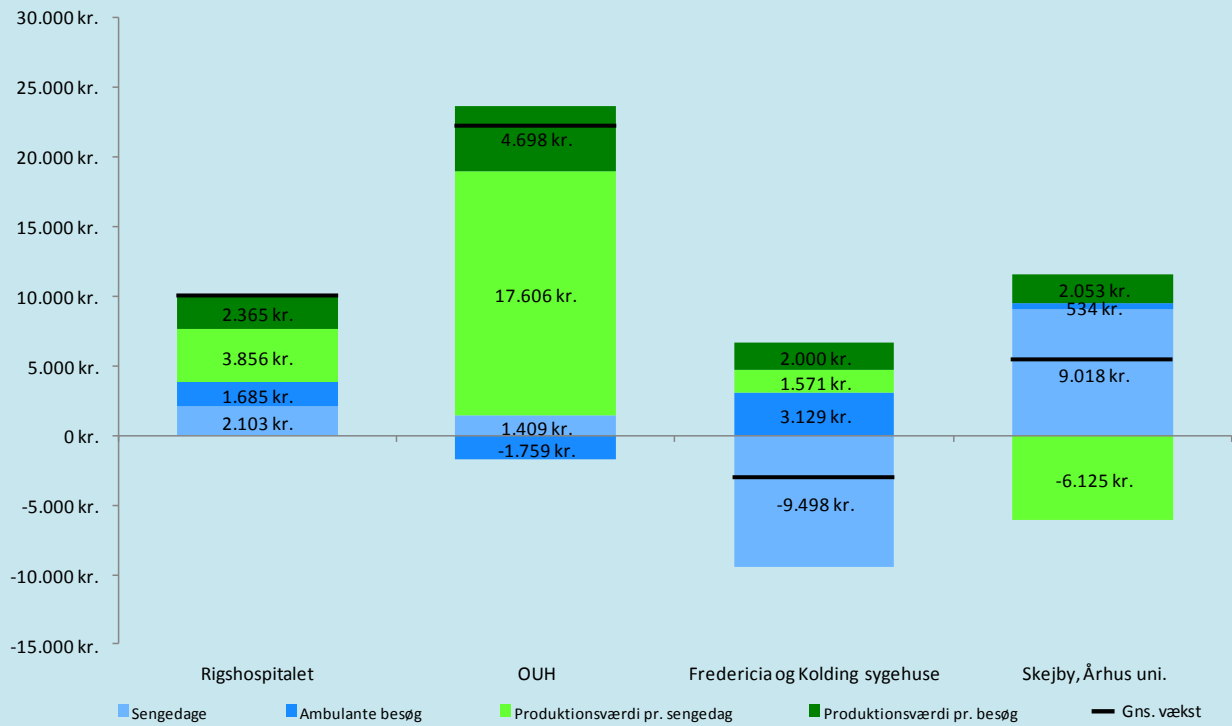
Figur 9.6. Udvikling i andel af hjerteklappatienter, som har haft flere end 7 besøg (øvre kvartil på landsplan i 2005)



På sygehusniveau har OUH haft den største stigning i gennemsnitlig produktionsværdi pr. patientforløb i perioden 2005-2010, jf. figur 9.7. Det skyldes især en stor stigning i produktionsværdien pr. sengedag. På Rigshospitalet er både produktionsværdien og antallet af sengedage og ambulante besøg steget. For Skejby er det særligt flere sengedage pr. forløb, der forklarer stigningen i produktionsværdi pr. patientforløb. Fredericia og Kolding sygehuse har som de eneste et fald reduceret antallet af sengedage pr. forløb, hvilket i øvrigt opvejer den stigning, der har været i værdien af hhv. forøgede besøg, udgifter pr. sengedag og pr. besøg.

Som nævnt i indledningen skal der tages betydelige forbehold for metoden på sygehusniveau, fordi skift mellem sygehuse kan give en systematisk bias i resultaterne.

Figur 9.7. Væksten i produktionsværdi for hjerteklapforløb, udvalgte sygehuse, 2005-2010.



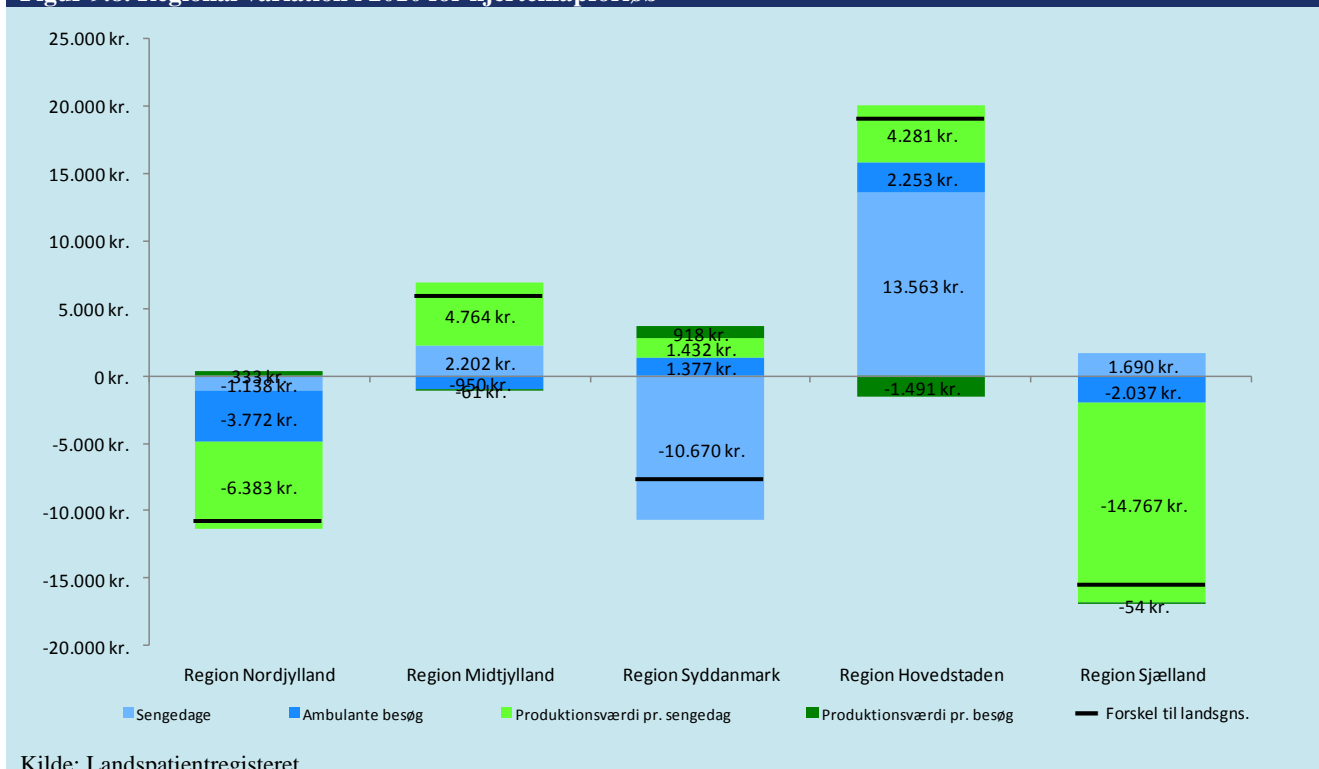
Kilde: Landspatientregisteret

9.5 Hjerteklap forløb – regional variation i 2010

Figur 9.8 viser den regionale variation om den landsgennemsnitlige produktionsværdi pr. forløb. Der er betydelig variation mellem regionerne. Region Nordjylland og Region Sjælland ligger begge væsentlig under den landsgennemsnitlige produktionsværdi pr. forløb. Det er især lavere produktionsværdi pr. sengedag og færre besøg pr. forløb, der forklarer forskellene.

Region Syddanmark ligger også under den landsgennemsnitlige værdi pr. hjerteklapforløb, hvilket skyldes et lavere antal gennemsnitlige sengedage. Region Hovedstaden ligger højt, og særlig det gennemsnitlige antal sengedage har stor betydning.

Figur 9.8. Regional variation i 2010 for hjerteklapforløb



9.6 Hjertesvigt – reduktion i liggetid og ambulante behandling

Produktionsværdien pr. forløb for livstruende hjertesvigt var 96.830 kr. i 2010, *jf. tabel 9.3*. Der er en stigning på godt 19.000 kr. siden 2005.

Stigningen er mindre i Region Nordjylland og Region Syddanmark, der endvidere ligger under landsgennemsnittet i hele perioden. Region Hovedstaden har i hele perioden ligget noget over andre regioner. Det kan, formodentligt, tilskrives Rigshospitalets placering i regionen – *jf. nedenfor*.

Det fremgår endvidere, at der er sket en omlægning af behandlingen for hjertesvigt fra stationær til ambulante behandling. På landsplan er antallet af sengedage pr. forløb faldet med 1,7 dage siden 2005 til 11 sengedage i 2010. Antallet af ambulante besøg pr. forløb er i samme periode steget med 2 besøg til 9,5 besøg i 2010.

Mellem regionerne er der vis variation i antallet af sengedage og besøg pr. forløb. Region Syddanmark adskiller sig ved kun 9,1 sengedage pr. patientforløb i 2010. Region Nordjylland adskiller sig ved kun at have 6,6 besøg pr. patientforløb i 2010. Region Hovedstaden har både flere sengedage og besøg pr. forløb.

På sygehusniveau har Rigshospitalet, helt forventeligt, en meget højere produktionsværdi pr. forløb (116.000 kr. i 2010). Herudover har Odense Universitetshospital også en relativ høj gennemsnitlig produktionsværdi pr. patient (93.000 kr. i 2010).

I fortolkning af tallene på sygehusniveau, må der i lighed med de andre behandlingsområder i rapporten tages betydelige forbehold for, at der kan være en arbejdsdeling, som ikke fremgår af opgørelserne, og at opgørelserne ikke er casemix justeret, *jf. kapitel 6*.

Tabel 9.3. Regionsudvikling hjertesvigt.						
Gennemsnitlig antal sengedage pr. patientforløb						
Region med flest forløbsdage	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	14,2	13,9	13,3	13,5	13,2	11,8
Region Midtjylland	11,6	12,0	11,7	11,5	10,4	10,2
Region Syddanmark	11,4	12,3	11,6	11,3	9,1	9,1
Region Hovedstaden	13,4	13,5	13,0	13,0	12,4	12,1
Region Sjælland	13,5	14,1	13,6	13,1	12,8	12,0
Hele landet	12,7	13,0	12,5	12,4	11,3	11,0
Gennemsnitlig antal ambulante besøg pr. patientforløb						
Region med flest forløbsdage	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	4,9	5,3	5,5	5,9	7,2	6,6
Region Midtjylland	6,9	7,4	7,1	7,5	8,4	8,4
Region Syddanmark	7,8	8,4	9,1	8,9	9,5	9,9
Region Hovedstaden	8,4	8,7	9,1	9,1	9,9	10,6
Region Sjælland	7,3	7,9	8,4	7,8	8,9	9,4
Hele landet	7,5	8,0	8,3	8,3	9,2	9,5
Gennemsnitlig produktionsværdi pr sengedag (målt i kr. og faste priser)						
Region med flest forløbsdage	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	4.359	4.651	5.226	5.472	5.924	6.200
Region Midtjylland	5.591	5.891	6.392	6.754	7.592	7.862
Region Syddanmark	5.206	5.421	5.767	6.088	6.853	7.241
Region Hovedstaden	5.261	5.530	5.749	6.052	6.681	7.094
Region Sjælland	4.512	4.471	4.997	5.250	5.555	6.046
Hele landet	5.097	5.321	5.701	6.005	6.616	7.010
Gennemsnitlig produktionsværdi pr ambulante besøg (målt i kr. og faste priser)						
Region med flest forløbsdage	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	1.711	1.935	1.917	1.957	2.057	2.094
Region Midtjylland	1.720	2.043	1.969	2.058	2.093	2.105
Region Syddanmark	1.788	1.928	1.972	1.990	2.073	2.191
Region Hovedstaden	1.704	1.863	1.848	1.908	1.988	1.994
Region Sjælland	1.707	1.858	1.840	1.869	1.937	2.039
Hele landet	1.727	1.913	1.903	1.952	2.024	2.073
Gennemsnitlig produktionsværdi pr patientforløb (målt i kr. og faste priser)						
Region med flest forløbsdage	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	70.264	75.178	80.258	85.193	93.139	86.902
Region Midtjylland	76.566	85.733	88.613	92.982	96.513	97.745
Region Syddanmark	72.991	82.628	84.582	86.353	82.344	87.928
Region Hovedstaden	84.692	90.633	91.418	95.812	102.774	106.864

Region Sjælland	73.448	77.585	83.333	83.404	88.133	91.776
Hele landet	77.496	84.630	87.184	90.360	93.660	96.830

Kilde: Landspatientregisteret

Tabel 9.4. Sygehusudvikling hjertesvigt.

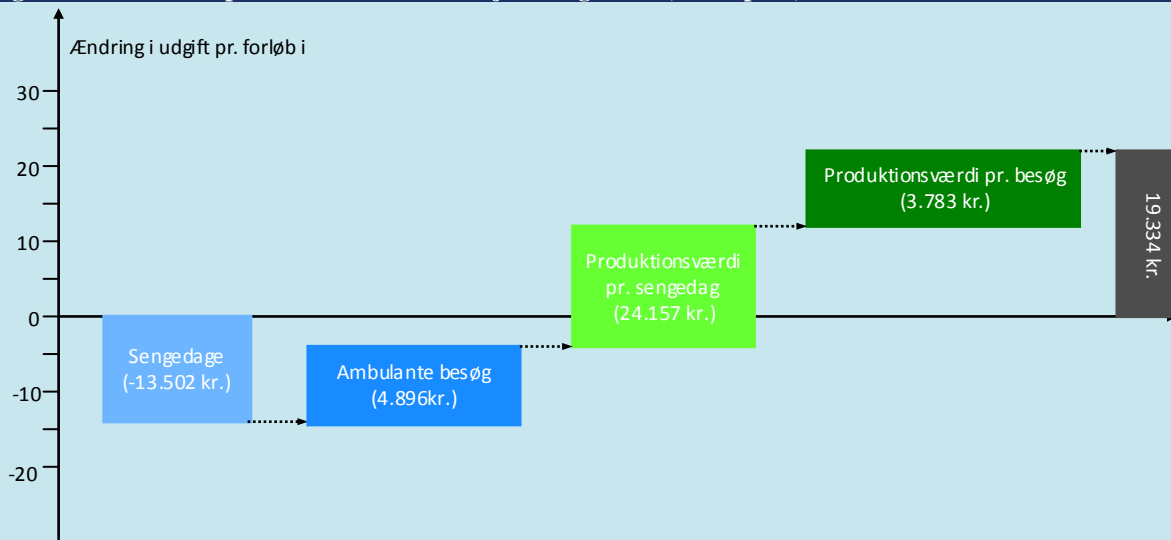
Gennemsnitlig antal sengedage pr. patientforløb						
Sygehus	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Rigshospitalet	4,7	7,6	6,1	7,4	6,1	7,5
Gentofte hospital	9,9	8,3	7,1	6,8	5,3	4,9
Herlev hospital	9,8	11,3	9,0	9,5	10,2	10,2
OUH	10,9	11,6	10,2	9,7	8,7	9,2
Gennemsnitlig antal ambulante besøg pr. patientforløb						
Sygehus	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Rigshospitalet	5,2	5,1	5,1	3,6	4,1	4,9
Gentofte hospital	3,2	3,1	5,0	5,0	6,6	6,4
Herlev hospital	5,2	6,6	6,0	7,7	5,7	6,0
OUH	7,6	7,8	9,0	8,3	8,7	8,6
Gennemsnitlig produktionsværdi pr sengedag (målt i kr. og faste priser)						
Sygehus	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Rigshospitalet	10.429	11.422	13.183	12.135	15.518	14.371
Gentofte hospital	6.686	7.475	6.446	6.280	9.014	8.557
Herlev hospital	4.842	4.411	5.063	5.109	5.396	5.927
OUH	4.774	5.395	6.154	6.734	7.966	8.215
Gennemsnitlig produktionsværdi pr ambulante besøg (målt i kr. og faste priser)						
Sygehus	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Rigshospitalet	1.894	2.162	2.168	2.065	2.358	1.908
Gentofte hospital	1.536	1.815	1.553	1.549	1.631	1.549
Herlev hospital	1.964	2.403	1.858	2.372	3.026	2.958
OUH	1.687	1.802	1.961	1.998	2.017	1.982
Gennemsnitlig produktionsværdi pr patientforløb (målt i kr. og faste priser)						
Sygehus	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Rigshospitalet	59.261	97.240	91.287	97.739	105.109	116.836
Gentofte hospital	70.999	67.894	53.585	50.339	58.844	51.594
Herlev hospital	57.386	65.708	56.853	66.468	72.314	77.979
OUH	64.968	76.829	80.215	82.200	87.048	92.960

Kilde: Landspatientregisteret

9.7 Hjertesvigt – ændringer over tid

Det fremgår, at den reduktion i produktionsværdi pr. forløb, der skyldes færre sengedage pr. forløb, især modsvares af en næsten dobbelt så stor stigning i produktionsværdien pr. sengedag, *jf. figur 9.7*. Hertil kommer en stigning i produktionsværdien pr. forløb på grund af flere ambulante besøg pr. forløb og højere produktionsværdi pr. besøg. Tilsammen giver det, som nævnt, en stigning på godt 19.000 kr.

Figur 9.3. Væksten i produktionsværdi for hjertesvigtforløb, landsplan, 2005-2010

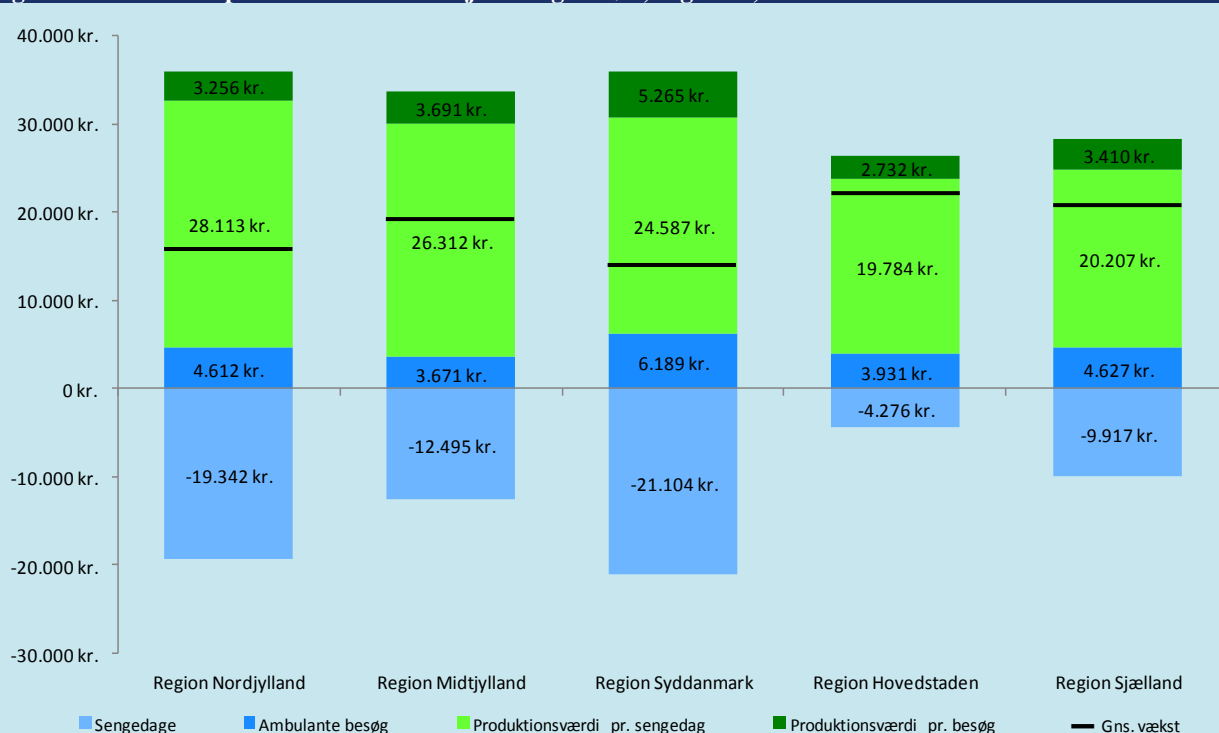


Kilde: Landspatientregisteret

På regionsniveau er billedet det samme som landsplan: Der er sket et fald i produktionsværdien pr. sengedag, og en stigning i de andre faktorer. I Region Nordjylland og Region Syddanmark har færre sengedage pr. forløb givet det største fald i produktionsværdi pr. forløb, *jf. figur 9.3.*

Derudover har alle regioner haft en stor stigning i produktionsværdien pr. sengedag, der overstiger faldet i produktionsværdi pr. forløb som følge af færre sengedage. Hver sengedag er således blevet dyrere. Denne sammenhæng er der ikke for ambulante besøg, hvor der her været en stort set lige stor stigning i værdien af øgede ambulante besøg og stigning i værdien af udgifter pr. besøg.

Figur 9.9. Væksten i produktionsværdi i hjertesvigtforløb, regioner, 2005-2010.

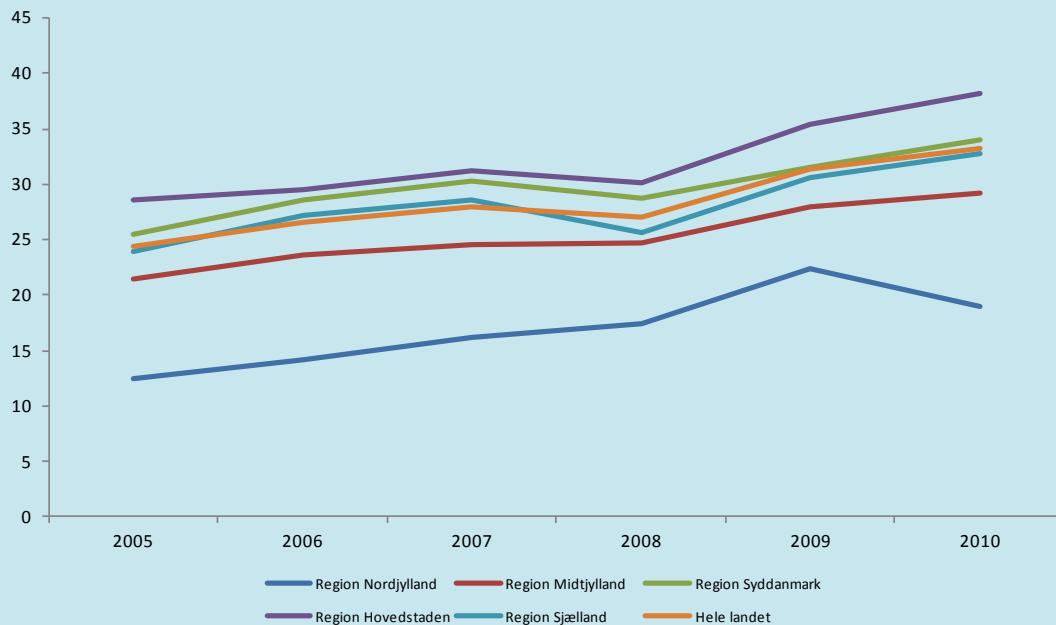


Kilde: Landspatientregisteret.

En del af stigningen i ambulante besøg pr., kan muligvis forklares af udviklingen i lange ambulante patientforløb. Andelen af patienter, der fik mere end 9 ambulante besøg, er steget med 8 pct. point til 33 pct. i 2010, jf. figur 8.9.

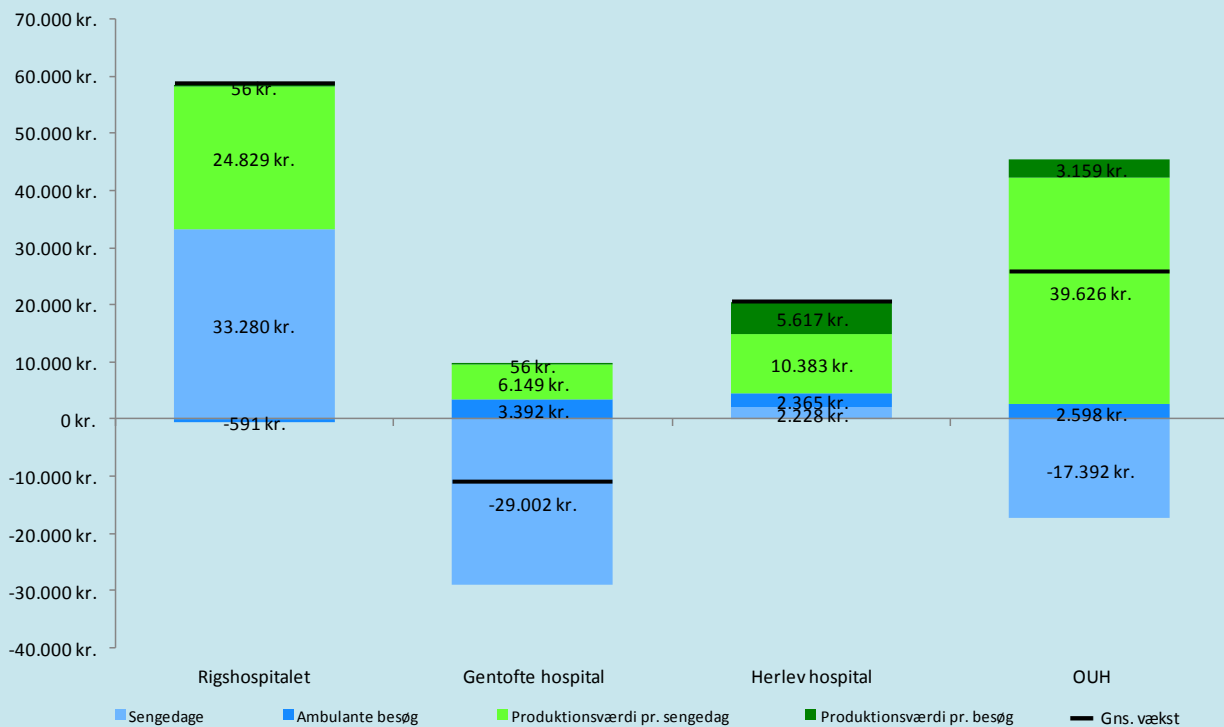
Region Hovedstaden har den højeste andel af patienter 38 pct., der fik mere end 9 ambulante besøg pr. forløb i 2010. Region Nordjylland ligger lavt i hele perioden.

Figur 9.10. Udvikling i andele af hjertesvigtpatienter, som har haft flere end 9 besøg (øvre kvartil på landsplan i 2005)



Kilde: Landspatientregisteret.

Figur 9.11. Væksten i produktionsværdi i hjertesvigtforløb, udvalgte sygehuse, 2005-2010.



Kilde: Landspatientregisteret.

På sygehusniveau har Gentofte Hospital haft et fald i værdien pr. patientforløb særligt som følge af et stort fald i produktionsværdien pr. sengedag.

Rigshospitalet har haft en stor stigning i produktionsværdien på grund af flere sengedage og højere produktionsværdi pr. sengedag. Samlet har Rigshospitalet oplevet en stor stigning i værdien pr. patientforløb.

OUH har også en stor stigning i produktionsværdien pr. sengedag. Værdien pr. patientforløb er dog ikke steget nær så meget som for Rigshospitalet på grund af færre sengedage pr. forløb. For Herlev hospital ses en stigning i værdien af alle 4 faktorer.

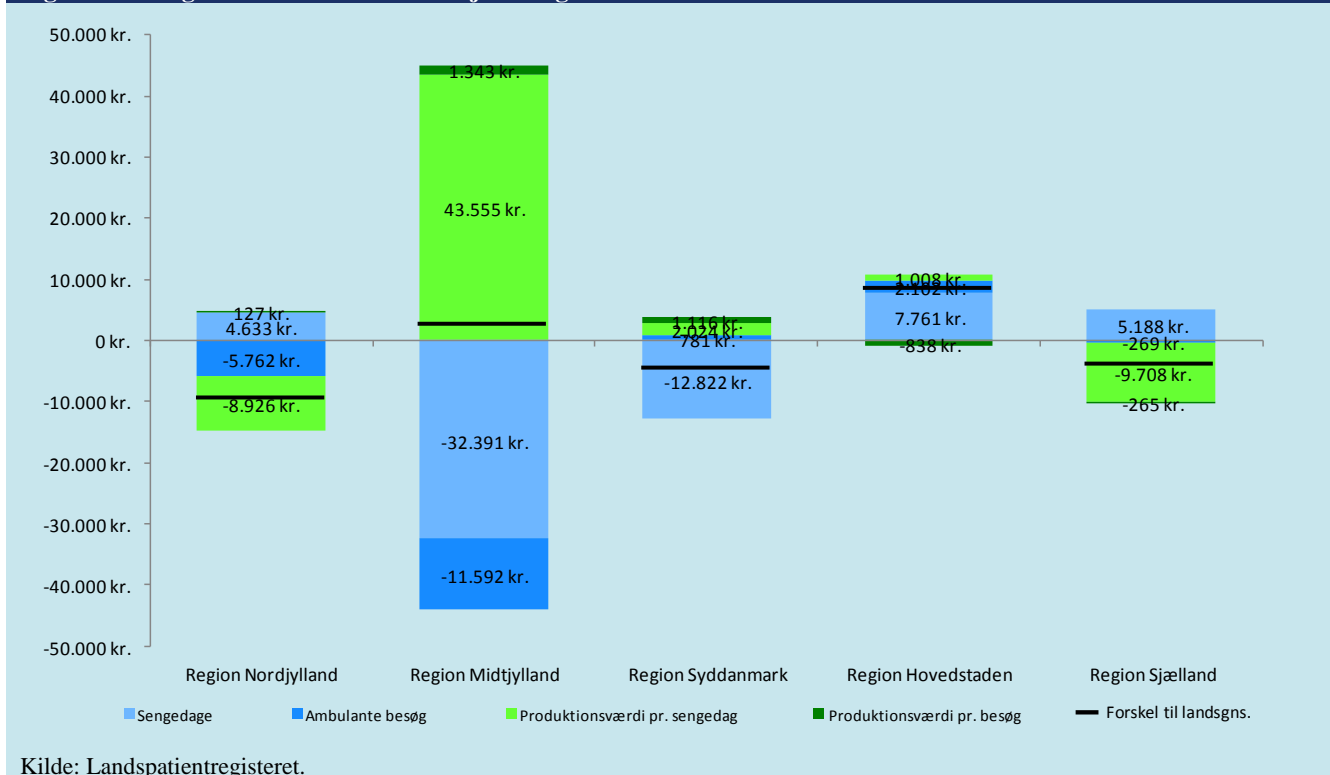
9.8 Hjertesvigt – regional variation i 2010

Den regionale variation omkring den landsgennemsnitlige værdi i 2010 af et hjertesvigtforløb er analyseret nærmere i figur 9.12.

På trods af, at produktionsværdien pr. forløb i Region Midtjylland kun ligger lidt over landsgennemsnittet, adskiller regionen sig markant. For det første har Region Midtjylland betydeligt færre sengedage og besøg pr. forløb svarende til hhv. 32.391 kr. og 11.592 kr. pr. forløb. For det andet har Region Midtjylland væsentlig højere produktionsværdi pr. sengedag svarende til 43.555 kr. pr. forløb. Region Hovedstaden ligger også over den landsgennemsnitlige produktionsværdi pr. forløb særligt i kraft af højere gennemsnitlige antal sengedage.

Region Nordjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland ligger alle under den landsgennemsnitlige produktionsværdi pr. forløb. Der er dog forskellige grunde til dette. For Region Nordjylland er det særligt lavere produktionsværdi pr. sengedag og færre antal ambulante besøg, der giver den lavere produktionsværdi. For Region Syddanmark er det færre sengedage pr. forløb og i Region Sjælland er det lavere produktionsværdi pr. sengedag.

Figur 9.12. Regional variation i 2010 i hjertesvigtforløb



9.9 Ustabil angina pectoris – udvikling i liggetid og ambulante besøg

For den livstruende hjertesygdom ustabil angina pectoris varierer den gennemsnitlige produktionsværdi pr. forløb i 2010 mellem ca. 86.000 og knap 102.000 kr., *jf. tabel 9.5*.

Region Midtjylland havde den højeste produktionsværdi pr. patientforløb i 2010. Det er også den region, det har haft den største stigning i perioden, således er produktionsværdien pr. patientforløb steget med ca. 30.000 kr. siden 2005 til 101.800 kr. i 2010. Også Region Hovedstaden har oplevet en større stigning end andre regioner (24.072 kr. pr. forløb).

Stigningen i produktionsværdi pr. forløb i Region Nordjylland er under 10.000 kr. i perioden 2005-2010, så Region Nordjylland i 2010 ligger omkring landsgennemsnittet, hvor regionen ellers har ligget højt.

I modsætning til de to hjertesygdomme, der blev analyseret tidligere i kapitlet, er der ikke sket et fald i antallet af sengedage pr. forløb. Tværtimod er antallet af besøg steget med ca. 1,3 besøg i perioden 2005-2010.

Der er en vis variation mellem regionerne. Region Nordjylland har fx flest sengedage pr. forløb og det færreste antal ambulante besøg pr. forløb i 2010. Region Syddanmark har i gennem perioden generelt haft det færreste antal sengedage, men til gengæld har Region Syddanmark haft en større stigning i antallet af ambulante besøg pr. forløb.

Region Sjælland har den laveste produktionsværdi pr. sengedag (ca. 7.000 kr.) svarende til ca. 1.300 kr. under landsgennemsnittet i 2010. Region Sjælland har dog haft en betydelig stigning i produktionsværdi pr. sengedag. Det kendetegner også udviklingen i Region Midtjylland.

På de udvalgte sygehuse varierer produktionsværdien pr. patient i 2010 mellem ca. 47.500 kr. (Herlev) og ca. 80.000 kr. (Skejby), *jf. tabel 9.6*. Herlevs lave produktionsværdi pr. patient skyldes i høj grad en meget lav produktionsværdi pr. sengedag. De resterende sygehuse har høje gennemsnitlige produktionsværdi pr. sengedag – også på landsplan, *jf. tabel 9.5 og 9.6*. At den gennemsnitlige produktionsværdi pr. patientforløb alligevel er lavere end landsgennemsnittet i hele perioden, skyldes at de udvalgte sygehuse generelt har væsentlig færre ambulante besøg og sengedage pr. forløb.

Tabel 9.5. Regionsfordelt ustabil angina pectoris

Gennemsnitlig antal sengedage pr. patientforløb						
Region med flest forløbsdage	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	10,2	11,9	10,9	11,4	9,9	10,0
Region Midtjylland	9,5	10,3	10,7	10,5	9,3	9,6
Region Syddanmark	8,2	8,8	8,7	8,8	8,2	8,2
Region Hovedstaden	9,0	9,8	9,7	11,1	9,8	9,2
Region Sjælland	11,2	12,6	12,5	11,4	10,0	9,4
Hele landet	9,4	10,3	10,2	10,6	9,4	9,2
Gennemsnitlig antal ambulante besøg pr. patientforløb						
Region med flest forløbsdage	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	3,4	4,3	4,8	4,9	4,8	5,3
Region Midtjylland	4,4	4,6	5,3	5,5	6,1	6,5
Region Syddanmark	4,8	5,3	5,9	6,1	6,6	6,5
Region Hovedstaden	5,4	5,7	5,4	5,4	6,1	6,1
Region Sjælland	4,6	5,5	5,7	5,7	5,8	5,6
Hele landet	4,8	5,2	5,5	5,6	6,0	6,1
Gennemsnitlig produktionsværdi pr sengedag (målt i kr. og faste priser)						
Region med flest forløbsdage	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	7.566	7.270	7.944	7.957	9.026	8.088
Region Midtjylland	6.769	6.962	7.434	8.042	9.023	9.232
Region Syddanmark	6.915	7.248	7.923	7.654	8.751	8.818
Region Hovedstaden	6.392	6.188	6.657	6.796	7.716	8.321
Region Sjælland	4.582	4.917	5.047	6.138	6.723	7.037
Hele landet	6.352	6.405	6.888	7.233	8.156	8.388
Gennemsnitlig produktionsværdi pr ambulante besøg (målt i kr. og faste priser)						
Region med flest forløbsdage	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	1.930	1.870	2.068	2.025	1.961	2.123
Region Midtjylland	1.829	2.174	2.130	2.116	2.115	2.062
Region Syddanmark	1.844	2.076	2.064	2.102	2.163	2.167
Region Hovedstaden	1.720	1.925	2.019	2.086	2.160	2.249
Region Sjælland	2.020	2.177	2.211	2.256	2.203	2.349
Hele landet	1.818	2.034	2.091	2.119	2.143	2.193
Gennemsnitlig produktionsværdi pr patientforløb (målt i kr. og faste priser)						
Region med flest forløbsdage	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	83.578	94.316	96.845	100.920	99.075	92.405
Region Midtjylland	72.333	82.066	91.124	96.405	96.983	101.871
Region Syddanmark	65.868	74.988	81.185	80.327	85.691	86.068
Region Hovedstaden	66.525	71.796	75.674	86.774	89.007	90.597
Region Sjælland	60.690	74.073	75.591	83.076	79.900	79.109
Hele landet	68.123	76.716	82.018	88.232	89.499	90.323

Kilde: Landspatientregistret

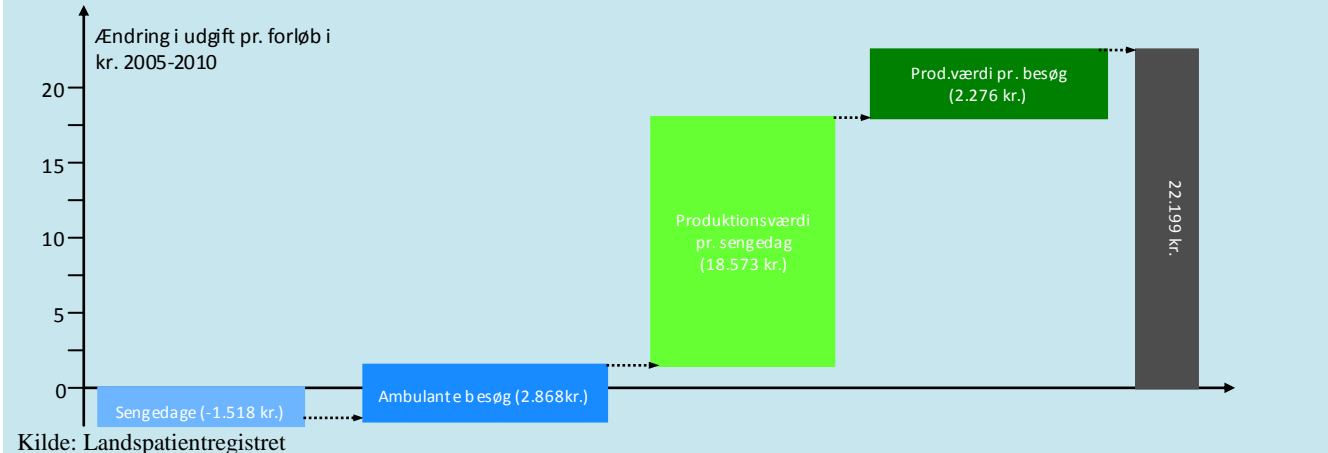
Tabel 9.6. Sygehusfordelt ustabil angina pectoris						
Gennemsnitlig antal sengedage pr. patientforløb på sygehuset						
Sygehus	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Rigshospitalet	3,8	2,8	4,3	3,6	4,0	3,8
Herlev hospital	6,4	7,3	6,8	6,2	7,0	6,3
OUH	6,3	6,7	7,1	6,5	7,0	6,5
Skejby, Århus uni.	3,2	4,4	3,4	3,9	6,0	4,6
Gennemsnitlig antal ambulante besøg pr. patientforløb på sygehuset						
Sygehus	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Rigshospitalet	3,8	1,6	2,2	2,9	4,3	1,9
Herlev hospital	5,7	3,7	3,9	3,6	5,3	4,5
OUH	5,3	5,3	4,8	5,9	5,8	5,3
Skejby, Århus uni.	0,7	3,3	3,0	0,7	1,2	1,3
Gennemsnitlig produktionsværdi pr sengedag (målt i kr. og faste priser)						
Sygehus	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Rigshospitalet	12.242	17.254	12.627	16.217	18.480	17.149
Herlev hospital	4.402	4.158	4.484	4.949	6.103	5.328
OUH	7.529	8.359	8.295	9.200	9.217	10.467
Skejby, Århus uni.	16.242	15.726	16.783	16.681	14.618	16.994
Gennemsnitlig produktionsværdi pr ambulans besøg (målt i kr. og faste priser)						
Sygehus	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Rigshospitalet	1.818	2.002	2.323	2.293	2.307	1.785
Herlev hospital	1.886	2.131	2.810	2.138	2.505	3.110
OUH	1.635	1.888	1.674	1.780	1.710	1.683
Skejby, Århus uni.	1.498	2.412	2.368	2.006	1.844	1.618
Gennemsnitlig produktionsværdi pr patientforløb på sygehuset (målt i kr. og faste priser)						
Sygehus	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Rigshospitalet	53.931	51.693	59.759	64.760	83.735	68.383
Herlev hospital	38.872	38.200	41.472	38.346	55.768	47.512
OUH	56.162	65.903	67.086	70.673	74.037	76.601
Skejby, Århus uni.	52.680	77.203	63.756	66.648	89.152	80.630

Kilde: Landspatientregistret

9.10 Ustabil angina pectoris – ændringer over tid

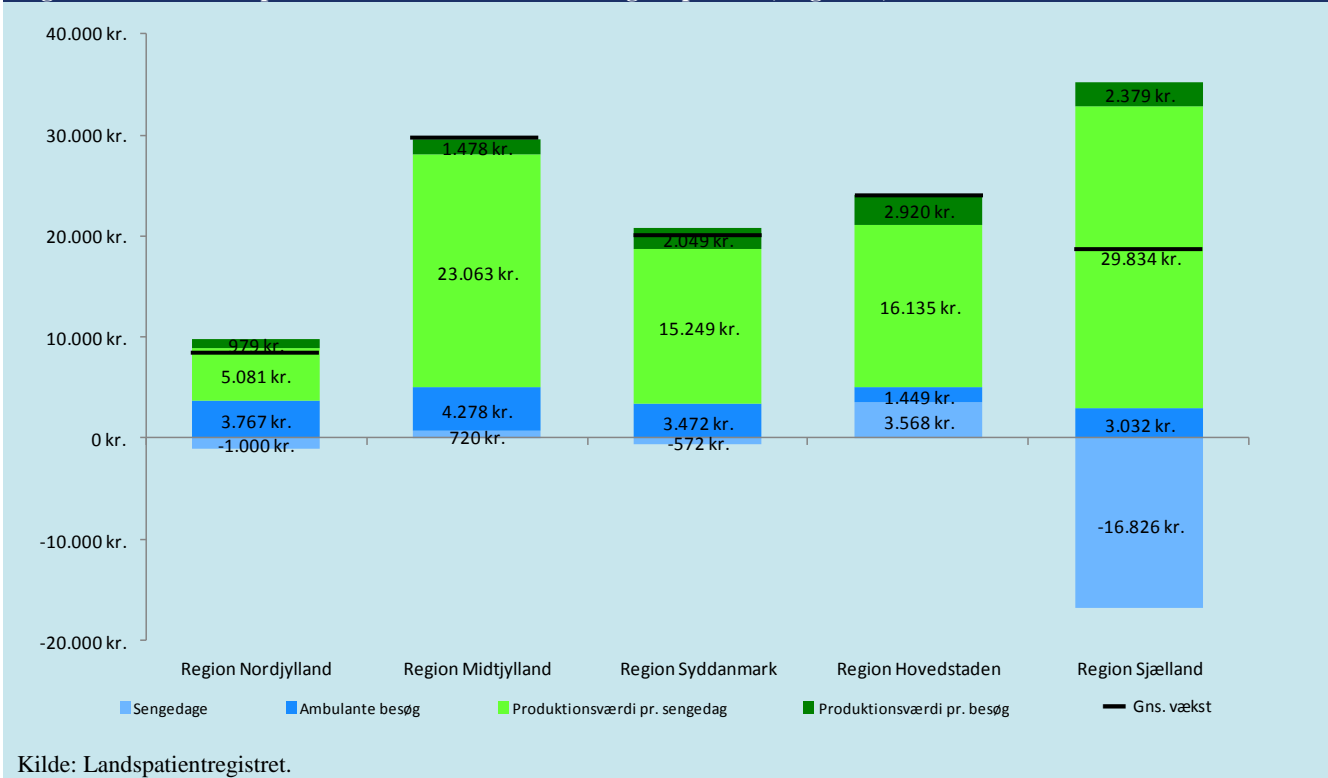
Produktionsværdien pr. forløb er steget med ca. 22.000 siden 2005, jf. figur 9.3. Det kan især tilskrives højere produktionsværdi pr. sengedag. Stigningen overvejes ikke, at færre sengedage pr. forløb bidrager til at reducere produktionsværdien pr. forløb. Produktionsværdien af de færre sengedage pr. forløb har ikke været nær så stor som for hjerteklap- og hjertesvigtforløb, jf. afsnit 9.4 -9.5.

Figur 9.3. Udgiftsvæksten i forløb for ustabil angina pectoris – landsplan



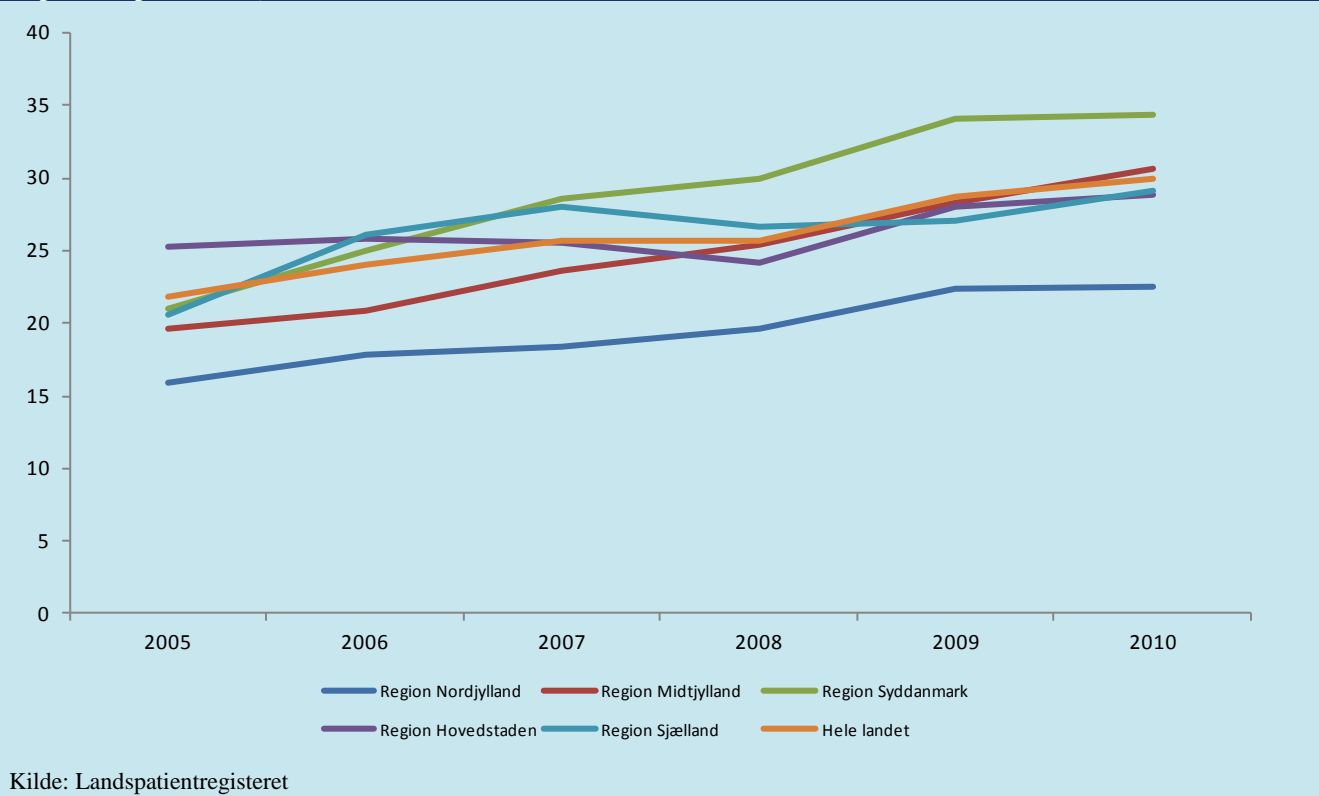
På regionsniveau er billedet stort set det samme som på landsplan, jf. figur 9.13. Kun Region Sjælland adskiller sig markant ved et stort fald i produktionsværdien pr. forløb på grund af færre sengedage. Region Nordjylland har den laveste gennemsnitlige vækst i omkostninger pr. patientforløb.

Figur 9.13 Væksten i produktionsværdi for ustabil angina pectoris, regioner, 2005-2010

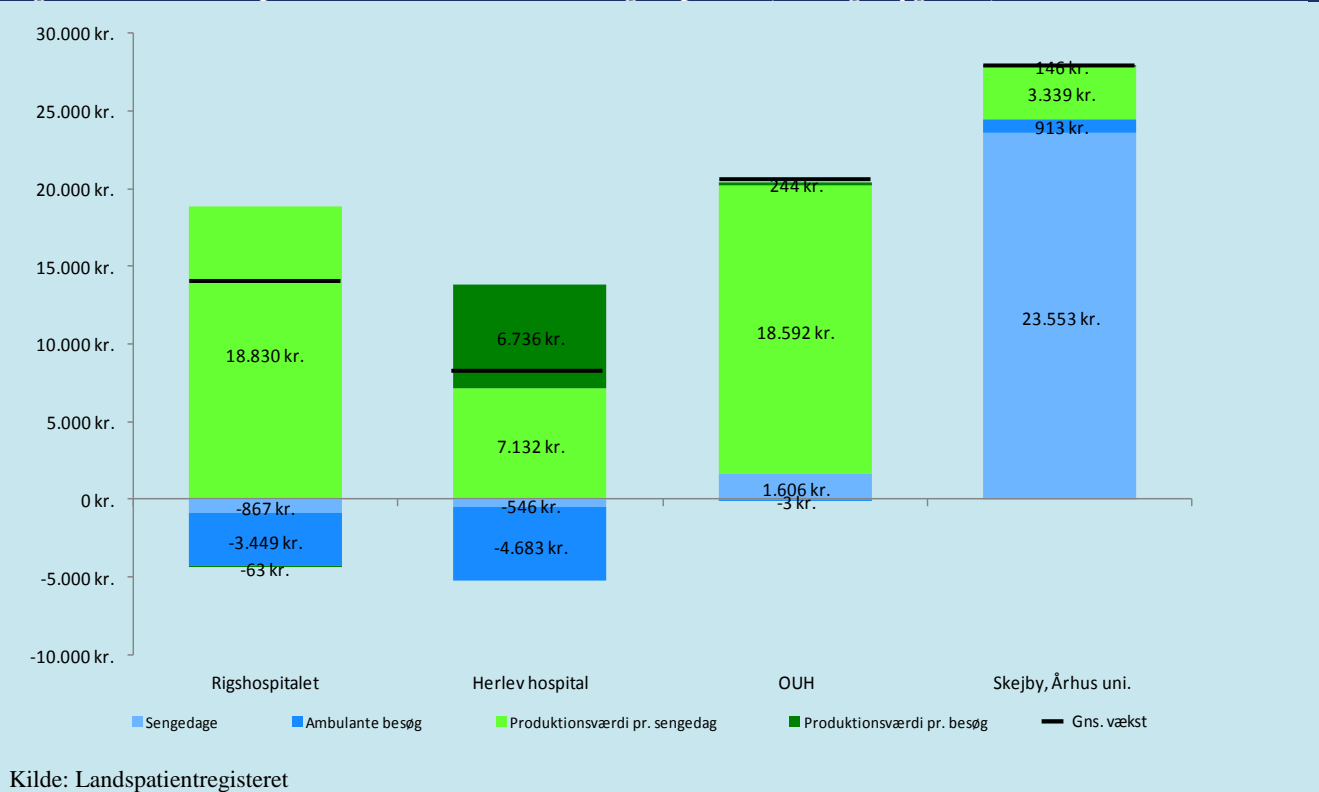


Andelen af forløb med over 6 ambulante besøg er steget fra 22 pct. til 30 pct. Region Nordjylland ligger generelt under den landsgennemsnitlige andel. Region Hovedstaden har ikke haft en lige så udtalt stigning i andelen fra 2005 til 2010 som de andre regioner.

Figur 9.14. Udvikling i andele af patienter med ustabil angina pectoris, som har haft flere end 6 besøg (øvre kvartil på landsplan i 2005)



Figur 9.15. Væksten i produktionsværdi for ustabil angina pectoris, udvalgte sygehuse, 2005-2010



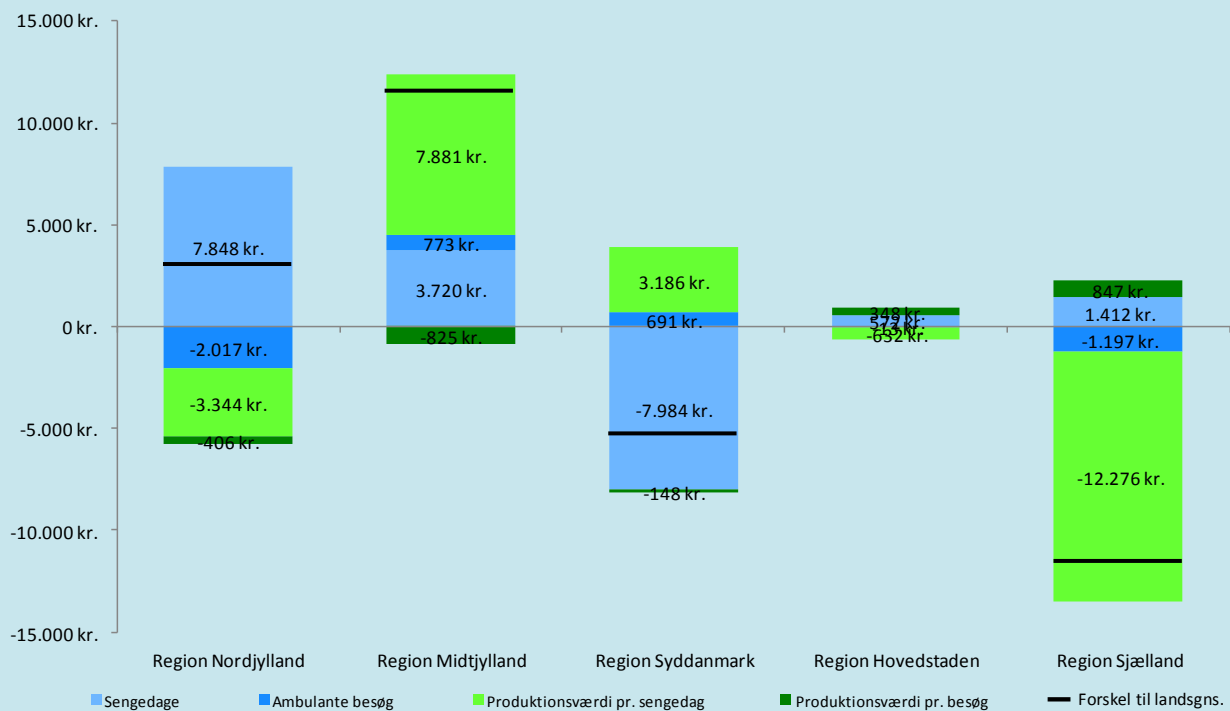
På sygehusniveau har Rigshospitalet og Herlev ikke helt så høj en stigning i værdien pr. patientforløb som OUH og Skejby, jf. figur 9.15. Det skyldes blandt andet færre ambulante besøg. Rigshospitalet har ligesom OUH haft en stor stigning i produktionsværdien pr. sengedag. På Herlev højere produktionsværdi pr. sengedag og pr. besøg næsten ligeligt til stigningen i produktionsværdi pr. forløb.

Skejby adskiller sig betydeligt fra de andre hospitaler med en stor stigning produktionsværdien pr.sengedag.

9.11 Ustabil angina pectoris – regional variation i 2010

Der er forskellige grunde til, hvorfor en region ligger over eller under landsgennemsnittet, jf. figur 9.16. Region Syddanmark og Region Sjælland ligger lavere end landsgennemsnittet som følge af hhv. færre sengedage pr. forløb og lavere produktionsværdi pr. sengedag. Region Nordjylland ligger lidt over landsgennemsnittet, fordi antallet af sengedage pr. forløb er større. Region Midtjylland ligger generelt højt, mens Region Hovedstaden ligner landet som helhed.

Figur 9.16. Regional variation i 2010 i forløb for ustabil angina pectoris



Kilde: Landspatientregisteret

10. Det ortopædkirurgiske område

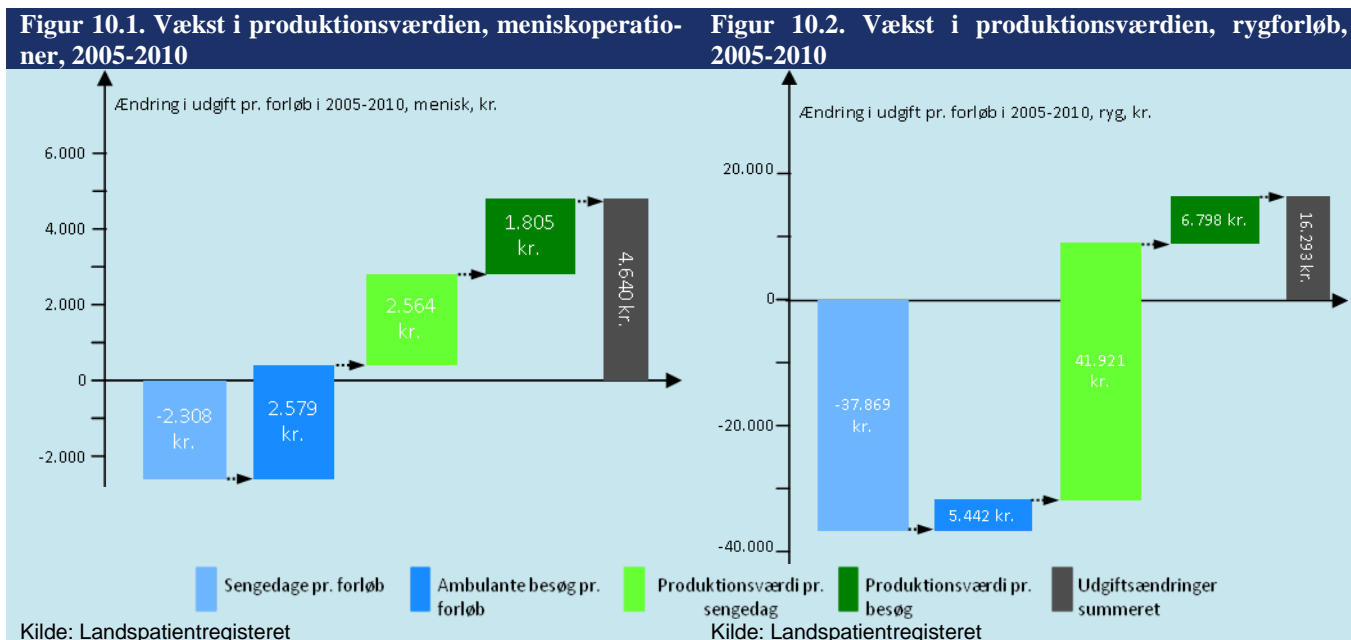
10.1 Indledning og sammenfatning

Menisk- og rygområdet er karakteriseret ved en relativ høj vækst i produktionsværdien i perioden 2005-2010 sammenlignet med det kirurgiske område generelt. På begge områder er der sket en betydelig omlægning fra stationær til ambulantly behandling

På *meniskområdet*¹³ er den samlede produktionsværdi steget til ca. 370 mio. kr. i 2010. Det skyldes blandt andet en stigning i antal unikke behandlede patienter på ca. 2.000 siden 2005 til 13.111 unikke patienter i 2010. Det vil sige en mængdeeffekt. Derudover skyldes det, at produktionsværdien pr. forløb er steget med godt 4.460 kr. svarende til ca. 20 pct. i 2010, *jf. figur 10.1*. Det vil sige en pris-effekt.

På *rygområdet*¹⁴ er produktionsværdien steget til godt 1,5 mia. kr. i 2010. Det skyldes blandt andet, at der – i lighed med på meniskområdet – er sket en stigning i antallet af unikke patienter (ca. 2.300), så der blev behandlet 11.560 unikke patienter i 2010. Hertil kommer, at produktionsværdien pr. forløb er steget med ca. 16.300 kr. pr. forløb svarende til ca. 12 pct. til 132.910 kr. i 2010, *jf. figur 10.2*.

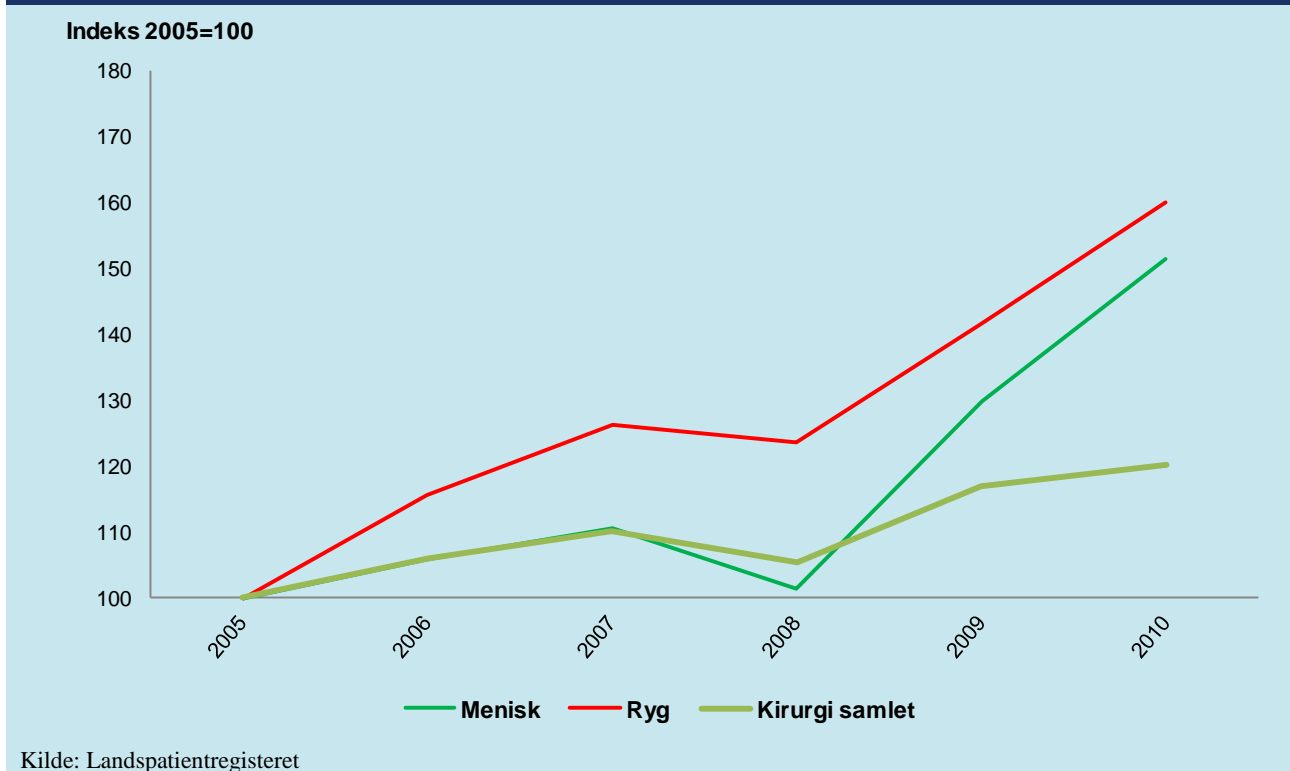
På nogle områder skyldes stigningen i produktionsværdi pr. patient flere kronikere, et ændret sygdomsbillede, ny dyr behandling mv. Det påvirker ikke i samme grad disse to områder, og det er derfor bemærkelsesværdigt, at omlægningen fra stationær til ambulantly ikke har ført til lavere udgifter pr. patient.



¹³ Meniskoperationer er afgrænset til procedurerne: *KNGD, KNGD0, KNGD01, KNGD02, KNGD1, KNGD11, KNGD12, KNGD, KNGD21, KNGD22, KNGD9, KNGD91, KNGD92, KNGN59*. I speciallægepraksis udføres der også knæoperationer. Dog er det ikke muligt eksakt at afgrænse til meniskoperationer, hvorfor aktivitet herfra ikke er medtaget.

¹⁴ Rygoperationer er afgrænset til procedurerne: *KAB, KABA, KABB, KABC, KABD, KABE, KABW, KAN, KNAA, KNAB, KNAC, KNAE, KNAF, KNAG, KNAH, KNAJ, KNAK, KNAL, KNAM, KNAN, KNAS, KNAT, KNAU, KNAW*.

Figur 10.3. Udvikling i produktionsværdi for menisk, ryg og kirurgi samlet, 2005-2010.



10.2 Menisk - reduktion i liggetid og ambulante behandling

I tabel 10.1 ses regionsudvikling fra 2005 til 2010 for menisk patienter opdelt på sengedage og ambulante besøg pr. patientforløb samt produktionsværdi pr. sengedag og pr. ambulante besøg.

Liggetiden er faldet med 0,2 sengedag pr. forløb svarende til godt 15 pct. i perioden 2005-2010. Region Hovedstaden og Region Sjælland har generelt ligget over landsgennemsnittet, mens Region Midtjylland og Region Syddanmark i hele perioden har ligget under landsgennemsnittet. Region Nordjylland følger landsgennemsnittet.

I perioden 2005-2010 er antallet af ambulante besøg pr. forløb steget fra 5,0 til 5,8 ambulante besøg svarende til en stigning på 16 pct. Region Midtjylland ligger under landsgennemsnittet i stort set hele perioden, mens Region Syddanmark ligger over i hele perioden. De resterende regioner ligger på niveau med landsgennemsnittet i hele perioden. Dog har Region Nordjylland i 2010 et større gennemsnitlig antal ambulante besøg på 6,3.

Tabel 10.1. Regionsudvikling for meniskoperationer. Antal sengedage og ambulante besøg pr. patientforløb samt pris pr. sengedag og besøg.

Gennemsnitlig antal sengedage pr. patientforløb						
Region med flest forløbsdage	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	1,0	1,1	1,0	0,9	1,1	1,0
Region Midtjylland	0,9	0,8	0,9	0,8	0,7	0,7
Region Syddanmark	1,0	1,0	0,8	1,0	0,9	0,8
Region Hovedstaden	1,5	1,6	2,1	1,3	1,7	1,3
Region Sjælland	1,8	1,7	2,4	1,5	1,3	1,3
Hele landet	1,2	1,1	1,3	1,0	1,1	1,0
Gennemsnitlig antal ambulante besøg pr. patientforløb						
Region med flest forløbsdage	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	4,8	4,7	4,9	4,5	5,2	6,3
Region Midtjylland	4,8	5,2	5,3	4,8	4,9	5,3
Region Syddanmark	5,4	5,2	5,5	5,6	5,8	6,2
Region Hovedstaden	5,1	5,1	6,1	5,1	5,7	5,8
Region Sjælland	4,9	5,1	5,2	5,0	5,5	5,8
Hele landet	5,0	5,1	5,5	5,1	5,4	5,8
Gennemsnitlig produktionsværdi pr sengedag (målt i kr. og faste priser)						
Region med flest forløbsdage	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	6.949	7.274	7.449	8.465	9.054	9.194
Region Midtjylland	7.851	8.830	7.962	9.198	9.329	11.046
Region Syddanmark	7.802	7.413	9.164	8.835	10.337	11.047
Region Hovedstaden	8.246	8.711	6.602	8.818	8.990	10.278
Region Sjælland	7.996	8.131	6.041	7.661	9.236	9.492
Hele landet	7.882	8.190	7.261	8.720	9.376	10.358
Gennemsnitlig produktionsværdi pr ambulante besøg (målt i kr. og faste priser)						
Region med flest forløbsdage	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	2.937	2.691	3.156	3.377	3.202	3.238
Region Midtjylland	3.110	3.130	3.338	3.443	3.537	3.407
Region Syddanmark	3.114	3.065	3.249	3.224	3.113	3.196
Region Hovedstaden	2.454	2.263	2.468	2.772	2.587	2.802
Region Sjælland	2.075	2.132	2.361	2.704	2.696	2.871
Hele landet	2.835	2.765	3.003	3.147	3.097	3.126
Gennemsnitlig produktionsværdi pr patientforløb (målt i kr. og faste priser)						
Region med flest forløbsdage	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	20.819	20.762	23.126	22.956	26.104	29.549
Region Midtjylland	22.293	23.035	25.212	23.593	24.027	25.565
Region Syddanmark	24.759	23.122	25.554	26.705	27.075	28.321
Region Hovedstaden	25.136	25.117	28.831	25.784	30.008	30.188
Region Sjælland	24.372	24.659	26.833	25.309	27.208	28.533
Hele landet	23.566	23.408	26.156	24.936	26.699	28.206

Kilde: Landspatientregisteret

Table 10.2. Sygehusudvikling for meniskoperationer. Antal sengedage og ambulante besøg pr. patientforløb samt pris pr. sengedag og besøg.

Gennemsnitlig antal sengedage pr. patientforløb på sygehuset						
Sygehus	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1351 Amager Hospital	0,6	0,6	0,4	0,4	0,5	0,1
2000 Hospitalerne i Nordsjælland	1,0	0,9	0,9	1,0	0,8	1,5
7002 Regionshospitalet Silkeborg	0,8	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4
7004 Århus Amtssygehus	0,5	0,2	0,6	0,5	0,3	0,3
Gennemsnitlig antal ambulante besøg pr. patientforløb på sygehuset						
Sygehus	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1351 Amager Hospital	3,8	3,9	4,2	3,0	2,9	3,1
2000 Hospitalerne i Nordsjælland	3,9	3,8	4,3	3,7	4,7	4,7
7002 Regionshospitalet Silkeborg	3,8	3,7	3,8	3,3	3,4	3,4
7004 Århus Amtssygehus	3,3	3,9	3,4	3,5	3,6	3,9
Gennemsnitlig produktionsværdi pr sengedag (målt i kr. og faste priser)						
Sygehus	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1351 Amager Hospital	6.621	8.294	9.297	6.637	9.106	11.992
2000 Hospitalerne i Nordsjælland	9.473	9.242	10.524	9.009	11.191	8.031
7002 Regionshospitalet Silkeborg	7.186	8.300	8.919	8.512	7.907	11.665
7004 Århus Amtssygehus	8.841	12.070	8.479	10.438	14.462	11.392
Gennemsnitlig produktionsværdi pr ambulante besøg (målt i kr. og faste priser)						
Sygehus	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1351 Amager Hospital	3.342	3.068	3.259	3.904	3.125	4.339
2000 Hospitalerne i Nordsjælland	2.566	2.359	2.411	2.334	2.483	2.736
7002 Regionshospitalet Silkeborg	3.564	3.524	3.705	3.932	3.887	3.812
7004 Århus Amtssygehus	2.767	3.329	2.163	3.175	3.603	3.756
Gennemsnitlig produktionsværdi pr patientforløb (målt i kr. og faste priser)						
Sygehus	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1351 Amager Hospital	16.565	17.098	17.800	14.606	13.360	14.555
2000 Hospitalerne i Nordsjælland	19.196	17.415	20.342	17.924	20.634	24.920
7002 Regionshospitalet Silkeborg	19.340	17.414	18.602	16.900	16.951	18.039
7004 Århus Amtssygehus	13.251	15.869	12.768	15.802	17.894	18.572

Anm.. Hospitalerne i Nordsjælland undergik en organisatorisk omlægning 1. januar 2007 fra Frederiksborg Amts Sygehusvæsen til Hospitalerne i Nordsjælland, hvilket der kan have betydning i sammenligning af opgørelserne før og efter 2007

Kilde: Landspatientregisteret

Produktionsværdien pr. forløb er steget med ca. 4.500 kr. siden 2005 til godt 28.000 kr. i 2010. Det er især produktionsværdien pr. sengedag (ca. 2.500 kr.), der er steget. I 2010 var den således 10.358 kr. i 2010. Produktionsværdien pr. ambulante besøg er ikke ændret meget i perioden og var på 3.126 kr. i 2010.

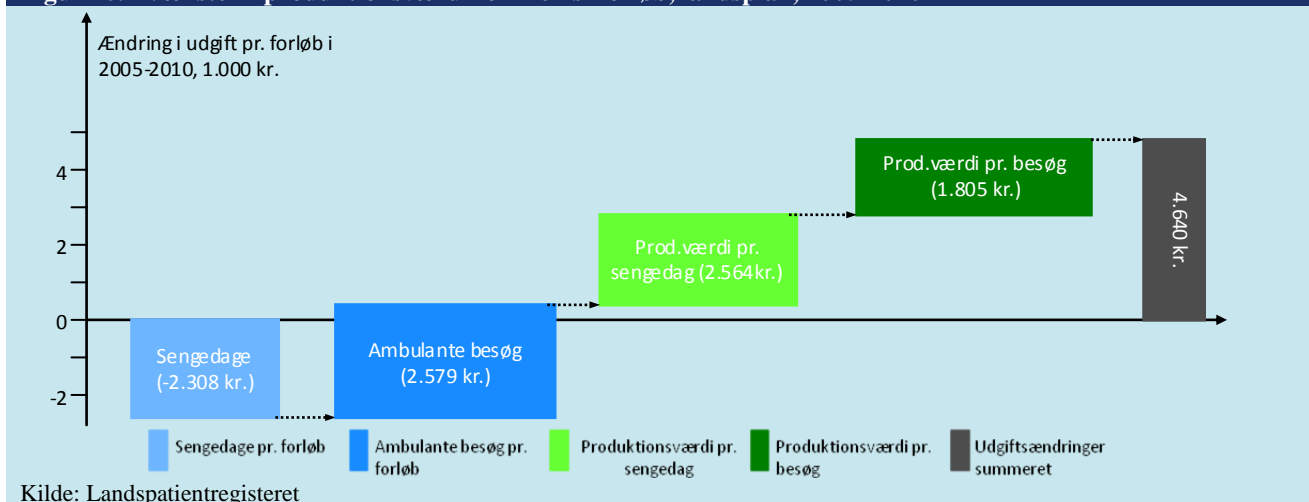
I tabel 10.2. ses sygehusudvikling for en række sygehuse med største patienttyngde målt ved antal unikke patienter i 2010. Sygehusene står i tilfældig rækkefølge. Det drejer sig om Amager Hospital, Hospitalerne i Nordsjælland, Regionshospitalet Silkeborg og Århus Amtssygehus, der alle har behandlet et sted mellem ca. 600 og 750 unikke patienter i 2010.

De 4 hospitalers produktionsværdi pr. patientforløb ligger væsentlig under landsgennemsnittet. Det skyldes for det første, at de – med undtagelse af Hospitalerne i Nordsjælland – har markant færre sengedage pr. forløb end landsgennemsnittet, *jf. tabel 10.1 og tabel 10.1*. For det andet er antallet af ambulante besøg pr. forløb lavere end landsgennemsnittet. Begge dele er dog ikke helt så udtalt for Hospitaler i Nordsjælland.

10.3 Menisk – udvikling i produktionsværdi pr. forløb

Den samlede produktionsværdi pr. forløb er steget med 4.640 kr., *jf. figur 10.1*. På den ene side er antallet af sengedage pr. forløb faldet svarende til 2.308 kr. pr. forløb. På den anden side er antallet af besøg og produktionsværdien pr. besøg og pr. sengedag steget svarende til hhv. 2.579 kr., 2.564 kr. og 1.805 kr. pr. forløb.

Figur 10.1 Væksten i produktionsværdi for meniskforløb, landsplan, 2005-2010

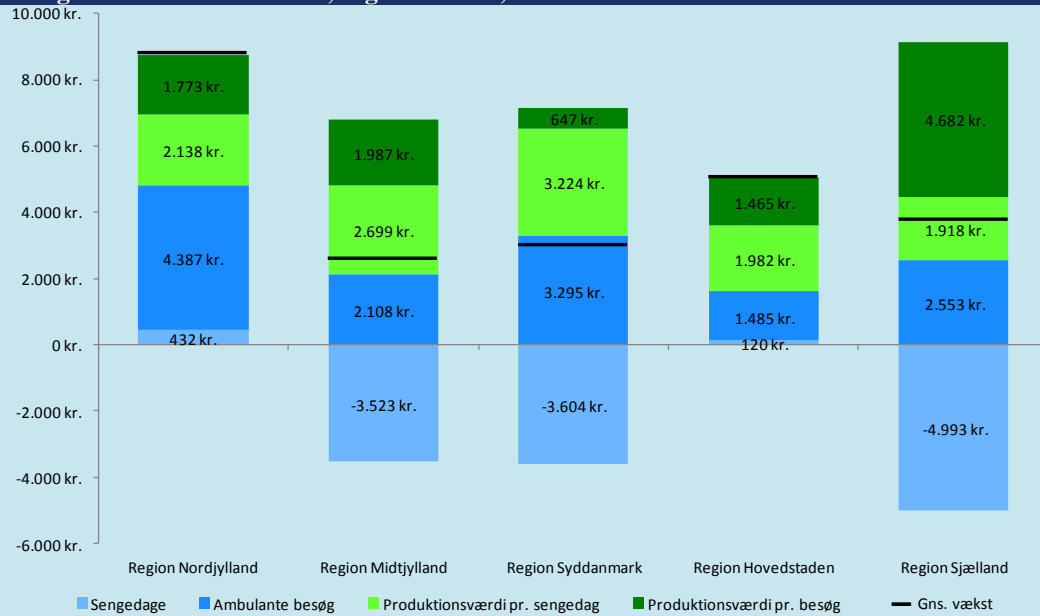


På regionsniveau er der forskelle i udviklingerne, *jf. figur 10.4*. I Region Midtjylland, Region Syd-danmark og Region Sjælland er liggetiden reduceret svarende til hhv. 3.523 kr., 3.604 kr. og 4.993 kr. pr. forløb.

Region Sjælland adskiller sig ved, at øgede udgifter pr. besøg forklarer en stor del af udviklingen. Det overvejes særligt af, at regionen har haft den største reduktion i sengedag.

For Region Hovedstaden og Region Nordjylland har alle 4 faktorer medvirket til, at udgiftsvæksten er øget. Særligt ligger Region Nordjylland med en høj gennemsnitlig vækst, hvilket især kan forklares ved øgede antal ambulante besøg.

Figur 10.4. Udgiftsvæksten for menisk, regionsniveau, 2005-2010

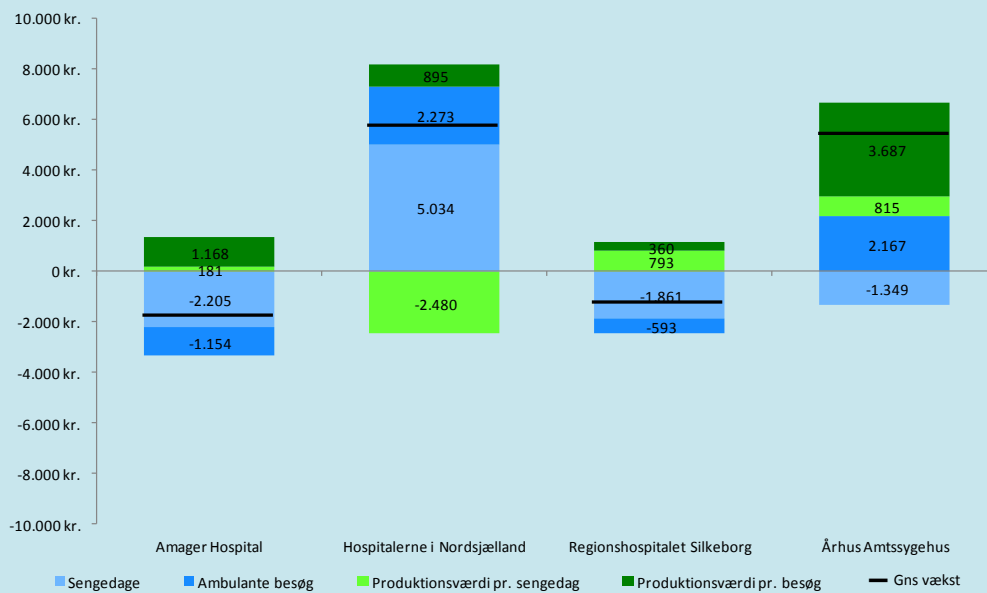


Kilde: Landspatientregisteret

På sygehusniveau adskiller Amager Hospital og Regionshospitalet Silkeborg sig ved at have den laveste gennemsnitlige vækst. Det har været en kombination af færre sengedage pr. forløb og i lidt færre ambulante besøg pr. forløb på den ene side og på den anden side mindre stigninger i produktionsværdien pr. sengedag og ambulante besøg.

Hospitalet i Nordsjælland har haft en reduktion produktionsværdien pr. sengedag, men flere sengedage og besøg pr. forløb medvirker til, at væksten i produktionsværdi er høj. For Århus Amtssygehus opvejer færre sengedage ikke effekten af flere ambulante besøg og højere produktionsværdi pr. besøg. Det betyder, at sygehuset også har ligget relativt højt.

Figur 10.5. Væksten i produktionsværdi, meniskforløb, udvalgte sygehuse, 2005-2010



Kilde: Landspatientregisteret

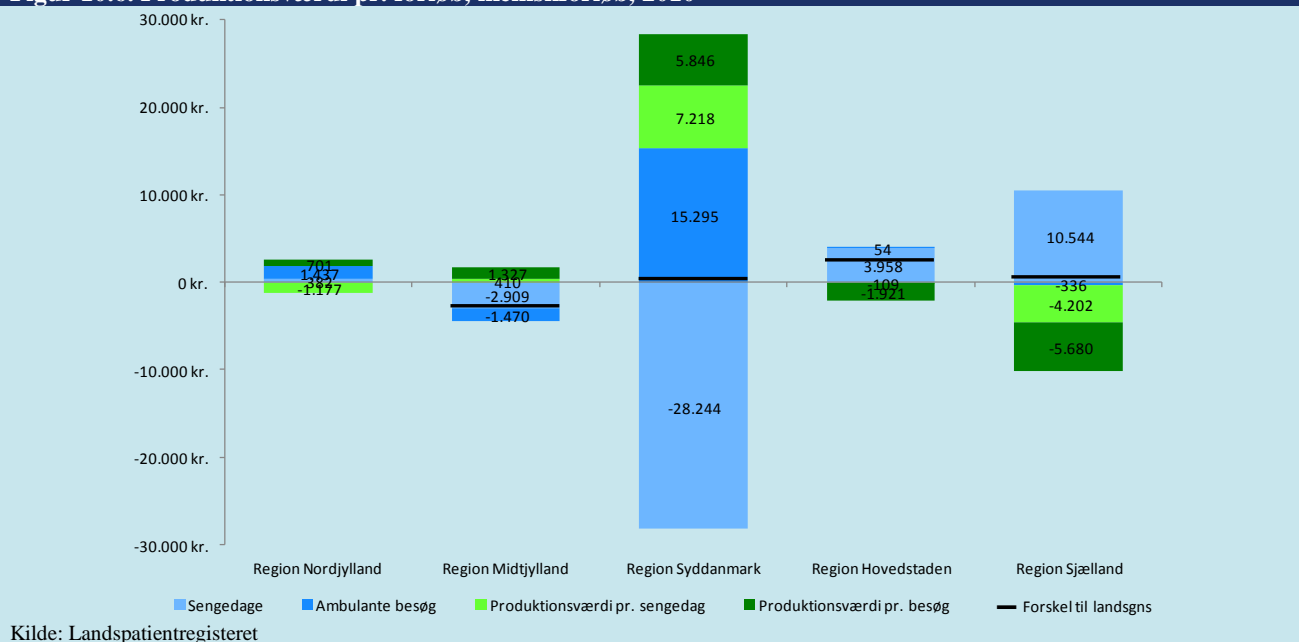
10.4 Menisk – regional variation i 2010

På regionsniveau var variationen omkring den landsgennemsnitlige produktionsværdi pr. forløb lille i 2010, jf. figur 10.6. Det dækker dog over betydelige forskelle mellem, hvor meget de enkelte faktorer bidrager med.

Region Hovedstaden ligger lidt over landsgennemsnittet, hvilket hovedsageligt kan forklares med flere sengedage pr. forløb. Region Sjælland har ligeledes flere sengedage pr. forløb, men dog lavere produktionsværdi pr. sengedag og pr. besøg. Det betyder, at regionen ligger stort set på landsgennemsnittet. Region Midtjylland ligger som den eneste region under landsgennemsnittet, hvilket særligt kan forklares færre sengedage og færre antal ambulante besøg.

Billedet i Region Syddanmark er væsentlig anderledes end i de andre regioner ved væsentligt færre sengedage pr. forløb. Det opvejes dog af højere produktionsværdi pr. sengedag og pr. besøg samt især af flere ambulante besøg pr. forløb.

Figur 10.6. Produktionsværdi pr. forløb, meniskforløb, 2010



10.5 Ryg – reduktion i liggetid og ambulat behandling

Regionsudvikling fra 2005 til 2010 for patienter, der har gennemgået en rygoperation opdelt på sengedage pr. patientforløb, ambulante besøg pr. patientforløb, produktionsværdi pr. sengedag og pr. ambulat besøg fremgår af tabel 10.3.

Den gennemsnitlige produktionsværdi pr. patient indenfor ryg er steget fra 2005 til 2010 med godt 16.000 kr. og udgjorde således ca. 133.000 kr. i 2010.

Udviklingen viser, at antallet af sengedage pr. forløb er faldet med 3,7 siden til 10,1 sengedage i 2010. Samtidig er antallet af ambulante besøg steget fra 7,5 besøg i 2005 til 8,3 besøg i 2010.

Produktionsværdien pr. sengedag er steget med godt 3.800 kr. fra 2005 til ca. 11.000 kr. 2010. Produktionsværdien pr. ambulat besøg er ikke i samme grad steget, og har i hele perioden ligget mellem ca. 2.100 og ca. 2.500 kr.

Der er betydelig regional variation både i forhold til antal sengedage pr. forløb, hvor variationen i 2010 lå mellem 7,2 og 12,2 dage, og hvad angår gennemsnitlige antal ambulante besøg, der i 2010 varierede mellem 7,8 og 9,9 besøg. Den gennemsnitlige produktionsværdi pr. senge dag varierer også lidt, mens der ikke er nævneværdig forskel i 2010 for så vidt angår den gennemsnitlige produktionsværdi pr. ambulante besøg.

Region Syddanmark skiller sig ud, idet regionen trods et større antal gennemsnitlige ambulante besøg sammenholdt med landgennemsnittet, ligger langt under andre regionerne gennemsnitlige produktionsværdi pr. forløb. Der næsten 28.000 kr. i forskel mellem Region Syddanmark og den nærmeste region. Dette skyldes stort set alene, at Region Syddanmark har et væsentlig færre antal sengedage pr. patientforløb på 7,2 sengedage, hvor den nærmeste region har 9,9 sengedage i gennemsnit.

I tabel 10.4 ses sygehusudvikling for en række sygehuse med største patienttyngde målt ved antal unikke patienter i 2010. Sygehusene står i tilfældig rækkefølge. Det drejer sig om Rigshospitalet, Privathospitalet Hamlet, Glostrup Hospital, Odense Universitetshospital, OUH, Vejle Sygehus og Århus Sygehus, der alle har behandlet et sted mellem 800 og 1300 unikke patienter i 2010.

På rygområdet er der de samme tendenser. De udvalgte sygehuse har markant færre sengedage og ambulante besøg pr. patientforløb end landsgennemsnittet. Derfor ligger produktionsværdien pr. patientforløb ligger også væsentlig under landsgennemsnittet.

Privathospitalet Hamlet har det færrest sengedage og ambulante besøg pr. forløb. På grund af en meget høj gennemsnitlig produktionsværdi pr. senge dag, ligger hospitalet på niveau med Glostrup Hospital, OUH og Vejle Sygehus. Vejle Sygehus har den laveste gennemsnitlige produktionsværdi på godt 45.000 kr. i 2010, hvilket skyldes, at hospitalet har et væsentlig færre sengedage (2,7 sengedage), og alligevel en gennemsnitlige produktionsværdi pr. senge dag, der ikke adskiller sig væsentlig.

Rigshospitalet og Århus Sygehus ligner i højere grad landsgennemsnittet, men har dog stadig en lavere gennemsnitlig produktionsværdi pr. patient og et mindre gennemsnitlige antal ambulante besøg. For Århus Sygehus er også gennemsnitlige antal ambulante besøg lavere.

I tolkning af analyserne på sygehusniveau skal det understreges, at forskellene kan skyldes arbejdsdeling. Endvidere er opgørelserne ikke casemix justeret, så der kan være forskel i hvilke rygoperationer, de enkelte sygehuse udfører.

Tabel 9.3. Regionsudvikling for rygoperationer. Antal sengedage og ambulante besøg pr. patientforløb samt pris pr. sengedag og besøg						
Gennemsnitligt antal sengedage pr. patientforløb						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	15,3	12,8	13,7	11,7	12,5	11,9
Region Midtjylland	13,7	12,3	12,0	11,3	10,9	9,9
Region Syddanmark	9,9	10,9	10,1	9,0	8,0	7,2
Region Hovedstaden	15,1	12,9	12,0	11,4	12,0	11,3
Region Sjælland	18,4	19,2	17,8	17,6	12,9	12,2
Hele landet	13,8	12,7	12,1	11,2	10,9	10,1
Gennemsnitligt antal ambulante besøg pr. patientforløb						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	6,5	6,8	7,5	7,1	8,6	8,0
Region Midtjylland	7,3	7,4	7,9	7,1	7,6	7,9
Region Syddanmark	6,9	7,5	8,3	7,7	8,5	9,0
Region Hovedstaden	7,9	7,4	7,6	7,1	7,8	7,8
Region Sjælland	9,0	9,3	10,2	10,7	9,8	9,9
Hele landet	7,5	7,5	7,9	7,4	8,1	8,3
Gennemsnitlig produktionsværdi pr. sengedag (målt i kr. og faste priser)						
Region med flest forløbsdage	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	7.073	9.001	8.998	9.970	10.532	10.806
Region Midtjylland	7.571	8.733	9.330	10.565	11.387	12.368
Region Syddanmark	7.767	8.033	9.021	10.067	11.339	11.956
Region Hovedstaden	7.187	7.954	8.695	9.008	9.370	10.375
Region Sjælland	6.594	6.265	6.726	7.249	8.801	10.487
Hele landet	7.346	8.112	8.787	9.509	10.291	11.167
Gennemsnitlig produktionsværdi pr. ambulant besøg (målt i kr. og faste priser)						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	2.428	2.119	2.194	2.411	2.413	2.521
Region Midtjylland	2.032	2.163	2.411	2.615	2.462	2.507
Region Syddanmark	2.205	1.983	2.419	2.531	2.336	2.429
Region Hovedstaden	2.051	2.040	2.306	2.417	2.474	2.448
Region Sjælland	1.788	1.730	2.534	2.436	2.544	2.631
Hele landet	2.072	2.026	2.362	2.489	2.438	2.475
Gennemsnitlig produktionsværdi pr. patientforløb (målt i kr. og faste priser)						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Region Nordjylland	124.193	129.582	139.980	134.025	152.872	148.849
Region Midtjylland	118.607	123.873	131.286	137.524	143.365	142.803
Region Syddanmark	91.777	102.112	111.190	109.647	110.974	108.125
Region Hovedstaden	124.590	117.414	122.215	119.999	131.492	135.935
Region Sjælland	137.689	136.715	145.856	153.880	138.180	153.912
Hele landet	116.617	117.871	125.064	124.611	132.112	132.910
Kilde: Landspatientregisteret						

Tabel 9.4. Sygehusudvikling for rygoperationer. Antal sengedage og ambulante besøg pr. patientforløb samt pris pr. sengedag og besøg.

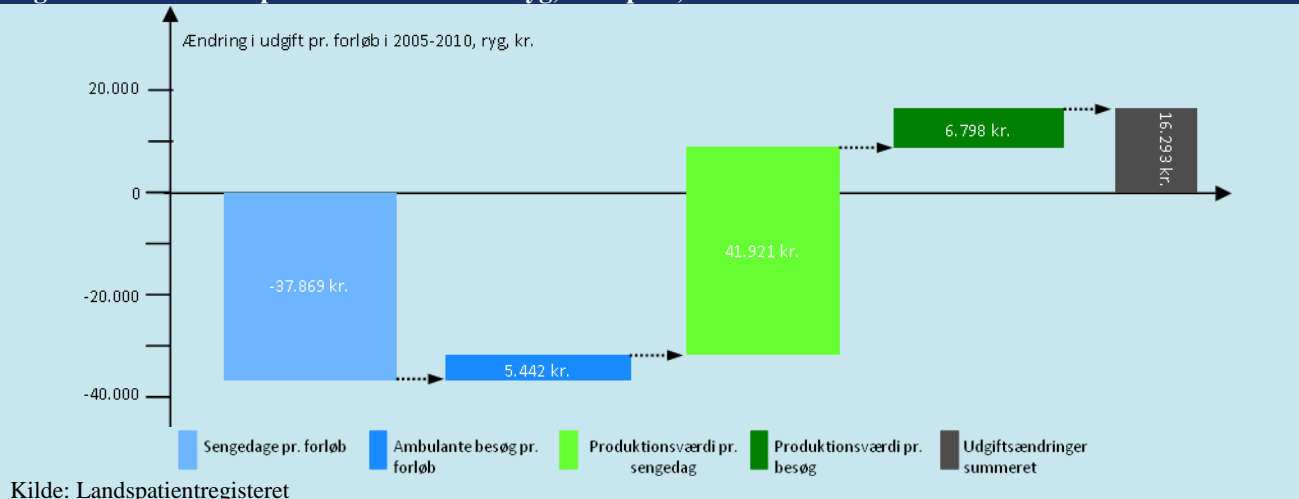
Gennemsnitlig antal sengedage pr. patientforløb på sygehuset						
Sygehus	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1301 Rigshospitalet	10,6	11,4	10,8	11,6	10,9	10,1
1411 Privathospitalet Hamlet	0	2,1	2,6	2,8	2,3	1,9
1502 Glostrup Hospital	7,6	6,7	5,5	5,4	6,2	5,1
4202 OUH Odense Universitetshospital	7,9	9,1	8,0	7,3	6,0	5,6
6008 Vejle Sygehus	1,8	2,2	2,4	3,0	2,1	2,7
7003 Århus Sygehus	6,9	7,0	7,0	6,8	7,0	6,5
Gennemsnitlig antal ambulante besøg pr. patientforløb på sygehuset						
Sygehus	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1301 Rigshospitalet	4,3	3,9	4,6	4,3	5,2	4,3
1411 Privathospitalet Hamlet	2,1	1,9	1,7	2,1	1,9	1,9
1502 Glostrup Hospital	2,8	2,5	2,3	2,3	2,7	2,6
4202 OUH Odense Universitetshospital	4,3	4,8	4,7	4,6	4,4	4,7
6008 Vejle Sygehus	3,4	3,9	4,3	4,5	3,6	4,1
7003 Århus Sygehus	3,9	4,0	3,9	3,6	3,9	4,1
Gennemsnitlig produktionsværdi pr sengedag (målt i kr. og faste priser)						
Sygehus	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1301 Rigshospitalet	7.671	7.448	8.084	8.177	8.785	9.545
1411 Privathospitalet Hamlet	0	18.641	20.496	20.653	25.318	28.526
1502 Glostrup Hospital	8.032	8.457	9.166	7.942	8.708	10.950
4202 OUH Odense Universitetshospital	9.107	8.986	9.516	9.520	9.876	9.820
6008 Vejle Sygehus	9.917	7.080	7.117	9.742	11.720	12.937
7003 Århus Sygehus	9.826	10.292	11.572	11.736	12.431	13.160
Gennemsnitlig produktionsværdi pr ambulante besøg (målt i kr. og faste priser)						
Sygehus	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1301 Rigshospitalet	2.580	2.691	2.724	2.885	2.923	2.884
1411 Privathospitalet Hamlet	5.281	2.496	2.945	2.106	2.021	2.934
1502 Glostrup Hospital	1.805	1.928	2.008	2.225	2.188	2.103
4202 OUH Odense Universitetshospital	2.199	1.974	2.545	2.459	2.480	2.525
6008 Vejle Sygehus	3.513	3.236	4.131	4.350	3.056	2.539
7003 Århus Sygehus	1.929	2.311	2.457	2.913	2.670	2.845
Gennemsnitlig produktionsværdi pr patientforløb på sygehuset (målt i kr. og faste priser)						
Sygehus	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1301 Rigshospitalet	92.022	95.278	99.835	107.009	111.165	109.303
1411 Privathospitalet Hamlet	11.291	44.304	57.349	62.113	61.447	59.165
1502 Glostrup Hospital	65.641	61.358	54.651	48.072	59.935	60.866
4202 OUH Odense Universitetshospital	81.208	90.945	88.544	80.965	70.111	66.711
6008 Vejle Sygehus	29.679	28.366	34.736	48.525	35.960	45.683
7003 Århus Sygehus	74.962	81.542	90.330	90.489	97.242	96.778

Kilde: Landspatientregisteret

10.6 Ryg – udvikling i produktionsværdi pr. forløb

På den ene side svarer reduktionen i liggetid til et fald i produktionsværdi pr. forløb på ca. 37.900 kr. På den anden side svarer de flere ambulante besøg pr. forløb til en stigning i produktionsværdi på ca. 5.400 kr. Hertil kommer, at produktionsværdien pr. sengedag og pr. besøg er steget svarende til hhv. 41.900 kr. og 6.800 kr. Samlet giver det en stigning i produktionsværdi pr. forløb på ca. 16-300 kr.

Figur 10.2. Væksten i produktionsværdi for ryg, landsplan, 2005-2010.



På regionsniveau er tendensen den samme som på landsplan for alle regioner, *jf. figur 10.7*. Det vil sige, at reduktionen i sengedage på den ene side svarer til et betydeligt fald i produktionsværdi pr. forløb. På den anden side opvejes det at flere besøg pr. forløb og højere produktionsværdi pr. sengedag og pr. besøg.

Figur 10.7. Udgiftsvæksten for ryg, regionsniveau, 2005-2010



10.7 Ryg - Forskelle mellem regioner i 2010

Der er betydelig forskel på sammensætningen af rygforløb mellem regioner i 2010, *jf. figur 10.8*. Region Syddanmarks produktionsværdi pr. forløb ligger ca. 24.800 kr. under landsgennemsnittet, *jf. figur 10.8*. Det skyldes hovedsageligt færre sengedage pr. forløb. Hertil kommer, at produktionsværdien pr. sengedag og pr. besøg ikke ligger væsentligt over landsgennemsnittet.

Omvendt ligger Region Sjællands produktionsværdien pr. forløb ca. 21.000 kr. over landsgennemsnittet, hvilket hovedsageligt kan henføres til flere sengedage pr. forløb. Derudover kommer, at Region Sjælland også har flere ambulante besøg pr. forløb end landsgennemsnittet.

